

Radu Vrasti: *Masurarea Sanatatii Mentale* (carte in curs de aparitie. 2008)
(postat pe web in 24 Mai 2008)

Cap. V: MASURAREA MANIEI

In acesta perioada cand fiecare demers clinic trebuie documentat, cand fiecare simptom trebuie cules in mod confident, tehnicile de evaluare clinica au devenit din ce in ce mai importante. De aceea discutia despre ce masuram in clinica nu si-a pierdut din importanta si multe studii incearca sa stabileasca daca constructele clinice sunt sau nu reale, iar daca sunt reale cu ce la masuram.

Simptomele diferitelor entitati clinice, in special cele ale marilor entitati precum schizofrenia, depresia si mania se pot intalni la acelasi individ deodata sau pe rand de-a lungul evolutiei unei tulburari psihice. Aceasta a stat la baza conceptului de “psihoza unica” sau ale conceptului de “co-morbiditate”. Sunt studii care au evidentiat ca suprapunerea simptomelor psihotice cu cele ale dispozitiei, precum depresia si mania, se explica prin faptul ca ambele impartasesc aceleasi influente etiologice genetice asa cum au si trasaturi genetice diferite (Bailer et al. 2002; Cardno et al. 2002). Autorii considera ca desi se pot suprapune, aceste trasaturi clinice raman separate si aparitia unui set de simptome nu inseamna neaparat si aparitia celorlalte. Acest lucru este evident atunci cand se studiaza repartitia sindroamelor clinice de psihoza, depresie si manie in populatia generala. In populatia generala prevalenta unei tulburari psihice, de exemplu prevalenta maniei poate fi mica, in schimb prevalenta simptomelor de manie poate fi mare. Bazati pe aceasta abordare Akiskal si colab. (2000) si Angst si Marneros (2001) au demonstrat ca in cazul maniei exista un continuum a acestei dimensiuni clinice in populatia generala. Acelasi lucru a fost demonstrat de alti autori in cazul psihozei sau a depresiei. Krabbendam si colab (2004) utilizeaza un esantion de 7072 indivizi din populatia generala pentru a vedea daca aceste dimensiuni, psihoza cu simptome pozitive, depresia si mania sunt identificabile in populatia generala si in ce masura ele sunt distincte. Autorii au folosit metoda analizei componentului principal (Principal Component Analysis) care a determinat numarul de factori in care se aglutineaza simptomele culese

si metoda confirmarii factorului (Confirmatory Factor Analysis din programul LISREL versiunea 8.54) prin care a cautat cel mai parcimonios model care sa fie fit cu factorii decelati. Autorii au gasit 7 dimensiuni psihopatologice separate: depresia nucleara, probleme de somn, ganduri suicidare, mania, delir paranoid, deliruri de prim rang si halucinatii. Apoi autorii au incercat pe rand modelul unidimensional (care ar fi raspuns la intrebarea daca exista un factor unitar de psihoza in populatia generala), modelul bidimensional (psihoza versus tulburare de dispozitie) si modelul tridimensional si gasesc ca modelul cu cei trei factori, psihoza, depresia si mania este cel mai potrivit (“goodness-of-fit”) cu factorii decelati in populatia generala. Astfel se poate spune ca fiecare din aceste trei dimensiuni se gasesc atat in populatia generala sub diferite intensitati de la “normal” (inaparent) la subclinic (evident pentru un specialist) si in populatia “clinica” adica la indivizii la care severitatea este destul de mare pentru a cauta ajutor medical.

In institutiile psihiatrice mania este una din conditiile clinice cele mai frecvent intalnite. La prima vedere diagnosticul acestei entitati clinice este foarte usor fiind bazat doar pe patru criterii clasice: euforie patologice, hiperactivitate, grandiozitate si iritabilitate (Cassidy si colab.1998). Lucrurile nu stau chiar asa pentru ca, pe de-o parte bolnavii cu manie de cele mai multe ori nu au “insight” sau constiinta bolii lor si raporteaza cu greutate simptomele pe care le au, iar pe de alta parte exista inca in dezbateri fenomenologia maniei. Destul de des mania se suprapune cu trasaturile de psihoza si aceasta tendinta se manifesta atat cand aceste entitati sunt evident clinic cat si atunci cand ele sunt de intensitate subclinica si aceasta tendinta subliniaza continuumul care exista intre situatia din populatia clinica si cea din populatia generala (Kaymaz si colab. 2007). Existenta starilor mixte in care depresia se amesteca cu mania este o alta situatie care a complicat si mai mult lucrurile cand e vorba de fenomenologia maniei.

Din punct de vedere strict fenomenologic important este cum un individ cu anume tulburare psihica descrie experienta sa (Jaspers, 1963). In cazul maniei raportarile pacientilor nu au fost luate serios in considerare din cauza ca s-a considerat ca modul lor de a descrie experientele psihopatologice sunt influentate de sentimentul de bunastare si grandiozitate pe care de obicei il au. Acest lucru a facut ca si diagnosticul maniei sa ridice destule probleme mai ales atunci cand ea se asociaza cu ostilitatea, depresia sau cu trasaturile psihotice.

Kraepelin a descris în 1921 stările mixte și problema asocierii maniei cu depresia a devenit apoi din ce în ce mai evidentă în studiile despre fenomenologia maniei. Această problemă a trecut apoi pe planul doii atenție fiind captivată de clasificarea tulburărilor bipolare. Tarziu, în anii 90 s-a reiterat că și în cele mai evidente stări maniacale, o evaluare îngrijită găsește simptome depresive sau psihotice și că tabloul clinic nu este atât de unitar pe cât pare la prima vedere. Frecvența cu care aceste stări mixte se regăsesc în practică depinde de cât de restrictiv este criteriul de diagnostic aplicat. De exemplu, dacă se folosește o clasificare categorială, precum DSM-IV, un diagnostic de tulburare bipolară mixtă cere prezența criteriilor de depresie majoră împreună cu cele de manie, lucru care se întâlnește mai rar. Dacă se folosește o abordare dimensională atunci amestecul de simptome și semne maniacale și depresive se întâlnește mai des.

Analiza factorială a simptomelor din stările maniacale a demonstrat existența fără tagandă a unui factor depresiv (Cassidy și colab. 1998, Dilsaver și colab. 1999). Mai recent, Gonzales-Pinto și colab. (2003) reiau analiza factorială a simptomelor pacienților cu tulburare bipolară, simptome culese cu Scala de manie Young (Young și colab. 1978) și cu Scala de depresie Hamilton și găsesc că simptomele se aglutinează în cinci factori independenți: depresia, disforia, hedonismul, psihoza și hiperactivitatea. Mania prezintă trei dimensiuni nucleare precum hedonismul, disforia și hiperactivitatea care se asociază frecvent cu depresia și psihoza și care determină existența maniei cu depresie și fără sau cu psihoza sau fără. În cadrul studiului multicentru EPIMAN, Akiskal împreună cu un grup de lucru francez (Akiskal și colab. 2001 și Akiskal, Azorin, Hantouche, 2003) postulează existența două feluri de manie: mania cu dezinhibiție și instabilitate unde hiperactivitatea este elementul esențial și mania cu fenomene emoționale (precum euforie, depresie și iritabilitate/ostilitate) și ambele feluri se pot sau nu asocia cu fenomene de psihoza. În acest studiu, Azorin și colab. (2000) evidențiază felul cum se leagă nucleul maniacal cu cele patru categorii clinice răspândite în populație și care colorează tabloul maniacal în anume fel: mania cu euforie, mania cu depresie (starea mixtă), mania cu ostilitate și mania cu trăsături psihotice (vezi fig. 1). Un studiu italian focalizat numai asupra pacienților diagnosticul de episod maniacal (Picardi și colab. 2008) evidențiază prezența a patru factorii care răspund de variația simptomelor din esanțion: mania (euforia, grandiozitatea, hiperactivitatea), dezorganizarea

(comportamentala si functionala), simptome pozitive (suspiciozitatea, continut bizar al gandirii, halucinatii) si disforia (ostilitate, tensiune, iritabilitate, opozitionism).

Dincolo de limbajul folosit de diferiti autori, se poate constata ca “mania” este o entitate care poate acoperi mai multe intelesuri si nu este pur si simplu ceea ce “bipolaritatea” ar presupune, adica opusul pur si simplu al starii depresive.

O alta problema dificila este instabilitatea intrinseca a tabloului clinic de manie fiind de larga notorietate volatilitatea acestei stari psihopatologice. Labilitatea simptomelor, a dispozitiei psihice si a comportamentelor contigente face ca evaluarea acestei stari sa duce la rezultate diferite de la o zi la alta. Aceasta a creat probleme in a defini remisia clinica cat si evaluarea eficacitatii tratamentului (Baldessarini, 2003).

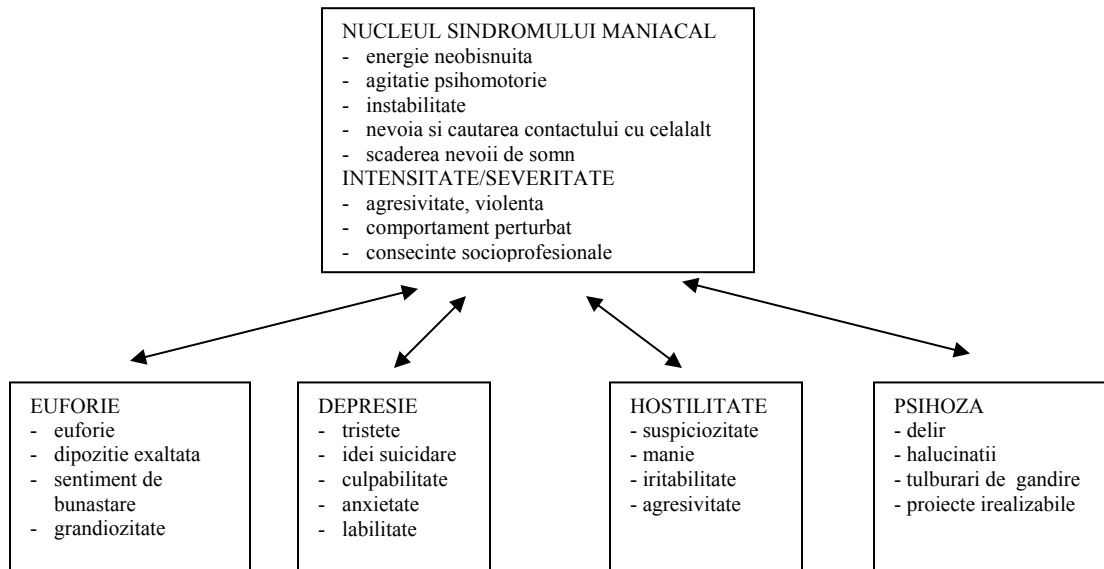


Fig. 1: Nucleul maniactal si modalitatile de asociere cu diferite trasaturi clinice raspandite in populatie (modificat dupa Azorin & Hantouche, 2001)

1. Scalele de auto-evaluare a maniei

Heterogenitatea simptomatica si sindromologica a conceptului clinic de manie ca si confidenta scazuta a raportarilor facute de acesti pacienti a facut ca instrumentele de evaluare psihopatologica a maniei sa aiba o importanta deosebita. In acest context se poate pune intrebarea daca scalele de auto-evaluare ale maniei sunt confidente. Aceasta intrebare a persistat mult timp din cauza evidentei ca pacientii maniacali sunt prea agitati, necooperanti si lipsiti de constiinta boli lor ca sa furnizeze propriile rapunsuri pe o astfel

de scala. Bauer si colab. (1991) construiesc o scala cu 17 intrebari, numita Internal State Scale iar subiectul maniacal trebuie subiectul se evalueaza singur plasandu-si rapunsul pe o scala analogica de la 1 la 10. Autorii au gasit o buna corelatie intre scorurile acestei scale si cea obtinuta prin observatie cu scala de manie a lui Young desi la o analiza mai atenta a lui Altman (1998) lucrurile nu au aparut tot atat de clare.

O alta scala de auto-evaluare a maniei a fost dezvoltata de Shugar si colab. (1992) denumita Self-Report Manic Inventory, destinata sa evalueze prezenta simptomelor maniacale si a severitatii lor. Aceasta scala cuprinde 48 intrebari la care subiectul poate raspunde cu “adevarat” sau “fals”. Surprinzator a fost ca autorii au constatat ca subiectii maniacali fara constiinta bolii (fara insight) au cotal la fel ca si cei cu insight. Ulterior s-a constatat ca aceasta scala prezinta si o buna corelatie cu Intenal State Scale (Cook si colab. 1996).

1. 1. Scale de autoevaluare a maniei Altman (Altman Self-Rating Mania Scale)

Cea mai cunoscuta si utilizata scale de auto-evaluare a maniei a fost construita de Altman si colab. (1997). Aceasta scala cunoscuta ca si Altman Self-Rating Mania Scale (ASRMS) contine cinci grupe de intrebari, fiecare destinat sa masoare un simptom cardinal al maniei: dispozitie psihica crescuta, grandiozitate, scaderea nevoii de somn, presiunea vorbirii si agitatie psihomotorie (anexa 1). Aceasta scala prezinta o buna corelatie cu Young Mania Rating Scale si cu scala Clinician-Administered Rating Scale for Mania - CARS-M (Altman si colab. 1994) si un scor adecvat de confidenta test-retest. Important este ca si aceasts scala reuseste sa deceleze simptomele de manie si severitatea lor atat la subiectii cu insight cat si la cei fara. Mai mult, chiar si pacientii cu manie si trasaturi psihotice reusesc sa completeze corect aceasta scala. Autorii au aratat ca un scor de 6 sau mai mare diagnosticheaza mania cu o senzitivitate de 85,5% si o specificitate de 87,3%. Scala prezinta si o buna sensibilitate la schimbare, deci poate fi folosita sa evalueze longitudinal progresul sub tratament a pacientilor maniacali. Mai recent, Altman si colab. (2001) fac o comparatie intre cele trei scale de autoevaluare a maniei, Internal State Scale (ISS), Self-Report Manic Inventory (SRMI) si Altman Self-Rating Mania Scale (ASRM) si foloseste Clinician-Administered Rating Scale for Mania ca un “gold

standard”. Sensitivitatea pentru fiecare scala in a identifica pacientii cu simptome maniacale a fost de 45% pentru ISS, 86% pentru SRMI si 93% pentru ASRM. Diferentele intre aceste instrumente s-ar explica dupa acesti autori prin faptul ca fiecare din ele a fost construita in altfel. Astfel, SRMI a fost construita sa masoare simptomele psihiatrice asa cum ele se regasesc in DSM-III-R, ASRM este derivata din factorii decelati la analiza factoriala a simptomelor maniacale, iar ISS este focalizata mai mult pe trairile subiectului maniacal.

1.2. Chestionarul tulburarilor dispozitiei (Mood Disorders Questionnaire)

Un instrument mai recent de autoevaluare a maniei a fost dezvoltata de Hirschfeld si colab. (2000): chestionarul tulburarilor dispozitiei (Mood Disorders Questionnaire-MDQ). Este vorba de un instrument de screening pentru tulburarile din spectrumul bipolar. Chestionarul se prezinta sub forma unei singure pagini cu 13 intrebari la care subiectul trebuie sa raspunda cu DA sau NU (Anexa 2). Mai sunt doua intrebari prin care subiectul evalueaza cat de dizabilitante sunt simptomele care le are. Intrebarile sunt congruente cu criteriile DSM-IV pentru manie si hipomanie. Pentru cele 13 intrebari raspunsul DA se coteaza cu 1 si scorul maxim poate fi 13. Autori au stabilit un prag de 7 pentru ca raspunsul sa fie pozitiv pentru prezenta unei tulburari in spectrul bipolar. Mai mult, chestionarul evalueaza si daca simptomele au aparatu imreuna si cat de severe au fost. MDQ poate fi administrat de un medic, o sora sau alta persoana cu experienta clinica.

In concluzie, toate rezultatele converg ca atunci cand se vrea utilizarea unei scale de autoevaluare pentru a masura severitatea sau pentru a face un screening al simptomelor maniacale sau pentru a masura rezultatul tratamentului, scala Altman Self-Rating Mania Scale este cea mai buna.

Din aceasta scurta trecere in revista a scalelor de auto evaluare a maniei se poate constata ca nu trebuie sa existe nici o reticenta de a lasa bolnavul maniacal sa se evalueze singur si ca evaluarile lui sunt confidante atat in ce priveste acuratetea simptomelor cat si a severitatii lor. Se indica cu predilectie a fi folosite la pacientii cu manie usoara sau medie, indiferent de insight, atat ca screening cat si ca instrument de evaluare a severitatii

sau a raspunsului la tratament; mai mult, ele pot fi folosite si in tandem cu scalele de observatie a maniei (Altman, 1998).

2. Scalele de observatie a maniei

Scalele de observatie ale manie sunt pe departe cele mai folosite in clinica atat ca adjuvat diagnostic cat mai ales pentru evaluarea severitatii simptomelor si pentru monitorizarea longitudinala a eficacitatii tratamentului. Aceste instrumente prezinta caracteristici psihometrice foarte bune, respectiv scoruri bune la testele de validitate si confidenta ceea ce le-a impus si atunci cand se efectueaza trialuri psihofarmacologice.

Aceste scale se aplica de catre un observator cu experienta clinica, de obicei un medic sau psihologi, dar exista si scale destinate a fi aplicate de surori. In aplicarea acestor instrumente trebuie avut in vedere stare de constiinta/vigilanta a subiectului si se recomanda prudenta in interpretarea scorurilor atunci cand subiectii maniacali sub influenta drogurilor si mai ales a alcoolului (Salloum si colab. 2002).

Aceste scale permit si evaluarea deznodamentului tratamentului sau a evolutiei clinice, respectiv scorurile obtinute putand fi incorporate in criteriile de remisie ale unui episod maniacal (Berk si colab. 2008).

2.1. Scala Beigel de evaluare a maniei (*Beigel Manic-State Rating Scale-BMSR*)

Aceasta a fost prima scala de manie publicata de Beigel si colab. (1971) in cadrul unui program dezvoltat de National Institute of Mental Health in Bethesda, Maryland, SUA (vezi anexa Nr. 3). Scala este destinata sa monitorizeze comportamentul bolnavului internat si raspunsul la tratament. Scala cuprinde 26 itemi care reprezinta tot atatea comportamente observabile care sunt cotate in functie de frecventa si de severitate pentru care primeste cate un scor pe o scala de la 0 la 5. Scorul fiecarui item se calculeaza prin inmultirea scorului de frecventa cu cel de severitate si astfel pentru fiecare item scorul poate fi de la 0 la 25. Evaluarea se face de catre surori pe durata schimbului de lucru, adica pentru 8 ore. Scala prezinta calitati psihometrice bune de validitate si confidenta si este capabila sa distinga modificarile in starea clinica si severitatea simptomelor. Problema este ca itemii snu sunt definiti, ceea ce ar putea lasa loc la interpretati intre

cotatori, scorul scalei se calculeaza greu si unii itemi important nu sunt cuprinsi precum scaderea nevoii de somn si instabilitatea emotionala.

2.2. Scala Young de evaluare a maniei (*Young Mania Rating Scale-YMRS*)

Daca scala lui Beigel (BSMR) este cea mai veche, scala lui Young este cea mai utilizata scala de evaluare a simptomelor maniacale. Ea a fost publicata in 1978 (Young si colab. 1978) cu intentia de a oferi o scala de observatie asa cum exista o scala de observatie pentru depresie. Ea este construita pentru a evalua severitatea simptomelor si a evalua eficacitatea tratamentului antimaniacal. Itemii scalei au fost selectati pe baze descriptiilor clinice ale maniei si reflecta simptomele existente atat in formele usoare cat si in cele severe de manie (Young si colab. 2000).

Scala cuprinde 11 itemi, sapte dintre ei sunt cotati de la 0 la 4 in functie de severitate si patru itemi (iritabilitatea, presiunea vorbirii, continutul vorbirii si comportamentul destructurat-agresiv) sunt cotati de la 0 la 8 in functie de descrierea fiecare trepte de evaluare. Scorul de poate intinde de la 1) al 60. Scala este prezentata in anexa Nr. 4.

Se recomanda ca YMRS sa fie completata de medici sau surori de psihiatrie cu experienta clinica adecvata. Completarea scale ia in jur de 15-20 minute. Fiind o scala de observatie, cotarea se face in functie de starea in timp real a pacientului si nu dupa cum el s-a prezentat intr-un alt cadru de timp.

Scala prezinta calitati psihometrice foarte bune atat pentru validitate (Spearman $r = 0,67-0,95$, $p < 0,001$) cat si pentru confidenta determinata prin corelatia cu alte trei scale de manie (Poolsup si colab. 1999). Prin analiza factoriala s-a demonstrat ca scala genereaza trei factori: tulburari de gandire, i comportament hipereactiv si destructurat si dispozitie crescuta. Autorii recomanda cu precautia necesara diferite scoruri prag pentru evaluarea severitatii: manie minima scor 13, manie usoara scor 20, manie moderata scor 26 si manie severa scor 38 si peste. Azorin si colab. (2007) fac o analiza mult mai sofisticata pe un esantion de 1.090 subiecti pentru a gasi un scor prag care sa deosebeasca mania severa de celelalte forme si gasesc ca la scorul de 39 scala YMRS prezinta cel mai favorabil raport intre senzitivitate si specificitate cu care deceleaza cazurile de manie severa. Ca o recunoastere a robustetii sale psihometrice, scala YMRS este folosita pentru

evaluarea remisiei clinice a episodului maniaco, un scor mai mic de 4 (Berk si colab. 2008) sau 5 (Baldessarini, 2003) evidentiind revenirea la eutimie a unui pacient maniaco.

Exista si o versiune a YMRS pentru evaluarea maniei la copii si care este de fapt un chestionar pentru parintele copilului presupus maniaco. Aceasta scala numita P-YMRS contine tot 11 itemi sunt forma de intrebare si parintele trebuie sa aleaga pentru fiecare intrebare un raspuns preformat cotate pentru 7 itemi cu 0-4 si pentru 4 itemi cu 0-8. Aceasta scala este mai mult folosita cu scopuri de cercetare decat in rutina clinica de zi cu zi (Gracious si colab. 2002). O alta scala pentru evaluarea maniei la copii prin chestionarea parintelui a fost dezvoltata de Pavaluri si colab. (2006) Child Mania rating Scale-Parent Version si care cuprinde 21 itemi iar ulterior Henry si colab. (2008) construieste o scala mai scurta doar cu 10 itemi bazati pe scala anterioara.

2.3. Scala de mania a lui Bech-Rafaelsen (*Bech-Rafaelsen Mania Scale-BRMS*)

Scala Beck Rafaelsen (Beck si colab. 1978) este cea mai validata scala utilizata pentru evaluarea maniei (Licht si Jensen, 1997). Ea a fost folosita mai ales in formele medii de manie pentru a evalua severitatea simptomelor in timpul studiilor clinice cu litium sau anticonvulsivante. Aceasta scala cuprinde 11 itemi si au fost extrasi din scala lui Beigel si din scala Peterson mania scale (Patterson si colab. 1973) si itemii au fost distribuiti conform componentelor maniei dupa Kraepelin. Ea a fost construita sa monitorizeze simptomele maniacale in timpul tratamentului. Fiecare item este evaluat pentru o perioada de timp de trei zile anterioare evaluarii si se coteaza pe o scala Likert de 5 puncte (de la 0 la 4), scorul total putanduse intinde de la 0 la 44 (anexa Nr. 5). Se recomanda ca aceasta scala sa fie aplicata de un medic si administrarea ei ia in jude de 15-30 minute. Medicul coteaza fiecare item pe baza observatiei clinice proprii si pe baza intrebarelor pe care le pune pentru a acoperi anumiti itemi. Beck insusi gaseste ca scala are un indice de confidenta de 0,98 si o sensibilitate la schimbare mai mare decat pentru BPRS (Beck, 1993). Mai recent Beck si colab. (2001) studiaza responsivitatea (sensibilitatea la schimbare sub tratament) a scalei BRMS concurent cu aplicarea scalei Clinical Global Impression Scale (CGI), scala totdeauna utilizata pentru a evalua

responsivitatea in studiile clinice. Ei gasesc ca dupa 6 zile de tratament cu zuclopentixol, 53% din pacientii maniaciali au raspuns la tratament dupa scorurile la BRMS si doar 30% conform scorurilor la CGI; diferenta este semnificativ statistica pentru a afirma ca scala BRMS prezinta o buna validitate in masurarea severitatii maniei. Scala BRMS este folosita si pentru evaluarea starilor mixte atunci cand se aplica impreuna cu scala pentru melancolie a lui Beck si Rafaelsen (Rosi si colab. 2001).

2.4. Scala de evaluare a maniei administrata de clinician (*The Clinician-Administered Rating Scale for Mania*)

Aceasta scala a fost construita de Altman si colab (1994) pe baza criteriile inglobate in Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia – SADS (Spitzer si colab. 1978) si in DSM-III-R cu dorinta explicita de a fi capabila sa discearna trasaturile nucleare ale maniei si sa urmareasca evolutia simptomelor maniacale in timp, fie ele afective sau psihotice (anexa Nr. 6).

Scala contine 15 itemi care sunt evaluati pe o scala Likert cu 6 ancore cu exceptia itemului despre “insight” care e cotate de la 0 la 4. Fiecare item prezinta o definitie si unele intrebari care ajuta clinicianul la evaluarea lui cu acuratete. In evaluarea itemilor clinicianul mai poate folosi si informatii din alte surse precum surori, membrii de familie sau inscrusuri medicale (bilete de iesire din spital, scrisori medicale, etc.). Cadrul de timp la care se refera evaluarea este ultimele 7 zile.

CARS-M contine doua subscale, una pentru simptomele afective maniacale si care cuprinde 10 itemi si alta pentru cele psihotice cu cinci itemi. Scorul fiecarui item poate sa se intinda de la 0 la 5 si astfel scorul general al scalei poate fi de la 0 la 74, itemul despre insight fiind cotate diferit.

Autorii au furnizat urmatoarele praguri pentru severitatea maniei: 8-15 = manie usoara, 16-25 = manie moderata, peste 26 manie severa.

Se recomanda ca scala CARS-M sa fie administrata de catre un clinician cu experienta si cu un antrenament de familiarizare cu definitiile si ancorele scalei.

Altman si colab. (1994) au efectuat un studiu de validare a scalei comparativ cu scala de manie Young si au gasit o corelatie inalta de 0,94. Confidenta evaluata intercotatori a fost de 0,93 pentru scorul total al scalei si de 0,83 cand s-a luat in considerare

doar scorul individual al fiecarui item. Scala prezinta si o buna sensibilitate la schimbare ceea ce o face adecvata pentru urmarirea evolutiei subiectilor sub tratamentul antimaniacal. Dar ea se utilizeaza cel mai mult pentru evaluarea severitatii formei de manie si pentru detectarea simptomatologiei maniacale.

2.5. Ghidul de evaluare a maniei (*Mania Rating Guide*)

Examinarea si diagnosticarea pacientilor dupa un interviu clinic nestructurat desi are avantajul flexibilitatii nu prezinta o confidenta suficienta pentru a fi considerat o metoda infailibila de culegere a datelor (Steiner si colab. 1995). Daca se compara interpretarea si cotarea diferitilor clinicieni care au vazut o inregistrare video a unui interviu clinic nestructurat cu un anume subiect se constata ca rezultatele sunt surprinzator de diferite. Mai mult, fiecare clinician are propriul stil si preferinte atunci cand intervieveaza un subiect in vederea culegerii simptomelor si nu agreeaza de loc un stil diferit de cel propriu. In schimb instrumentele standardizate sau semistandardizate, desi nu lasa prea multa libertate intervievatorului, au avantajul unei confidente ridicate atat cand se evalueaza aceasta intre cotatori diferite sau la acelasi cotator in doua momente diferite de timp. In acest fel s-a construit si adoptat modulele de manie din instrumentele promovate de Organizatia Mondiala a Sanatatii: Composite International Diagnostic Interview – CIDI (WHO, 1990) si Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry – SCAN (WHO, 1994) corespunzatoare Clasificarii Internationale a Bolilor versiunea 10-a (ICD-10) sau interviul Structured Clinical Interview for DSM – SCID corespunzand criteriilor din DSM-IV (Spitzer si colab. 1992). Aceste module pot fi aplicate ca atare atunci cand clinicianul suspecteaza existenta unei stari maniacale. Aceste module cuprind intrebari construite in asa fel incat se evidentieze existenta sau absenta unui criteriu de diagnostic asa cum aceste criterii sunt formulate in ICD-10 sau DSM-IV. Aceste module nu pot fi considerate instrumente care sa culeaga simptomele maniei sau se evalueze severitatea lor asa cum o fac scalele prezentate pana acum; ele sunt doar instrumente de diagnostic.

O foarte interesanta contributie la instrumentele structurate de evaluare a maniei o aduce o echipa din Brazilia care face un “colaj” din intrebarile si itemii a trei scale: Young Mania Rating Scale (YMRS), Bech-Rafaelsen Mania Scale (BRMS) si Clinician Administered Rating Scale for Mania (CARS-M) si astfel construiesc un ghid de interviu

pentru manie denumit de ei Mania Rating Guide – MRG (Shansis si colab. 2003). Acest ghid cuprinde 21 de itemi si fiecare din ei este acoperit de mai multe intrebari care pot fi puse ca atare sau usor refrazate, dupa gustul intervievatorului, insa acest ghid furnizeaza structura necesara ca nici unul din simptomele cardinale ale maniei sa fie trecut cu vederea sau “obturat” de prezenta mai mult decat evidenta a altui simptom (anexa Nr. 7). Raspunsurile la intrebari nu se coteaza cu unume scor ci doar calitativ, prezent sau absent sau in grade de severitate (usor, moderat, sever, etc.). Fiecare item furnizeaza si indicatia privind corespondenta sa cu itemul originar din una sau mai multe din cele trei scale.

2.6. Lista cognitiilor din manie (*Cognition Checklist for Mania—Revised*)

De interes particular, mai ales pentru clinicienii implicate in terapii nemedicamentoase, ar fi scala lui Beck si colab. (2006) destinata sa masoare gandurile automate si credintele disfunctionale nucleare ale subiectilor cu manie, ca un prim pas in declansarea unei terapii cognitive comportamentale.

Conform modelului cognitiv dezvoltat de Beck, exista o diferenta semnificativa intre schemele cognitive, atitudinile disfunctionale, credintele nucleare maladaptative si gandurile automate ale subiectilor cu diferite tulburari psihice datorita particularitatilor specifice ale sistemului propriu de filtrare si prelucrare a informatiilor. Pentru Goldberg si colab (2005) este evident ca cele mai importante distorsiuni cognitive la maniacali sunt: credinta exagerata in propriile puteri, valoare si relatii, cresterea placerii si excitatiei cu ignorarea riscurilor si inadecvarea in managementul propriei energii cu credinta in infatigabilitate. Pentru a evalua cu mai multa acuratete structura cognitiva a maniacalilor Beck construiește un instrument numit Cognition Checklist for Mania (CCL-M) pe care subiectul evaluat il completeaza singur si care cuprinde 61 intrebari ce acopera credintele si cognitiile reprezentative pentru manie. Ulterior, Beck si colab. (2006) decide sa faca o versiune scurta si astfel apare o versiune revizuita (CCL-M-R) cu doar 29 itemi grupati in patru subscale: sub-scala “relatii” cu 7 itemi, sub-scala “eu insumi” cu 7 itemi, sub-scala “placere/excitatie” cu 9 itemi si sub-scala “activitate” cu 6 itemi (vezi Anexa Nr. 8). Subiectul se evalueaza singur de-alungul itemilor si clinicianul face scorul pentru fiecare subscala prin adunarea valorii corespunzatoare fiecarui itemi in parte. Instrumentul prezinta proprietati psihometrice ce-l recomanda pentru utilizare precum o consistenta

interna pentru scorul total al scalei de 0,93 si un indice de validitate de 0,59 atunci cand scala e comparata cu YMRS. Scala reuseste sa discrimineze semnificativ episodul maniacal de cel mixt si de cel depressive ceea ce subliniaza ca scala citeste cu adevarat cognitiile acestui tip de tulburare psihica.

Parintii instrumentul CCL-M-R nu furnizeaza scoruri “normale”; se recomanda ca el sa fie utilizat pentru a determina schimbarile produse in timpul terapiei cognitive sau chiar a celei medicamentoase, instrumentul avand o buna sensibilitate la schimbare.

Bibliografie:

Akiskal HS, Bourgeois ML, Angst J et al (2000): Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *Journal of Affective Disorders* 59 (Suppl. 1), S5–S30.

Akiskal HS, Hantouche EG, Bourgeois ML et al. (2001): Toward a refined phenomenology of mania: combining clinician-assessment and self-report in the French EPIMAN study. *Journal of Affective Disorders* 67: 89–96.

Akiskal HS, Azorin JM, Hantouche EG (2003): Proposed multidimensional structure of mania: beyond the euphoric-dysphoric dichotomy. *Journal of Affective Disorders* 73: 7–18.

Altman EG, Hedeker DR, Janicak PG et al (1994): The Clinician - Administered Rating Scale for Mania (CARS-M): Development, reliability, and validity. *Biological psychiatry*, 36:124-134.

Altman EG, Hedeker D, Peterson JL, Davis JM (1997): The Altman Self-Rating Mania Scale, *Biological Psychiatry*, 42:948-955.

Altman EG (1998): Rating scales for mania: is self-rating reliable? *Journal of Affective Disorders*, 50:283-286

Altman EG, Hedeker D, Peterson JL, Davis JM (2001): A Comparative Evaluation of Three Self-Rating Scales for Acute Mania. *Biological Psychiatry*, 50:468–471.

Angst J. & Marneros A. (2001): Bipolarity from ancient to modern times: conception, birth and rebirth. *Journal of Affective Disorders* 67, 3–19.

Azorin JM, Hantouche EG, Akiskal HS et al (2000): Structure factorielle du syndrome maniaque: revue de la literature et resultants de l’etude francaise “EPIMAN”. *Annales Medical Psychologique*, 158:279-289.

Azorin JM, Hantouche EG (2001): Evaluation de la manie: de la recherche à la pratique. *Annales Medico-Psychologique*, 159:415-423.

Azorin JM, Kaladjian A, Akiskal HS et al (2007): Validation of a severity threshold for the Mania Rating Scale: A receiver-operating characteristic analysis, *Psychopathology*, 40: 453-560.

Bailer U, Leisch F, Meszaros K et al (2002): Genome scan for susceptibility loci for schizophrenia and bipolar disorder. *Biological Psychiatry* 52, 40–52.

Baldessarini RJ (2003) Assessment of treatment response in mania: commentary and new findings, *Bipolar Disorders*, 5: 79-84.

Bauer M, Crits-Cristoph P, Ball W et al. (1991): Independent assessment of manic and depressive symptoms by self-rating. *Arch. Gen. Psychiatry* 48, 807–812.

Bech P (1993): *Rating Scales for psychopathology, health Status and Quality of Life*, Berlin, Springer.

Bech P, Baastrup PC, de Bleeker E et al (2001): Dimensionality, responsiveness and standardization of the Beck-Rafaelsen Mania Scale in the ultra-short therapy with antipsychotics in patients with severe manic episodes, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104:25-30.

Bech P, Rafaelsen OJ, Kramp R et al (1978): The mania rating scale: scale construction and inter-observer agreement, *Neuropharmacology*, 17:430-431.

Beck AT, Colis MJ, Steer RA et al (2006): Cognition Checklist for Mania—Revised, *Psychiatry Research* 145: 233–240.

Beigel A, Murphy DL, Bunney WE Jr. (1971) The Manic-State Rating Scale. Scale construction, reliability, and validity. *Archives of General Psychiatry*, 25: 256–262.

Berk M, Ng F, Wang WV et al (2008): The empirical redefinition of the psychometric criteria for remission in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders* 106: 153–158.

Cardno AG, Rijsdijk FV, Sham PC et al (2002): A twin study of genetic relationships between psychotic symptoms. *American Journal of Psychiatry* 159, 539–545.

Cassidy F, Forest K, Murry E, Carrol BJ (1998): A factor analysis of the signs and symptoms of mania. *Arch. Gen. Psychiatry* 55, 27–32.

Cook RG, Kruger S, Shugar G (1996): Comparative evaluation of two self-report mania rating scales. *Biological Psychiatry*, 40:279-283.

Dilsaver SC, Chen YR, Shoaib AM, Swann AC (1999): Phenomenology of mania: evidence for distinct depressed, dysphoric, and euphoric presentations. *Am. J. Psychiatry* 156: 426–430.

Gracious BL, Youngstrom EA, Findling RL et al (2002): Discriminative validity of a parent version of the Young Mania Rating Scale. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent psychiatry*, 41: 1350-1356.

Goldberg JF, Wenzel SJ, Welker TM et al (2005): Content-specificity of dysfunctional cognitions for patients with bipolar mania versus unipolar disorder: a preliminary study. *Bipolar Disorders* 7: 49–56.

Henry DB, Pavuluri MN, Youngstrom E, Birmaher B (2008): Accuracy of Brief and Full Forms of the Child Mania Rating Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 64: 368–381.

Hirschfeld RM, Williams JB, Spitzer RL et al (2000): Development and validation of a screening instrument for Bipolar Spectrum Disorder: The Mood Questionnaire. *American Journal of Psychiatry*, 157:1873-1875.

Jaspers K (1963): *General Psychopathology* (Translation by Hoenig J and Hamilton MW), Manchester University Press, Manchester.

Kaymaz N, van Os J, de Graaf R et al (2007): The impact of subclinical psychosis on the transition from subclinical mania to bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders* 98: 55–64.

Krabbendam L, Myin-Germeys I, De Graaf R et al (2004): Dimensions of depression, mania and psychosis in the general population. *Psychological Medicine*, 34, 1177–1186.

Licht RW, Jensen V (1997): Validation of the Beck-Rafaelsen Mania Scale using latent structure analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96:367-372.

Gonzalez-Pinto A, Ballesteros J, Aldama A et al. (2003): Principal components of mania. *Journal of Affective Disorders* 76: 95–102.

Patterson U, Fyro B, Sedvall G (1973): A new scale for the longitudinal rating of manic states, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 49:248-256.

Pavuluri MN, Henry DB, Devineni B et al (2006): Child Mania Rating Scale: Development, reliability, and validity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45: 550–560.

Picardi A, Battisti F, de Girolamo G et al (2008): Symptom structure of acute mania: A factor study of the 24-item Brief Psychiatric Rating Scale in a national sample of patients hospitalized for a manic episode. *Journal of Affective Disorders* 108:183–189.

Poolsup N, Li Wan Po A, Oyebo F (1999): Measuring mania and critical appraisal of rating scales, *Journal of clinical Pharmacy and therapeutics*, 24: 433-443.

Rossi A, Daneluzzo E, Arduini L et al (2001): A factor analysis of signs and symptoms of the manic episode with Bech-Rafaelsen Mania and Melancholia Scales, *Journal of Affective Disorders*, 64:267-270.

Salloum IM, Cornelius JR, Mezzich JE, Kirisci L (2002): Impact of concurrent alcohol misuse on symptom presentation of acute mania at initial evaluation. *Bipolar Disorders*, 4: 418–421.

Spitzer RL, Endicott J (1978): *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia – Change Version*, 3rd Ed. New York: Biometrics Research.

Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M, First MB: The Structures Clinical Interviews for DSM-III-R (SCID)(1992): I: History, rationale, and description, *Arch.Gen.Psychiatry*, 49:624-629.

Steiner JL, Tebes JK, Sledge WH, Walker ML (1995): A comparison of the structured clinical interview for DSM-III-R and clinical diagnoses. *Journal of Nervous and Mental Disorders*,183:365-9.

World Health Organization (1990): *Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a) CIDI-interview (version 1.0), b) CIDI-user manual, c) CIDI training manual, d) CIDI-computer programs*, Geneva.

World Health Organization (1994): *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN)*, American Psychiatric Press, Washington, DC.

Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA (1978): A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *British Journal of psychiatry*, 133:429-435.

Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA (2000): Young Mania Rating Scale, in AL Rush et al (Eds.): *Handbook of Psychiatric Measures*, Washington, DC: American Psychiatric Association.

Anexa 1

SCALA DE AUTO-EVALUARE A MANIEI A LUI ALTMAN (*The Altman Self-Rating Mania Scale – ASRMS*)

INSTRUCTIUNI:

1. Acest chestionar cuprinde 5 grupe de propozitii; cititi cu atentie fiecare propozitie.
2. Alegeti o singura propozitie din fiecare grupa, propozitie care descrie cel mai bine sentimentele pe care le-ati avut in ultima saptamana.
3. Incercuiti numarul corespunzator propozitiei alese.
4. Luati nota ca “ocazional” inseamna o frecventa de 1-2 pe saptamana, “adesea” inseamna o frecventa de 3-4 ori pe saptamana si “frecvent” inseamna de 5-6 ori pe saptamana.

-
- 1) 0 Nu ma simt mai bucuros sau fericit ca deobicei
1 Ocazional ma simt mai bucuros sau fericit decat deobicei
2 Adesea ma simt mai bucuros sau fericit decat deobicei
3 Frecvent ma simt mai bucuros sau fericit decat deobicei
4 Tot timpul sa simt mai bucuros sau fericit decat deobicei

-
- 2) 0 Nu ma simt mai increzator decat deobicei
1 Ocazional ma simt mai increzator decat deobicei
2 Adesea ma simt mai increzator decat deobicei
3 Frecvent ma simt mai increzator decat deobicei
4 Majoritatea timpului ma simt extrem de increzator

-
- 3) 0 Eu dorm ca deobicei
1 Ocazional am nevoie de somn mai putin decat deobicei
2 Adesea am nevoie de somn mai putin decat deobicei
3 Frecvent am nevoie de somn mai putin decat deobicei
4 Nu dorm ziua si noaptea si nu sunt obosit

-
- 4) 0 Eu nu vorbesc mai mult ca deobicei
1 Ocazional vorbesc mai mult ca deobicei
2 Adesea vorbesc mai mult ca deobicei
3 Frecvent vorbesc mai mult ca deobicei
4 Vorbesc mult si nu pot fi intrerupt
-

- 5) 0 Nu sunt mai activ (la lucru, acasa, sexual sau la distractii) decat deobicei
1 Ocazional sunt mai activ decat deobicei
2 Adesea sunt mai activ decat deobicei
3 Frecvent sunt mai activ decat deobicei
4 Sunt constant activ tot timpul
-

CHESTIONARUL TULBURARILOR DISPOZITIEI

(Mood Disorders Questionnaire)

1. A exista o perioada de timp cand nu ai fost ca de obicei si...
- | | | |
|---|----|----|
| ...te-ai simtit asa de bine sau super ca alti oameni au crezut ca nu esti tu acela sau ca o sa ai necazuri? | DA | NU |
| ...ai fost asa de iritat ca ai strigat la oameni sau te-ai certat sau batut? | DA | NU |
| ...te-ai simtit mult mai increzator decat de obicei? | DA | NU |
| ...ai avut nevoie de mai putin somn si nu ai fost somnoros? | DA | NU |
| ...ai fost mai vorbaret si ai vorbit mai repede ca de obicei? | DA | NU |
| ...gandurile au mers mai repede si nu ai putu sa le incetinesi? | DA | NU |
| ...atentia ti-a fost usor de distras de lucruri din jur si ai avut probleme sa te concentrezi? | DA | NU |
| ...ai avut mult mai multa energie ca de obicei? | DA | NU |
| ...ai fost mult mai activ si ai facut mult mai multe lucruri ca de obicei? | DA | NU |
| ...ai fost mult mai social si mai prietenos decat de obicei, de ex. ai telefonat unui prieten in timpul noptii? | DA | NU |
| ...ai fost mult mai interesat de sex ca de obicei? | DA | NU |
| ...ai facut lucruri care de obicei pentru tine sau pentru altii par a fi excesive, nebunesti sau riscante? | DA | NU |
| ...ai cheltuit multi bani si ai avut probleme din cauza asta? | DA | NU |
2. Daca ai raspuns cu DA la mai mult de o intrebare, s-au intamplat aceste lucruri impreuna in aceiasi perioada de timp? DA NU
3. Cat de mult aceste lucruri au fost o problema pentru tine, precum sa nu mergi la serviciu, sa ai probleme familiale, financiare sau legale, sa te certi sau sa te bati?

Nicio problema	Problema minora	Problema moderata	Problema serioasa
----------------	-----------------	-------------------	-------------------

Anexa Nr. 3

**SCALA BEIGEL DE EVALUARE A MANIEI
(BEIGEL MANIC-STATE RRATING SCALE)**

Frecventa							Severitatea				
Niciodata	Foarte rar	Cateodata	Destul de des	Frecvent	Totdeauna		Foate putin	Putin	Moderat	Puternic	Foarte puternic
0	1	2	3	4	5	Pacientul:	1	2	3	4	5
						1. Arata depresiv					
						2. Este vorbaret					
						3. Se misca dintr-un loc in altul					
						4. Ameninta					
						5. Prezinta judecati inadecvate					
						6. Este imbracat nepotrivit					
						7. Arata fericit si vesel					
						8. Cauta tovarasia altora					
						9. Este distractibil					
						10. Are idei grandioase					
						11. Este iritabil					
						12. Este combativ si distructiv					
						13. Este delirant					
						14. Verbalizeaza sentimente depresive					
						15. Este activ					
						16. Este certaret					
						17. Vorbeste despre sex					
						18. Este manios					
						19. Este nepasator la felul cum e imbracat sau arata					
						20. Prezinta o diminuare a controlului impulsurilor					
						21. Verbalizeaza sentimente de bunastare					
						22. Este suspicios					
						23. Isi face planuri nerealiste					
						24. Simte nevoie contactului cu altii					
						25. Este preocupat de sex					
						26. Sare de la un subiect la altul					

SCALA YOUNG DE EVALUARE A MANIEI

(Young Mania Rating Scale-YMRS)

Ghid pentru evaluarea itemilor:

Scopul fiecarui item este sa evalueze severitatea simptomelor pacientului. Pentru fiecare item sunt furnizate mai multe grade de severitate si este necesar sa fie aleas un anume grad pentru ca itemul respectiv sa fie evaluat. Astfel, alegeti un grad de severitate in acord cu perceptia fata de starea pacientului. Fiecarui grad de severitate ii corespunde un scor, pentru unii itemi puteti alege si un scor intre treptele de severitate furnizate.

1. Dispozitie crescuta

- 0 Absent
- 1 Posibila sau usoara crestere a dispozitiei cand este intrebat
- 2 Crestere subiectiva bine definita: optimistic, confident, bucuros, conform cu contextul
- 3 Crescuta; veselie; neconform cu contextul
- 4 Euforic; ras nepotrivit; canta

2. Cresterea energiei – activitatii motorii

- 0 Absent
- 1 Crestere afirmata
- 2 Animat, gesticulatie
- 3 Energie excesiva; perioade de hiperactivitate; se misca continuu (poate fi calmat)
- 4 Excitatie motorie; hiperactivitate continua (nu poate fi calmat)

3. Interesul sexual

- 0 Normal; nu este crescut deloc
- 1 Posibil sau usor crescut
- 2 Afirmativ crescut
- 3 Continut sexual spontan; discuta subiecte sexuale; raporteaza hipersexualism
- 4 Actiuni sexuale deschise (fata de personal, alti pacienti, etc.)

4. Somn

- 0 Nu raporteaza descresterea nevoii de somn
- 1 Doarme mai putin decat normal pana la o ora
- 2 Doarme mai putin decat normal (mai mult decat o ora)
- 3 Raporteaza descresterea nevoii de somn
- 4 Neaga nevoia de somn

5. Iritabilitate

- 0 Absent
- 2 Afirmativ crescut
- 4 Iritabil in timpul interviului; recente episoade de minie sau cearta in spital
- 6 Frecvent iritabil in timpul interviului; comportament necivilizat, vulgar
- 8 Ostil, necooperant; interviul este imposibil

6. Vorbire (frecventa si cantitate)

- 0 Necrescuta
- 2 Crede ca este vorbaret
- 4 Perioade de crestere a frecventei si a cantitatii; vorbaret in timpul interviului
- 6 Crestere evidenta a frecventei si cantitatii vorbirii, nu poate fi oprit
- 8 Nu poate fi intrerupt, vorbeste incontinuu

7. Tulburarea gandirii – limbajului

- 0 Absent
- 1 Circumstantial, usoara distractibilitate, gandire rapida
- 2 Distractibil, pierde firul gandirii, schimba subiectul des, gandurile zboara,
- 3 Fuga de idei, tangentialitate, dificil de urmarit, echolalie
- 4 Incoerent, comunicare imposibila

8. Continut

- 0 Normal
- 2 Planuri vagi, noi interese
- 4 Proiecte speciale; hiper-religios
- 6 Grandios sau paranoid; idei de referinta
- 8 Delirant; halucinatii

9. Comportament destructurat – agresiv

- 0 Absent; cooperant
- 2 Sarcastic, circumspect
- 4 Solicitant, amenintator
- 6 Ameninta interviuatorul, imbranceste, interviu dificil
- 8 Agresiv, distructiv, interviu imposibil

10. Aparenta

- 0 Imbracaminte si aparenta corespunzatoare
- 1 Usoara dezordine in imbracaminte si aparenta
- 2 Moderata dezordine, murdarie, imbracaminte neadecvata
- 3 Dezmatat; partial imbracat; impopotonat, machiat nepotiv
- 4 Complet murdar si dezmatat, imbracat bizar, machiat strident; poata decoratii si insigne

11. Insight (constiinta bolii)

- 0 Prezent; adminte existenta bolii; de acord cu tratamentul
- 1 Admite ca posibila boala
- 2 Admite modificarile comportamentale dar neaga existenta bolii
- 3 Admite unele modificari comportamentale dar neaga existenta bolii
- 4 Neaga orice schimbare comportamentala

SCALA DE MANIE BECK-RAFAELSEN
(Beck-Rafaelsen Mania Rating Scale - BRMRS)

1. Activitate motorie

- 0 Activitate motorize normala, expresie faciala adecvata
- 1 Usoara crestere a activitatii motorii, expresie faciala vivace
- 2 Activitate motorize crescuta, gesticulatie
- 3 Activitate motorize excesiva, se mica tot timpul, se ridica de una sau mai multe ori in timpul interviului
- 4 Activ tot timpul, se mica energic fara intrerupere, nu pote sta locului chiar daca i se cere

2. Activitate verbala

- 0 Activitate verbala normala
- 1 Usor vorbaret
- 2 Evident vorbaret, nu face pauze atunci cand vorbeste
- 3 Dificil de intrerupt
- 4 Imposibil de interupt, domina complet conversatia

3. Viteza/fuga gandurilor

- 0 Vorbire coerenta,
- 1 Furnizeaza descrieri, explicatii si elaborari vii fara insa a pierde legatura cu subiectul
- 2 Dificil pentru subiect sa ramana la subiect, prezinta divagatii si distractibilitate prin asociatii de idei (precum rime, jocuri de cuvinte, sunet, muzicalitate)
- 3 Continuitatea gandirii este frecvent intrerupta de divagatii si asociatii intamplatoare
- 4 Este dificil si chiar imposibil de urmarit fluxul gandirii, subiectul sare evident de la un subiect la altul

4. Nivelul sonor al vorbirii

- 0 Volum normal al vorbirii
- 1 Vorbeste tare dar nu face zgomot
- 2 Voce auzibila de la distanta si face ceva zgomot
- 3 Vocifereaza, voce auzibila de la distanta, canta, face zgomot
- 4 Striga, zbiara sau foloseste alte surse de a face zgomot

5. Ostilitate

- 0 Fara semen de nerabdare sau ostilitate
- 1 Ceva nerabdare si iritabilitate dar isi mentine controlul
- 2 Evidenta nerabdare si iritabilitate, tolereaza greu provocarile
- 3 Provocator, amenintator dar poate fi calmat
- 4 Violenta fizica evidenta, destructiv fizic

6. Dispozitie psihica (sentimente de bunastare)

- 0 Dispozitie neutra
- 1 Usoara crestere a dispozitiei psihice dar inca adaptat situatiei
- 2 Dispozitie moderat crescuta, face glume , rade
- 3 Dispozitie marcat crescuta, exuberanta exprimata in vorbire si miscare
- 4 Dispozitie extreme de crescuta, inadecvat situatiei

7. Stima de sine

- 0 Stima de sine normala
- 1 Crestere usoara a stimei de sine, usoara bravada
- 2 Moderata crestere a stimei de sine, bravada, utilizeaza frecvent superlative
- 3 Ostentativ, idei nerealiste despre sine
- 4 Idei grandioase care nu pot fi corectate

8. Contactul cu ceilalti

- 0 Contact normal
- 1 Usoara tendinta de a interfera si intrerupe pe altii,
- 2 Evident ca interfera sau intrerupe pe altii sau se contrazice
- 3 Dominator, da ordine, schimba aranjamentele dar inca in legatura cu contextul
- 4 Extrem de dominator si manipulative dar fara legatura cu contextul

9. Somnul (in ultimele trei zile)

- 0 Dura obisnuita de somn
- 1 Durata redusa de somn cu pana la 25%
- 2 Durata redusa de somn cu pana la 50%
- 3 Durata redusa de somn cu pana la 75%
- 4 Nu doarme de loc

10. Intresesul sexual

- 0** Interes si activitate sexuala normala
- 1** Usoara crestere a interesului si activitatii sexuale
- 2** Moderata crestere a interesului si activitatii sexuale
- 3** Marcata crestere a interesului si activitatii sexuale evidenta in comportament si vorbire
- 4** Preocupare sexuala totala si inadecvata

11. Munca

A. La prima evaluare

- 0** Activitate normala
- 1** Usoara crestere a impulsului de a lucra dar calitatea muncii este usor redusa din cauza modificarii motivatiei si a distractibilitatii
- 2** Crestere a impulsului dar motivatia fluctueaza evident. Pacientul are dificultati in asi aprecia calitatea muncii care este evident scazuta. Dispute la serviciu
- 3** Capacitate de munca evident scazuta si momente de pierdere a controlului; a trebuie sa lipseasca sau sa opreasca serviciu sau a fost spitalizat dar a fost capabil sa participe la activitatile din sectia de psihiatrie
- 4** Pacientul este spitalizat sau ar trebuie sa fie si este incapabil sa participe la activitatile organizate de sectia de psihiatrie

B. Evaluarea la o saptamana

- 0** a) Pacientul si-a reluat munca la nivelul normal de activitate
b) Pacientul nu are probleme de a-si relua munca normala
- 1** a) Pacientul lucreaza dar efortul este oarecum redus datorita schimbarii motivatiei
b) Este indoielnic daca pacientul poate sa-si reia activitatea normala datorita distractibilitatii si modificarii motivatiei
- 2** a) Pacientul lucreaza dar capacitatii de munca este evident redusa (de ex. datorita absentelor)
b) Pacientul este inca spitalizat sau in concediu medical. Este capabil sa-si reia munca numai cu precautii speciale (supraveghere, timp de lucru redus)
- 3** Pacientul este inca spitalizat sau in concediu medical si este incapabil de a-si relua munca. In spital participa la unele activitati
- 4** Pacientul este spitalizat si incapabil de a participa la vre-o activitate in spital

Scala de evaluare a maniei administrata de clinician
(The Clinician-Administered Rating Scale for Mania – CARS-M)

1. Dispozitie euforica (Optimism exagerat despre prezent sau viitor care dureaza cel putin cateva ore si care este neadecvat cu circumstantele exterioare)

- 0 Absent
- 1 Schitat; de exemplu: este bine dispus, mai vesel decat altii dar semnificatia clinica este sub semnul intrebarii
- 2 Usor; dispozitia expansiva este bine definita, optimism evident si oarecum neadecvata circumstantelor
- 3 Moderat; dispozitia si scopurile subiectului sunt clar neadecvate si nerealiste
- 4 Sever; dispozitia euforica este foarte pregnantă
- 5 Extrem; sentimente extreme de bunastare afirmate deschis; ras si cantat nepotrivit.

Intrebari:

- A existat momente in ultima saptamana/luna in care te-ai simtit neobisnuit de bine, vesel sau fericit?
- Te simti ca si cum toate sunt asa cum ai vrut?
- Este o diferenta fata de dispozitia ta normala? De cat timp dureaza?

2. Iritabilitate/Agresivitate (Evidentiata recent, demonstrata in afara sau in timpul interviului, exprima deschis mânia, iritabilitatea sau supararea. Sa nu se includa expresia subiectiva a mâniei/supararii daca nu exista si expresia exterioara)

- 0 Absent
- 1 Foarte putin; ocazionala suparare dar semnificatia clinica este sub semnul intrebarii
- 2 Usoara; certaret, opozitionist, repede exprima suparare fata de altii, uneori iritabil in timpul interviului
- 3 Moderata; adesea injura, isi pierde cumpatul, ameninta, iritare excesiva fata de unele subiecte, frecvent iritabil in timpul interviului, uneori este necesara punerea pacientului intr-o sectie inchisa
- 4 Severa; uneori agresiv, arunca cu obiecte, distruge, excesiva iritare, folosirea fortei pentru a-l linisti este uneori necesara, interviul a fost oprit din cauza iritabilitatii excesive
- 5 Extrema; episoade de violenta impotriva persoanelor si obiectelor, folosirea fortei este necesara (legarea, camasa de forta, etc.)

Intrebari:

- Cum te intelegi cu alti oameni in general?
- Te-ai simtit iritabil si mânios? Cat de mult timp?
- Ai fost implicat in certuri sau confruntari fizice cu altii? Cat de des?

3. Hiperactivitate motorie (demonstrata recent, in afara si in timpul interviului, hiperactivitate motorie manifestata vizibil si generalizata. A nu se include nelinistea traita subiectiv sau legata de tratamentul urmat)

- 0 Absent
- 1 Foarte usor crescuta si cu o semnificatie clinica indoielnica
- 2 Usoara; uneori umbla mai mult, incapabil sa stea linistit pe scaun
- 3 Moderata; umbla frecvent prin sectie, incapabil sa stea pe scaun
- 4 Marcata: aproape constant se misca si umbla
- 5 Extrem; semne continue de hiperactivitate motorie si pacientul trebuie linistit cu forta pentru a evita extenuarea fizica

Intrebari:

- Au existat perioade cand ai fost incapabil sa stai linistit sau cand a trebuit sa umbli si sa te misti incolo si incoace?

4. Presiunea vorbirii (vorbire accelerata, presiune de a vorbi sau cresterea cantitatii si vitezei vorbirii, in afara sau in timpul interviului)

- 0 Absent
- 1 Foarte usor crescuta sau cu o semnificatie clinica indoielnica
- 2 Usoara; vorbaret mai mult decat de obicei dar conversatia nu este afectata
- 3 Moderata; asa de vorbaret incat conversatia este influentata; unele dificultati de a intrerupe discursul pacientului
- 4 Marcata; vorbirea pacientului este asa de rapida ca este dificil de a mentine conversatia si este foarte dificil de a intrerupe pacientul
- 5 Extrema; vorbirea este asa de rapida si continua ca pacientul nu poate fi intrerupt

5. Fuga de idei (vorbire accelerata cu schimbarea abrupta a subiectului in mod obisnuit bazata pe asociatia de idei, stimuli distractivi sau jocuri de cuvinte. Cand e severa, asociatiile pot fi dificil de inteles si devine evidenta o relaxare a asociatiilor de idei sau incoerenta ideilor; fuga de idei se refera si la experienta subiectiva a pacientului de a avea ganduri care-i zboara sau alearga prin minte)

- 0 Absent
- 1 Foarte usoara; momente ocazionale fara semnificatie clinica
- 2 Usoara; ocazional prezinta momente de schimbare brusca a subiectului cu usoara afectare a intelegerii a ceea ce vorbeste pacientul sau pacientul raporteaza ocazional fuga ideilor
- 3 Moderata; momente frecvente cu afectarea intelegerii vorbirii pacientului sau pacientul raporteaza fuga ideilor care devine suparatoare pentru pacient
- 4 Severa; foarte frecventa fuga de idei cu afectare definita a intelegerii spuselor pacientului
- 5 Extrema; vorbirea consta in schimbari rapide ale subiectului care este dificil de urmarit

Intrebari:

- Ai fost deranjat de faptul ca ai prea multe idei in acelasi timp?
- Se intampla sa ai ganduri care-ti zboara prin minte? Cat de des? Te afecteaza?

6. Distractibilitatea (Atentia este usor de distras de lucruri irelevante sau neimportante; de ex. zgomot in camera vecina, carti de pe un raft, imbracamintea intervievatorului, etc. A se exlude distractibilitatea datorita halucinatiilor vizuale si/sau auditive sau delirurilor; evalueaza numai pe baza observatiei)

- 0 Absent
- 1 Foarte usora sau semnificatie clinica indoieslnica
- 2 Usoara; prezenta dar nu interfera cu conversatia sau cu sarcina de executat
- 3 Moderata; ceva interferenta cu conversatia si sarcina
- 4 Severa; frecventa interferenta cu conversatia si sarcina de executat
- 5 Extrema; pacientul este incapabil de a-si sustine atentia la conversatie sau sarcina lui

7. Grandiozitatea (cresterea stimei de sine si apreciere nerealista sau nepotrivita a valorii, bogatiei, puterii, cunoasterii sau abilitatilor proprii)

- 0 Absent
- 1 Stima de sine si increderea in sine foarte usor crescuta dar cu semnificatie clinica indoielnica
- 2 Usoara; stima de sine crescuta sau exagerarea abilitatilor oarecum disproportionata fata de circumstante
- 3 Moderata; stima de sine crescuta clar disproportionata fata de circumstante, intensitate la marginea delirului
- 4 Severa; clar delir de grandoare
- 5 Extrema; preocupari si/sau acte pe baza delirului de grandoare

Intrebari:

- Te-ai simtit mai increzator in tine decat deobicei?
- Ai simtit ca esti o persoana importanta sau ca ai o putere, cunostinte sau abilitati care nu sunt intalnite la altii asa de des?
- Ai o misiune sau un scop special in viata?
- Ai o relatie speciala cu Dumnezeu?

8. Descresterea nevoii de somn (nevoie mai mica de somn pentru a fi odihnit; a nu se confunda cu insomnia de adormire sau trezirea devreme)

- 0 Absent
- 1 Pana la o ora mai putin somn decat obisnuit
- 2 Pana la 2 ore mai putin somn decat obisnuit
- 3 Pana la 3 ore mai putin somn decat obisnuit
- 4 Pana la 4 ore mai putin somn decat obisnuit
- 5 Mai mult de 4 ore

Intrebari:

- De cat de mult somn ai nevoie in mod obisnuit?
- Ti-a scazut nevoia de somn fata de trecut?
- Cat de putin dormi sau ai nevoie sa dormi?

9. Energie excesiva (Neobisnuit de energie si mult mai activ decat de obicei, fara sa fie obosit, ce dureaza de mai multe zile)

- 0 Absent
- 1 Putin mai multa energie dar cu semnificatie clinica indoielnica
- 2 Crestere certa a nivelului de energie si mai putina oboseala ca de obicei dar nu afecteaza functionarea
- 3 Clar mai activ decat uzual cu putina oboseala sau deloc, ocazional interfera cu functionarea
- 4 Mult mai activ decat obisnuit cu putina oboseala si clara interferenta cu functionarea
- 5 Extrema; activ toata ziua, cu putina oboseala sau deloc, fara nevoie de somn.

Intrebari

- Ai mai multa energie decat de obicei?
- Esti mai activ decat de obicei sau simti ca poti face orice fara sa fi obosit?

10. Probleme de judecata (implicare excesiva in activitati fara sa recunoasca riscurile si consecintele; perturbant, atrage atentia celorlalti)

- 0 Absent
- 1 Foarte usor dar cu semnificatie clinical indoielnica (de ex. cresterea numarului de convorbiri telefonice, deranjant)
- 2 Usor dar definite probleme de judecata (de ex. perturbant, provocator sexual, cânta nepotrivit)
- 3 Moderat; isi asuma sarcini sau responsabilitati fara sa aiba abilitatile necesare, face indiscretii financiare, cumparaturi peste limita, frecventa perturbare a altora
- 4 Sever; promiscuitate sexuala, hipersexualitate, comportament extrem de deranjant, se pune in dificultati economice
- 5 Extrem; comportament perturbant continuu nerespectand limitele si regulile stabilite, telefoneaza la toate orele, comportament antisocial, implicare excesiva in situatii de risc fara sa ia in calcul consecintele

Intrebari:

- Cand te simti vesel sau iritabil faci lucruri care sa faca probleme tie sau familiei tale?
- Faci cheltuieli nesabuite?
- Iti iei responsabilitati pentru care nu esti pregatit/calificat?

11. Tulburari de gandire (Afectarea intelegerii gandirii pacientului manifestata prin tulburarile de vorbire. Aceasta se poate traduce prin prin diferite combinatii intre incoerenta, relaxarea asociatiilor de idei, neologisme, gandire ilogica. Nu se evalueaza aici simpla fuga a ideilor daca nu este severa.)

- 0 Absent
- 1 Ocazional asemenea momente dar cu semnificatie clinica indoielnica
- 2 Putine dar bine definite astfel de situatii dar care impiedeca foarte putin sau deloc intelegerea gandirii subiectului
- 3 Frecvente situatii de acest gen cu ceva afectare a intelegerii vorbirii pacientului
- 4 Sever; frecvente situatii in care intelegerea vorbirii pacientului este marcata
- 5 Extrema; foarte mult sau completa dezorganizare a vorbirii facand imposibila intelegerea a ceea ce spune pacientul

12. Deliruri (false si stabile credinte mergand de la idei delirante la deliruri bine conturate – inclusiv delirul de grandoare)

Specifica tipul: _____

Determina daca el este congruent cu dispozitia _____

sau incongruent cu dispozitia _____

- 0 Absent
- 1 Suspect sau probabil
- 2 Prezente; subiectul nu este convins cu totul; include idei de referinta sau de persecutie fara a antrena totala convingerea a subiectului
- 3 Prezente si convingatoare dar influenteaza putin comportamentul subiectului
- 4 Delirurile interfera semnificativ cu gandurile, sentimentele sau comportamentul subiectului (de ex. preocupat cu credinta ca altii ii vor raul)
- 5 Actiuni bazate pe tema delirului cu impact major asupra subiectului sau a altora (de ex. nu mai mananca pentru ca crede ca e otravit, loveste pe altii din credinta ca vor sa-i faca rau)

Intrebari:

- Ai avut sentimentul ca cineva incearca sa-ti faca rau fara sa aibe vre-un motiv? Poti sa-mi dai un exemplu?
- Ai simtit ceva ca si cum ai fi controlat de forte sau puteri exterioare? (Exemple?)
- Ai simtit ca la radio sau TV se vorbeste despre tine sau comunica cu tine intr-un mod special?
- Ai idei sau credinte neobisnuite pentru altii?
- Aceste idei interfera cu viata si munca ta in vreun fel?

13. Halucinatii (O perceptie senzoriala fara stimularea exterioara a organului senzorial) Specifica tipul: _____ Determina daca este congruent cu dispozitia _____ sau incongruent cu dispozitia _____

- 0 Absent
- 1 Suspect sau probabil
- 2 Prezente dar subiectul este in general constient ca ar fi vorba de imaginatia sa si poate sa le ignore
- 3 Prezente in mod bine definit si antreneaza convingerea subiectului si exista doar o mica interferenta cu viata subiectului
- 4 Halucinatiile au un impact puternic asupra gandurilor, sentimentelor sau comportamentului subiectului (de ex. incuie usa de frica urmaritorilor lui)
- 5 Actiuni bazate pe halucinatii cu impact major asupra pacientului sau a altora (de ex. pacientul converseaza cu vocile pe care le aude incat aceasta influenteaza activitatea lui)

Intrebari:

- Auzi voci sau sunete fara ca nimeni sa fie in jur?
- Ai avut ceva viziuni sau ai simtit unele mirosuri pe care altii nu le-au vazut sau simtit?
- Ai avut alte perceptii ciudate? (de exemplu?)
- Aceste experiente te-au influentat in vre-un fel?

14. Orientarea (afectarea memoriei de scurta sau de lunga durata sau dezorientarea fata de persoana, loc si timp)

- 0 Absent
- 1 Foarte usoara afectare dar de semnificatie clinica indoielnica (de ex. Nu stie data de astazi)
- 2 Usoara dar defnita (de ex. nesigur fata de loc si timp, ceva afectare in unele aspecte ale memoriei de scurta si lunga durata)
- 3 Moderata (de ex. confuz asupra locului sau nu-si poate aminti unele evenimente importante din viata lui)
- 4 Severa (dezorientare sau afectare marcata a memoriei)
- 5 Extrema (de ex. evidenta dezorientare in timp, spatiu si la persoana si probleme numeroase de memorie)

Intrebari:

- Ai avut recent probleme sa-ti amintesti cine esti, data sau evenimentele curente?
- Sti in ce zi a saptamanii suntem, luna, anul sau numele locului unde esti acum?

- 15. Insight (constiinta bolii)** (cat de mult pacientul demonstreaza ca isi da seama sau intelege problemele lui emotionale si comportamentale si/sau nevoia de tratament)
- 0 Prezent (de ex. pacientul admite existenta bolii, a modificarilor comportamentale si a nevoii de tratament)
 - 1 Insight partial prezent (de ex. pacientul accepta posibilitatea de a fi bolnav si a avea nevoie de tratament dar este nesigur)
 - 2 Pacientul admite modificarile comportamentale, boala sau nevoia de tratament si le atribuie factorilor externi plauzibili (de ex. conflicte familiale, dificultati la serviciu, stress, etc.)
 - 3 Pacientul admite tulburarile comportamentale, boala si nevoia de tratament dar le da atributii nerealiste, delirante (de ex. este controlat de forte externe, etc.)
 - 4 Lipsa totala de insight, pacientul neaga existenta oricarei tulburari comportamentale, boala sau nevoie de tratament

Intrebari:

- Crezi ca ai o problema emotionala sau psihologica de vreun fel?
- Cum iti explici comportamentul si simptomele tale?
- Crezi ca actualmente ai nevoie de un tratament psihiatric?

GHIDUL DE EVALUARE A MANIEI Mania Rating Guide (MRG)

Abrevierea scalelor originale din care s-au extras itemii cu numarul corespunzator:

- **MRS** – Young Mania Rating Scale
- **CARS/M** – Clinician-Administered Rating Scale for Mania
- **BRMS** – Bech-Rafaelsen Mania Scale

1. DISPOZITIE AFECTIVA (MRS-1, CARS/M-2, BRMS-6)

- Cum a fost dispozitia ta psihica in ultimele doua saptamani?
- Ai avut momente in ultimele saptamani cand te-ai simtit mult mai bine, vesel sau fericit? Daca da, da-mi un exemplu.
- Aceasta este diferita de dispozitia ta obisnuita? Cat de mult tine?
- Te-ai simtit au te simti mult mai excitat sau fericit decat alti oameni?
- Aceasta excitatie psihica a fost sau este disproporionate fata de circumstante? Daca da, de-mi un exemplu.
- Ai fost sau esti mult mai euforic sau mai optimist decat in mod obisnuit? Daca da, da-mi un exemplu.
- Ai simtit sau te simti extenuate din cauza ca esti asa de excitat?
- Ai avut vreo izbucnire de ras intr-un moment nepotrivit? Dca da, da-mi un exemplu.
- Iti vine sa te joci mai mult decat de obicei? Daca da, da-mi un exemplu.

2. ENERGIA (MRS-2, CARS/M-9)

- Cum a fost eneregia ta in ultimele doua saptamani?
- Ai avut mai multe energie decat de obicei?
- Ai fost mult mai activ decat de obicei sau ai avut senzatia ca poti lucra toata ziua fara sa fi obosit?
- Esti sau ai fost mai putin obisit decat in mod obisnuit?
- A influentat aceasta activitatea ta de zi cu zi? Daca da, da-mi un exemplu.
- Esti mai agitate decat in mod obisnuit?

3. ACTIVITATEA (MRS-2, CARS/M-3, BRMS-1)

- Ai fost mult mai activ in ultimele doua saptamani?
- Te-ai miscat mai mult decat de obicei?
- Ai gesticulat mai mult decat de obicei?
- Au fost momente in care nu ai putut sta locului?
- Au fost momente in care te-ai miscat si ai umblat neintrerupt?
- Obosesti pentru ca te misti sau umblii asa de mult?
- A trebuit cineva sa te tina ca san u mai te misti sau umblii atat?

4. INTERESUL SEXUAL (MRS-3, CARS/M-10, BRMS-10)

- Cum a fost dorinta ta sexuala in ultimele doua saptamani?
- Te-ai gandit sau ai vorbit mai mult despre sex decat de obicei?
- Ai avut mai multe relatii sexuale ca de obicei?
- Ai avut mai multi parteneri sexuali decat de obicei?

5. NEVOIA DE SOMN (MRS-4, CARS/M-8, BRMS-9)

- Cum ai dormit in ultimele doua saptamani?
- De cat de mult somn ai nevoie in mod obisnuit?
- Ai nevoie mai putin de somn decat in mod obisnuit ca sa te simti odihnit?
- Cat de putin somn ai nevoie ca sa te simti odihnit? (Converteste in ore sau procente)
- Cum a fost somnul tau in ultimele trei zile?

6. IRITABILITATEA (MRS-5, CARS/M-2, BRMS-5)

- Cum este relatia ta cu alti oameni?
- Ai fost mai iritabil sau suparat decat de obicei? Daca da, da-mi un exemplu.
- S-a intamplat sa-ti pierzi cumpatul sau sa fi mai nerabdator ca de obicei? Daca da, da-mi un exemplu.
- Ai fost mai suparat pe altii ca de obicei? Daca da, da-mi un exemplu.
- Exista subiecte care te irita sau te fac nevros? Daca da, da-mi un exemplu.
- Ai ajuns sa arunci cu lucruri sau sa le distrugi? Daca da, da-mi un exemplu.
- Esti mai implicat in scandaluri sau batai decat de obicei?
- Ai ajuns sa te legi unii oameni si sa-i agrsezi? Daca da, de ce?

7. VORBIREA (MRS-6, CARS/M-4, BRMS-2)

- Ai fost mai vorbaret decat de obicei?
- Simti uneori ca nu poti opri vorbind?
- Crezi ca ai vorbit sau vorbesti mai mult decat de obicei?
- Oamenii spun ca este mai dificil sa vorbeasca cu tine decat de obicei? Din ce cauza?
- Obiectiv: Observa vorbirea pacientului: daca pacientul poate fi interrupt sau nu si daca domina conversatia sau nu.

8. FUGA DE IDEI (MRS-7, CARS/M-5, BRMS-3)

- Ai fost deranjat sa ai mai multe ganduri in acelasi timp in minte?
- Ai avut momente in care gandurile tale au fost mai rapide decat de obicei?
- S-a intamplat ca aceste ganduri rapide sa-ti influenteze viata ta de zi cu zi? Daca da, da-mi un exemplu.
- Ai greutati sa duci un gand pana la capat?

9. GRANDIOZITATEA (MRS-8, CARS/M-7, BRMS-7)

- Ai fost mai increzator in tine decat de obicei? Cat de mult (putin, usor, moderat, etc.)?
- Ai simtit ca esti o persoana importanta, ca ai puteri speciale, calitati si abilitati mai mult decat normal? Daca da, da-mi un exemplu.
- Ai vreun scop sau misiune speciala in viata ta? Daca da, care?
- Ai vreo relatie speciala cu Dumnezeu? Daca da, care?
- Ai auzit/vazut lucruri pe care numai tu le-ai auzit/vazut? Daca da, da-mi un exemplu.
- Ai fost sau esti mai suspicios decat alti oameni sau decat de obicei? Daca da, da-mi un exemplu.
- Ai simtit ca lucrurile din jur au legatura cu tine? Daca da, da-mi un exemplu.
- Ai sentimente ca esti controlat de altii sau de forte exterioare? Daca da, da-mi un exemplu.

10. INSIGHT/CONSTIINTA BOLII (MRS-11, CARS/M-15)

- Crezi ca comportamentul tau este diferit decat de obicei?
- Crezi ca esti bolnav?
- Crezi ca ai nevoie de tratament?

11. JUDECATA (CARS/M-10)

- Cand ai fost euphoric sau iritabil ai facut lucruri care ti-au cauzat tie sau familiei tale neplaceri? Daca da, da-mi un exemplu.
- Ai cheltuit nesabuit, fara sa te gandesti la consecinte? Daca da, da-mi un exemplu.
- ai fost implicat in petreceri nebunesti sau orgii? Daca da, da-mi un exemplu.
- Ti-ai luat sarcini sau responsabilitati pentru care nu erai pregatit sau calificat? Daca da, da-mi un exemplu.
- Ai fost in situatii care implica riscuri? Daca da, da-mi un exemplu.
- Ai telefonat mai mult ca de obicei?

12. DISTRACTIBILITATEA (MRS-7, CARS/M-6)

- Ai fost mai neatent ca de obicei?
- Aceasta lipsa de atentie te deranjeaza in timpul conversatiilor si/sau interfera cu viata ta de zi cu zi?
- Poti sa termini lucruri pe care le-ai inceput sau incepi altele?
- Obiectiv: Observa nivelul de atentie pacientului.

13. MUNCA (BRMS-11)

- Ai fost capabil sa lucrezi in ultimele doua luni?
- Cum este motivatia ta sa lucrezi?
- Care este performanta ta la lucru?
- Te intelegi cu colegi ca de obicei?
- Ti-ai pierdut cumpatul/ai avut iesiri nervoase la serviciu?
- In caz ca pacientul nu lucreaza: Crezi ca te poti intoarce la serviciu?
- In caz ca pacientul este evaluat saptamanal: In ultima saptamana ti-ai reluat serviciu pe care-l faceai de obicei? Ai avut dificultati sa reincepti lucru din cauza problemelor de atentie pe care le ai sau din cauza ca motivatia ta oscileaza prea mult? Ai absentat de la serviciu foarte des? Ai fost concediat recent? Nu mai lucrezi din cauza ca ai fost in spital?
- In caz ca pacientul este spitalizat: Participi la activitatile in sectia de spital?

14. DELIRUL (CARS/M-12)

- Ai simtit ca esti controlat de o forta sau putere exterioara? Daca da, da-mi un exemplu.
- Ai simtita ca oamenii de la radio sau TV vorbesc cu tine, despre tine sau comunica cu tine intr-un mod special? Daca da, da-mi un exemplu.
- Ai avut si alte idei sau credinte ciudate sau neobisnuite?
- Acestea interfera in vreun fel cu viata ta de zi cu zi?

15. HALUCINATIILE (CARS/M-13)

- Ai auzit sunete sau voci cand nu era nimeni in jur? Daca da, da-mi un exemplu.
- Ai vazut sau ai simtit mirosuri pe care alti oameni nu le-au perceptu? Daca da, da-mi un exemplu.
- Ai avut unele perceptii stranii san neobisnuite?
- Au influentat aceste experiente in vreun fel viata ta?

16. ORIENTAREA (CARS/M-14)

- Ai avut recent probleme sa-ti amintesti cine esti, date sau evenimente curente?
- Sti ce zi e astazi, ce zi a saptamanii sau lunii, anul si numele locului unde te afli?

17. COMPORTAMENTUL AGRESIV (MRS-9, CARS/M-2)

- Obiectiv: Observa semnele de iritare si/sau agresivitate ale pacientului.

18. APARENTA (MRS-10)

- Obiectiv: Observa cum este imbracat pacientul (de ex. care este tinuta generala) si daca hainele sunt adecvate circumstantelor.

19. VOLUMUL VOCHII (BRMS-4)

- Obiectiv: Observa volumul vocii pacientului.

20. CONTACTUL (BRMS-8)

- Obiectiv: Observa daca pacientul este perturbant, intreba mult, comenteaza, este emfatic sau arogant si daca acest comportament este adecvat contextului.

21. GANDIREA (CARS/M-11)

- Obiectiv: Observa capacitatea subiectului de a intelege, incoerenta in vorbire, relaxarea asociatiilor de idei, neologisme, si alte tulburari ale gandirii. A nu se cota aici fuga de idei.

Anexa Nr. 8
LISTA COGNITIILOR DIN MANIE
(Cognition Checklist for Mania—Revised – CCL-M-R)

Nr. item	Itemul	Sunt de acord:			
		Deloc	Uneori	Mult	Foarte mult
Subscala “EU INSUMI”					
1	Oamenii trebuie sa auda ce spun	0	1	2	3
2	Sunt puternic	0	1	2	3
3	Am o misiune speciala	0	1	2	3
4	Am a multime de idei	0	1	2	3
5	Sunt cel mai bun	0	1	2	3
6	Tot ce fac fac foarte bine	0	1	2	3
7	Imi sunt destinate multe lucruri bune				
Subscala “Relatii”					
8	Toata lumea ma iubeste	0	1	2	3
9	Eu ii iubesc pe toti	0	1	2	3
10	Oamenii nu-mi recunosc superioritatea mea	0	1	2	3
11	Oamenii ma trateaza ca si cum as fi bolnav	0	1	2	3
12	Oamenii nu ma inteleg	0	1	2	3
13	Altii stau in calea realizarii mele	0	1	2	3
14	As face multe lucruri daca oamenii nu m-ar impiedica	0	1	2	3
Subscala “Placere/excitatie”					
15	Ar trebuie sa ma bucur cand pot	0	1	2	3
16	Eu trebuie sa traiesc clipa	0	1	2	3
17	Cu cat realizez mai mult cu atat ma bucur mai tare	0	1	2	3
18	Este bine sa-ti asumi riscuri	0	1	2	3
19	Viata e searbada fara excitatie	0	1	2	3
20	Cand sunt excitat simt ca traiesc	0	1	2	3
21	Daca exista o sansa de succes atunci trebuie sa o folosesc cu orice risc	0	1	2	3
22	Pericolul ma excita	0	1	2	3
23	Sunt predestinat sa folosesc toate oportunitatile	0	1	2	3
Subscala “Activitate”					
24	Am atata energie sa fac ce vreau	0	1	2	3
25	Am obtinut ce am vrut cand am vrut	0	1	2	3
26	Cand obtii este asa de bine incat nu te opresti	0	1	2	3
27	Am scopuri noi	0	1	2	3
28	A fi victorios este totul	0	1	2	3
29	Am realizat mai multe decat altii	0	1	2	3