

Częstość występowania zaburzeń afektywnych dwubiegunowych wśród chorych na depresję leczonych przez psychiatrów w warunkach ambulatoryjnych*

Frequency of bipolar affective disorders among depressive outpatients treated by psychiatrists

Janusz Rybakowski¹, Aleksandra Suwalska¹, Dorota Łojko¹,
Joanna Rymaszewska², Andrzej Kiejna²

¹ Z Kliniki Psychiatrii Dorosłych AM w Poznaniu

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

² Z Katedry i Kliniki Psychiatrii AM we Wrocławiu

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

Summary

Aim: To assess the frequency of bipolar disorders among outpatients with affective illness treated by 96 Polish psychiatrists, representing all regions of Poland.

Methods: The study was performed on 880 patients (237 male, 643 female). They were identified, according to the criteria used, into the following diagnostic categories: 1. Bipolar affective illness, type I (Bipolar I); 2. Bipolar affective illness, type II (Bipolar II); 3. Bipolar spectrum disorder; 4. Unipolar affective illness.

Results: Affective disorders having bipolar features were found in 61.2% of the patients studied, bipolar I more frequent in men (27.4% vs 17.6%) and bipolar II more frequent in women (31.7% vs 21.5%). Bipolar spectrum was identified in 12% of the studied patients. Patients with bipolar affective illness compared with unipolar affective illness had a family history of bipolar disorder significantly more frequently, premorbid features of hyper- or cyclothymic personality, early onset of depression (before 25 years), symptoms of atypical depression (hypersomnia and hyperphagia), episodes of psychotic depression, postpartum depression, and treatment-resistant depression. The group of bipolar spectrum had most clinical features similar to classic types of bipolar affective illness and showed significant differences with unipolar affective illness.

Conclusions: In outpatients, who had a depressive episode in the past and were treated by psychiatrists in Poland, bipolar disorders may amount to 60% of them. Patients with bipolar affective illness significantly differ from patients with unipolar affective illness as to the numerous clinical features, not connected with manic, hypomanic or mixed states. The results of the study may also indicate a legitimacy to delineate a bipolar spectrum

Słowa kluczowe: zaburzenia afektywne dwubiegunowe, depresja, spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej

Key words: bipolar affective disorders, depression, spectrum of bipolar illness

* Praca została sfinansowana przez grant badawczy firmy Sanofi-Synthelabo Polska. Prof. Janusz Rybakowski oraz prof. Andrzej Kiejna pełnili funkcje krajowych koordynatorów projektu.

Wstęp

Podział zaburzeń afektywnych na chorobę afektywną jednobiegunową i dwubiegunową, postulowany przez psychiatrów niemieckich od lat 50. [1, 2], ostatecznie dokonał się dzięki pracom Angsta [3] i Perrisa [4], opublikowanym w roku 1966, w których wykazali różnice w zakresie występowania zaburzeń psychicznych w rodzinach pacjentów z jednobiegunowym i dwubiegunowym przebiegiem choroby. Od tej pory podstawowym kryterium choroby afektywnej dwubiegunowej stało się występowanie stanów maniakalnych. Dalszy podział tej choroby zaproponowany przez autorów amerykańskich został oparty na nasileniu objawów zespołu maniakalnego. W myśl kryteriów sformułowanych przez Dunnera i wsp. w ich artykule z 1976 roku [5], jeżeli w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej obok stanów depresyjnych występują zespoły maniakalne o znacznym nasileniu, wymagające hospitalizacji, lub stany mieszane, to wtedy mamy do czynienia z chorobą afektywną dwubiegunową typu I (bipolar I), natomiast w chorobie afektywnej dwubiegunowej typu II (bipolar II) obok epizodów depresji występują stany hipomaniakalne, nie wymagające hospitalizacji. Wg ostatniej wersji amerykańskiego systemu diagnostycznego DSM-IV [6], obowiązującego od 1994 roku, rozpowszechnienie poszczególnych postaci chorób afektywnych (ryzyko zachorowania w ciągu życia) ma wynosić dla bipolar I: 0,4–1,6%, a dla bipolar II: 0,5%. Wartości te istotnie kontrastują z podanymi w tym samym wydaniu DSM-IV wskaźnikami rozpowszechnienia tzw. dużego zaburzenia depresyjnego (jednokrotnego lub nawracającego), które miałyby wynosić dla mężczyzn 5–12%, a dla kobiet 10–25%. Pozostają również w sprzeczności z obserwacjami klinicznymi praktykujących psychiatrów, które wskazują, że stosunek liczby pacjentów z cechami zaburzeń dwubiegunowych do liczby pacjentów z chorobą afektywną jednobiegunową jest istotnie wyższy niż 1:10.

Z badań epidemiologicznych dotyczących rozpowszechnienia zaburzeń afektywnych o cechach dwubiegunowości przeprowadzonych w dwudziestoleciu 1978–98 wynikało jednak, że gdy zastosuje się szersze kryteria do identyfikacji stanów wzmoczonego nastroju, wtedy ryzyko wystąpienia w ciągu życia zaburzenia o cechach dwubiegunowości zawiera się w granicach 3–6% [7–12]. Spowodowało to w ostatnich latach tendencję do częstszego rozpoznawania choroby afektywnej dwubiegunowej typu II oraz do wprowadzenia pojęcia spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej [8]. Angst [13] przedstawił koncepcję stanów hipomanii trwających 1–3 dni (a więc nie spełniających kryteriów DSM-IV), mających przebieg nawracający (brief recurrent hipomania) lub występujących sporadycznie (brief sporadic hipomania), jako cechę dwubiegunowego przebiegu choroby. Ghaemi i wsp. [14, 15] zaproponowali kryteria diagnostyczne zaburzenia (typu) spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej, nie będące ani chorobą afektywną dwubiegunową typu I ani II, a wypełniające przestrzeń diagnostyczną pomiędzy spektrum depresji jednobiegunowej a chorobą afektywną dwubiegunową typu II. Hirschfeld i wsp. [16] opracowali kwestionariusz zaburzeń nastroju (The Mood Disorder Questionnaire – MDQ) mający stanowić narzędzie skринingowe do pomiaru występowania zaburzenia o typie spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej.

Interesujące wyniki przyniosło też ostatnie francuskie badanie o nazwie EPIDEP, w którym 48 psychiatrów z 15 ośrodków oceniało za pomocą wielu narzędzi do weryfikacji „dwubiegunowości” możliwość istnienia cech choroby afektywnej dwubiegunowej typu II u 537 chorych na depresję z początkowym rozpoznaniem choroby afektywnej jednobiegunowej. Ocena przeprowadzona została dwukrotnie. Podczas gdy w trakcie pierwszego badania możliwość występowania choroby afektywnej dwubiegunowej typu II stwierdzono u 21,7% pacjentów badanej grupy, wartości uzyskane w trakcie drugiego, bardziej szczegółowego, badania były dwukrotnie wyższe i wynosiły 39,8%. Wykazano więc, że niemal u 2/5 chorych, u których rozpoznaje się epizod depresyjny, może występować II typ choroby afektywnej dwubiegunowej [17].

Celem niniejszego badania było określenie częstości występowania zaburzeń o charakterze dwubiegunowym wśród chorych z zaburzeniami afektywnymi leczonych przez polskich psychiatrów w warunkach ambulatoryjnych. W badaniu tym po raz pierwszy zastosowano narzędzia psychometryczne do identyfikacji zaburzenia o typie spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej.

Metody

Badanie zostało zaprojektowane jako badanie ogólnopolskie. Uczestniczyło w nim 96 specjalistów psychiatrów reprezentujących wszystkie województwa naszego kraju (9 – woj. dolnośląskie, 2 – woj. kujawsko-pomorskie, 2 – woj. lubelskie, 2 – woj. lubuskie, 9 – woj. łódzkie, 11 – woj. małopolskie, 13 – woj. mazowieckie, 3 – woj. opolskie, 5 – woj. podkarpackie, 2 – woj. podlaskie, 8 – woj. pomorskie, 12 – woj. śląskie, 3 – woj. świętokrzyskie, 2 – woj. warmińsko-mazurskie, 9 – woj. wielkopolskie i 4 woj. – zachodniopomorskie. Wszyscy psychiatrzy uprzednio uczestniczyli w szkoleniu dotyczącym oceny za pomocą skal używanych w badaniu. Badanie wykonano w 2002 roku.

Każdy psychiatra włączył do badania 7–10 pacjentów. Podstawowym kryterium włączenia do badania było przebycie przez pacjenta co najmniej jednego epizodu depresji oraz wiek 18–65 lat. Kryterium wyłączającym było współistnienie ciężkich chorób somatycznych lub neurologicznych: niewydolność nerek lub wątroby, niewyrównana cukrzyca lub inne choroby układu endokrynnego, przebycie ciężkiego urazu głowy z utratą przytomności, padaczka i inne choroby neurologiczne.

U kolejnych chorych zgłaszających się do badania, spełniających ww. kryteria, lekarz psychiatra na podstawie wywiadu, badania stanu psychicznego i posiadanej dokumentacji lekarskiej wypełniał kwestionariusz zawierający kryteria diagnostyczne zaburzeń afektywnych wg DSM-IV oraz oceniał zmodyfikowane kryteria spektrum zaburzeń dwubiegunowych wg Ghaemi i wsp. [15]. Modyfikacja polegała na zmianie definicji zespołu hipomaniakalnego (kryterium C2), punktu D1 dotyczącego osobowości przedchorobowej oraz dodaniu pięciu pytań (E1–E5) o występowanie różnorodnych objawów w okresie depresji. Przedstawiono to w załączniku 1. Pacjent z pomocą psychiatry wypełniał Kwestionariusz Zaburzeń Nastroju wg Hirschfelda i wsp. [16] (załącznik 2), który był następnie interpretowany przez lekarza.

Badanie wykonano ogółem u 880 chorych (237 mężczyzn, 643 kobiety), którzy

w jego wyniku zakwalifikowani zostali do następujących kategorii diagnostycznych:

1. Choroba afektywna dwubiegunowa, typ I (CHAD I), na podstawie przebycia co najmniej jednego epizodu maniakalnego lub mieszanego spełniającego kryteria DSM-IV.

2. Choroba afektywna dwubiegunowa, typ II (CHAD II), na podstawie przebycia co najmniej jednego epizodu hipomaniakalnego, spełniającego kryteria DSM-IV.

3. Spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej (spektrum CHAD) na podstawie spełnienia kryteriów spektrum wg Ghaemi i wsp. lub/i kryteriów Kwestionariusza Zaburzeń Nastroju.

4. Choroba afektywna jednobiegunowa (CHAJ), na podstawie niespełnienia kryteriów dwubiegunowości wymienionych w punktach 1–3. Ponieważ kryterium podstawowym włączającym do badania było przebycie w przeszłości co najmniej jednego epizodu depresyjnego, wszyscy pacjenci tej grupy w momencie włączania do badania przeżywali przynajmniej drugi epizod depresji, co mogło potwierdzać postawienie u nich rozpoznania CHAJ.

Wyniki

W tabeli 1 przedstawiono liczbę i procent chorych w poszczególnych kategoriach

Tabela 1

Liczba i procent chorych w poszczególnych kategoriach diagnostycznych

	Mężczyźni N=237	Kobiety N=693	COŚCIEMI N=930
CHAD I	65 27,4%	113 16,1%	178 19,2%
CHAD II	51 21,5%	204 29,4%	255 27,5%
Spektrum CHAD	34 14,3%	74 10,7%	108 11,7%
CHAJ	87 36,7%	254 36,6%	341 36,8%

* różnica między mężczyznami i kobietami istotna, $p < 0,005$

diagnostycznych w grupie mężczyzn i kobiet.

Jak wynika z tabeli, zaburzenia afektywne o cechach dwubiegunowych stwierdzono u ponad 60% badanych pacjentów. Występowanie choroby afektywnej dwubiegunowej typu I wykazano o 10% częściej u mężczyzn niż u kobiet, podczas gdy zjawisko odwrotne obserwowano w odniesieniu do choroby afektywnej dwubiegunowej typu II. U 12% badanych chorych stwierdzono zaburzenie o charakterze spektrum choroby

afektywnej dwubiegunowej.

W tabeli 2 przedstawiono procenty poszczególnych rozpoznań w grupach wieko-

Tabela 2

Kategorie diagnostyczne w grupach wiekowych 18–49 i 50–65 lat

%	CHAJ	CHAD I	CHAD II	Spektrum CHAD
Wiek: 18–49	37,1	21,9	27,7	13,3
Wiek: 50–65	40,8	18,1	30,6	10,5

wych 18–49 oraz 50–65 lat.

Nie stwierdzono zależności między częstością występowania poszczególnych kategorii diagnostycznych a przynależnością do wymienionych grup wiekowych.

W tabeli 3 przedstawiono wybrane cechy kliniczne w grupie osób z chorobą afek-

Tabela 3

Wybrane cechy kliniczne w grupie osób z chorobą afektywną dwubiegunową (CHAD) i jednobiegunową (CHAJ)

	CHAD n=530		CHAJ n=341	
	M n=190	K n=340	M n=87	K n=254
CHADu łagodnego przeważająco stopnia n=193	37 (24,0%)	77 (10,2%)	10 (11,5%)	14 (5,5%)
Cechy hiper- lub cyklotymiczne/ osobliwość przebiegu choroby n=324	77 (51,3%)	102 (40,4%)	17 (10,5%)	38 (14,0%)
Uczestny początek depresji (-25r.-2.) n=101	47 (31,3%)	108 (27,2%)	12 (13,8%)	24 (9,4%)
Objawy depresji atypowej n=177	34 (22,0%)	100 (25,7%)	7 (8,0%)	30 (11,8%)
Epizody depresji psychotycznej n=110	37 (24,0%)	55 (14,1%)	5 (5,7%)	21 (8,3%)
Depresja poprowadowa n=20		08 (17,0%)		18 (7,3%)
Depresja lekkooporna n=124	37 (24,0%)	09 (23,0%)	13 (14,0%)	41 (16,1%)
Depresja o głębokim n=340	50 (37,3%)	152 (30,1%)	33 (37,0%)	00 (0,0%)
Niepodyparniki n=400	70 (30,0%)	132 (40,2%)	30 (44,8%)	118 (46,5%)

Różnica między chorobą afektywną dwubiegunową a jednobiegunową istotna: *p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001;

tywną dwubiegunową i jednobiegunową, osobno u mężczyzn i kobiet.

Jak wynika z tabeli, osoby z chorobą afektywną dwubiegunową w porównaniu z pacjentami z chorobą afektywną jednobiegunową istotnie częściej były obciążone rodzinnie chorobą afektywną dwubiegunową, miały cechy przedchorobowej osobowości hiper- lub cyklotymicznej, wczesny początek depresji (przed 25 rokiem życia), objawy depresji atypowej, epizody depresji psychotycznej; epizody depresji u kobiet były odporne na farmakoterapię. Nie stwierdzono różnic w częstości występowania w czasie epizodów depresji stanów agitacji lub napadów lęku.

W tabelach 4 i 5 dokonano porównania powyższych cech klinicznych między grupą pacjentów, u których rozpoznano zaburzenie o charakterze spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej w grupie pacjentów z CHAD I oraz CHAD II (tabela 4)

Tabela 4

Wybrane cechy kliniczne w grupie osób z chorobą afektywną dwubiegunową typu 1 i 2 oraz ze spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej

	CHAD typu 1+CHAD typu 2 N=493		Spektrum CHAD N=100	
	M N=110	K N=383	M N=34	K N=66
CHADu I i II w jego pięciu stopniach	22 (19,9%)	40 (10,5%)	15 (44,1%***)	28 (42,4%***)
Cechy hiper- lub cyklotymicznej osobowości przedchorobowej	62 (56,4%)	105 (27,4%)	0 (0,0%***)	27 (40,9%*
(U)wczesny początek depresji (<25r.)	30 (27,3%)	20 (5,2%)	2 (5,9%)	22 (33,3%)
Objawy depresji atypowej	20 (18,2%)	22 (5,7%)	2 (5,9%)	12 (18,2%)
Epizody depresji psychotycznej	27 (24,5%)	43 (11,2%)	0 (0,0%)	12 (18,2%)
Depresja poponadowa		51 (13,3%)		17 (25,9%)
Depresja lekoodporna	24 (21,8%)	74 (19,3%)	13 (38,2%)	10 (15,2%)
Depresja ogłupiana	41 (37,3%)	120 (31,3%)	15 (44,1%)	33 (48,8%)
Napady paniki	57 (51,8%)	131 (34,2%)	13 (38,2%)	30 (45,5%)

Różnica między CHAD I+II a spektrum CHAD istotna: * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001

Tabela 5
Porównanie wybranych cech klinicznych między grupą spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej a osobami z chorobą afektywną jednobiegunową

	Spektrum CHAD N= 100		CHAD N= 341	
	M N= 34	K N= 72	M N= 87	K N= 254
CHAD u krewnego pierwszego stopnia	15 (44,1%)	22 (30,6%)	10 (11,5%***)	14 (5,5%***)
Cechy hiper- lub cyklotymicznej osobowości przedchorobowej	0 (0,0%)	27 (37,5%)	17 (19,5%)	32 (12,6%***)
Uczesny początek depresji (<25 r.)	2 (23,5%)	22 (30,6%)	12 (13,8%)	24 (9,4%***)
Objawy depresji atypowej	2 (23,5%)	12 (16,7%)	7 (8,0%*	30 (11,8%*
Epizody depresji psychotycznej	10 (29,4%)	12 (16,7%)	5 (5,7%***)	21 (8,3%*
Depresja poporodowa		17 (23,6%)		12 (4,7%***)
Depresja lekooporna	13 (38,2%)	10 (13,9%)	13 (14,9%***)	41 (16,1%*
Depresja ogłowiona	15 (44,1%)	33 (45,8%)	33 (37,9%)	00 (0,0%)
Niepodyparniki	13 (38,2%)	30 (41,7%)	30 (34,3%)	12 (4,7%***)

Różnica między spektrum CHAD a chorobą afektywną jednobiegunową istotna: *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

oraz w grupie depresji jednobiegunowej (tabela 5).

Jedynymi różnicami, jakie stwierdzono między spektrum CHAD a „klasycznymi” postaciami tej choroby (tj. CHAD I i CHAD II) było w grupie spektrum częstsze występowanie obciążenia rodzinnego chorobą afektywną dwubiegunową, natomiast mniej częste cech osobowości hiper- lub cyklotymicznej. Ponadto, mężczyźni z grupy spektrum CHAD mieli bardziej lekooporną depresję w porównaniu z mężczyznami z CHAD I oraz CHAD II.

Porównanie osób ze spektrum CHAD z pacjentami, u których rozpoznano chorobę afektywną jednobiegunową, wykazało istnienie podobnych różnic, jak między grupami osób z chorobą afektywną dwubiegunową a jednobiegunową. Jedynymi wyjątkami był brak w grupie mężczyzn różnic w występowaniu cech przedchorobowej osobowości

hiper- lub cyklotymicznej oraz depresji przed 25 rokiem życia.

Omówienie

Niniejsze badanie stanowi pierwszą w skali naszego kraju i jedną z nielicznych w świecie próbę oceny częstości występowania zaburzeń dwubiegunowych wśród chorych z zaburzeniami afektywnymi, leczonych ambulatoryjnie przez psychiatrów. Wykazała ona, że stosując poszerzone kryteria diagnostyczne „dwubiegunowości”, zaburzenia o charakterze dwubiegunowym można stwierdzić nawet u ponad połowy badanych z chorobami afektywnymi.

W analizowanej grupie niemal 50% chorych spełniało kryteria „klasycznej” choroby afektywnej dwubiegunowej, czyli CHAD typu I lub II. Stanowi to potwierdzenie wyników badań innych autorów wskazujących na możliwość znacznie częstszego, niż się przyjmuje, występowania tych zaburzeń, zwłaszcza przy lepszej identyfikacji choroby afektywnej dwubiegunowej typu II [10, 17], jak również na konwersję diagnostyczną, głównie w kierunku choroby afektywnej dwubiegunowej typu II u znacznej liczby chorych u których pierwotnie rozpoznano chorobę afektywną jednobiegunową [17, 18, 19].

Stwierdziliśmy istotne różnice między chorobą afektywną jedno- a dwubiegunową w odniesieniu do częstości występowania wielu cech klinicznych, nie związanych bezpośrednio z obecnością stanów maniakałnych, hipomaniakałnych czy mieszanych. U pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową epizody depresji znamienne częściej pojawiały się przed 25 rokiem życia, częściej występowała depresja atypowa (z hipersomnią i hiperfagią), depresja psychotyczna, depresja poporodowa, jak również depresja oporna na leczenie farmakologiczne. Jest to zgodne z propozycjami innych autorów dotyczącymi włączenia tych cech klinicznych jako pomocniczych kryteriów diagnostycznych spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej [15]. Nie stwierdzono natomiast różnic między CHAD i CHAJ w częstości występowania w okresie depresji stanów niepokoju lub lęku panicznego. Wyniki te nie potwierdzają więc koncepcji innych badaczy traktujących występowanie tych objawów w okresie depresji jako ekwiwalenty „stanów mieszanych” [20, 21].

Wyniki niniejszego badania mogą potwierdzać zasadność wyodrębnienia zaburzenia o charakterze spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej, aczkolwiek nie spełniającego kryteriów CHAD I ani CHAD II. W analizowanej grupie ta kategoria stanowiła 12% badanych pacjentów, a 20% chorych, u których stwierdzono zaburzenia dwubiegunowe. Pod względem większości ocenianych w obecnym badaniu cech klinicznych osoby ze spektrum CHAD są podobne do osób z klasycznymi postaciami choroby afektywnej dwubiegunowej (tj. CHAD I i CHAD II), natomiast wykazują istotne różnice w porównaniu z osobami, u których rozpoznano chorobę afektywną jednobiegunową.

Rozpoznanie choroby afektywnej dwubiegunowej niesie istotne implikacje terapeutyczne, głównie w postaci celowości wprowadzenia do terapii farmakologicznej leków normotymicznych. W tym kontekście istotnego znaczenia nabiera stwierdzenie w naszej pracy istotnie częstszego występowania depresji odpornej na terapię za pomocą

leków przeciwdepresyjnych w grupie zakwalifikowanej jako CHAD, zwłaszcza spektrum CHAD. Można wysunąć przypuszczenie, że u części osób depresja lekooporna stanowi konsekwencję nierozpoznania choroby afektywnej dwubiegunowej i niedołączenia leków o działaniu normotymicznym. Dodanie takich środków (zwłaszcza soli litu) stanowi obecnie najbardziej akceptowaną metodę postępowania w depresji lekoopornej [22, 23].

Uzyskane przez nas wysokie wskaźniki dwubiegunowości mogłyby wynikać z faktu, że badanie nasze obejmowało populację leczoną przez psychiatrów, a więc o większym nasileniu choroby niż ogólna populacja chorych, leczona z powodu depresji również przez lekarzy ogólnych i innych specjalności niż psychiatria. W przeciwieństwie jednak do wielu innych krajów, można oszacować, że w Polsce zdecydowana większość chorych na depresję jest leczona przez psychiatrów i dlatego nasza badana populacja może być reprezentatywna dla pacjentów z zaburzeniami afektywnymi jedno- i dwubiegunowymi.

Wnioski

1. W grupie pacjentów, którzy przebyli epizod depresji, leczonych w Polsce ambulatoryjnie przez psychiatrów, aż 60% mogą stanowić zespoły depresyjne w przebiegu różnych postaci choroby afektywnej dwubiegunowej.
2. Pacjenci z chorobą afektywną dwubiegunową w porównaniu z pacjentami z chorobą afektywną jednobiegunową istotnie częściej byli obciążeni rodzinnie chorobą afektywną dwubiegunową, mieli cechy przedchorobowej osobowości hiper- lub cyklotymicznej, wczesny początek depresji (przed 25 rokiem życia), objawy depresji atypowej, epizody depresji psychotycznej, jak również epizody depresji odporne na farmakoterapię.
3. Grupa ze spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej stanowiła 12% badanej populacji chorych. Pod względem badanych cech klinicznych grupa ta wykazywała większość podobieństw do osób z klasycznymi postaciami choroby afektywnej dwubiegunowej, natomiast istotne różnice w porównaniu z osobami z chorobą afektywną jednobiegunową.

PODZIĘKOWANIA

Autorzy i sponsor badania składają serdeczne podziękowania wszystkim psychiatrom biorącym udział w realizacji projektu, którymi byli: Piotr Baranowski, Grażyna Białas-Dębska, Anna Błankiewicz, Ryszard Błażewicz, Andrzej Bogacki, Agnieszka Bruś, Marcin Budnik, Janusz Bukowski, Izabela Chojnowska-Cwiąkała, Ziemowit Chudzik, Monika Czucha, Marek Cwiąkała, Dorota Derkacz, Eugenia Doroszkiewicz, Piotr Dragon, Ewa Giza, Beata Glimasińska, Paweł Grynda, Alicja Hoc, Marian Huplik, Jan Jaracz, Jacek Kacalak, Dorota Kaczorowska, Monika Kantorska-Janiec, Zdzisław Kapelski, Magdalena Kasprzyk, Dorota Kisiel-Dowejko, Joanna Kisielewska, Renata Kloska, Dominika Kostoń-Mędrala, Krystyna Kowalewska, Jolanta Kozłowska, Jerzy Kubiak, Maciej Kuligowski, Tomasz Kuszel, Andrzej Kuzin, Jan Latała, Jarosław Lipczyński, Monika Lis-Szymczak, Katarzyna Łachut, Wiesław Łukaszewicz, Adam Malecki, Grażyna Manista-Zielińska, Lucyna Masłowska-Szczęsny, Krzysztof Matus, Dorota Miazga, Bogumiła Miazgowska, Grażyna Milewska, Barbara Mołotkiewicz-Kłyś, Izabela Niewiadomska-Marko, Mirosław Nieborowicz, Zbigniew Obara, Jerzy Olas, Wojciech Oleksy, Renata Ostrowska, Jakub Paliga, Władysław Pasterniak, Elżbieta Piaseczyńska, Janina Piórecka, Anna Piwońska Zdunek, Mieczysława Plutecka,

Joanna Pokraśniewicz, Jacek Przyłudzki, Anna Raban, Monika Radziszewska, Elżbieta Ruman, Jerzy Ruman, Jadwiga Rytelawska, Wanda Rzeszut, Henryka Siniarska, Marcin Siwek, Sylwia Sobieszczajska, Brygida Staniewska, Katarzyna Staroń, Agnieszka Stępień, Małgorzata Synowiec, Maciej Szcześniak, Jerzy Szewczuk, Barbara Szumilewicz-Landowska, Wiktor Tołubiński, Jan Tracewicz, Marek Uleniecki, Tomasz Warakowski, Alicja Wilczyńska-Malek, Teresa Winiarska, Małgorzata Winkiel-Skóra, Izabella Witecka, Robert Wojciechowski, Elżbieta Wojnarska, Dariusz Wróblewski, Jerzy Wysocki, Iwona Zalanowska-Wysocka, Ewa Zambrzycka, Grażyna Żarnowiecka, Romualda Żelichowska-Kielska, Maciej Żerdziński.

×rñññr d' aełic' rōōłēñcāiūō āāōōd'ietñiūō irđōrlīcē nāīāc āēūiūō āīd'dlññcē,ēī=liūō
d'ñcōēfñdrēc ā rēāōēfñdiūō ōñēiāc' ō

Nāīācēriēl

Čřāriēl: Īd'dlāēlīcēl' +rñññū d' aełic' irđōrlīcē n āāōōd'ietñiūē nī=liēlē āīd'dlññcē, ēī=liūō rēāōēfñdiūē d'ōñlē 96 d'ietūñēcēc d'ñcōēfñdrēc āī āñlō iāēfññ' ō D'ietūrc.

Ēlñiāū: Čññēlāiāriēl d'dlālāiū ō 880 āēūiūō (237 ēōc=ēī c 643 ēliūcīū), ēimīdūō nī, ir iñiāriēc d'dēi' nūō ēdñlīcē, d'dē=čñēlī ē nēlāōiūcē āčřāiññc=īñēcē ēfñlāiāc' ē:

1. Rōōłēñcāi' āāōōd'ietñi' āiēlciū, nčd' I (CHAD I); 2. Rōōłēñcāi' āāōōd'ietñi' āiēlciū, nčd' II (NIRD II); 3. Nđ'leñd' rōōłēñcāiē āāōōd'ietñiē āēlciē (CHAD – nđ'leñd); 4. Rōōłēñcāi' iāiđ'ietñi' āiēlciū (CHAJ).

Đlōcōēñrñū: Rōōłēñcāiūl irđōrlīc' āāōōd'ietñiāi nčd'r ā iāūlē +čñēl iāiđōcēliū ō 61,2% čññēlāiāriūō d'fōclīñiā, ā nīē +čñēl CHAD I +fūl ō ēōc=ēī (27,4% c 17,6% ēliūcī). nīāāf ēfē NIRD) II +fūl ō ēliūcī (31,7% c 21,5% ō ēōc=ēī). Ō 12% čññēlāiāriūō āiēūiūō iñēl=liū irđōrlīcēl nčd'r nđ'leñd' CHAD. D'fōclīñū n NIRD ā nđ'fāiēlīc' n d'fōclīñrēc n NĪAJ čīf=čñlēūi +fūl d'dēñōi=ācēc cē nēlē n āāōōd'ietñiē rōōłēñcāiē iñēlciū, +lđñū ēc=īññc āc'd'ld cēc nōāōcēēiñcēc=īñēiē ā d'dlāāēlciūiē d'īcēiā, d'riēcē ir=fēiē āīd'dlññcē (d'ldlā 25 āiāiē cēcīc), nčēd'nēū āīd'dlññcē c iñc'dē=iūē nī=liēlē (āc'd'ldñiēc' c āc'd'ldōfāc'). Eđiēl nīāi ō d'fōclīñiā n NIRD iñēl=liū yđ'cēiāū d'ñcōiñc=īñēiē āīd'dlññcē, d'ñēlđāiāiē āīd'dlññcē, nřēcl' c ōrđēfēiđcēññiōc' d'dē ēī=liēc āiēlciē. Ādōd'r āiēūiūō, āčřāiññcēd'iāi' ēfē nđ'leñd' NIRD n nī=ēc c'dlīc' čññēlāiāriūō ēcēc=īñēcō +lđñ iāēfāfēf āiēūrcēc nōiāñnāfēc n ēfññc=īñēcēc ōiđērcē rōōłēñcāiē āiēlciē āāōōd'ietñiāi nī=liēc'. N ādōāiē nīd'iū iñēl=liū nōūlññāliūl d'fōcēc=ē' n rōōłēñcāiē iāiđ'ietñiē āiēlciū.

Āūāiāū: Ā ādōd'l d'fōclīñiā, ēimīdūl d'ldlīñēc āīd'dlññcāiūē yđ'cēiā, ēī=liūō ā D'ietūrl rēāōēfñdiūē d'ōñlē d'ñcōēfñdrēc, d'i=ñc 60% ēiāōñ nīññrāē nū āīd'dlññcāiūl nēiāđ'ietēiēd'ēlēñū ā nī=liēl d'fōcēc=iūō ōiđē āāōōd'ietñiē āiēlciē. D'fōclīñū n NIRD nōūlññāliūē iāđ'cēiē iñēc=fññ' iñ āiēūiūō n NIRD n nī=ēc c'dlīc' ēiācō ēcēc=īñēcō nčēd'nēiā, il nā' čriūō n irēc=ēlē ēfīcēfēiūō nīññ' iēc, cēc ēl āc'd'fēiēcēfēiūō c nēl'rriūō nčd'ia. Đlōcōēñrñū d'dlālāiūē d'fāiñū ēiāōñ ōfēcūāfñū ir iñāōiācēiññū āūālēlīc' irđōrlīc' n nčd'ē nđ'leñd' CHAD.

Häufigkeit der affektiven bipolaren Störungen unter Depressionskranken, die durch Psychiater ambulant behandelt werden

Zusammenfassung

Ziel: Die Bestimmung der Häufigkeit der bipolaren Störungen unter den Kranken mit affektiven Störungen, die durch 96 polnische Psychiater aus allen Wojewodschaften unseres Landes ambulant behandelt werden.

Methoden: Die Untersuchung wurde an 880 Kranken durchgeführt (237 Männer, 643 Frauen), die aufgrund von angenommenen Kriterien folgenden diagnostischen Kategorien eingereiht wurden:

1. Affektive bipolare Krankheit, Typ I (CHAD I)
2. Affektive bipolare Krankheit, Typ II (CHAD II)
3. Spektrum der affektiven bipolaren Krankheit (Spektrum CHAD)

4. Affektive unipolare Krankheit (CHAJ)

Ergebnisse: Affektive Störungen mit zweipoligen Eigenschaften wurden im Allgemeinen bei 61,2% der untersuchten Patienten festgestellt, darunter trat CHAD I häufiger bei Männern auf als bei Frauen (27,4% vs. 17,6%). CHAD II trat dagegen häufiger bei Frauen auf (31,7% vs. 21,5%). Bei 12% der Untersuchten wurde die Störung mit Spektrum CHAD beobachtet. Die Patienten mit CHAD zeigten häufiger im Vergleich mit den Patienten mit CHAJ eine Familienbelastung mit der affektiven zweipoligen Krankheit, die Eigenschaften einer hyper- oder zykllothymischen Persönlichkeit in der prämorbid Zeit, frühen Anfang der Depression (vor dem 25. Lebensjahr), Symptome der atypischen Depression (Hypersomnie, Hyperphagie), Episode der psychotischen Depression, postpartale Depression und die Resistenz der Depression gegen Pharmakotherapie. Die Gruppe, bei der CHAD Spektrum diagnostiziert wurde, zeigte im Hinblick auf die untersuchten klinischen Eigenschaften die meisten Ähnlichkeiten mit der klassischen affektiven zweipoligen Krankheit und bedeutende Unterschiede zu der affektiven unipolaren Krankheit.

Schlussfolgerungen: In der Gruppe der Patienten, die eine Episode der Depression erlebt hatten und die in Polen durch Psychiater ambulant behandelt wurden, können bis 60% die Depressionssyndrome im Verlauf unterschiedlicher Arten der affektiven zweipoligen Krankheit darstellen. Die Patienten mit CHAD zeigen bedeutende Unterschiede im Vergleich mit den Personen mit CHAJ im Hinblick auf viele klinische Eigenschaften, die mit den manischen, hypermanischen oder gemischten Zuständen nicht verbunden sind. Die Ergebnisse der Arbeit können darauf zeigen, dass es notwendig ist, die Störungen mit CHAD Spektrum auszusondern.

La fréquence des troubles affectifs bipolaires chez les patients dépressifs suivant la thérapie psychiatrique dans les centres ambulatoires

Résumé

Objectif: Estimer la fréquence des troubles affectifs bipolaires chez les patients traités par 96 psychiatres polonais de diverses régions dans les ambulatoires.

Méthodes: On examine 880 patients (237 hommes et 643 femmes) diagnostiqués et divisés en 4 groupes: 1. maladie affective bipolaire – type I (CHAD I); 2. maladie affective bipolaire – type II (CHAD II); 3. spectrum de la maladie affective bipolaire (spectrum CHAD); 4. maladie affective unipolaire (CHAJ).

Résultats: Les troubles affectifs avec les caractéristiques bipolaires sont notés chez 61,2% de patients, CHAD I le plus souvent chez les hommes (27,4% vs 17,6%), tandis que CHAD II – chez les femmes (31,7% vs 21,5%). Le spectrum CHAD on note chez 12% de malades. Les patients avec CHAD comparés avec CHAJ le plus souvent ont dans leur histoire familiale les malades souffrant des troubles affectifs bipolaires ainsi que les traits de la personnalité hyper- ou cyclo-thymique avant leur maladie, le début précoce de la dépression (avant 25 ans), les symptômes de la dépression atypique (hypersomnie et hyperphagie), les épisodes de la dépression psychotique, de la dépression post-partum ainsi que la résistance à la pharmacothérapie. Le groupe avec le spectrum CHAD du point de vue clinique ressemble à la maladie affective bipolaire classique et ce groupe diffère du celui avec la maladie affective unipolaire.

Conclusions: Dans les groupes des patients avec un épisode subi de la dépression, traités dans les centres ambulatoires polonais 60% souffrent des troubles affectifs bipolaires. Les patients avec CHAD diffèrent de ceux avec CHAJ du point des caractéristiques cliniques, non-liées avec les manies, les troubles hypomaniaques ou les troubles mixtes. Ces résultats peuvent légitimer la nécessité de distinguer les troubles du type «spectrum CHAD».

Piśmiennictwo

1. Kleist K. *Die Gliederung der neuropsychischen Erkrankungen*. Mon. Psychiatrie Neurol. 1953;

- 125: 526–554.
2. Leonhard K. *Aufteilung der endogenen Psychosen*. Berlin: Akademie Verlag; 1957.
 3. Angst J. *Zur Ätiologie und Nosologie endogener depressiver Psychosem*. Berlin: Springer; 1966.
 4. Perris C. *A study of bipolar (manic-depressive) and unipolar recurrent depressive psychoses: I: Genetic investigation*. Acta Psychiatr. Scand. 1966; 42 (supl. 194): 15–44.
 5. Dunner DL, Gershon ES, Goodwin FK. *Heritable factors in the severity of affective illness*. Biol. Psychiatry 1976; 11: 31–42.
 6. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition. DSM-IV*. Washington D.C.: American Psychiatric Association; 1994.
 7. Weissman MM, Myers JK. *Rates and risks of depressive symptoms in a US urban community*. Acta Psychiatr. Scand. 1978; 57: 219–231.
 8. Faravelli C, Incerpi G. *Epidemiology of affective disorders in Florence. Preliminary results*. Acta Psychiatr. Scand. 1985; 72: 331–333.
 9. Oliver JM, Simmons ME. *Affective disorders and depression as measured by the Diagnostic Interview Schedule and the Beck Depression Inventory in an unselected adult population*. J. Clin. Psychol. 1985; 41: 496–576.
 10. Heun R, Maier W. *The distinction of bipolar disorder from bipolar I and recurrent unipolar depression: results of a controlled family study*. Acta Psychiatr. Scand. 1993; 87: 279–284.
 11. Levav I, Kohn R, Dohrenwend BP, Shrout PE, Skodol AE, Schwartz S, Link BG, Naveh G. *An epidemiological study of mental disorders in a 10-year cohort of young adults in Israel*. Psychol. Med. 1993; 23: 691–707.
 12. Szadoczky E, Papp Z, Vitrai J, Rihmer Z, Furedi J. *The prevalence of major depressive and bipolar disorders in Hungary. Results from a national epidemiologic survey*. J. Affect. Disord. 1998; 50: 153–162.
 13. Angst A. *The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder*. J. Affect. Disord. 1998; 50: 143–151.
 14. Akiskal HS, Pinto O. *The evolving bipolar spectrum. Prototypes I, II, III, and IV*. Psychiatr. Clin. North Am. 1999; 22: 517–534.
 15. Ghaemi SN, Ko JY, Goodwin FK. *The bipolar spectrum and the antidepressant view of the world*. J. Psychiatr. Pract. 2001; 7: 287–297.
 16. Hirschfeld RMA, Williams JBW, Spitzer RL, Calabrese JR, Flynn L, Keck PE, Lewis L, McElroy SL, Post RM, Rappaport DJ, Russel JM, Sachs GS, Zajecka J. *Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: The Mood Disorder Questionnaire*. Am. J. Psychiatry 2000; 157: 1873–1875.
 17. Allilaire JF, Hantouche EG, Sechter D, Bourgeois ML, Azorin JM, Lancrenon S, Chatenet-Duchene L, Akiskal H. *Fréquence et aspects cliniques du trouble bipolaire II dans une étude multicentrique française: EPIDEP*. L'Encéphale 2001; 27: 149–158.
 18. Benazzi F. *Prevalence of bipolar II disorder in outpatient depression: a 203 case study in private practice*. J. Affect. Disord. 1997; 43: 163–166.
 19. Goldberg JF, Harrow M, Whiteside JE. *Risk for bipolar illness in patients initially hospitalized for unipolar depression*. Am. J. Psychiatry 2001; 158: 1265–1270.
 20. Koukopoulos A, Koukopoulos A. *Agitated depression as a mixed state and the problem of melancholia*. Psychiatr. Clin. North Am. 1999; 22: 547–564.
 21. Benazzi F, Akiskal HS. *Delineating bipolar II mixed states in the Rawenna–San Diego collaborative study: The relative prevalence and diagnostic significance of hypomanic features during major depressive episodes*. J. Affect. Disord. 2001; 67: 115–122.
 22. Rybakowski J, Matkowski K. *Adding lithium to antidepressant therapy: factors related to therapeutic potentiation*. Eur. Neuropsychopharmacol. 1992; 2: 161–165.

23. Rybakowski JK, Suwalska A, Chłopocka-Woźniak M. *Potential of antidepressants with lithium or carbamazepine in treatment-resistant depression*. Neuropsychobiol. 1999; 40: 134–139.

Otrzymano: 21.10.2003

Zrecenzowano: 13.11.2003

Przyjęto do druku: 4.12.2003

ZAŁĄCZNIK: Klinika Psychiatrii Dorosłych
AM

KRYTERIA DIAGNOSTYCZNE SPEKTRUM CHOROBY AFEKTYWNEJ DWUBIEGUNOWEJ
WG GHAEMI I WSP. [15], ZMODYFIKOWANE

A. Co najmniej jeden epizod dużej depresji

B. Nie ma „spontanicznie” występujących epizodów hipomanii lub manii

C. Spełnienie jednego z poniższych kryteriów oraz co najmniej dwóch elementów z kryteriów D:

C1 Choroba afektywna dwubiegunowa u krewnego pierwszego stopnia

C2 Mania lub hipomania w następstwie stosowania leków przeciwdepresyjnych*

* *hipomania nie spełniająca kryteriów DSM-IV, np. trwająca 1–2 dni (modyfikacja)*

D. Jeżeli nie występuje żaden element z kryterium C, konieczna jest obecność co najmniej 6 z poniższych 9 cech „dwubiegunowości”:

D1 Osobowość hipertymiczna*

* *cechy hipertymicznej lub cyklotymicznej osobowości w okresie przedchorobowym (modyfikacja)*

D2 Nawracające epizody depresyjne (> 3)

D3 Krótkotrwałe nawracające epizody depresyjne (średnio < 3 mies)

D4 Objawy depresji atypowej (nadmierna senność, wzmożone łaknienie)

D5 Epizody depresji psychotycznej

D6 Wczesny początek depresji (< 25 r.ż.)

D7 Depresja poporodowa

D8 Szybka utrata efektu działania leków przeciwdepresyjnych

D9 Brak poprawy po ≥ 3 kuracjach przeciwdepresyjnych

E. Czy w okresie depresji występowały takie objawy, jak:

E1 Drażliwość

E2 Rozpraszałość uwagi

- E3 Goniwa myśli
- E4 Napady paniki
- E5 Pobudzenie (depresja agitowana)

ZAŁĄCZNIK 2

KWESTIONARIUSZ ZABURZEŃ NASTROJU WG HIRSCHFELDA I WSP. [16]

1. Czy był w Twoim życiu okres, kiedy byłeś/inny niż zazwyczaj:

- Czułeś tak dobrze i tak „super”, że inni ludzie myśleli, że nie jesteś zwykłym, normalnym sobą, lub byłeś/aś takim wyjątkiem, że wpadłeś/wpadłaś w kłopoty?	TAK	NE
- Byłeś/aś tak rozdrażniony, że krzywiłeś/aś innych lub zaszybałeś/aś obójki lub kłótnie?	TAK	NE
- Byłeś/aś znacznie bardziej pewny siebie niż zwykle?	TAK	NE
- Spędzałeś/aś znacznie mniej niż zazwyczaj i byłeś/aś zajęty?	TAK	NE
- Mówiłeś/aś znacznie więcej i szybciej niż zazwyczaj?	TAK	NE
- Miałeś/aś trudności myśli i nie mogłeś/aś powstrzymać?	TAK	NE
- Tak łatwo rozpraszały Cię wydarzenia wokół Ciebie, że miałeś/aś kłopoty z koncentracją i utrzymaniem uwagi?	TAK	NE
- Miałeś/aś znacznie więcej energii niż zazwyczaj?	TAK	NE
- Byłeś/aś znacznie bardziej aktywny i robiłeś/aś więcej rzeczy niż zwykle?	TAK	NE
- Byłeś/aś znacznie bardziej towarzyski niż zwykle, np. telefonowałeś/aś do przyjaciół w czasie nocy?	TAK	NE
- Byłeś/aś znacznie bardziej zainteresowany seksem niż zwykle?	TAK	NE
- Robiłeś/aś rzeczy dla Ciebie niezwykłe lub rzeczy, o których można by powiedzieć, że są absurdalne, pochopne czy ryzykowne?	TAK	NE
- Używałeś/aś więcej niż zwykle, który spowodował kłopoty na Ciebie lub Twoją rodzinę?	TAK	NE

2. Jeśli zaznaczyłeś/aś powyżej TAK na więcej niż jedno z powyższych pytań, czy zdarzyło się w tym samym okresie Twojego życia? Proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź

TAK NE

3. Jak ważny problem stanowi dla Ciebie powyższe zachowanie (niezdolność do pracy, kłopoty rodzinne, problemy finansowe, problemy z prawem, wdawanie się w kłótnie lub w bójki)?
Proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź

- Nie było problemu
- Mały problem Umiarkowany problem
- Poważny problem