

## Trudności w rozpoznawaniu depresji w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej i nawracającego zaburzenia depresyjnego u osób w wieku podeszłym

### Depression in the course of bipolar disorder and recurrent depressive disorder in the elderly: diagnostic difficulties

Tomasz Sobó w, Elżbieta Kisiela, Olga Łuczak, Iwona Kłoszewska

Klinika Psychiatrii Wiek Podeszłego i Zaburzeń Psychotycznych  
Uniwersytet Medyczny w Łodzi  
Kierownik: prof. dr hab. n. med. I. Kłoszewska

#### Summary

Misdiagnosis of bipolar disorder in depressive patients is a common clinical problem estimated to be evident in up to 40% of patients. Elderly patients might be especially vulnerable to that sort of diagnostic error.

**Aim:** To estimate the rate of misdiagnosis in the elderly (60yrs+) hospitalized due to depression and to establish clinical correlates that might improve diagnosis.

**Method:** A retrospective analysis of medical records of all the patients hospitalized in the University based Psychogeriatric Ward and suffering from a depressive episode due to bipolar disorder or recurrent depressive disorder.

**Results:** The rate of misdiagnosis was 54% in bipolar and 9% in recurrent depressive disorder. Bipolar patients were mainly misdiagnosed as having recurrent depression. A severe episode was more common in bipolar subjects (particularly in women) while recurrent depressive subjects tend to suffer from less severe but more protracted episodes. Somatic symptoms of depression were more prevalent among recurrent depressive subjects while psychotic features, particularly delusions, and, to the lesser extent, hallucinations, were more common in patients suffering from bipolar depression.

**Conclusions:** Bipolar depression is very often misdiagnosed in the hospitalized elderly. There are several features that might help the clinician to distinguish it from recurrent depression. Long history of illness, high number of previous episodes, severe episodes and the presence of psychotic symptoms are typical for bipolar elderly while a protracted current episode and the presence of somatic symptoms of depression might

*Słowa klucze:* choroba afektywna dwubiegunowa, różnicowanie, chorzy w wieku podeszłym

*Key words:* bipolar disorder, differential diagnosis, elderly

## Wstęp

Diagnoza u chorujących na chorobę afektywną dwubiegunową (CHAD) jest, zdaniem wielu badaczy, często stawiana błędnie, zwłaszcza wtedy, gdy indeksowym epizodem jest depresja [1, 2]. W badaniach klinicznych pokazano, że u 28–40% chorych z depresją w przebiegu CHAD stawiano początkowo błędną diagnozę nawracającego zaburzenia depresyjnego [3, 4]. Najpoważniejszą konsekwencją takiej błędnej diagnozy jest podejmowanie leczenia wyłącznie lekami przeciwdepresyjnymi i rzadkie stosowanie leków stabilizujących nastrój, co może prowadzić do pogorszenia przebiegu choroby, zwłaszcza występowania szybkich zmian faz oraz epizodów mieszanych [3–5]. Choć ze względu na odmienną strategię postępowania terapeutycznego byłoby to bardzo wskazane, diagnoza CHAD w zgodzie z kryteriami ICD-10 lub DSM-IV jest niemożliwa do postawienia w przypadku pierwszego w życiu epizodu depresji. Badania podłużne wskazują, że u ponad 12% chorych, u których rozpoznano początkowo dużą depresję, diagnozę zmieniono na CHAD po prawie 10 latach obserwacji [6], a epizody hipomanii (często niewystarczająco długie dla zmiany diagnozy z nawracającej depresji na CHAD) są bardzo powszechne u chorych z nawracającymi epizodami depresji [7]. W niedawno opublikowanym badaniu polskim pokazano, że w grupie 880 chorych leczonych ambulatoryjnie z powodu depresji zaburzenie afektywne z cechami dwubiegunowości (CHAD typ I, CHAD typ II, zaburzenie ze spektrum CHAD) dotyczyło ponad 60% badanych [8].

Wśród przyczyn stawiania błędnej diagnozy u pacjentów z depresją w przebiegu CHAD wymienia się nieraportowanie przez pacjentów epizodów hipomanii/manii w przeszłości (często z powodu typowych dla depresji zaburzeń wglądu), brak kontaktu klinicysty z osobami znającymi dobrze chorego, niedostatecznie dokładne badanie chorego (lekarz często zadawała się rozpoznaniem aktualnego epizodu depresji), niestosowanie ustrukturyowanych form wywiadu czy kwestionariuszy (np. kwestionariusza Hirschfelda) oraz kryteria obiektywne, takie jak badanie w trakcie pierwszego w życiu epizodu afektywnego, czy też wymogi czasu trwania dla epizodu hipomanii stawiane przez systemy diagnostyczne [1, 9].

W szeregu badań próbowano weryfikować hipotezę, że obraz kliniczny depresji w powiązaniu z precyzyjnym wywiadem pozwala na poprawienie skuteczności diagnostycznej u chorych z depresją w przebiegu CHAD. W badaniach, w których porównywano fenomenologię depresji w przebiegu CHAD i nawracającego zaburzenia depresyjnego, zwrócono uwagę na kilka potencjalnie różnicujących cech klinicznych. U chorych z depresją w przebiegu CHAD zauważono częściej występującą labilność emocjonalną [10], hipersomnię i hiperfagię [8, 11–13], i znaczne spowolnienie psychoruchowe [13–15], podczas gdy w przebiegu depresji jednobiegunowej częstsze były zaburzenia snu nocnego [11–12, 16], utrata łaknienia [17] i pobudzenie oraz lęk [15, 16, 18]. Niektóre prace wskazywały również na częstsze u chorych z depresją w przebiegu CHAD występowanie objawów psychotycznych, zarówno zgodnych, jak i niezgodnych z nastrojem [8, 15]; w niektórych pojawiła się wręcz sugestia, że wystąpienie objawów psychotycznych u chorego z depresją, zwłaszcza młodego, może być predyktorem późniejszej fazy maniakalnej [19]. Warto jednak podkreślić, że

opisywane powyżej różnice fenomenologiczne nie znalazły potwierdzenia w szeregu innych badań klinicznych, nie można ich zatem traktować jako pewnych [20, 21].

Literatura na temat CHAD w wieku podeszłym, jej rozpoznawania i charakterystyki klinicznej jest bardzo uboga. Jedyny stosunkowo konsekwentnie raportowany wynik badań to zmniejszanie się u osób starych z CHAD liczby i nasilenia epizodów maniakalnych, a występowanie relatywnie bardziej przewlekłych epizodów depresyjnych [22], co może zwiększać prawdopodobieństwo błędnej diagnozy. Niektóre badania sugerują istnienie różnic fenomenologicznych (dotyczących między innymi nasilenia epizodów depresyjnych, częstości występowania objawów atypowych i psychotycznych oraz wpływu dziedziczenia) w zależności od wieku zachorowania [23, 24]. Wreszcie, istnieją sugestie, że objawy psychotyczne u pacjenta z depresją w wieku podeszłym występują istotnie częściej w przebiegu CHAD niż nawracającego zaburzenia depresyjnego [25].

Podstawowym celem naszych badań było ustalenie zasięgu problemu błędnej diagnozy u pacjentów w wieku podeszłym hospitalizowanych z powodu epizodu depresyjnego w przebiegu CHAD lub nawracającego zaburzenia depresyjnego. Wtórny celem było ustalenie, czy istnieją cechy kliniczne pozwalające na poprawienie czułości rozpoznania depresji w przebiegu CHAD u osób po 60 roku życia.

### **Pacjenci i metoda badań**

Do badania włączono wszystkich pacjentów hospitalizowanych w Klinice Psychiatrii Wiek Podeszłego i Zaburzeń Psychotycznych w latach 2000-2003, u których postawiono diagnozy depresji w przebiegu zaburzenia depresyjnego nawracającego lub CHAD. Przeprowadzono retrospektywną analizę informacji dostępnych w ich dokumentacji medycznej. W szczególności analizowano zgodność ostatecznego, postawionego w toku obserwacji klinicznej, rozpoznania z diagnozą, z którą pacjenci byli kierowani do szpitala. W Klinice Psychiatrii Wiek Podeszłego i Zaburzeń Psychotycznych posługujemy się, w celu postawienia diagnozy klinicznej, międzynarodową klasyfikacją ICD-10; pacjenci są ponadto rutynowo oceniani za pomocą odpowiednich kwestionariuszy (w przypadku depresji kwestionariusze Hirschfelda, Becka i GDS) i skal klinicznych (w przypadku depresji skala Hamiltona). Procedura stawiania diagnozy obejmuje również, w niektórych przypadkach, diagnostykę neuropsychologiczną oraz neuroobrazowanie. Dzięki stosowanej w klinice procedurze diagnostycznej nie było konieczności retrospektywnego weryfikowania diagnoz. Wszystkie dane z dokumentacji medycznej były zbierane niezależnie przez dwie osoby (studentki Uniwersytetu Medycznego w Łodzi: OŁ i EK) i wprowadzane do arkusza zbiorczego tylko wówczas, gdy była co do nich zgodność. W przypadku rozbieżności sięgano do dodatkowej dokumentacji (np. raportów pielęgniarskich) lub szukano innych dostępnych źródeł informacji (np. kontaktowano się z lekarzami prowadzącymi), a wątpliwości rozstrzygał doświadczony psychiatra (TS). W razie niemożności uzyskania rzetelnej informacji, zaznaczano w arkuszu „brak danych”, co uwzględniono w analizie statystycznej. Zbierano trzy rodzaje danych: demograficzne, o dotychczasowym przebiegu choroby oraz dotyczące aktualnego epizodu, w tym symptomatologii. Podstawowym

celem badania było ustalenie odsetka zgodności diagnoz pierwotnych z ostatecznymi oraz, w drugiej kolejności, sprawdzenie, czy istnieją czynniki natury klinicznej (np. symptomatologia) wpływające na ryzyko postawienia diagnozy błędnej. Do analizy statystycznej wykorzystano program statystyczny SPSS for Windows (wersja 11.5.0; SPSS Inc, Chicago Illinois, 1989-2002). Wyboru metod statystycznych dokonano, posługując się rekomendacjami Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego: różnice między badanymi grupami dla zmiennych ciągłych kalkulowano używając testu t-Studenta, dla zmiennych skategoryzowanych lub frakcji – testu dokładnego Fischera, siłę związku zaś oceniano na podstawie ilorazu szans i 95% przedziałów ufności.

## Wyniki

Przeanalizowano łącznie charakterystykę kliniczną 175 epizodów depresji u chorych w wieku podeszłym (po 60 roku życia), hospitalizowanych z rozpoznaniem zaburzenia depresyjnego nawracającego (N = 129) lub choroby afektywnej dwubiegunowej (N = 46). W obu grupach chorych epizody lekkie były rzadkie (odpowiednio: 6/129 i 2/46), co jest oczywiste, biorąc pod uwagę, że badano chorych hospitalizowanych. Analizowane grupy (choroba dwubiegunowa versus zaburzenie depresyjne nawracające) nie różniły się pod względem podstawowych zmiennych demograficznych, takich jak wiek, płeć, wykształcenie czy stan cywilny (tabela 1; różnice między grupami kalkulowano za pomocą testu t-Studenta dla zmiennych ciągłych: wiek, liczba lat wykształcenia, czas trwania obecnego epizodu czy liczba hospitalizacji oraz testu dokładnego Fischera dla zmiennych skategoryzowanych – płeć).

W grupie pacjentów z diagnozą choroby afektywnej dwubiegunowej odsetek epizo-

Tabela 1

Podstawowe zmienne demograficzne badanej grupy (NS – nieistotne statystycznie)

Zmienna badana	Diagnoza		p
	Choroba afektywna dwubiegunowa	Zaburzenie depresyjne nawracające	
Wiek w latach	71,5 ± 4,5	70,5 ± 1,2	NS
Odsetek kobiet	n = 74	n = 24	NS
Liczba lat formalnego wykształcenia	11,1 ± 3,2	11,1 ± 3,2	NS
Czas trwania choroby w latach	2,1 ± 3,2	3,5 ± 3,1	n = 15
Liczba hospitalizacji (w tym ciężki i średni epizod)	3,8 ± 2,1	2,1 ± 1,5	n = 35
Drugocześnie występujący epizod w miesiącach	4,4 ± 3,1	5,2 ± 4,3	n = 46

dów ciężkich (29 z 46) był wyższy niż w grupie chorych z nawracającym zaburzeniem depresyjnym (51 ze 129) i różnica ta była istotna statystycznie (test dokładny Fischera,  $p = 0,009$ ). W obu grupach przeważały kobiety. Analiza częstości występowania epizodów ciężkich z uwzględnieniem płci wykazała, że były one istotnie częstsze w chorobie dwubiegunowej u kobiet (test dokładny Fischera,  $p = 0,006$ ), a nie obserwowano takiej zależności u mężczyzn (test dokładny Fischera,  $p = 1,0$ ). Zestawienie rozkładu ciężkości

epizodów depresji w przebiegu choroby dwubiegunowej i zaburzenia nawracającego depresyjnego z uwzględnieniem płci przedstawia tabela 2.

W opisywanych epizodach wyraźniej częściej obserwowano postawienie błędnej diagnozy przez lekarza kierującego do szpitala (nierzadko leczącego chorego od dawna)

**Rozkład ciężkości epizodów depresyjnych z uwzględnieniem diagnozy i płci**

	Diagnoza			
	F1 choroba dwubiegunowa		F3 choroba jednobiegunowa	
	płeć		płeć	
	kobieta długość epizodu	mężczyzna długość epizodu	kobieta długość epizodu	mężczyzna długość epizodu
	N	N	N	N
lekkie	1	2	4	2
umiarkowane	2	3	14	2
ciężkie	22*	1	4*	11

\*odsetek epizodów ciężkich w CHAD w porównaniu z zaburzeniem depresyjnym nawracającym istotnie wyższy w grupie kobiet (test dokładny Fischera, p = 0,006)

w przypadku choroby dwubiegunowej niż nawracającego zaburzenia depresyjnego (tabela 3).

Z ogólnej liczby analizowanych epizodów depresyjnych (N=175) błędna diagnozę miało przed hospitalizacją nieco ponad 20% (N=37). Lekarze kierujący chorych do

Tabela 3

**Błędne diagnozy postawione przez lekarzy kierujących chorych do szpitala**

	Diagnoza	Błędna diagnoza przed hospitalizacją*		Zestawienie diagnoz (nr ICD - liczeb.)	Razem
		nie	tak		
	F1 choroba dwubiegunowa	21	25	F3 - 2 F4 - 3 F2 - 3 F0 - 1	4
	F3 choroba jednobiegunowa	11	2	F4 - 1 F5 - 1 F1 - 1	29
	Razem	32	27		115

szpitala znacznie częściej popełniali błąd diagnostyczny w przypadku chorych z chorobą afektywną dwubiegunową (25 z 46 epizodów) niż z nawracającym zaburzeniem depresyjnym (12 ze 129 epizodów); różnica ta była istotna statystycznie: test dokładny Fischera p < 0,000001. Co ciekawe, we wszystkich przypadkach nierozpoznanego zaburzenia depresyjnego nawracającego stawiano rozpoznania „organiczne” (F05,

F06, F10), podczas gdy w większości przypadków nierozpoznanej choroby dwubiegunowej stawiano rozpoznanie nawracającego zaburzenia depresyjnego (tabela 3). Spośród 19 przypadków rozpoznania zaburzenia depresyjnego nawracającego u chorych z depresją w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej w zaledwie 2 był to błąd „usprawiedliwiony”: dane kliniczne wskazują w tych przypadkach, że epizod hipomaniakalny obserwowany w trakcie hospitalizacji był pierwszym w życiu tych chorych (w obu przypadkach miało to charakter szybkiej zmiany fazy po zastosowaniu leku trójcyklicznego przeciwdepresyjnego). W pozostałych 17 błąd diagnostyczny był nieuzasadniony – chorzy mieli w przeszłości epizody manii lub hipomanii. Aby przełożyć uzyskany wynik na język praktyczny, skalkulowaliśmy iloraz szans postawienia błędnej diagnozy w obu badanych grupach. Wynosi on 12,7 (95% CI = 5,5–29,8), co oznacza ponaddwunastokrotnie większe ryzyko błędu diagnostycznego w przypadku depresji dwubiegunowej w porównaniu z depresją nawracającą!

Ponieważ postawienie błędnej diagnozy zaburzenia depresyjnego nawracającego u chorego z chorobą dwubiegunową powoduje często, w związku z nieprawidłowym leczeniem (niewłączaniem stabilizatora nastroju), nieskuteczność terapii (często u tych chorych rozpoznaje się „depresję oporną na leczenie” lub „depresję na podłożu organicznym”), postanowiliśmy dokładniej przeanalizować cechy kliniczne epizodów depresyjnych w przebiegu choroby dwubiegunowej i nawracającego zaburzenia depresyjnego w celu zidentyfikowania tych, które mogłyby być pomocne w ich różnicowaniu (poza opisaną powyżej wskazówką dotyczącą ciężkości epizodów depresji dwubiegunowych u kobiet). Przeanalizowaliśmy obecność objawów somatycznych depresji (liczba ocenianych objawów odpowiada liczbie opisanych objawów w dokumentacjach chorych – łącznie z zaburzeniami snu 21) w obu grupach chorych. Większość analizowanych objawów (z wyjątkiem zaburzeń snu) występowała częściej w grupie pacjentów z diagnozą zaburzenia depresyjnego nawracającego, ale tylko 3 z nich były istotnie statystycznie częstsze: bóle głowy (zwykle napięciowe; test dokładny Fischera,  $p = 0,002$ ), utrata apetytu (ale nie masy ciała; test dokładny Fischera,  $p = 0,01$ ) oraz kołatania serca/niepokój w klatce piersiowej (test dokładny Fischera,  $p = 0,04$ ). W celu ogólnej oceny rozpowszechnienia objawów somatycznych depresji w obu grupach posłużyliśmy się następnie „wskaźnikiem somatyzacji”, skalkulowanym na podstawie obecności indywidualnych objawów (obecność każdego objawu = 1, brak = 0). Uzyskana w ten sposób zmienna miała w populacji badanej rozkład normalny, ale ponieważ opisuje ona raczej rangi niż rzeczywiste wartości, do porównania obu badanych grup użyliśmy nieparametrycznego testu U Manna–Whitneya. Wynik tego testu wskazuje, że chorzy z depresją w przebiegu zaburzenia depresyjnego nawracającego częściej zgłaszają różne objawy somatyczne niż pacjenci z depresją w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej ( $Z = -2,3$ ,  $p = 0,02$ ). W następnej kolejności zwróciliśmy uwagę na poszczególne objawy psychopatologiczne depresji. Jedynymi objawami, które w sposób wyraźny odróżniały obie grupy pacjentów (ocenione za pomocą testu nieparametrycznego U Manna–Whitneya) były urojenia (zwykle depresyjne) i omamy (najczęściej czucia ustrojowego), które istotnie częściej występowały w grupie chorych z diagnozą CHAD. Dla zilustrowania znaczenia tych objawów skalkulowaliśmy iloraz szans wystąpienia urojeń i omamów w obu grupach

chorych: dla urojeń (obecnych lub w wywiadzie) wyniósł on 5,0 (95% CI = 2,4–10,5), dla omamów 2,6 (95% CI = 1,1–6,2). Nie stwierdziliśmy różnic w występowaniu myśli samobójczych ani w liczbie prób samobójczych (w przeszłości, jak i w trakcie obecnego epizodu). Warto podkreślić, że w badanej przez nas grupie chorych nie stwierdziliśmy istotnych różnic w zakresie takich objawów klinicznych, jak zaburzenia napaędu, lęk i zaburzenia rytmów biologicznych (w tym snu), co sugerować mogą wyniki niektórych wcześniejszych badań [15]; jest jednak możliwe, że subtelne różnice w istocie istnieją, a ich niestwierdzenie w retrospektywnym badaniu wynika w znacznej mierze ze stosowanej metody zbierania danych. Zestawienie różnic w objawach w przebiegu depresji w CHAD i zaburzeniu depresyjnym nawracającym przedstawia tabela 4.

## Dyskusja

Tabela 4

Różnice w objawach epizodów depresyjnych w przebiegu CHAD i nawracającego zaburzenia depresyjnego w wieku podeszłym (w zestawieniu wyróżniono szarym tłem cechy odróżniające obie grupy)

Objaw	Frekwencja u chorych z CHAD N = 46	Frekwencja u chorych z nawracającym zaburzeniem depresyjnym N = 29	Wartość testu dołbiny Fishera
Urojeńa	n 35	n 18	0,0001
Omamy	n 24	n 17	n 05
Bóle głowy	n 27	n 23	n 02
Zmiany apetytu	n 5	n 12	n 01
Cośobnie niejas /uczucie niepokojuw w ilicze pierśkowej	n 17	n 21	n 04
Objawy somatyzacji zrazem "wielotyłki somatyzacji" = liczba jednocyfrowych objawów	4,1 ± 1,6**	5,1 ± 2,5**	n 02**
Zaburzenia snu	n 24	n 24	n 01
Niepokoje psychosomatyczne	n 27	n 25	n 01
Spowolnienie	n 22	n 22	n 00
Lęk	n 22	n 22	n 02
Sitorgiczne zaburzenia pamięci	n 16	n 20	n 06
Anhedonia	n 20	n 25	n 02

\* wartości oznaczają średnią liczbę stwierdzanych objawów

\*\* test nieparametryczny U Manna-Whitneya

W przedstawionej pracy opisujemy pierwsze w polskiej literaturze psychiatrycznej (i jedno z pierwszych na świecie) badanie mające na celu porównanie cech klinicznych epizodów depresyjnych w przebiegu CHAD i zaburzenia depresyjnego nawracającego u osób w wieku podeszłym. W badaniu weryfikowaliśmy dwie podstawowe hipotezy zerowe: 1 – w przypadku depresji w przebiegu CHAD i nawracającego zaburzenia depresyjnego u osób po 60 roku życia ryzyko postawienia błędnej diagnozy jest jednakowe, oraz 2 – nie istnieją różnice w obrazie klinicznym obu typów depresji u osób

po 60 roku życia.

Z naszego badania wynika, że ryzyko nierozpoznanie CHAD u pacjentów z depresją w wieku podeszłym jest wysokie i wyraźnie większe niż ryzyko postawienia błędnej diagnozy w przypadku depresji w przebiegu nawracającego zaburzenia depresyjnego. Najczęściej stawianą błędną diagnozą było u chorych z depresją w przebiegu CHAD rozpoznawanie epizodu depresyjnego w przebiegu nawracającego zaburzenia depresyjnego. Taki rodzaj błędu diagnostycznego zwraca uwagę na konieczność poszukiwania metod wspomagających diagnostykę różnicową depresji u pacjentów w wieku podeszłym i wskazuje na CHAD jako prawdopodobnie „niedodiagnozowane” zaburzenie w tej grupie pacjentów. Ponadto odsetek błędnych diagnoz u osób z CHAD był w naszej grupie pacjentów wyraźnie wyższy (54%) niż raportowane w literaturze analogiczne odsetki dotyczące chorych młodszych (28–40%) [3, 4]. Przyczyną tego zjawiska mogą być odmienności kliniczne depresji w CHAD u pacjentów starych [22–26], ale także niebranie pod uwagę takiej diagnozy przez lekarzy psychiatrów. Zjawiskami stosunkowo często obserwowanymi w naszej kohorcie, które mogły utrudniać postawienie diagnozy klinicznej, było wystąpienie epizodu manii/hipomanii w odstępie ponad 20 lat od indeksowego (obecnego) epizodu depresyjnego oraz niska prevalencja CHAD typu I (zaledwie 7 z 46 badanych epizodów dotyczyło chorych z tą diagnozą). To ostatnie zjawisko potwierdzałyby wcześniejsze doniesienia z literatury [23].

Ogólnymi cechami klinicznymi, które w świetle wyników naszego badania mogą być pomocne w różnicowaniu depresji w przebiegu CHAD i nawracającego zaburzenia depresyjnego u chorych po 60 roku życia okazały się ciężkość epizodu (obecność ciężkiego epizodu u kobiet może sugerować CHAD) oraz cechy przebiegu choroby, takie jak czas trwania choroby w latach i liczba hospitalizacji psychiatrycznych, która może być pośrednim wykładnikiem ciężkości epizodów (na diagnozę CHAD wskazywać może dłuższy przebieg choroby i większa liczba hospitalizacji). Przewlekanie się aktualnego epizodu może natomiast wskazywać na diagnozę nawracającego zaburzenia depresyjnego raczej niż na CHAD. Obecność objawów somatycznych depresji (zwłaszcza bólów głowy, utraty apetytu oraz uczucia niepokoju w klatce piersiowej/kołatania serca) okazała się częstsza u chorych z nawracającym zaburzeniem depresyjnym. Może to być odzwierciedleniem częściej występującego u tych chorych lęku; objawy somatyczne byłyby w takiej interpretacji przejawem „somatyzacji” lęku [15, 18]. Można również postawić alternatywną hipotezę o odrębnym biologicznym wpływie obu typów depresji na patogenezę niektórych objawów somatycznych towarzyszących depresji, w tym zwłaszcza mechanizm odczuwania bólu. Warto ponadto podkreślić, że nawet rezydualne objawy somatyczne w depresji są znanym predyktorem nawrotu i nieuwzględnianie ich obecności (a zwłaszcza uporczywości utrzymywania się przy nawet względnie małym nasileniu) podwyższa ryzyko złej współpracy w terapii i nawrotu [27]. Wreszcie, ponieważ w patogenezie niektórych objawów somatycznych towarzyszących depresji bierze udział zarówno układ serotonergiczny, jak i noradrenergiczny, być może wskazane byłoby rozważanie leków przeciwdepresyjnych mających wpływ na oba przekazywacze w pierwszej kolejności u chorych z depresją i towarzyszącymi objawami somatycznymi, zwłaszcza bólem [27, 28]. Nie udało nam się natomiast potwierdzić raportowanych w literaturze [8, 11–13, 16] różnic w symptomatologii zaburzeń rytmu snu i czuwania: zarówno zaburzenia



snu nocnego, jak i nadmierna senność w ciągu dnia okazały się jednakowo częste w obu badanych grupach. Może to odzwierciedlać odmienną przebiegu depresji u ludzi starych; alternatywnym wyjaśnieniem może być ogólnie wysoka prevalencja zaburzeń snu u osób po 60 roku życia, co utrudnia wykazanie względnie małych różnic w niewielkich grupach badanych. Objawy psychotyczne w depresji (urojenia, zarówno zgodne z nastrojem, jak i znacznie jednak od nich rzadsze, niezgodne z nastrojem, oraz omamy) okazały się bardziej powszechne w przebiegu CHAD niż nawracającego zaburzenia depresyjnego (ilorazy szans wynoszą odpowiednio 5,0 (95% CI = 2,4–10,5) dla urojeń oraz 2,6 (95% CI = 1,1–6,2) dla omamów). Jest to zgodne z większością doniesień dotyczących pacjentów młodszych [8, 15, 19] oraz z jedną pracą wskazującą na podobne zjawisko w grupie pacjentów starszych [25].

Wyniki dotyczące przebiegu choroby i ciężkości epizodów oraz cech obrazu klinicznego depresji w CHAD i nawracającym zaburzeniu depresyjnym uzyskane w naszym badaniu należy traktować ostrożnie ze względu na charakterystykę badanej kohorty, która może istotnie odbiegać od charakterystyki przeciętnego pacjenta z depresją. Przede wszystkim analizowaliśmy wyniki dotyczące chorych hospitalizowanych, a zatem uzyskane przez nas wyniki mogą być mało reprezentatywne dla większości chorych, którzy cierpiąc z powodu lekkich epizodów depresji nie wymagają hospitalizacji; badana kohorta mogła być ponadto odmienna od przeciętnej z powodu możliwego nadreprezentowania w niej przypadków szczególnie trudnych i opornych na leczenie, co jest w warunkach polskich typowe dla ośrodków klinicznych. Ciekawą cechą był relatywnie późny początek zaburzeń afektywnych w obu badanych grupach; wprawdzie u chorych z CHAD choroba trwała zwykle dłużej (porównaj tabela 1), ale i tak w obu grupach znaczny odsetek stanowili chorzy, u których choroba rozpoczęła się relatywnie późno (tj. po 40 roku życia). Istnieją co najmniej dwie możliwości wyjaśnienia tego zjawiska: po pierwsze (i wydaje się, że jest to wyjaśnienie bardziej prawdopodobne) mamy tu do czynienia z błędem niedoszacowania, wynikającym głównie z retrospektywnej natury badania; alternatywnie można postawić hipotezę, że obserwowaliśmy dość nietypową populację i – w konsekwencji – przyjmować wysoce konserwatywne interpretacje wyników jako istotne wyłącznie dla takiej grupy chorych. Niestety, nie ma możliwości rozstrzygnięcia powyższych wątpliwości w ramach danych uzyskanych w raportowanym badaniu; autorzy planują obecnie prospektywny program badawczy, w którym możliwe będzie precyzyjniejsze zbieranie danych i ich długoterminowa weryfikacja. Podsumowując, uważamy, że dokładna ocena kliniczna jest niezbędna dla trafnej diagnozy depresji u osób w wieku podeszłym, a wysoki wskaźnik błędnych diagnoz u chorych z depresją w przebiegu CHAD wskazuje na konieczność starannego różnicowania w tym kierunku. Ciężkość aktualnego epizodu, charakterystyka jego przebiegu oraz obecność objawów somatycznych i, zwłaszcza, psychotycznych towarzyszących depresji mogą być pomocne w diagnostyce różnicowej depresji u osób po 60 roku życia.

Äçřăñññč-İñęćł ñđóăñññč đ'đč đrńđ'řęñřáríčč äłđ'đłññčč äł äđłč: ääóóđ'řęñññč řóółę-  
ñčăññč äłęłęć č đłóčăčăčđóťłäł äłđ'đłññčăññčäł ññññł'íč' ó đ'řóčłññč đ'đłęñññč äłčđrńñř

Ñłäđćříčł

**Čřarıčl.** Īřčarı=řř' äčřarıññčřř ääöđřřčřřř řöđłęčăăřř äřłčřč ó äřřřřřř ř äđđłñčăăřř řđčřăăř, 'ăě' ĩññ' +řřñř řčřč=łņęř đđăăłłēē, čřñđř' ĩñđřčřłññ' ř đřñłăăđđčč řđřñăăř řłđđłęčăăř äł=łč'.

Ā đđăăřřăřłēē đřăł đđłăññăăřř řöłłēř +řřññř öññřăăřčř' řřčarı=řřř äčřăřřčăă ó äřřřřř đřñł 60 äăr čččč, äĩñđčñřččđđăřřř đř-đřăăă đđđłñčăăřă řđčřăř, ř ñřčł řđčñřčł řčřč=łņęčö ñčđđñēă, řăăłă=řřčö äčöđđłđřčřřřř äčřăřřñččö ēłčăă ääöđřřčřřř řöđłęčăăřř äřłčřčřř (ĀŘĀ) č đđöčăăčđđčđč äđđłñčăăřř řđđřłčłă ä řñłă äđöđđ' äřřřřř.

**Ēłñă.** Đłñđđđ'łęčăăřř řřřčč ēłăčöđřņęř äřčöēłřñřčč ĩññ' ũłēñ' č ř=łđăăř 175 äĩñđčñřččđđă ř řčřč=łņęř ĩñăłłčč ä 2000–2003 äărö.

**Đřčöēñřă.** Äřł đřăăřăă äřřřřř ř ĀŘĀ č đř=ñč 10% äřřřřř ř äđđłñčăăřř đđöčăăčđđč řđčřăăř äăč řřčarı=řř äčřăřřñčđđăřř. Ā ñěö=ř' ó äřřřřř ř ĀŘĀ +řł äñă đđč=čñē' ēčñř č řřč=čř äđđłñčăăř řđčřăř ä ñł=łčł đđöčăăčđđčłă äđđłñčăăř řđđřłč'. Ñ äđăăř ññđđřř, ó äřřřřř ř đđöčăăčđđč äđđłñčăăř řđđřłčł ñřăčč äčřăřč đăřč=łņęăř řđđřłč' řññđłč'. Ó äřřřřř ĀŘĀ +řł äčřăřřñčđđăř ř'čłēŭ řđčřăă, ä ñă äđłē' čřč ó äřřřřř ř đđöčăăčđđč äđđłñčăăř řđđřłčł ñčđč=řřč äăč řđčřăă ř äřł đđřč=łņęčč ñł=łčł. Ó äřřřřř ĀŘĀ, čđł äăă, ĩñł=łł đř äăłčł äřřřăř +čñř đřăă řđčřăă č äřł äčñłēŭ ıł=łčł äřłčř. Ñăřñč=łņęčł ñčđđñēŭ äđđłñčč +řł đř'ăě' ēčñř ó äřřřřř đđöčăăčđđč äđđłñčł, ř đřčöđř=łņęčł ñčđđñēŭ ó äřřřřř ĀŘĀ.

**Čŭăăă.** Ääöđřřčřřř řöđłęčăăř' äřłčřčř +řřñ ĩł äčřăřřñčđđłññ' ó äřřřřř đđčřřřăă äřčřăăř. Ēčřč=łņęčč +łđñčč, öčřčăăřččč ř ĀŘĀ ó đřčłłř đřñł 60 äăr čččč, +ñă řłłă äřčřčřřññ öññřăăřčř' đđăăčăăă äčřăřčř, ēłčł äŭñ ēřăăłłčč řřřłč. ēăăř=čñłłř đđăăăöčł řđčřăă, ř'čłññ řčñřčřăă řđčřăř č đđčöññăčł đřčöđř=łņęčö ñčđđñēă. Äě' äčřăřřñčč đđöčăăčđđč äđđłñčăăř řđđřłč' ēăăö öčřčăăřř öđřč=łņęł ñł=łčł řčñřčřăă řđčřăř, ř ñřčł řřč=čł ñăřñč=łņęčö ñčđđñēă äđđłñčč.

## Schwierigkeiten bei Diagnosestellung in der Depression im Verlauf der affektiven zweipoligen Krankheit und der rezidivierenden depressiven Störung bei Personen im hohen Alter

### Zusammenfassung

Schwierigkeiten bei der Diagnosestellung in der affektiven zweipoligen Krankheit bei Kranken mit der Depressionsepisode sind oft ein klinisches Problem, das eine nicht richtige und nicht wirksame Behandlung verursacht.

**Ziel.** Die Beurteilung der Häufigkeit der fehlerhaften Diagnosestellung bei Kranken nach dem 60. Lebensjahr, die wegen der depressiven Episode hospitalisiert wurden und die Beschreibung der klinischen Eigenschaften, die die Differenzierung zwischen der affektiven zweipoligen Krankheit und der rezidivierenden depressiven Störung in dieser Gruppe der Kranken erleichtern.

**Methode.** Retrospektive Analyse der medizinischen Dokumentation der 175 folgenden Hospitalisierungen in der klinischen Abteilung in den Jahren 2000–2003.

**Ergebnisse.** Über die Hälfte der Kranken mit der affektiven zweipoligen Krankheit und nur ca. 10% der Kranken mit der rezidivierenden depressiven Störung hatten vor der Hospitalisierung eine fehlerhaft gestellte Diagnose. Im Falle der Kranken mit der affektiven zweipoligen Krankheit wurde am häufigsten eine fehlerhafte Diagnose der depressiven Episode bei der rezidivierenden depressiven Störung gestellt, und bei Kranken mit der rezidivierenden depressiven Störung - Diagnose der organischen Stimmungsstörung. Bei Kranken mit der affektiven zweipoligen Krankheit wurde häufiger eine schwere Episode diagnostiziert, während bei Kranken mit der rezidivierenden depressiven Störung typisch die Episoden mit mehr chronischem Verlauf waren. Bei Kranken mit der zweipoligen affektiven Krankheit wurde außerdem eine größere Zahl der früheren Episoden und ihre längere Zeitdauer der Krankheit festgestellt. Die somatischen Symptome der Depression traten häufiger bei Kranken mit der rezidivierenden Depression auf

und die psychotischen Symptome bei Kranken mit der zweipoligen Krankheit.

**Schlussfolgerungen.** Die affektiven zweipolige Krankheit ist sehr oft bei Kranken im hohen Alter nicht diagnostizierbar. Beim Patienten nach dem 60. Lebensjahr gibt es folgende klinische Eigenschaften, die auf die zweipolige affektive Krankheit hinweisen: mehrjährige Anamnese, zahlreiche frühere Episoden, der schwere Verlauf der jetzigen Episode und die Anwesenheit der psychotischen Symptome. Auf die Diagnose der rezidivierenden depressiven Störung können dagegen der chronische Verlauf der aktuellen Episode und die Anwesenheit der somatischen Symptome der Depression hinweisen.

### La dépression dans le cours de la maladie affective bipolaire et dans des troubles dépressifs récurrents chez les personnes âgées – difficultés diagnostiques

#### Résumé

Le diagnostic de la maladie affective bipolaire pose des problèmes chez les patients avec l'épisode dépressif et souvent il en résulte la thérapie inefficace.

**Objectif.** Estimer la fréquence du diagnostic erroné chez les personnes âgées (plus de 60 ans) hospitalisées à cause de la dépression et déterminer les caractéristiques de la maladie affective bipolaire et des troubles dépressifs récurrents.

**Méthode.** Analyse rétrospective des dossiers médicaux de 175 hospitalisations au cours des années 2000–2003.

**Résultats.** Plus que la moitié de patients souffrant de la maladie affective bipolaire ont eu leur diagnostic erroné avant l'hospitalisation et seulement 10% de patients souffrants des troubles dépressifs récurrents. Les premiers ont eu le diagnostic – épisode dépressif au cours des troubles dépressifs récurrents, les seconds – troubles organiques de l'humeur. Chez les premiers leur épisode a été qualifié comme grave, le nombre des épisodes a été plus élevé et ils dureraient plus longtemps, chez les seconds – les épisodes récurrents. Les symptômes psychotiques sont notés chez les premiers, les symptômes somatiques chez les seconds.

**Conclusions.** Maladie affective bipolaire n'est pas diagnostiquée souvent chez les patients âgés. Les symptômes psychotiques, plusieurs épisodes du passé, la sévérité du dernier épisode peuvent indiquer cette maladie chez les patients âgés plus de 60 ans. Les symptômes somatiques et la longue durée du dernier épisode peuvent indiquer les troubles dépressifs récurrents.

#### Piśmiennictwo

1. Bowden CL. *Strategies to reduce misdiagnosis of bipolar depression*. Psychiatr. Serv. 2001; 52: 51–55.
2. Ghaemi N, Sachs GS, Goodwin FK. *What is to be done? Controversies in the diagnosis and treatment of manic-depressive illness*. World J. Biol. Psychiatry 2000; 1: 65–74.
3. Ghaemi SN, Boiman EE, Goodwin FK. *Diagnosing bipolar disorder and the effect of antidepressants: a naturalistic study*. J. Clin. Psychiatry 2000; 61: 804–808.
4. Hantouche EG, Akiskal HS, Lancrenon S, Allilaire JF, Sechter D, Azorin JM, Bourgeois M, Fraud JP, Chatenet-Duchene L. *Systematic clinical methodology for validating bipolar-II disorder: data in mid-stream from a French national multi-site study (EPIDEP)*. J. Affect. Disord. 1998; 50: 163–173.
5. El-Mallakh RS, Karipoot A. *Use of antidepressants to treat depression in bipolar disorder*. Psychiatr. Serv. 2002; 53: 580–584.
6. Akiskal HS. *Switching from „unipolar” to bipolar II: an 11-year prospective study of clinical and temperamental predictors in 559 patients*. Arch. Gen. Psychiatry 1995; 52: 114–123.
7. Benazzi F. *Is 4 days the minimum duration of hypomania in bipolar II disorder?* Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosc. 2001; 251: 32–34.

8. Rybakowski J, Suwalska A, Łojko D, Rymaszevska J, Kiejna A. *Częstość występowania zaburzeń afektywnych dwubiegunowych wśród chorych na depresję leczonych przez psychiatrów w warunkach ambulatoryjnych*. Psychiatr. Pol. 2004; 38: 203–216.
9. Evans DL. *Bipolar disorder: diagnostic challenges and treatment considerations*. J. Clin. Psychiatry 2000; 61: 26–31.
10. Akiskal HS. *Depressive onset in pre-pubertal, pubertal, and possibly teenage and early adult years has been show to presage eventual bipolarity*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1995; 34: 754–763.
11. Hartmann E. *Longitudinal studies of sleep and dream patterns in manic-depressive patients*. Arch. Gen. Psychiatry 1968; 19: 322–329.
12. Kupfer DJ, Himmelboch JM, Swartzburg M. *Hypersomnia in manic-depressive disease*. Dis. Nerv. Syst. 1972; 12: 720–724.
13. Mitchell P, Wilhelm K, Parker G, Austin MP, Rutgers P, Malhi GS. *The clinical features of bipolar depression: a comparison with matched major depressive disorder patients*. J. Clin. Psychiatry 2001; 62: 212–216.
14. Brockington IF, Altman E, Hillier V. *The clinical picture of bipolar affective disorder in its depressed phase: a report from London and Chicago*. Brit. J. Psychiatry 1982; 141: 558–562.
15. Parnowski T. *Psychopathological pattern of depression in affective disorders. A cluster analysis*. Acta Psychiatr. Scand. 1986; 73: 139–146.
16. Katz MM, Robins E, Croughan J. *Behavioural measurement and drug response characteristics of unipolar and bipolar depression*. Psychol. Med. 1982; 12: 25–36.
17. Abrams R, Taylor MA. *A comparison of unipolar and bipolar depressive illness*. Am. J. Psychiatry 1980; 137: 1084–1087.
18. Beigel A, Murphy DL. *Unipolar and bipolar affective illness: differences in clinical characteristics accompanying depression*. Arch. Gen. Psychiatry 1971; 24: 215–220.
19. Goldberg JF, Harrow M, Whiteside JE. *Risk for bipolar illness in patients initially hospitalized for unipolar depression*. Am. J. Psychiatry 2001; 158: 1265–70.
20. Coryell W, Keller M, Endicott J, Andreasen N, Clayton P, Hirschfeld RM. *Bipolar II illness: course and outcome over five years*. Psychol. Med. 1989; 19: 129–141.
21. Mitchell P, Parker G, Jamieson K, Wilhelm K, Hickie I, Brodaty H, Boyce P, Hadzi-Pavlovic D, Roy K. *Are there any differences between bipolar and unipolar melancholia?* J. Affect. Disord. 1992; 25: 97–106.
22. Judd LL, Schettler PJ, Akiskal HS, Maser J, Coryell W, Solomon D, Endicott J, Keller M. *Long-term symptomatic status of bipolar I vs. bipolar II disorders*. Int. J. Neuropsychopharmacol. 2003; 6: 127–137.
23. Benazzi F. *Early-onset versus late-onset bipolar II chronic depression*. Depress. Anxiety 2001; 13: 45–49.
24. Schurhoff F, Bellivier F, Jouvent R, Mouren-Simeoni MC, Bouvard M, Allilaire JF, Leboyer M. *Early and late onset bipolar disorders: two different forms of manic-depressive illness?* J. Affect. Disord. 2000; 58: 215–221.
25. Benazzi F. *Psychotic late-life depression: a 376-case study*. Int. Psychogeriatr. 1999; 11: 325–332.
26. Wilkinson L & Task Force on Statistical Inference. *Statistical methods in psychology journals: guidelines and explanations*. Am. Psychologist 1999; 54: 594–604.
27. Greden JF. *Physical symptoms of depression: unmet needs*. J. Clin. Psychiatry 2003; 64: 5–11.
28. Fava M. *The role of the serotonergic and noradrenergic neurotransmitter systems in the treatment of psychological and physical symptoms of depression*. J. Clin. Psychiatry 2003; 64: 26–29.

Otrzymano: 7.07.2004  
Zrecenzowano: 17.01.2005  
Przyjęto do druku: 29.04.2005

Adres: Tomasz Sobów  
Klinika Psychiatrii Wiek Podeszłego  
i Zaburzeń Psychotycznych  
Uniwersytet Medyczny w Łodzi  
92-216 Łódź, Czechosłowacka 8/10

