

## Prawdopodobieństwo dwubiegunowości u pacjentów z zaburzeniami depresyjnymi nawracającymi ☒

### The probability of bipolarity among patients with recurrent depressive disorder

Andrzej Kiejna<sup>1</sup>, Joanna Rymaszevska<sup>1</sup>, Aleksandra Suwalska<sup>2</sup>,  
Dorota Łojko<sup>2</sup>, Janusz Rybakowski<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Katedra i Klinika Psychiatrii AM we Wrocławiu  
Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Kiejna  
<sup>2</sup> Klinika Psychiatrii Dorosłych AM w Poznaniu  
Kierownik: prof. dr hab. n. med. J. Rybakowski

#### Summary

Over the last few years researchers have paid a lot of attention to the problem of the correct diagnosis of affective disorders. Propositions have appeared regarding the widening of the officially accepted criteria to be used in diagnosis.

**Aim.** The aim of the study was to assess the probability of various types of bipolar affective disorders (type 1 and 2 CHAD, as well as spectrum) among patients (n = 246) treated for recurrent depressive disorder (CHAJ).

**Method.** The analysis was based on the broadened criteria for affective disorders introduced by Ghaemi et al. and Hirschfield's Questionnaire on affective disorders.

**Results.** The appearance in the past of strange, risky behaviour was associated with a greater risk of type 1 CHAD in comparison to CHAJ (OR=24.5), as did extreme, irrational expenditure (OR=21.1), a lack of criticism with respect to one's own social behaviour (OR=20.3), increased interest in sex (OR=17.7), as well as extreme self confidence (OR=12). A lack of criticism with respect to one's own social behaviour and strange, risky behaviour was associated with a greater risk of type 2 CHAD (OR=12.7 and OR=10, respectively). The greatest risk of spectrum CHAD type disorders were associated with hypomania, including drug induced (OR=15.8), as well as a lack of criticism with respect to one's own social behaviour (OR=11.8). Panic attacks appeared more often in bipolar affective disorders in comparison to recurring depressive disorders, but their frequency was similar in all three groups (CHAD-I, CHAD-II, CHAD-S). The early occurrence of depression (before 25 years of age) increased the risk of each of the three types of bipolar affective disorders significantly (by a factor of 3 to 5).

**Conclusions.** The findings indicate the necessity of discussion on sharp criteria of bipolar affective disorders. The results should be helpful in the diagnosis of such disorders, which could have important consequences for effective therapy.

*Słowa klucze:* zaburzenia afektywne dwubiegunowe, zaburzenia depresyjne nawracające, kryteria diagnostyczne

---

\* Praca sfinansowana w ramach grantu badawczego firmy Sanofi-Synthelabo-Polska. Prof. J. Rybakowski i prof. A. Kiejna pełnili funkcje krajowych koordynatorów projektu.

## Wprowadzenie

W ostatnich latach dużo uwagi poświęca się zagadnieniom poprawnej diagnostyki zaburzeń afektywnych. Z licznych doniesień na ten temat wynika, że wskaźniki rozpowszechnienia tych zaburzeń zależą w dużej mierze, poza charakterem badanej populacji, od przyjętych przez badaczy kryteriów. Coraz częściej pojawiają się propozycje rozszerzenia oficjalnie przyjętych kryteriów diagnozowania zaburzenia afektywnego dwubiegunowego, zawartych w obu obowiązujących klasyfikacjach DSM-IV i ICD-10.

Od lat 70. umocnił się współczesny podział zaburzeń afektywnych na jedno- i dwubiegunowe [1, 2], który oficjalnie funkcjonuje do dziś. Co do podziału zaburzeń afektywnych na jedno- i dwubiegunowe nikt nie ma wątpliwości, natomiast sporo dyskusji i odmiennych stanowisk wywołuje problem określenia granicy pomiędzy tymi dwoma typami zaburzeń. Pojawiają się koncepcje pewnej ciągłości zjawiska, jakim jest choroba afektywna, mającą odmiennie oblicza: od dystymii, epizodów depresyjnych nawracających, psychotycznych i atypowych, przez spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej, po zaburzenie afektywne dwubiegunowe typu II oraz typu I [3]. Te koncepcje stoją w opozycji do dychotomicznego podziału zaburzeń afektywnych na dwie odmiennie jednostki chorobowe.

Celem badania była ocena prawdopodobieństwa występowania różnego typu zaburzeń afektywnych dwubiegunowych (typu I, typu II oraz spektrum) u osób leczonych z powodu zaburzeń depresyjnych nawracających, na podstawie rozszerzonych kryteriów zaburzeń afektywnych.

## Material

W badaniu wzięło udział 246 osób leczonych z powodu zaburzeń depresyjnych nawracających (grupa kategorii diagnostycznych F33 według klasyfikacji ICD-10). Byli to pacjenci w wieku 18–65 lat kolejny raz zgłaszający się do poradni zdrowia psychicznego (75,2% kobiet, średnia wieku = 48,13; SD = 9,17). Kryteriami wykluczającymi były współistniejące poważne choroby somatyczne: niewydolność nerek lub wątroby, niewyrównana cukrzyca lub inne choroby układu endokrynnego, poważny uraz głowy z utratą przytomności, padaczka i inne choroby neurologiczne.

## Metoda

Badanie przeprowadzali specjaliści psychiatrzy, w 16 ośrodkach na terenie całego kraju [4], którzy przeszli szkolenie w zakresie protokołu badania i stosowania narzędzi. Ustrukturyzowany kwestionariusz zawierał, poza danymi socjodemograficznymi i klinicznymi z wywiadu oraz dokumentacji medycznej, kryteria diagnostyczne dużej depresji i (hipo)manii wg DSM-IV.

Posłużono się także zmodyfikowanymi kryteriami spektrum zaburzeń dwubiegunowych wg Ghaemi i wsp. [5]. Kryterium C2 zmodyfikowano na „krótkie epizody hipomanii, trwające 1–3 dni, także spowodowane stosowaniem środków psychoak-

tywnych”, a kryterium D1 – na „osobowość przedchorobową hipertymiczną lub cyklotymiczną”. Dodatkowo zadano pytanie o występowanie w czasie trwania epizodu depresji napadów paniki. Pacjenci wypełniali także Kwestionariusz Zaburzeń Nastroju (ang. Mood Disorder Questionnaire, MDQ) wg Hirschfelda i wsp. [6].

Analiza statystyczna polegała w zasadniczym stopniu (poza statystyką opisową) na ocenie ryzyka na podstawie analizy wartości ilorazów szans (OR, odds ratios). Weryfikację hipotez statystycznych określano na poziomie istotności  $\alpha = 0,05$ . Przedziały ufności (CI, confidence intervals) ustalono na poziomie 95%. Analizy wykonano, używając programu SPSS 10.0.

## Wyniki

Szczegółowe wyniki, dotyczące występowania różnych kategorii zaburzeń afektywnych dwubiegunowych w badanej populacji, przedstawiono we wcześniejszym artykule Kiejny i wsp. [7]. W niniejszej pracy podjęto się analizy stopnia prawdopodobieństwa wystąpienia zaburzenia afektywnego dwubiegunowego typu I (CHAD-I), typu II (CHAD-II) i jego spektrum (CHAD-S) u osób leczonych z powodu zaburzenia depresyjnego nawracającego (CHAJ), w zależności od rodzaju epizodów bądź określonych objawów czy zachowań w przeszłości.

Odmienne cechy, takie jak rodzaj przebytych epizodów choroby lub ich częstość, objawy czy zachowania, zwiększały w różnym stopniu ryzyko wystąpienia każdego z trzech wyodrębnionych typów zaburzeń afektywnych dwubiegunowych. Szczegóły przedstawiono odpowiednio w tabeli 1 – wyniki MDQ wg Hirschfelda i wsp. [6], oraz w tabeli 2 – wyniki według kryteriów Ghaemi i wsp. [5].

Zdarzające się w przeszłości niezwykle, ryzykowne postępowania niosły za sobą zwiększone ryzyko wystąpienia zaburzenia afektywnego dwubiegunowego typu I, w porównaniu z zaburzeniem depresyjnym nawracającym (OR = 24,469), podobnie jak nadmierne, nieracjonalne wydatki (OR = 21,094), bezkrytyczne zachowania towarzyskie (OR = 20,250), zwiększone zainteresowanie seksem (OR = 17,719) oraz nadmierna pewność siebie (OR = 11,974).

W przypadku osób, u których w trakcie badania rozpoznano zaburzenie afektywne dwubiegunowe typu II, najistotniejszymi cechami zwiększającymi ryzyko jego wystąpienia, w porównaniu z zaburzeniem depresyjnym nawracającym, były bezkrytyczne zachowania towarzyskie (OR = 12,715) i niezwykle, ryzykowne postępowanie (OR = 10,006).

Pozostałe cechy wymienione w Kwestionariuszu Zaburzeń Nastroju (rozdrażnienie i agresja, nadmierna pewność siebie, bezsenność, wielomówność, gonitwa myśli, zaburzenia uwagi, nadmiar energii oraz podwyższony napęd) również zwiększały, choć w mniejszym stopniu, ryzyko wystąpienia CHAD-I i CHAD-II, w porównaniu z CHAJ.

Cechy osobowości hiper- lub cyklotymicznej, nawracające epizody depresyjne, objawy depresji atypowej (wzmoczone łaknienie i nadmierna senność), a także rozdrażnienie i agresja, zaburzenia snu, gonitwa myśli oraz niezwykle, ryzykowne postępowanie zwiększały istotnie ryzyko wystąpienia CHAD-I i CHAD-II, ale nie CHAD-S.

W przypadku rozpoznanych w badaniu zaburzeń z kręgu spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej najwyższe ryzyko ich wystąpienia związane było z krótkotrwałymi epizodami (hipo)manii, w tym polekowymi (OR = 15,8) (tab. 2) oraz bezkrytycznymi zachowaniami towarzyskimi (OR = 11,758) (tab. 1).

Krótkotrwałe (< 4 dni) epizody (hipo)manii, w tym polekowe, były istotnym czynnikiem ryzyka wystąpienia wszystkich trzech form zaburzeń afektywnych dwubiegunowych, ale najwyższe ryzyko dotyczyło zaburzenia z kręgu spektrum (OR = 15,8).

Wczesny początek wystąpienia depresji (przed 25 r. ż.) zwiększał istotnie (3–5-krotnie) ryzyko wystąpienia wszystkich trzech typów zaburzenia afektywnego dwubiegunowego.

Tabela 1

**Ocena ryzyka wystąpienia CHAD, w stosunku do CHAJ, na podstawie Kwestionariusza Zaburzeń Nastroju (MDQ) wg Hirschfelda i wsp. [6]**

Cechy	CHAD-I N = 129		CHAD-II N = 167		Spektrum N = 112	
	OR	95%CI	OR	95%CI	OR	95%CI
Byłeś tak rozdrażniony, że krzyczałeś na innych lub zaczynałeś bójki lub kłótnie?	3,038	2,008 4,595	2,096	1,361 3,230	1,437	0,782 2,640
Byłeś znacznie bardziej pewny siebie niż zwykle?	11,974	5,035 28,473	8,477	3,542 20,287	3,658	1,254 10,669
Spałeś znacznie mniej niż zazwyczaj i byłeś wyspany?	4,924	3,013 8,047	2,960	1,761 4,975	1,866	0,929 3,751
Mówiłeś znacznie więcej i szybciej niż zazwyczaj?	9,286	4,517 19,088	5,980	2,865 12,482	3,318	1,354 8,132
Miałeś gonitwę myśli i nie mogłeś jej powstrzymać?	3,197	2,088 4,895	2,776	1,819 4,236	1,650	0,913 2,984
Tak łatwo rozpraszały Cię wydarzenia wokół Ciebie, że miałeś kłopoty z koncentracją i utrzymaniem uwagi?	1,642	1,231 2,190	1,476	1,117 1,952	1,483	1,056 2,083
Miałeś znacznie więcej energii niż zazwyczaj?	9,643	4,687 19,796	9,121	4,455 18,675	4,106	1,751 9,630
Byłeś znacznie bardziej aktywny i robiłeś więcej rzeczy niż zwykle?	5,954	3,378 10,493	5,523	3,145 9,698	2,375	1,122 5,027
Byłeś znacznie bardziej towarzyski niż zwykle, np. telefonowałeś do przyjaciół w środku nocy?	20,250	5,006 81,922	12,715	3,123 51,763	11,758	2,689 51,405
Byłeś znacznie bardziej zainteresowany seksem niż zwykle?	17,719	4,344 72,269	9,053	2,178 37,636	6,532	1,336 31,928
Robiłeś rzeczy dla Ciebie niezwykle lub rzeczy, o których można by powiedzieć, że są zbędne, pochapne czy ryzykowne?	24,469	6,109 98,014	10,006	2,423 41,317	3,919	0,687 22,344
Wydawałeś pieniądze w sposób, który spowodował kłopoty na Ciebie lub Twoją rodzinę?	21,094	5,226 85,140	7,624	1,810 32,116	5,226	1,008 27,106

Napady paniki pojawiały się częściej w zaburzeniach afektywnych dwubiegunowych, w porównaniu z zaburzeniem depresyjnym nawracającym, a ich częstość była podobna we wszystkich trzech grupach (CHAD-I, CHAD-II, CHAD-S) (tab. 1).

Zaburzenia afektywne dwubiegunowe u krewnego I stopnia zwiększały ryzyko wystąpienia CHAD-S dwukrotnie w porównaniu z CHAD-II (odpowiednio OR = 6,271; OR = 2,859). Brak poprawy po co najmniej trzech kuracjach przeciwdepresyjnych zwiększał ryzyko występowania CHAD-S (OR = 2,548).

Natomiast takie cechy, jak często nawracające epizody depresyjne (ang. rapid cycling), epizody depresji poporodowej oraz szybka utrata efektu działania leków przeciwdepresyjnych nie wiązały się z częstszym występowaniem zaburzenia afektywnego dwubiegunowego (tab. 2).

Tabela 2

**Ocena ryzyka wystąpienia CHAD, w stosunku do CHAJ, na podstawie kryteriów spektrum choroby afektywnej wg Ghaemi i wsp. [5]**

Cechy	CHAD-I N = 129		CHAD-II N = 167		CHAD-S N = 112	
	OR	95%CI	OR	95%CI	OR	95%CI
Zaburzenie afektywne dwubiegunowe u krewnego I°	2,700	0,937 7,784	2,859	1,089 7,506	6,271	2,407 16,339
Krótkotrwały epizod (hipo)manii (1–3 dni), w tym polekowy	8,404	1,923 36,721	6,113	1,424 26,235	15,800	3,756 66,469
Cechy hipertymicznej lub cyklotymicznej osobowości przedchorobowej	4,333	2,384 7,873	2,857	1,553 5,257	1,755	0,753 4,095
Nawracające epizody depresyjne	1,273	1,073 1,511	1,187	1,001 1,407	1,100	0,868 1,394
Krótkotrwałe nawracające epizody depresyjne (średnio < 3 miesiące)	1,107	0,728 1,684	1,050	0,723 1,523	1,013	0,605 1,694
Objawy atypowej depresji (wzmoczone łaknienie, nadmierna senność)	3,026	1,454 6,298	2,092	1,013 4,319	1,720	0,668 4,431
Epizody depresji psychotycznej	2,708	1,211 6,056	1,176	0,489 2,831	2,903	1,232 6,843
Wczesny początek depresji (< 25 r. ż.)	4,883	2,069 11,522	3,375	1,436 7,931	3,919	1,521 10,098
Depresja poporodowa	0,698	0,195 2,495	2,125	0,973 4,641	2,069	0,785 5,455
Szybka utrata efektu działania leków przeciwdepresyjnych	0,817	0,454 1,469	1,029	0,656 1,613	1,239	0,715 2,146
Brak poprawy po 3 lub więcej kuracjach przeciwdepresyjnych	1,574	0,756 3,276	1,411	0,727 2,737	2,548	1,286 5,050
Napady paniki	1,536	1,061 2,223	1,425	1,011 2,008	1,614	1,085 2,401

### Omówienie

Wśród spornych kryteriów rozpoznawania zaburzeń afektywnych, wymienianych w literaturze, najwięcej kontrowersji budzą kryteria czasowego trwania epi-

zodu hipomanii (powyżej-poniżej 4 dni), występowania epizodów (hipo)manii po leczeniu lekami przeciwdepresyjnymi oraz cech zaburzeń osobowości typu hipertymicznego czy cyklotymicznego. Angst [8] uważa, że stany hipomanii trwające 1–3 dni, o nawracającym lub epizodycznym przebiegu (ang. brief recurrent hipomania, brief sporadic hipomania), charakteryzują zaburzenie afektywne dwubiegunowe. W prezentowanym badaniu występowanie krótkotrwałych epizodów (hipo)manii, w tym także wywołanych stosowaniem leków, wiązało się z najwyższym prawdopodobieństwem wystąpienia zaburzenia afektywnego o charakterze dwubiegunowym. Dane epidemiologiczne przedstawione przez Angsta w 1998 r. [8], jednego z badaczy promujących w przeszłości teorię dychotomii CHAD i CHAJ, przemawiają również za rozszerzeniem zakresu zaburzenia afektywnego dwubiegunowego o krótkotrwałe epizody hipomanii. Obejmując badaniem osoby dorosłe do 35 r. ż. Angst stwierdził występowanie zaburzenia afektywnego dwubiegunowego typu I i II u 5,5% osób, a u kolejnych 2,8% zaburzenie afektywne z krótkotrwałym epizodem hipomanii.

Akiskal i Mallya [9] także proponują uznać epizody hipomanii, które pojawiają się w trakcie prowadzonej farmakoterapii lub innych procedur leczniczych, jako istotne kryterium diagnostyczne. Już w latach 70. postawiono hipotezę, iż pacjenci z rozpoznaniem choroby afektywnej jednobiegunowej reagujący pozytywnie na terapię solami litu mogą być zaliczani do osób ze spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej [10]. Kupfer i wsp. [11] proponowali stawiać w tej grupie chorych diagnozę „unipolar-L”, a Mendels [12] – „pseudo-unipolar depression”.

Poza kilkudniowym epizodem (hipo)manii, wyniki wskazują na zwiększone prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń afektywnych o charakterze dwubiegunowym u osób, u których pierwszy epizod depresji pojawił się bardzo wcześnie, przed 25 rokiem życia. Podobnie Akiskal i wsp. [13], Abrams i Taylor [14], Geller i wsp. [15] czy Benazzi [16] w swoich badaniach stwierdzili związek pomiędzy wczesnym wiekiem zachorowania a rodzajem zaburzenia afektywnego.

Wśród cech zwiększających prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzenia afektywnego o charakterze dwubiegunowym wskazuje się również objawy psychotyczne [17, 18], atypowe (nadmierny apetyt i senność) [19] czy współwystępujące uzależnienia od alkoholu [8, 20]. W prezentowanym badaniu uzależnienia były kryterium wykluczającym, ale pozostałe cechy dwukrotnie zwiększały prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzenia afektywnego o charakterze dwubiegunowym. Epizody psychotyczne podwajały ryzyko wystąpienia zaburzenia afektywnego dwubiegunowego typu I oraz spektrum, natomiast nie zwiększały ryzyka zaburzenia afektywnego typu II, podobnie jak w badaniu Benazzi z 2003 r. [21].

Akiskal i Mallya [9] zaproponowali w 1987 r. termin „miękkiego spektrum dwubiegunowości” (ang. soft-bipolar spektrum). W jego zakres wchodzi nie tylko zaburzenie afektywne dwubiegunowe typu II z epizodami hipomanii, ale także depresja u osób z cechami osobowości hipertymicznej, cyklotymicznej oraz z rodzinnym wywiadem w kierunku zaburzeń afektywnych dwubiegunowych. W prezentowanym badaniu cechy osobowości zwiększały ryzyko wystąpienia zaburzeń afektywnych typu I i II, natomiast występowanie rodzinne zaburzeń afektywnych dwubiegunowych zwiększało ryzyko zaburzenia afektywnego typu II i spektrum.

Wśród cech czy zachowań w przeszłości, które miały najbardziej diagnostyczny charakter, wymienić należy nadmierną towarzyskość, nadmierne zainteresowanie seksem, zachowania ryzykowne i niezwykle czy nieracjonalne wydawanie pieniędzy. Potwierdzają to badania innych autorów, jak Hantouche i wsp. [22], którzy wyróżniają nawet dwie grupy cech wskazujących na epizod hipomanii o charakterze pogodnym, społecznie pozytywnym (sunny, classic euphoric) i negatywnym (dark, irritable-risk taking).

Stwierdzono istnienie zwiększonego prawdopodobieństwa wystąpienia zaburzeń o charakterze dwubiegunowym u osób z napadami paniki. W ostatnich pracach Perugi i wsp. [23] oraz Simon i wsp. [24] opisali częstsze współwystępowanie zaburzeń lekowych (lęku napadowego, fobii społecznej i zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego) z zaburzeniem afektywnym typu II niż z zaburzeniem depresyjnym nawracającym.

Trafne i proste pytania o pewne zachowania okresowo pojawiające się w przeszłości, zadawane przez lekarza wszystkim osobom z zaburzeniami nastroju, ułatwiają niewątpliwie postawienie właściwej diagnozy [17].

Wyniki tego badania, podobnie jak wielu wcześniejszych badań klinicznych [9, 25–28] i epidemiologicznych [8, 29, 30], wskazują jednoznacznie na potrzebę weryfikacji kryteriów diagnostycznych zaburzeń afektywnych. Przemawiają zdecydowanie za poszerzeniem kryteriów dotyczących zaburzenia afektywnego dwubiegunowego. Ich wartość z klinicznego punktu widzenia to zwrócenie uwagi lekarzy praktyków na znaczenie zebrania rzetelnego wywiadu i zadawania zrozumiałych dla pacjenta pytań z przykładami, celem postawienia prawidłowego rozpoznania i zaproponowania skutecznego leczenia.

### Wnioski

1. Wśród cech czy zachowań w przeszłości, które miały najbardziej diagnostyczny charakter dla wszystkich trzech form zaburzeń afektywnych, wymienić należy nadmierną towarzyskość, nadmierne zainteresowanie seksem, zachowania ryzykowne i niezwykle czy nieracjonalne wydawanie pieniędzy.
2. Krótkotrwałe epizody (hipo)manii, w tym także wywołane stosowaniem leków, oraz pierwszy epizod choroby przed 25 rokiem życia wiążą się z najwyższym prawdopodobieństwem wystąpienia zaburzenia afektywnego o charakterze dwubiegunowym.
3. Wyniki badania wskazują na potrzebę weryfikacji wąskich kryteriów zaburzeń afektywnych dwubiegunowych, co może mieć niebagatelne znaczenie dla skutecznej terapii tych zaburzeń.

### Правдоподобность двуполярности у пациентов с рецидивирующими депрессивными нарушениями

#### Содержание

В последних годах большое внимание исследователей обращено на проблемы улучшения диагностики аффективных нарушений. Появляются предложения расширений официально принятых критериев их диагностики.

**Задание.** Задачей исследования была оценка правдоподобности появления различного типа двухполюсных аффективных нарушений CHAD типов I и II; а также спектра у больных (246) леченных по поводу рецидивирующих депрессивных нарушений (СНАJ).

**Метод.** Анализы опирались на расширенных критериях аффективных нарушений и Глоссарии настроения Гиршфельда.

**Результаты.** Появление в прошлом необыкновенного, рискованного поведения несло за собой увеличенную правдоподобность появления CHAD I типа, в сравнение с CHAD (OR = 24,5). К таким же чертам поведения относятся большие, иррациональные расходы (OR = 21,1), безкритические общественные черты поведения (OR = 20,3), чрезмерное увлечение половыми сношениями (OR = 17,7), а также необычная уверенность в себе (OR = 12). Безкритичное поведение в обществе и необыкновенно рискованное поведение несли за собой риск появления CHAD II типа (соответственно OR = 12,7 и OR = 10). Самый большой риск появления нарушений типа спектра CHAD связан с кратковременными эпизодами гипомании, в том числе постфармакологическими (OR = 15,8), а также безкритичными общественными поведениями (OR = 11,8). Приступы паники чаще появлялись при двухполюсных аффективных нарушениях в сравнение с рецидивирующими депрессивными нарушениями, однако их частота была схожей во всех трех группах (CHAD-I, CHAD-II, CHAD-S. Ранее начало появления депрессии (перед 25 годом жизни) существенно увеличивал риск (в 3,5 раза) появления всех трех типов аффективного двухполюсного нарушения.

**Выводы.** Результаты исследования указывают на потребность дискуссии над узкими критериями двухполюсных аффективных нарушений. Эти положения могут быть вспомогательными средствами для правильного диагностирования этих нарушений, что может иметь большое значение для эффективности терапии.

### **Vorhersagbarkeit der Zweipoligkeit bei Patienten mit rezidiver Depressionsstörung**

#### **Zusammenfassung**

In den letzten Jahren ziehen die Fragen der richtigen Diagnostik der affektiven Störungen eine große Aufmerksamkeit der Forscher an. Es wurde vorgeschlagen, die offiziell angenommenen Kriterien ihrer Diagnosestellung auszubauen.

**Ziel.** Das Ziel der Studie war die Beurteilung der Vorhersagbarkeit verschiedener Typen der affektiven zweipoligen Störungen (CHAD vom Typ I, Typ II und Spektrum) bei Personen (n=246), die wegen der rezidiven Depressionsstörungen behandelt wurden (CHAJ).

**Methode.** Die Analysen stützten sich auf die verbreiteten Kriterien der affektiven Störungen von Ghaemi und Co. und auf den Fragebogen der Stimmungstörungen von Hirschfeld.

**Ergebnisse.** Das Auftreten in der Vergangenheit des ungewöhnlichen, riskanten Verhaltens trug mit sich eine erhöhte Vorhersagbarkeit für CHAD vom Typ I im Vergleich mit CHAJ (OR = 24,5), ähnlich wie übermäßige, nicht vernünftige Kosten (OR = 21,1), kritiklose gesellschaftliche Verhaltensweise (OR = 20,3), erhöhtes Interesse an Sex (OR = 17,7) und eine übermäßige Selbstsicherheit (OR = 12). Kritiklose gesellschaftliche Verhaltensweise und ungewöhnliches, riskantes Verhalten trugen mit sich ein erhöhtes Risiko für CHAD vom Typ II (dementsprechend OR = 12,7; OR = 10). Das höchste Risiko der Störungen vom Typ CHAD - Spektrum war mit den kurzdauernden Episoden der Hypomanie verbunden, darunter mit der postmedikamentösen (OR = 15,8) und kritiklosen gesellschaftlichen Verhaltensweise (OR = 11,8). Die Panikanfälle erschienen häufiger bei den affektiven zweipoligen Störungen im Vergleich mit der rezidiven depressiven Störung, aber ihre Häufigkeit war ähnlich in allen drei Gruppen (CHAD - I, CHAD - II, CHAD - S). Der frühe Anfang der Depression (vor dem 25. Lebensjahr) erhöhte bedeutend (3 - 5 mal) das Risiko aller drei Typen der affektiven zweipoligen Störungen.

**Schlussfolgerungen.** Die Ergebnisse zeigen auf die Notwendigkeit einer Diskussion an den engen Kriterien der affektiven zweipoligen Störungen. Sie sollen bei der richtigen Diagnosestellung dieser Störungen behilflich sein, was eine nicht geringe Bedeutung für die richtige Therapie haben kann.

### **La probabilité de la bipolarité chez les patients souffrant de la dépression récidivante**

#### **Résumé**

Récemment les problèmes du diagnostic correct des troubles affectifs attirent l'attention des chercheurs, ils proposent d'élargir les critères de leur diagnostic.

**Objectif.** Évaluer la probabilité d'apparition des troubles affectifs bipolaires (CHAD-type I, type II et spectrum) chez les patients (n=246) traités à cause troubles dépressifs récidivants (CHAJ).

**Méthode.** L'analyse base sur les critères élargis des questionnaires: de Ghaemi et autres ainsi que de Hirschfeld.

**Résultats.** L'existence d'un comportement étrange, risqué, dans le passé, entraîne avec soi la probabilité plus grande d'apparition de CHAD-type I versus CHAJ (OR=24,5), il en est de même avec: grandes dépenses, excessives (OR=21,1), comportement dépourvu du criticisme (OR=20,3), intérêt excessif porté au sexe (17,7), confiance en soi exagérée (OR=12). Les comportements dépourvus du criticisme et les comportements risqués, étranges, augmentent le risque de CHAD type II (respectivement OR= 12,7; OR=10). Le plus grand risque des troubles du spectrum CHAD se lie avec les épisodes d'hypomanie, y compris les troubles résultants de la pharmacothérapie (OR=15,8) et les comportements dépourvus du criticisme (Or=11,8). Les attaques de la paniques se manifestent le plus souvent dans les troubles affectifs bipolaires, mais leur fréquence reste la même dans tous les trois groupes (CHAD-I, CHAD-II, CHAD-S). La dépression avant l'âge de 25 ans augmente fortement (3-5 fois) le risque de ces trois types des troubles affectifs.

**Conclusions.** Ces résultats suggèrent qu'il est nécessaire de discuter les critères assez restreints décrivant les troubles affectifs bipolaires. Ils peuvent aider le diagnostic correct de ces troubles et leur thérapie efficace.

### Piśmiennictwo

1. Angst J. *On the etiology and nosology of endogenous depressive psychoses. A genetic, sociologic and clinical study.* Monogr. Gesamtgeb. Neurol. Psychiatr. 1966; 112: 1–118.
2. Winokur G, Clayton PJ, Reich T. *Manic depressive illness.* St. Louis: C.V. Mosby; 1969.
3. Goodwin FK, Ghaemi SN. *An introduction to and history of affective disorders.* W: Gelder M, Lopez-Ibor J, Andreasen N, red. *New Oxford textbook of psychiatry.* New York: Oxford University Press; 2000, s. 677–682.
4. Rybakowski J, Suwalska A, Łojko D, Rymaszewska J, Kiejna A. *Częstość występowania zaburzeń afektywnych dwubiegunowych wśród chorych na depresję leczonych przez psychiatrów w warunkach ambulatoryjnych.* Psychiatr. Pol. 2004; 2: 203–216.
5. Ghaemi SN, Ko JY, Goodwin FK. *The bipolar spectrum and the antidepressant view of the world.* J. Psychiatr. Pract. 2001; 7: 287–297.
6. 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.
7. Kiejna A, Rymaszewska J, Hadryś T, Rybakowski J, Suwalska A, Łojko D. *Występowanie cech dwubiegunowości u osób z zaburzeniem depresyjnym nawracającym – ogólnopolskie, wielośrodkowe badanie uniDEP-BI.* Psychiatr. Pol. 2005; 5: 951–962.
8. Angst A. *The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder.* J. Affect. Disord. 1998; 143–151.
9. Akiskal HS, Mallya G. *Criteria for the „soft-bipolar spectrum”: treatment implications.* Psychopharmacol. Bull. 1987; 23: 68–73.
10. Bowden CL. *Lithium-responsive depression.* Compr. Psychiatry 1978; 19 (3): 227–231.
11. Kupfer DJ, Pickar D, Himmelhoch JM, Detre TP. *Are there two types of unipolar depression?* Arch. Gen. Psychiatry 1975; 32 (7): 866–871.
12. Mendels J. *Lithium in the treatment of depression.* Am. J. Psychiatry 1976; 133 (4): 373–378.
13. Akiskal HS, Maser JD, Zeller PJ i in. *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.

14. Abrams R, Taylor MA. *A comparison of unipolar and bipolar depressive illness*. Am. J. Psychiatry 1980; 137: 1084–1087.
15. Geller B, Craney JL, Bolhofner K, DelBello MP, Williams M, Zimmerman B. *One-year recovery and relapse rates of children with a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype*. Am. J. Psychiatry 2001; 158: 303–305.
16. Benazzi F. *Depression with DSM-IV atypical features: a marker for bipolar II disorder*. Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosc. 2000; 250: 53–55.
17. Bowden CL. *Strategies to reduce misdiagnosis of bipolar depression*. Psychiatr. Serv. 2001; 52: 51–55.
18. Goldberg JF, Harrow M, Whiteside JE. *Risk for bipolar illness in patients initially hospitalized for unipolar depression*. Am. J. Psychiatry 2001; 158: 1265–1270.
19. Benazzi F. *Depression with DSM-IV atypical features: a marker for bipolar II disorder*. Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosc. 2000; 250: 53–55.
20. Regier DA, Farmer ME, Rae DS i in. *Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the epidemiologic catchment area (ECA) study*. JAMA 1990; 264: 2511–251.
21. Benazzi F. *Clinical differences between bipolar II depression and unipolar major depressive disorder: lack of an effect of age*. J. Affect. Disord. 2003; 75 (2): 191–195.
22. Hantouche EG, Angst J, Akiskal HS. *Factor structure of hypomania: interrelationships with cyclothymia and the soft bipolar spectrum*. J Affect Disord. 2003; 73 (1–2): 39–47.
23. Perugi G, Akiskal HS, Toni C, Simonini E, Gemignani A. *The temporal relationship between anxiety disorders and (hypo)mania: a retrospective examination of 63 panic, social phobic and obsessive-compulsive patients with comorbid bipolar disorder*. J. Affect. Disord. 2001; 67 (1–3): 199–206.
24. Simon NM, Otto MW, Fischmann D, Racette S, Nierenberg AA, Pollack MH, Smoller JW. *Panic disorder and bipolar disorder: anxiety sensitivity as a potential mediator of panic during manic states*. J. Affect. Disord. 2005; 87 (1): 101–105.
25. Benazzi F. *Frequency of bipolar spectrum in 111 private practice depression outpatients*. Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosc. 2003; 253: 203–208.
26. Dunner DL, Tay LK. *Diagnostic reliability of the history of hypomania in bipolar II patients and patients with major depression*. Compr. Psychiatry 1993; 34: 303–307.
27. Cassano GB, Dell’Osso L, Frank E i in. *The bipolar spectrum: a clinical reality in search of diagnostic criteria and an assessment methodology*. J. Affect. Disord. 1999; 54: 319–328.
28. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ i in. *A prospective investigation of the natural history of the long-term weekly symptomatic status of bipolar II disorder*. Arch. Gen. Psychiatry 2003; 60: 261–269.
29. Lewinsohn PM, Klein DN, Seeley JR. *Bipolar disorders in a community sample of older adolescents: prevalence, phenomenology, comorbidity, and course*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1995; 34 (4): 454–463.
30. 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.

Otrzymano: 17.10.2005

Zrecenzowano: 21.11.2005

Przyjęto do druku: 23.12.2005

Adres: Andrzej Kiejna

Katedra i Klinika Psychiatrii AM

50-367 Wrocław, ul. Pasteura 10