

## Charakterystyka kliniczna i demograficzna pacjentów z depresją lekooporną a cechy dwubiegunowości. Badanie pilotażowe

### The relationships between socio-demographic and clinical data and the bipolar spectrum features in treatment resistant patients. A pilot study.

Dominika Dudek, Marcin Siwek, Joanna Borowiecka-Kluza

Klinika Psychiatrii Dorosłych CM UJ  
Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Zięba

#### Summary

**Aim.** To assess the relationships between sociodemographic and clinical data and the bipolar spectrum features in treatment resistant patients. (A sub-analysis of data of the pilot study for the multi-center TRES-DEP (Treatment Resistant Depression) Project).

**Method.** 50 drug-resistant 18-65 year old patients, fulfilling ICD-10 criteria for depressive episode or recurrent depressive disorder (F32, F33) were included in the study. Drug resistance was defined as non-response to two adequate antidepressant treatments. The main exclusion criteria were: > 18 scores in the 17-item Hamilton Depression Rating Scale, treatment with mood stabilizers, the diagnosis of: substance misuse, dementia, severe neurological or other somatic disease. The presence of bipolar spectrum was detected by the Mood Disorder Questionnaire (MDQ) and the Hypomania Checklist Scale (HCL).

**Results.** Statistically significant more drug-resistant patients fulfilling MDQ bipolar spectrum criteria (MDQ (+)) comparing to patients without bipolar spectrum features by MDQ (MDQ(-)): 1) considered the last remission as partial or reported lack of remission (100% vs. 21%;  $p < 0.05$ ), 2) reported treatment non-adherence (41 vs. 18%,  $p = 0.055$ ). Moreover there were more suicidal attempts in MDQ(+) patients ( $0.86 \pm 1.28$  vs.  $0.25 \pm 0.59$ ;  $p < 0.05$ ).

**Conclusion.** Results of the study suggest that the presence of bipolar spectrum may worsen the course and outcome of drug-resistant depression. A further multicenter study is needed.

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

*Key words:* bipolar disorder, drug resistant depression, bipolar spectrum

#### Wstęp

Wyniki dotychczasowych badań wskazują, iż wśród pacjentów z depresją lekooporną znaczący odsetek mogą stanowić przypadki nierozpoznanych zaburzeń należących do spektrum dwubiegunowego, z różnymi postaciami choroby afektywnej dwubiegunowej włącznie [1–5].

W związku z tym coraz bardziej istotne wydaje się poszukiwanie cech swoistych dla dwubiegunowości w depresji lekoopornej, które stając się przedmiotem wywiadu przeprowadzanego przez lekarza mogą przyczynić się do lepszego diagnozowania, różnicowania i oceny klinicznej zaburzeń afektywnych.

W obejmującym 100 osób badaniu pilotażowym, w ramach projektu TRES-DEP, analizowano zróżnicowanie cech dwubiegunowości zarówno u pacjentów lekoopornych, jak i nie wykazujących cech oporności na leczenie [1]. Poniższy artykuł stanowi subanalizę dotyczącą zależności pomiędzy wybranymi parametrami socjodemograficznymi i klinicznymi a cechami dwubiegunowości, wyłącznie u pacjentów z depresją lekooporną.

### Metodyka i procedura przeprowadzonych badań

Grupa pacjentów z depresją lekooporną liczyła 50 osób (gr. 1). Pacjenci spełniali kryteria ICD-10 epizodu depresji lub depresji nawracającej (F32, F33), a lekooporność definiowano jako brak znaczącej poprawy klinicznej po co najmniej dwóch adekwatnych kuracjach lekami przeciwdepresyjnymi (LPD) [6–8].

Z pacjentami przeprowadzono wywiad, używając kwestionariusza socjodemograficznego i klinicznego. Nasilenie objawów depresyjnych oceniano na podstawie 17-punktowej Skali Depresji Hamiltona ( $HDRS_{17}$ ) [9–11], a cechy dwubiegunowości badano za pomocą Kwestionariusza Zaburzeń Nastroju Hirschfelda (KZN) [12, 13] oraz skali do oceny hipomanii Angsta (HCL – Hipomania Check List) [14]. Warunkiem włączenia do badania było uzyskanie przez pacjentów w  $HDRS_{17} \leq 18$  punktów.

Kryteriami niezakwalifikowania do badania były: otrzymywanie leków normotymicznych, rozpoznanie uzależnienia od substancji psychoaktywnych (z wyjątkiem nikotyny), rozpoznanie otępienia, upośledzenia umysłowego, poważna choroba somatyczna lub neurologiczna.

Jako wynik wskazujący na cechy dwubiegunowości przyjęto w KZN co najmniej 7 odpowiedzi „tak” w pierwszym punkcie, zawierającym 13 pytań, i przy odpowiedziach „tak” na te pytania występowanie co najmniej dwóch z wymienionych w nich zachowań w tym samym okresie życia pacjenta, oraz umiarkowany lub poważny problem, który te zachowania stwarzają [12, 13]. Natomiast za wynik wskazujący na potencjalne występowanie cech hipomanii u pacjentów ze zdiagnozowaną depresją w HCL przyjęto co najmniej 14 odpowiedzi „tak” w trzecim 32-punktowym pytaniu [14].

Statystycznego opracowania wyników dokonano na podstawie porównania średnich wyników pomiarów. W analizie statystycznej posłużono się w zależności od obecności rozkładu normalnego, testem t lub testem U Manna–Whitneya dla prób niezależnych. Do porównania cech o charakterze jakościowym użyto testu  $\chi^2$  [15–18].

### Wyniki

W badanej grupie osób lekoopornych kryteria występowania cech dwubiegunowości według kwestionariusza KZN (KZN +) spełniało 22 (44%) pacjentów, a według skali HCL (HCL +) 31 (62%).

## Cechy dwubiegunowości – dane socjodemograficzne i kliniczne

Pomiędzy pacjentami spełniającymi kryteria dwubiegunowości wg KZN lub HCL a pacjentami nie spełniającymi powyższych kryteriów nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic pod względem wieku, płci, stanu cywilnego, liczby dzieci, wykształcenia, a także liczby osób pracujących i pozostających na rencie (tab. 1 i 2).

Tabela 1. Cechy dwubiegunowości według kryteriów KZN – wybrane dane socjodemograficzne na temat przebiegu choroby w grupie pacjentów lekoopornych

Gr.1		KZN (+)	KZN (-)	KZN (+) vs KZN (-) Wartość p
Test t				
Wiek		49,0 ± 7,2	49,0 ± 7,8	NS
Liczba dzieci		1,9 ± 1,3	1,5 ± 1,2	NS
Test Chi <sup>2</sup>				
Płeć	M	n = 6 (27,3%)	n = 4 (14,3%)	NS
	K	n = 16 (72,7%)	n = 24 (85,7%)	NS
Żonaci		n = 16 (72,7%)	n = 21 (75,0%)	NS
Wykształcenie	Podstawowe	n = 5 (22,7%)	n = 2 (7,1%)	NS
	Zawodowe	n = 2 (9,1%)	n = 3 (10,7%)	NS
	Średnie	n = 9 (40,9%)	n = 15 (53,6%)	NS
	Wyższe	n = 6 (27,3%)	n = 8 (28,6%)	NS
Pracujący		n = 9 (40,9%)	n = 9 (32,1%)	NS
Renta		n = 9 (40,9%)	n = 16 (57,1%)	NS

Tabela 2. Cechy dwubiegunowości według kryteriów HCL – wybrane dane socjodemograficzne na temat przebiegu choroby w grupie pacjentów lekoopornych

Gr.1		HCL (+)	HCL (-)	HCL (+) vs HCL (-) Wartość p
Test t				
Wiek		48,4 ± 8,5	50,0 ± 5,4	NS
Liczba dzieci		1,8 ± 1,4	1,3 ± 1,0	NS
Test Chi <sup>2</sup>				
Płeć	M	n = 6 (19,4%)	n = 4 (21,1%)	NS
	K	n = 25 (80,6%)	n = 15 (78,9%)	NS
Żonaci		n = 23 (74,2%)	n = 14 (73,7%)	NS
Wykształcenie	Podstawowe	n = 5 (16,1%)	n = 2 (10,5%)	NS
	Zawodowe	n = 3 (9,7%)	n = 2 (10,5%)	NS
	Średnie	n = 14 (45,2%)	n = 10 (52,6%)	NS
	Wyższe	n = 9 (29,0%)	n = 5 (26,3%)	NS
Pracujący		n = 12 (38,7%)	n = 6 (31,6%)	NS
Renta		n = 15 (48,4%)	n = 10 (52,6%)	NS

Nie wykazano również istotnych statystycznie różnic w zakresie takich cech charakteryzujących przebieg choroby, jak: czas od początku choroby, średnia liczba rzutów choroby, średnia liczba hospitalizacji, średnia liczba miesięcy od ostatniej hospitalizacji. Nie stwierdzono ponadto różnic w częstości występowania myśli i tendencji samobójczych.

Podobnie, obciążenie rodzinne depresją, uzależnieniem od alkoholu, CHAD, schizofrenią, zaburzeniami lękowymi, samobójstwami oraz współwystępowanie chorób somatycznych nie różnicowały pacjentów wykazujących cechy dwubiegunowości i nie wykazujących ich.

Co warto podkreślić, lekooporni pacjenci wykazujący cechy dwubiegunowości według KZN istotnie częściej, w porównaniu z pacjentami nie kwalifikowanymi do spektrum dwubiegunowego, oceniali swoją ostatnią remisję jako niepełną (100% vs 21%,  $p = 0,021$ ) oraz leczyli się nieregularnie, tj. przerywali leczenie, odstawiali leki, modyfikowali dawki leków (41% vs 18%,  $p = 0,055$ ).

Co więcej, pacjenci spełniający kryteria KZN dwubiegunowości, w porównaniu z pacjentami nie spełniającymi ww. kryteriów, podejmowali w przeszłości statystycznie istotnie więcej prób samobójczych ( $0,86 \pm 1,28$  vs  $0,25 \pm 0,59$ ;  $p = 0,029$ ) (tab. 3, 4, 5 i 6).

Tabela 3. Cechy dwubiegunowości w grupie pacjentów lekoopornych według kryteriów KZN – wybrane dane kliniczne na temat przebiegu choroby

Gr.1	KZN (+) n = 22	KZN (-) n = 28	KZN (+) vs KZN (-) Wartość p
			Test t
Czas od początku choroby w latach	9,9 ± 7,6	11,2 ± 9,8	NS
Początek zachorowania (rok życia)	39,1 ± 9,4	37,8 ± 7,9	NS
Rzut choroby	8,0 ± 4,4	6,0 ± 4,6	NS
Liczba hospitalizacji	2,0 ± 2,4	2,5 ± 3,1	NS
Liczba miesięcy od ostatniej hospitalizacji	13,2 ± 19,2	15,4 ± 31,0	NS
<b>Liczba PS</b>	<b>0,86 ± 1,28</b>	<b>0,25 ± 0,59</b>	<b>0,029</b>
			Test Chi <sup>2</sup>
<b>Ostatnia remisja</b>	<b>Pełna n = 0 (0%) Niepełna n = 22 (100%)</b>	<b>Pełna (n = 6) 21% Niepełna n = 22 (79%)</b>	<b>0,021</b>
<b>Nieregularność leczenia</b>	<b>n = 9 (41%)</b>	<b>n = 5 (18%)</b>	<b>(0,055)</b>
PS w wywiadzie	n = 9 (41%)	n = 5 (18%)	NS
Obciążenie rodzinne depresją	n = 9 (41%)	n = 9 (32%)	NS
Obciążenie rodzinne alkoholizmem	n = 6 (27%)	n = 6 (21%)	NS
Brak obciążeń rodzinnych w wywiadzie	n = 9 (41%)	n = 13 (46%)	NS

Pogrubioną czcionką wyróżniono wartości istotne statystycznie

**Tabela 4. Cechy dwubiegunowości w grupie pacjentów lekoopornych według kryteriów HCL – wybrane dane kliniczne na temat przebiegu choroby**

Gr.1	HCL (+) n = 31	HCL (-) n = 19	HCL (+) vs HCL (-) Wartość p
			Test t
Czas od początku choroby w latach	10,9 ± 8,7	10,2 ± 6,0	NS
Początek zachorowania (rok życia)	37,5 ± 9,4	39,8 ± 6,9	NS
Rzut choroby	6,8 ± 4,2	6,4 ± 5,0	NS
Liczba hospitalizacji	2,2 ± 2,4	2,6 ± 3,4	NS
Liczba miesięcy od ostatniej hospitalizacji	15,2 ± 21,7	14,1 ± 34,2	NS
Liczba PS	0,71 ± 1,16	0,21 ± 0,54	NS
			Test Chi <sup>2</sup>
Ostatnia remisja	Pełna n = 2 (6%) Niepełna n = 29 (94%)	Pełna n = 4 (21%) Niepełna n = 15 (79%)	NS
Nieregularność leczenia	n = 10 (32%)	n = 4 (21%)	NS
PS w wywiadzie	n = 11 (36%)	n = 3 (16%)	NS
Obciążenie rodzinne depresją	n = 13 (42%)	n = 5 (26%)	NS
Obciążenie rodzinne alkoholizmem	n = 7 (23%)	n = 5 (26%)	NS
Brak obciążeń rodzinnych w wywiadzie	n = 12 (39%)	n = 10 (53%)	NS

**Tabela 5. Cechy dwubiegunowości w grupie pacjentów lekoopornych według kryteriów KZN – wybrane dane kliniczne na temat obecnego epizodu**

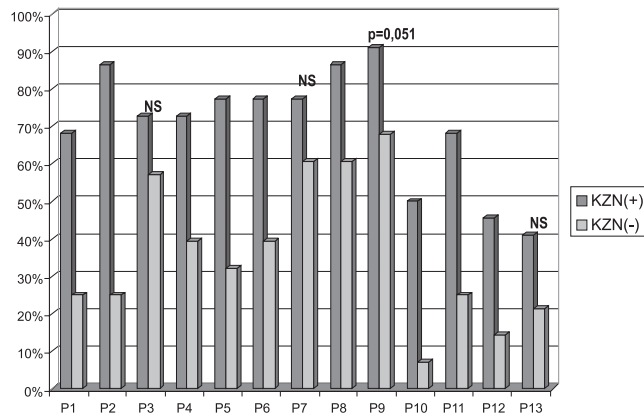
Gr. 1	KZN (+)	KZN (-)	KZN (+) vs KZN (-)
			Test t
Czas trwania epizodu w tygodniach	11 ± 5,7	14,5 ± 10,2	NS
Rzut leczenia	2,18 ± 0,5	2,46 ± 0,7	NS
			Test Chi <sup>2</sup>
Myśli samobójcze	n = 11 (50%)	n = 18 (64,3%)	NS
Tendencje samobójcze	n = 5 (22,7%)	n = 5 (17,9%)	NS

**Tabela 6. Cechy dwubiegunowości w grupie pacjentów lekoopornych według kryteriów HCL – wybrane dane kliniczne na temat obecnego epizodu**

Gr. 1	HCL (+)	HCL (-)	HCL (+) vs HCL (-)
			Test t
Czas trwania epizodu w tygodniach	13,2 ± 10	12,6 ± 6,1	NS
Rzut leczenia	2,32 ± 0,6	2,37 ± 0,7	NS
			Test Chi <sup>2</sup>
Myśli samobójcze	n = 19 (61,3%)	n = 10 (52,6%)	NS
Tendencje samobójcze	n = 6 (19,4%)	n = 4 (21,1%)	NS

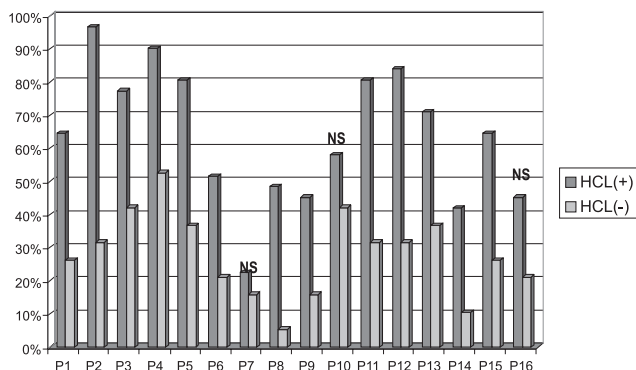
Cechy dwubiegunowości w grupie pacjentów lekoopornych  
– charakterystyka odpowiedzi w kwestionariuszu KZN i skali HCL

Porównanie odsetków odpowiedzi „tak” w kwestionariuszu KZN pacjentów spełniających kryteria KZN dwubiegunowości i pacjentów nie spełniających tych kryteriów nie wykazało istotnie statystycznych różnic w trzech pytaniach. Pytaniami, które okazały się nie różnicować pacjentów wykazujących cechy dwubiegunowości i nie wykazujących ich, były: P3: „Byłeś tak rozdrażniony, że krzyczałeś na innych lub zaczynałeś bójkę lub kłótnie”, P7: „Tak łatwo rozpraszały Cię wydarzenia wokół Ciebie, że miałeś kłopoty z koncentracją i utrzymaniem uwagi”, P9: „Byłeś znacznie bardziej aktywny i robiłeś więcej rzeczy niż zwykle” ( $p = 0,051$ ), P13: „Wydawałeś pieniądze w sposób, który spowodował kłopoty na Ciebie lub Twoją rodzinę” (rys.1).

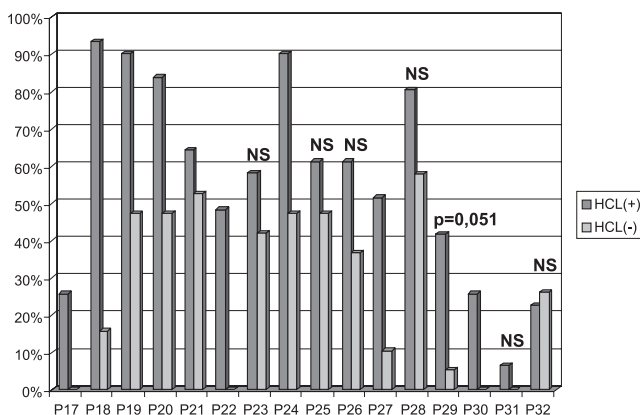


Rys. 1. Odsetek osób dających odpowiedzi „tak” w kwestionariuszu KZN w pytaniach 1–13 w grupie pacjentów lekoopornych spełniających kryteria dwubiegunowości – KZN (+), i pacjentów nie spełniających tych kryteriów – KZN (-). Objaśnienie tych pytań przedstawiono w tekście. Brak istotności statystycznej oznaczono: NS dla  $p > 0,05$

Analiza odsetków odpowiedzi „tak” w kwestionariuszu HCL nie wykazała istotnych statystycznie różnic, pomiędzy osobami spełniającymi kryteria HCL dwubiegunowości a nie spełniającymi ich, w dziesięciu pytaniach. Pytaniami, które okazały się nie różnicować pacjentów wykazujących cechy dwubiegunowości i nie wykazujących ich, były: P7: „Zwykle szybciej jeżdżę samochodem i podejmuję większe ryzyko, gdy prowadzę”, P10: „Jestem aktywniejszy fizycznie (sport itp.)”, P16: „Jestem bardziej zainteresowany sprawami seksu, i/lub mam zwiększony popęd płciowy”, P23: „Moje myśli skaczą z tematu na temat”, P25: „Jestem bardziej niecierpliwy i/lub łatwiej się denerwuję”, P26: „Mogę być męczący lub drażniący dla innych”, P28: „Mój nastrój jest lepszy, bardziej optymistyczny”, P29: „Piję więcej kawy” ( $p = 0,051$ ), P31: „Palę więcej papierosów”, P32: „Zażywam więcej leków (uspokajających, przeciwłękowych, pobudzających)” (rys. 2 i 3).



Rys. 2. Odsetek osób dających odpowiedzi „tak” w skali HCL w pytaniach 1–16 w grupie pacjentów lekoopornych spełniających kryteria dwubiegunowości – HCL (+), i pacjentów nie spełniających tych kryteriów – HCL (-). Objaśnienie tych pytań przedstawiono w tekście. Brak istotności statystycznej oznaczono: NS dla  $p > 0,05$



Rys. 3. Odsetek osób dających odpowiedzi „tak” w skali HCL w pytaniach 17–32 w grupie pacjentów lekoopornych spełniających kryteria dwubiegunowości – HCL (+), i pacjentów nie spełniających tych kryteriów – HCL (-). Objaśnienie tych pytań przedstawiono w tekście. Brak istotności statystycznej oznaczono: NS dla  $p > 0,05$

### Podsumowanie

Istotnym ograniczeniem przedstawionego badania pilotażowego jest stosunkowo niewielka liczba objętych nim osób, zatem uzyskane wyniki powinny być uznawane za wstępne oraz wymagające dalszego potwierdzenia w badaniu wielośrodkowym, przeprowadzonym w większej grupie pacjentów.

Stwierdzone w badaniu częstsze u pacjentów wykazujących cechy dwubiegunowości występowanie niepełnych remisji i nieregularności leczenia, a także większa liczba podjętych w przeszłości prób samobójczych, sugerują, iż obecność spektrum dwubiegunowego w sposób niekorzystny wpływa na przebieg i rokowanie w depresji lekoopornej.

Odmierna, w przypadku występowania, lub nie, cech dwubiegunowości, charakterystyka odpowiedzi na pytania kwestionariuszy KZN i HCL może w przyszłości pozwolić na wyodrębnienie cech, których uwzględnienie w wywiadzie przyczyni się do zwiększenia czułości diagnostycznej.

Otrzymane wyniki badania pilotażowego uzasadniają projekt przeprowadzenia wielośrodkowego badania TRES-DEP obejmującego dużą grupę pacjentów.

### **Клиническая и демографическая характеристики -пациентов с ффармакоустойчивой депрессией и черты двухполюсности. Пилотажное исследование.**

#### **Содержание**

**Задание.** Оценка зависимости между избранными социодемографическими и клиническими параметрами и чертами двухполюсности у пациентов с фармакоустойчивой депрессией. Субанализ данных пилотажного исследования, проведенного во многих медицинских центрах проекта TRES-DEP.

**Метод.** Группа пациентов с фармакоустойчивой депрессией состояла из 50 человек. Пациенты оценены по критериям ICD-10 эпизода депрессии или же рецидивирующей депрессии (F32, F33). Фармакоустойчивость определялась как отсутствие значительного улучшения состояния здоровья после не менее чем двух адекватных курсов противодепрессивными препаратами. В исследование не включено пациентов: с утяжелением депрессии, превышающей 18 пунктов в 17-пунктовой Шкале депрессии Гамильтона. Кроме того, не оценены больные, получающие нормотимические лекарства, а также с диагнозом деменции, злоупотребляющих субстанциями, в случаях тяжелых неврологических или соматических нарушений. Черты двухполюсности исследованы при помощи Глоссария нарушения настроения Гиршфельда (ГНН) и Шкалы для оценки гипомании Ангста (ША).

**Результаты.** При исследовании оказалось, что у пациентов с чертами двухполюсности по ГНН найдены существенно более частое появление неполных ремиссий (100% vs 21%,  $p < 0,05$ ) и нерегулярного лечения (41% vs 18%,  $p = 0,055$ ), а также большего числа, в прошлом, проб самоубийства ( $0,86 \pm 1,28$  vs  $0,251 \pm 0,59$ ,  $p < 0,05$ ).

Также иное было, в случае появления или не, черт двухполюсности характеристика ответов в глоссариях ГНН и ША.

**Выводы.** Полученные результаты пилотажного исследования могут указывать на факт, что присутствие двухполюсного спектра отрицательным образом влияет на течение и прогноз при фармакоустойчивой депрессии, а также обуславливают проект проведения исследования во многих медицинских центрах, охватывающих большую группу пациентов.

### **Klinische und demografische Charakteristik der Patienten mit medikamentenresistenten Depression und Eigenschaften der Zweipoligkeit. Leitstudie**

#### **Zusammenfassung**

**Ziel.** Die Studie an der Abhängigkeit zwischen den ausgewählten soziodemografischen und klinischen Parametern und den Eigenschaften der Zweipoligkeit bei Patienten mit pharmakologisch resistenten Depression - Subanalyse der Angaben aus der Leitstudie TRES-DEP, an der mehrere Zentren beteiligt waren.

**Methode.** Die Gruppe der Patienten mit der medikamentenresistenten Depression bestand aus 50 Personen. Die Patienten erfüllten die ICD 10 Kriterien der depressiven Episode oder der rezidivierenden depressiven Störung (F32, F33), und die Arzneimittelresistenz wurde als Mangel an bedeutende klinische Besserung nach mindestens zwei Kuren mit Antidepressiva definiert. An die Studie wurden diese Patienten nicht eingeschlossen: bei denen die Intensität der Depression 18 Punktenwerte in der 17-Items Depressions - Skala von Hamilton überschritt; diese, die normotomen



Medikamente einnahmen; und solche, mit der Diagnose: Demenz, Mißbrauch von Substanzen, ernsthafte neurologische oder somatische Erkrankungen. Die Eigenschaften der Zweipoligkeit wurden mit dem Fragebogen zu Stimmungsstörungen von Hirschfeld (KZN) und mit der Skala zur Beurteilung der Hipomanie von Angst (HCL) beurteilt.

**Ergebnisse.** Bei der Untersuchung der Patienten, die die Eigenschaften der Zweipoligkeit nach KZN zeigten, wurde signifikant häufigeres Auftreten von nicht vollen Remissionen festgestellt (100% vs. 21%,  $p < 0,05$ ) und Unregelmäßigkeit der Behandlung (41% vs. 18%,  $p = 0,055$ ) und eine größere Zahl der unternommenen Suizidversuche ( $0,86 + 1,28$  vs.  $0,25 + 0,59$ ,  $p < 0,05$ ). Auch die Charakteristik der Antworten auf die Fragen aus den Fragebögen KZN und HCL war im Falle der Zweipoligkeit oder mangels Zweipoligkeit different.

**Schlussfolgerungen.** Die erhaltenen Ergebnisse der Leitstudie suggerieren, dass die Anwesenheit vom Spektrum der Zweipoligkeit auf ungünstige Weise den Verlauf und die Prognosen in der arzneimittelresistenten Depression beeinflusst und sie begründen das Projekt, in mehreren Zentren eine Studie durchzuführen, die eine große Gruppe der Patienten umfassen könnte.

### Les données cliniques et sociodémographiques des patients souffrant de la dépression résistante à la pharmacothérapie et le spectre des troubles bipolaires – projet-pilote

#### Résumé

**Objectif.** Analyse des données cliniques et sociodémographiques choisies des patients souffrant de la dépression résistante à la pharmacothérapie et du spectre des troubles bipolaires – analyse des données du projet TRES-DEP.

**Méthode.** On examine 50 patients souffrant de la dépression résistante à la pharmacothérapie diagnostiqués d'après ICD-10 (épisode de la dépression ou récurrence de dépression – F32, F33). La résistance aux médicaments est définie comme manque de rémission significative après deux thérapies adéquates des antidépresseurs. Cet examen exclut les patients avec l'intensité de dépression dépassant 18 points de l'échelle d'Hamilton, les patients suivant la thérapie des psychorégulateurs, avec la démence, abusant des médicaments, avec les maladies neurologiques graves ou somatiques. La présence du spectre des troubles bipolaires est détectée avec : MDQ (Mood Disorder Questionnaire) et HCL (Hypomania Checklist Scale).

**Résultats.** Chez les patients avec les caractéristiques bipolaires on note plus souvent la rémission partielle (100% vs 21%,  $p < 0,05$ ) et la plus grande irrégularité des thérapies (41% vs 18%,  $p = 0,055$ ) ainsi que le plus grand nombre des tentatives du suicide ( $0,86 \pm 1,28$  vs  $0,25 \pm 0,59$ ,  $p < 0,05$ ).

**Conclusion.** Ces résultats suggèrent que la présence du spectre des troubles bipolaires influe défavorablement sur le cours et le pronostic de la dépression résistante à la pharmacothérapie et ils démontrent qu'il est nécessaire de continuer les recherches en question.

#### Piśmiennictwo

1. Dudek D, Siwek M, Borowiecka-Kluza J. *Analiza cech dwubiegunowości u pacjentów z depresją lekooporną w porównaniu z pacjentami z remisją obecnego epizodu depresji. Badanie pilotażowe.* Psychiatr. Pol. 2008; 42, 2: 283–294.
2. Rybakowski JK, Suwalska A, Lojko D, Rymaszewska J, Kiejna A. *Types of depression more frequent in bipolar than in unipolar affective illness: results of the Polish DEP-BI study.* Psychopathol. 2007; 40 (3): 153–158.
3. Sharma V, Khan M, Smith A. *A closer look at treatment resistant depression: is it due to a bipolar diathesis?* J. Affect. Disord. 2005; 84: 251–257.
4. Inoue T, Nakagawa S, Kitaichi Y, Izumi T, Tanaka T, Masui T, Kusumi I, Denda K, Koyama T. *Long-term outcome of antidepressant-refractory depression: The relevance of unrecognized bipolarity.* J. Affect. Disord. 2006; 95 (1–3): 61–67.

5. Ghaemi NS, Klara J, Rosenquist KJ, Ko JY, Baldassano CF, Kontos NJ, Baldessarini RJ. *Antidepressant treatment in bipolar versus unipolar depression*. Am. J. Psychiatry 2004; 161: 163–165.
6. Souery D, Amsterdam J, de Montigny C, Lecrubier Y, Montgomery S, Lipp O, Racagni G, Zohar J, Mendlewicz J. *Treatment resistant depression: methodological overview and operational criteria*. Eur. Neuropsychopharmacol. 1999; 9: 83–91.
7. Kennedy SH, Lam RW, Nutt DJ, Thase ME. *Treatment-resistant depression*. W: Kennedy SH, Lam RW, Nutt DJ, Thase ME, red. *Treating depression effectively*. Nowy Jork–Londyn: Martin Dunitz; 2004, s. 99–107.
8. Rzewuska M. *Leczenie farmakologiczne depresji w przypadku niedostatecznego wyniku pierwszej kuracji*. W: Rzewuska M, red. *Leczenie zaburzeń psychicznych*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2003, s. 257–264.
9. Hamilton M. *A rating scale for depression*. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry 1960; 23: 56–62.
10. Hamilton M. *Development of a rating scale for primary depressive illness*. Brit. J. Soc. Clin. Psychol. 1967; 6: 278–296.
11. Pużyński S, Wciórka J. *Narzędzia oceny stanu psychicznego*. W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J, red. *Psychiatria*. Tom 1: *Podstawy psychiatrii*. Wrocław: Urban & Partner; 2002, s. 453–526.
12. Hirschfeld RM, Williams JB, Spitzer RL, Calabrese JR, Flynn L, Keck PE, Lewis L, McElroy SL, Post RM, Rappaport DJ, Russell JM, Sachs GS, Zajecka J. *Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: The Mood Disorder Questionnaire*. Am. J. Psychiatry 2000; 157: 1873–1875.
13. Hirschfeld RM. *Bipolar spectrum disorder: improving its recognition and diagnosis*. J. Clin. Psychiatry 2001; 62, supl. 14: 5–9.
14. Angst J, Adolfsson R, Benazzi F, Gamma A, Hantouche E, Meyer T, Skeppar P, Vieta E, Scott J. *The HCL-32: Towards a self-assessment tool for hypomanic symptoms in outpatients*. J. Affect. Disord. 2005; 88, 2: 217–233.
15. Gore S. *Statystyka w praktyce lekarskiej*. Warszawa: PWN; 1997.
16. Ferguson GA, Takane Y. *Analiza statystyczna w psychologii i pedagogice*. Warszawa: PWN; 1997.
17. Armitage P. *Metody statystyczne w badaniach medycznych*. Warszawa: PZWL; 1978.
18. Brzeziński J. *Metodologia badań psychologicznych*. Warszawa: PWN; 1996.

Adres: Dominika Dudek  
Klinika Psychiatrii Dorosłych CM UJ  
31-501 Kraków, Kopernika 21a

Otrzymano: 20.09.2007  
Zrecenzowano: 25.10.2007  
Przyjęto do druku: 19.11.2007