

Depresja z cechami atypowymi w różnych rodzajach zaburzeń afektywnych

Depression with atypical features in various types of affective disorders

Grzegorz Buzuk¹, Dorota Łojko², Maciej Owecki³, Marek Ruchała³,
Janusz Rybakowski²

¹ SP ZOZ MSW im. prof. L. Bierkowskiego w Poznaniu

² Klinika Psychiatrii Dorosłych UM w Poznaniu

³ Katedra i Klinika Endokrynologii, Przemiany Materii i Chorób Wewnętrznych UM w Poznaniu

Summary

Aim. Assessment of atypical symptoms in various types of depressive disorders, using the author's questionnaire for symptoms of atypical depression.

Methods. The study involved 70 patients with a diagnosis of depressive episode in the course of recurrent depression, 54 patients with a diagnosis of depressive episode in bipolar disorder (BD) and 58 patients with a diagnosis of dysthymia. To assess the severity of atypical symptoms, the special questionnaire has been elaborated. In each diagnostic group, half of patients had normal body weight, and half were overweight or obese (BMI > 25).

Results. Patients with various types of depression did not differ significantly in terms of clinical and demographic factors. Symptoms of atypical depression such as increased appetite, weight gain and leaden paralysis were more common in women. Patients with bipolar depression had significantly increased symptoms such as hypersomnia (compared with dysthymia), and leaden paralysis (vs. recurrent depression and dysthymia). In overweight and obese patients, the severity of atypical symptoms correlated with body mass index and intensity of depression score on the 17-items Hamilton Depression Rating Scale. In this group, all symptoms of atypical depression were significantly more intense in patients with depression in the course of bipolar disorder.

Conclusions. The results indicate higher prevalence of symptoms of atypical depression in bipolar disorder compared with recurrent depression and dysthymia. They also suggest the interdependency between the symptoms of atypical depression, bipolar disorder and obesity.

Słowa kluczowe: depresja atypowa, choroba afektywna dwubiegunowa, choroba afektywna jednobiegunowa

Key words: atypical depression, bipolar disorder, unipolar depression

Wstęp

Pojęcie depresji atypowej powstało pod koniec lat 50. XX wieku, kiedy to zaobserwowano, że część chorych na depresję nie reaguje na leczenie klasycznymi trójpierścieniowymi lekami przeciwdepresyjnymi, a poprawę ich stanu psychicznego przynosiło zastosowanie inhibitorów monoaminooksydazy [1]. W przebiegu choroby nie obserwowano klasycznego (typowego) obrazu depresji melancholicznej. Obecnie depresja atypowa w klasyfikacji ICD-10 (Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, Rewizji dziesiątej; International Classification of Diseases, 10th Revision) znalazła swoje miejsce w „innych epizodach depresyjnych”. W klasyfikacji DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual, Fifth Edition) w opisie depresji (epizodu depresji, choroby jedno- lub dwubiegunowej bądź dystymii) należy podać jej wyróżniki (specifiers) atypowe: reaktywność nastroju i dwa (lub więcej) z czterech cech (wzrost łaknienia lub masy ciała, hypersomnia, ociężałość kończyn, wrażliwość na odrzucenie (interpersonal rejection sensitivity) dominujące przez większość dni obecnego epizodu depresji [2].

W depresji atypowej jednym z zasadniczych objawów jest reaktywność nastroju (objaw nieobserwowany w depresji melancholicznej). W depresji atypowej nastrój poddaje się modulacji w odpowiedzi na zewnętrzne czynniki, np. zachowana jest zdolność do cieszenia się z pewnych doświadczeń. Oznacza to zdolność do osiągnięcia krótkotrwałej poprawy nastroju przez chorego w odpowiedzi na bodźce odbierane przez niego jako pozytywne. Oprócz reaktywności nastroju, aby rozpoznać depresję atypową, należy stwierdzić dwa lub więcej objawów dodatkowych, takich jak:

- nadmierna sennaść (sen trwa dłużej niż 10 godzin na dobę, przynajmniej 3 dni w tygodniu przez minimum 3 miesiące),
- wzmożone łaknienie (znaczny wzrost apetytu lub przyrost masy ciała 3–5 kg w ciągu 3 miesięcy),
- „paraliż ołowiany” (uczucie ciężkości kończyn obecne przynajmniej godzinę dziennie, 3 dni w tygodniu, przez minimum 3 miesiące) – fizyczne uczucie bycia „ciężkim, ołowianym, ociężałym” lub „brak energii”,
- nadwrażliwość na odrzucenie.

Depresja atypowa różni się od depresji melancholicznej, w której charakterystyczne są: brak zadowolenia i/lub reaktywności nastroju, pogorszenie nastroju w godzinach porannych, wczesne poranne budzenie się, zahamowanie lub pobudzenie, spadek łaknienia i/lub spadek masy ciała. Odmienne niż w depresji melancholicznej w depresji atypowej nie występuje nadmierne poczucie winy. Istotnie częściej wśród osób z depresją atypową niż wśród osób z innymi podtypami depresji obserwuje się współwystępowanie innych zaburzeń psychicznych. Można do nich zaliczyć: fobię społeczną [3], zespół lęku napadowego [4, 5], zaburzenia somatyzacyjne [6],

bulimię i zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne [4, 7, 8]. Wśród osób cierpiących na depresję o cechach atypowych częściej stwierdzano nadużywanie substancji psychoaktywnych oraz rozpoznawano zaburzenia osobowości [5, 9], zwłaszcza o typie osobowości unikającej, zależnej lub z pogranicza (borderline), niż wśród osób z innymi podtypami depresji. Objawy atypowe częściej obserwowano u chorych z depresją sezonową [9].

Rozpowszechnienie depresji atypowej w różnych badaniach określa się w przedziale od 0,7 do 4% populacji ogólnej [5, 9], a wśród chorych na depresję zgłaszających się do lekarza wynosi ono od 22% [6] do 36% [10].

Cel

Celem niniejszego badania była ocena nasilenia objawów atypowych w różnych rodzajach zaburzeń depresyjnych przy zastosowaniu autorskiego kwestionariusza dla objawów depresji atypowej.

Material i metody

Badani pacjenci

Do badań rekrutowano pacjentów z rozpoznaniem epizodu depresji w przebiegu zaburzeń depresyjnych nawracających, zaburzeń afektywnych dwubiegunowych oraz dystymii, zgodnie z kryteriami zawartymi w ICD-10 [11] i DSM-IV [12]. Rekrutację przeprowadzono na Oddziale Psychiatrii i Leczenia Uzależnień ZOZ MSWiA w Poznaniu oraz Poradniach Zdrowia Psychicznego w Poznaniu i w Obornikach Wielkopolskich. Wszystkie osoby uczestniczące w projekcie były leczone w ciągu ostatnich 12 miesięcy i wyraziły zgodę na udział w projekcie.

Ostatecznie do badania zakwalifikowano 182 osoby w wieku od 18 do 65 lat z rozpoznaniem epizodu depresji w przebiegu zaburzeń depresyjnych nawracających, choroby afektywnej dwubiegunowej (ChAD) oraz dystymii. U 91 pacjentów (71 kobiet i 20 mężczyzn) stwierdzano nadwagę (wskaźnik masy ciała (BMI) mieszczący się w przedziale 25–29,99) lub otyłość (wskaźnik masy ciała ≥ 30). Badanie objęło również 91 pacjentów (73 kobiety i 18 mężczyzn) bez nadwagi (BMI poniżej 25).

Z badań wykluczono osoby cierpiące z powodu współistniejących schorzeń somatycznych, np. cukrzycy, nadciśnienia tętniczego, chorób nowotworowych oraz innych przewlekłych stanów wymagających podawania leków dodatkowych, leczenia immunosupresyjnego czy steroidoterapii. Wszyscy pacjenci znajdowali się w aktywnej fazie choroby, a za kryterium włączenia przyjęto wynik 17 punktów i więcej w 17-itemowej Skali Depresji Hamiltona (Hamilton Depression Rating Scale – HDRS).

U wszystkich chorych objętych badaniem prowadzono leczenie farmakologiczne z zastosowaniem leków przeciwdepresyjnych z grupy inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny (fluoksetyny, sertraliny, citalopramu i escitalopramu). Do badania nie włączono osób, które w przeszłości bądź obecnie zażywały mirtazapinę, mianserynę lub trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne. U części chorych z rozpoznaniem zabu-

rzeń afektywnych dwubiegunowych dodatkowo stosowano leczenie normotymiczne (lamotryginę, karbamazepinę lub węglan litu).

Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Uchwała nr 12/10).

Metody oceny psychometrycznej

Ocenę nasilenia depresji dokonywano za pomocą 17-itemowej Skali Oceny Depresji Hamiltona [13, 14] oraz Inwentarza Depresji Becka (Beck Depression Inventory – BDI) [15]. W trakcie zbierania wywiadu pozyskiwano informacje dotyczące atypowych objawów występujących w trakcie obecnego epizodu depresji – tzw. odwrotnych objawów wegetatywnych utrzymujących się przez co najmniej 3 miesiące. Badanych pytano o wydłużenie snu do 10 i więcej godzin na dobę co najmniej 3 razy w tygodniu, nadmierne łaknienie i przyrost masy ciała o 3–5 kg w ciągu ostatnich 3 miesięcy oraz o poczucie „paraliżu ołowianego”, a więc „bycia ciężkim, ołowianym” przez co najmniej godzinę dziennie, a także poczucie odrzucenia.

Do oceny stopnia nasilenia poszczególnych objawów atypowych stworzono kwestionariusz, by w sposób ilościowy opisać badane cechy. Tabela 1 przedstawia skalę pomiaru nasilenia objawów atypowych.

Tabela 1. Wykaz objawów atypowych i ich nasilenie w autorskim kwestionariuszu zastosowanym w badaniu

OBJAWY ATYPOWE				
Nadmierna senność	Paraliż ołowiany	Nadmierne łaknienie	Nadwrażliwość na odrzucenie	Przyrost masy ciała
0 – nie występuje	0 – nie występuje	0 – nie występuje	0 – nie występuje	0 – nie występuje
1 – 3 dni w tygodniu	1 – 3 dni w tygodniu	1 – występuje tylko wieczorem	1 – występuje w stosunku do najbliższych osób	1 – przyrost masy ciała o 3 kg
2 – przez większość dni w tygodniu	2 – przez większość dni w tygodniu	2 – występuje po południu i wieczorem	2 – występuje w stosunku do osób z kręgu znajomych	2 – przyrost masy ciała 3–5 kg
3 – codziennie	3 – codziennie	3 – występuje cały dzień, z podjadaniem nocą	3 – silne, uniemożliwia funkcjonowanie społeczne	3 – przyrost masy ciała powyżej 5 kg

Metodyka obliczeń statystycznych

W analizie statystycznej dane dla cech ilościowych opisano za pomocą miar takich jak średnia, odchylenie standardowe, mediana, wartość minimalna i maksymalna. Analiza obejmowała również cechy depresji atypowej, dla których utworzono skale ich nasilenia w przedziale 0–3. Dalsza analiza miała na celu badanie różnic między

grupami z prawidłową i nadmierną masą ciała. Do tego celu użyto testu U Manna-Whitneya lub testu t-Studenta. Ten ostatni zastosowano w przypadku, gdy analizowane cechy spełniały warunki normalności rozkładu zmiennych. Dla porównania między poszczególnymi rozpoznaniem użyto testu Kruskala-Wallisa z testami porównań wielokrotnych. Analizie poddano także występowanie zależności między cechami ilościowymi. Do ich zbadania użyto współczynnika korelacji Spearmana. Hipotezy weryfikowano na poziomie istotności $p = 0,05$.

Wyniki

Tabela 2 przedstawia charakterystykę grup badanych pod względem wieku pierwszego zachorowania, czasu trwania choroby, obciążenia rodzinnego oraz pomiaru nasilenia depresji przy użyciu kwestionariuszy HDRS i BDI, jak również wyniku BMI.

Tabela 2. Charakterystyka grup pod względem wieku pierwszego zachorowania, czasu trwania choroby, obciążenia rodzinnego, nasilenia depresji w kwestionariuszach depresji Hamiltona (HDRS-17) i Becka (BDI)

	Zaburzenie depresyjne nawracające N = 70	Zaburzenie afektywne dwubiegunowe N = 54	Dystymia N = 58	p
Wiek pierwszego zachorowania	39 ± 10,5	33,8 ± 10,5	37,2 ± 10,8	n.s.
Czas trwania choroby (lata)	9,6 ± 6,4	15 ± 9	11,6 ± 7,7	n.s.
Obciążony wywiad rodzinny	73%	50%	71,4%	n.s.
BMI	26,4 ± 5,2	27,7 ± 6,5	26,9 ± 5,8	n.s.
Skala Hamiltona	24,3 ± 5,3	23,9 ± 5,1	21,6 ± 4,7	n.s.
Skala Becka	29,4 ± 6,1	29,4 ± 6,5	26,3 ± 5,9	n.s.

n.s. – różnica nieistotna statystycznie. Wyniki podane w procentach lub jako średnie z odchyleniem standardowym (SD).

Grupy nie różniły się między sobą w sposób istotny statystycznie pod względem wymienionych czynników klinicznych i demograficznych.

Tabela 3 przedstawia stopień nasilenia objawów atypowych depresji u mężczyzn i kobiet.

Tabela 3. Stopień nasilenia objawów atypowych w zależności od płci w grupie badanej

Objawy atypowe	Wartości	Kobiety N = 144	Mężczyźni N = 38	poziom p
Nadmierna senność	0	61,9%	66,6%	0,449
	1	21,8%	23,8%	
	2	14,7%	9,5%	
	3	1,4%	0,0%	

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Nadmierne łaknienie	0	45,1%	71,4%	0,002
	1	35,1%	19%	
	2	16,2%	9,5%	
	3	5,6%	0%	
Uczucie paraliżu ołowianego	0	40,8%	66,6%	0,0008
	1	21,1%	21,4%	
	2	27,4%	9,5%	
	3	10,5%	2,3%	
Nadwrażliwość na odrzucenie	0	28,8%	40,4%	0,051
	1	36,6%	40,4%	
	2	24,6%	14,2%	
	3	9,8%	4,7%	
Przyrost masy ciała 3–5 kg w ciągu 3 mies.	0	53,5%	76,1%	0,016
	1	33,8%	14,2%	
	2	11,2%	9,5%	
	3	1,4%	0%	

Jak wynika z tabeli, bardziej nasilone u kobiet były takie objawy depresji atypowej jak nadmierne łaknienie, przyrost masy ciała i uczucie „paraliżu ołowianego”.

Tabela 4 przedstawia stopień nasilenia objawów atypowych depresji w poszczególnych kategoriach diagnostycznych

Tabela 4. Stopień nasilenia objawów atypowych w grupie osób badanych w poszczególnych typach zaburzeń afektywnych

Objawy atypowe	Wartości	Choroba afektywna dwubiegunowa F31 N = 70	Zaburzenia depresyjne nawracające F33 N = 54	Dystymia F34 N = 58	poziom p
Nadmierna senność	0	42,1%	61,8%	75,7%	F31 z F34 0,010 F31 z F33 0,153 F33 z F34 0,658
	1	31,5%	26,3%	12,8%	
	2	23,6%	11,8%	10%	
	3	2,6%	0%	1,4%	
Nadmierne łaknienie	0	44,7%	57,8%	47,1%	F31 z F33 0,326 F31 z F34 0,499 F33 z F34 1,000
	1	18,4%	21%	45,7%	
	2	28,9%	17,1%	4,2%	
	3	7,8%	3,9%	2,8%	
Uczucie paraliżu ołowianego	0	23,6%	51,3%	54,2%	F31 z F33 0,012 F31 z F34 0,018 F33 z F34 1,00
	1	21,0%	25%	17,1%	
	2	47,3%	15,7%	18,5%	
	3	7,8%	7,8%	10%	

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Nadwrażliwość na odrzucenie	0	23,6%	30,2%	37,1%	F31 z F33 0,278 F31 z F34 0,148 F33 z F34 1,000
	1	34,2%	40,7%	35,7%	
	2	18,4%	27,6%	18,5%	
	3	23,6%	1,3%	8,5%	
Przyrost masy ciała 3–5 kg w ciągu 3 mies.	0	47,37%	67,1%	55,7%	F31 z F33 0,157 F31 z F34 0,605 F33 z F34 1,000
	1	28,9%	21%	38,5%	
	2	21,0%	10,5%	5,7%	
	3	2,6%	1,3%	0%	

Jak wynika z tabeli, w grupie depresji w przebiegu ChAD istotnie częściej wystąpiły nadmierna senność (w porównaniu z dystymią) i uczucie „paraliżu ołowianego” (w porównaniu z depresją nawracającą i dystymią).

W grupie 91 osób z nadmierną masą ciała nasilenie objawów atypowych korelowało wprost proporcjonalnie ze wskaźnikiem masy ciała i nasileniem depresji mierzonym w skali HDRS-17. Nie zaobserwowano zależności w tym zakresie w grupie chorych z prawidłową masą ciała. Tabela 5 przedstawia stopień nasilenia objawów atypowych depresji w poszczególnych kategoriach diagnostycznych w grupie osób z nadmierną masą ciała.

Tabela 5. **Stopień nasilenia objawów atypowych w grupie osób z nadmierną masą ciała (BMI \geq 25) w poszczególnych typach zaburzeń afektywnych**

Objawy atypowe	Wartości	Choroba afektywna dwubiegunowa F31 N = 35	Zaburzenia depresyjne nawracające F33 N = 27	Dystymia F34 N = 29	poziom p
Nadmierna senność	0	15,7%	50%	65,7%	F31 z F33 < 0,05 F31 z F34 < 0,01
	1	31,5%	26,3%	14,2%	
	2	47,3%	23,6%	17,1%	
	3	5,2%	0%	2,8%	
Nadmierne łaknienie	0	10,5%	39,4%	17,1%	F31 z F33 < 0,05 F31 z F34 < 0,05
	1	15,7%	21%	68,5%	
	2	57,8%	31,5%	8,5%	
	3	15,7%	7,8%	5,7%	
Uczucie paraliżu ołowianego	0	0%	36,8%	42,8%	F31 z F33 < 0,05 F31 z F34 < 0,05
	1	21%	31,5%	22,8%	
	2	68,4%	15,7%	17,1%	
	3	10,3%	15,7%	17,1%	
Nadwrażliwość na odrzucenie	0	0%	13,1%	31,4%	F31 z F33 < 0,05 F31 z F34 < 0,01
	1	26,3%	44,7%	25,7%	
	2	31,5%	39,4%	31,4%	
	3	42,1%	2,6%	11,4%	

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Przyrost masy ciała 3–5 kg w ciągu 3 mies.	0	10,5%	50%	17,1%	F31 z F33 < 0,05
	1	42,1%	26,3%	71,4%	
	2	42,1%	21%	11,4%	
	3	5,2%	2,6%	0%	

W grupie osób z nadmierną masą ciała wszystkie badane objawy depresji atypowej wystąpiły istotnie częściej u chorych na depresję w przebiegu ChAD.

Omówienie

Wyniki uzyskane w niniejszej pracy wskazują, że niektóre objawy depresji atypowej występują częściej w chorobie afektywnej dwubiegunowej w porównaniu z innymi badanymi tutaj kategoriami diagnostycznymi. Natomiast w grupie osób z nadmierną masą ciała wszystkie objawy depresji atypowej występują częściej w depresji w przebiegu ChAD. Potwierdzają to wyniki badań prowadzonych od końca lat 90. XX wieku, w których zwraca się uwagę na częstsze występowanie objawów atypowych w ChAD w porównaniu z depresją nawracającą. W badaniach, które przeprowadzili Perugi i wsp. [4], rozpowszechnienie atypowych objawów depresji wyniosło 32,5% w chorobie afektywnej dwubiegunowej typu II i aż 39,5% w grupie tzw. spektrum dwubiegunowego. U pacjentów z depresją w przebiegu ChAD częściej występowały objawy atypowe niż wśród chorych z depresją jednobiegunową [16]. W innych badaniach stwierdzono, że depresja z objawami atypowymi (zgodnie z kryteriami DSM-IV) dwukrotnie częściej występuje w ChAD typu II niż w przebiegu depresji okresowej [17, 18]. W ogólnopolskim badaniu DEP-BI najbardziej znaczące objawy atypowe, czyli nadmierny apetyt i nadmierna senność, występowały znacząco częściej w depresji w przebiegu ChAD niż depresji jednobiegunowej [19, 20]. Nadmierną senność niektórzy autorzy uznają za ważną klinicznie cechę depresji w przebiegu ChAD [21], a inni proponują, by depresję atypową uznać za część szeroko rozumianego spektrum dwubiegunowego [4, 22–25]. Wyniki naszej pracy potwierdzają również częstsze występowanie objawów depresji atypowej u kobiet niż u mężczyzn stwierdzane w innych badaniach [18, 25].

W niniejszym badaniu zastosowano kwestionariusz autorstwa Grzegorza Buzuka do pomiaru nasilenia objawów atypowych w celu usystematyzowania zbierania tych informacji od chorych oraz w celu dalszej analizy powiązań z innymi cechami i objawami. Nie jest to wystandaryzowana skala, jednak prostota kwestionariusza zachęca do dalszych badań nad jego szerszym zastosowaniem. W prezentowanym badaniu przy jego użyciu, analizując objawy atypowe, stwierdziliśmy, że nadmierna senność (hipersomnia) występowała istotnie częściej w grupie osób z depresją w przebiegu ChAD i była u nich bardziej nasiloną. Jest to zgodne z wcześniejszymi obserwacjami, w których hipersomnię stwierdzano istotnie częściej w chorobie afektywnej dwubiegunowej [16, 26].

W ostatnich latach coraz większą uwagę zwraca się na objawy atypowe w przebiegu depresji jako potencjalne ogniwo łączące ją z otyłością. Wydaje się, że depresja przebiegająca z hipersomnią i hiperfagią częściej prowadzi do nadmiernego przyrostu

masy ciała niż jej inne rodzaje [27]. Choć związki depresji i otyłości od dawna są przedmiotem badań, nie jest jasne, jaki jest kierunek tych relacji: czy depresja powoduje otyłość, czy otyłość prowadzi do depresji. Ocena atypowych objawów depresji wydaje się istotna ze względu na potencjalny związek między atypowym obrazem w depresji a nadmiernym apetytem i nadmiernym jedzeniem oraz ich skutkami. W badaniach Lasserre i wsp. [28], na podstawie pięcioletnich obserwacji, wykazano, że przyrost masy ciała w przypadku depresji atypowej nie jest zjawiskiem występującym tylko w okresie fazy chorobowej, lecz ma miejsce również po ustąpieniu jej objawów. Może się to wiązać z późniejszymi powikłaniami otyłości, np. pod postacią chorób sercowo-naczyniowych. U osób otyłych z depresją wśród badanych w naszej pracy wszystkie objawy atypowe występowały częściej i były bardziej nasilone niż u osób bez nadwagi. Jest to zgodne z wynikami pracy Levitana i wsp. [27], którzy zauważyli, że choć często jest spotykane współwystępowanie depresji i otyłości, to tylko depresja atypowa zwiększa ryzyko wystąpienia otyłości. Wykazano również, że wyłącznie depresja atypowa wykazuje powiązanie z występowaniem zespołu metabolicznego, a objawem najsilniej wpływającym na dodatnią korelację jest nadmierne łaknienie [29].

Spośród zaburzeń afektywnych największy związek z otyłością wykazano w odniesieniu do choroby afektywnej dwubiegunowej. Potwierdza się to w obserwacjach McElroy i Kecka, [30, 31], którzy wskazali, że choroba afektywna dwubiegunowa wykazuje związek z występowaniem nadwagi i otyłości, także typu brzuszego, a osoby otyłe cechuje większe nasilenie objawów chorobowych. W niektórych badaniach amerykańskich ponad połowa pacjentów z ChAD wykazywała cechy nadwagi lub otyłości [32]. Stwierdzono również, że 40% chorych z ChAD już przed zastosowaniem leczenia wykazywało cechy nadwagi lub otyłości, istotnie więcej niż w innych zaburzeniach psychicznych [33]. Niektórzy autorzy postulują dwukierunkową zależność między ChAD i otyłością, gdzie oba te stany wywierają synergistyczne działanie neurotoksyczne [34]. Vannucchi i wsp. [35] wykazali, że cechy otyłości u osób z depresją nawracającą korelowały z cechami dwubiegunowości. W badaniu wykonanym w Krakowie grupa osób z otyłością osiągała istotnie wyższe wyniki w Kwestionariuszu Zaburzeń Nastroju w porównaniu z dobraną pod względem płci i wieku grupą osób z prawidłową masą ciała [36]. W badaniu chorych z ciężką otyłością Alciati i wsp. [37] stwierdzili, że ok. 90% takich osób wykazywało cechy ze spektrum ChAD.

W kontekście związku objawów depresji atypowej zarówno z otyłością, jak i ChAD, jak również między ChAD a otyłością, wyniki naszej pracy mogą potwierdzać istnienie wzajemnej zależności między objawami depresji atypowej, choroby afektywnej dwubiegunowej i otyłości.

Wnioski

1. Objawy depresji atypowej występują częściej u kobiet niż u mężczyzn oraz częściej w depresji w przebiegu ChAD w porównaniu z innymi rodzajami depresji.
2. W grupie osób z nadmierną masą ciała wszystkie objawy depresji atypowej wystąpiły istotnie częściej u chorych na depresję w przebiegu ChAD.

3. Uzyskane wyniki mogą wskazywać na istnienie wzajemnej zależności między objawami depresji atypowej, choroby afektywnej dwubiegunowej i otyłości.

Piśmiennictwo

1. Stewart JW, Garfinkel R, Nunes EV, Donovan S, Klein DF. *Atypical features and treatment response in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program*. J. Clin. Psychopharmacol. 1998; 18(6): 429–434.
2. Łojko D, Suwalska A, Rybakowski J. *Dwubiegunowe zaburzenia nastroju i zaburzenia depresyjne w klasyfikacji DSM-5*. Psychiatr. Pol. 2014; 48(2): 245–260.
3. Matza LS, Revicki DA, Davidson JR, Stewart JW. *Depression with atypical features in the National Comorbidity Survey: classification, description, and consequences*. Arch. Gen. Psychiatry 2003; 60(8): 817–826.
4. Perugi G, Akiskal HS, Lattanzi L, Cecconi D, Mastrocinque C, Patronelli A. i wsp. *The high prevalence of “soft” bipolar (II) features in atypical depression*. Compr. Psychiatry 1998; 39(2): 63–71.
5. Angst J, Gamma A, Sellaro R, Zhang H, Merikangas K. *Toward validation of atypical depression in the community: results of the Zurich cohort study*. J. Affect. Disord. 2002; 72(2): 125–138.
6. Posternak MA, Zimmerman M. *Partial validation of the atypical features subtype of major depressive disorder*. Arch. Gen. Psychiatry 2002; 59(1): 70–76.
7. Novick JS, Stewart JW, Wisniewski SR, Cook IA, Manev R, Nierenberg AA. i wsp. *Clinical and demographic features of atypical depression in outpatients with major depressive disorder: preliminary findings from STAR*D*. J. Clin. Psychiatry 2005; 66(8): 1002–1011.
8. Rybakowski JK, Kaminska K, Charytonik J, Akiskal KK, Akiskal HS. *Temperamental dimensions of the TEMPS-A in females with co-morbid bipolar disorder and bulimia*. J. Affect. Disord. 2014; 164: 90–93.
9. Geoffroy PA, Bellivier F, Scott J, Boudebasse C, Lajfnef M, Gard S. i wsp. *Bipolar disorder with seasonal pattern: clinical characteristics and gender influences*. Chronobiol. Int. 2013; 30(9): 1101–1107.
10. Zisook S, Schuchter ST, Gallagher T. *Atypical depression in an outpatient psychiatric population*. Depression 1993; 1(5): 268–274.
11. *The International Classification of Mental and Behavioural Disorders*. Tenth Revision. Geneva: World Health Organization; 1992.
12. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fourth edition (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
13. Hamilton M. *A rating scale for depression*. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry 1960; 23: 56–62.
14. Hamilton M. *Development of a rating scale for primary depressive illness*. Br. J. Soc. Clin. Psychol. 1967; 6(4): 278–296.
15. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. *An inventory for measuring depression*. Arch. Gen. Psychiatry 1961; 4: 561–571.
16. Mitchell PB, 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(3): 212–216; quiz 217.

17. Benazzi F. *Depression with DSM-IV atypical features: a marker for bipolar II disorder*. Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci. 2000; 250(1): 53–55.
18. Benazzi F. *Testing DSM-IV definition of atypical depression*. Ann. Clin. Psychiatry 2003; 15(1): 9–16.
19. 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*. Psychopathology 2007; 40(3): 153–158.
20. Rybakowski JK, Suwalska A, Lojko D, Rymaszewska J, Kiejna A. *Bipolar mood disorders among Polish psychiatric outpatients treated for major depression*. J. Affect. Disord. 2005; 84(2–3): 141–147.
21. Forty L, Smith D, Jones L, Jones I, Caesar S, Cooper C. i wsp. *Clinical differences between bipolar and unipolar depression*. Br. J. Psychiatry 2008; 192(5): 388–389.
22. Perugi G, Toni C, Traverso MC, Akiskal HS. *The role of cyclothymia in atypical depression: toward a data-based reconceptualization of the borderline-bipolar II connection*. J. Affect. Disord. 2003; 73(1–2): 87–98.
23. Akiskal HS, Pinto O. *The evolving bipolar spectrum. Prototypes I, II, III, and IV*. Psychiatr. Clin. North. Am. 1999; 22(3): 517–534.
24. Akiskal HS, Benazzi F. *Atypical depression: a variant of bipolar II or a bridge between unipolar and bipolar II?* J. Affect. Disord. 2005; 84(2–3): 209–217.
25. Matza LS, Revicki DA, Davidson JR, Stewart JW. *Depression with atypical features in the National Comorbidity Survey: classification, description, and consequences*. Arch. Gen. Psychiatry 2003; 60(8): 817–826.
26. Agosti V, Stewart JW. *Atypical and non-atypical subtypes of depression: comparison of social functioning, symptoms, course of illness, co-morbidity and demographic features*. J. Affect. Disord. 2001; 65(1): 75–79.
27. Levitan RD, Davis C, Kaplan AS, Arenovich T, Phillips DI, Ravindran AV. *Obesity comorbidity in unipolar major depressive disorder: refining the core phenotype*. J. Clin. Psychiatry 2012; 73(8): 1119–1124.
28. Lasserre AM, Glaus J, Vandeleur CL, Marques-Vidal P, Vaucher J, Bastardot F. i wsp. *Depression with atypical features and increase in obesity, body mass index, waist circumference, and fat mass: a prospective, population-based study*. JAMA Psychiatry 2014; 71(8): 880–888.
29. Takeuchi T, Nakao M, Kachi Y, Yano E. *Association of metabolic syndrome with atypical features of depression in Japanese people*. Psychiatry Clin. Neurosci. 2013; 67(7): 532–539.
30. McElroy SL, Keck PE Jr. *Obesity in bipolar disorder: an overview*. Curr. Psychiatry Rep. 2012; 14(6): 650–658.
31. McElroy SL, Keck PE Jr. *Metabolic syndrome in bipolar disorder: a review with a focus on bipolar depression*. J. Clin. Psychiatry 2014; 75(1): 46–61.
32. Wang PW, Sachs GS, Zarate CA, Marangell LB, Calabrese JR, Goldberg JF. i wsp. *Overweight and obesity in bipolar disorders*. J. Psychiatr. Res. 2006; 40: 762–764.
33. Maina G, Salvi V, Vitalucci A, D'Ambrosio V, Bogetto F. *Prevalence and correlates of overweight in drug-naïve patients with bipolar disorder*. J. Affect. Disord. 2008; 110, 149–155.
34. Liu CS, Carvalho AF, Mansur RB, McIntyre RS. *Obesity and bipolar disorder: synergistic neurotoxic effects?* Adv. Ther. 2013; 30: 987–1006.
35. Vannucchi G, Toni C, Marenmani I, Perugi G. *Does obesity predict bipolarity in major depressive patients?* J. Affect. Disord. 2014; 155: 118–122.

-
36. Siwek M, Dudek D, Jaeschke R, Dembińska-Kieć A, Witkowski L, Arciszewska A. i wsp. *Cechy spektrum zaburzeń dwubiegunowych u osób otyłych*. Psychiatr. Pol. 2015; 49(5): 993–1004 DOI: 10.12740/PP/OnlineFirst/32937.
 37. Alciati A, D'Ambrosio A, Foschi D, Corsi F, Mellado C, Angst J. *Bipolar spectrum disorders in severely obese patients seeking surgical treatment*. J. Affect. Disord. 2007; 101: 131–138.

Adres: Dorota Łojko
Klinika Psychiatrii Dorosłych
Uniwersytet Medyczny w Poznaniu
60-572 Poznań, ul. Szpitalna 27/33

Otrzymano: 6.03.2015
Zrecenzowano: 11.03.2015
Otrzymano po poprawie: 26.05.2015
Przyjęto do druku: 31.05.2015