

## Występowanie cech dwubiegunowości u osób z zaburzeniem depresyjnym nawracającym – ogólnopolskie, wielo- ośrodkowe badanie uniDEP-BI\*

### Bipolarity among unipolar affective disorder patients – uniDEP-BI national multi-site study

Andrzej Kiejna<sup>1</sup>, Joanna Rymaszewska<sup>1</sup>, Tomasz Hadryś<sup>1</sup>,  
Aleksandra Suwalska<sup>2</sup>, Dorota Łojko<sup>2</sup>, Janusz K. 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

The main objective of the study was to evaluate the occurrence of bipolarity among outpatients with a recurrent major depressive disorder.

**Method:** The uniDEP-BI study was conducted throughout Poland by 96 psychiatrists from 16 sites, who were trained in the study instruments. The sample was selected from the population of outpatients with at least one depressive episode (n=880). The final study group included 246 working age adults (75.2% of females) treated for recurrent unipolar disorder. The study questionnaire consisted in the DSM-IV criteria of major depressive episode, (hypo)manic episode, criteria for bipolar spectrum disorder by Ghaemi et al.

**Results:** Unipolar mood disorder was confirmed in 32.9% cases, bipolar I disorder was found in 19.5%, bipolar II in 35% and bipolar spectrum disorder in 12.6% of the assessed patients.

Patients with bipolar compared to the unipolar mood disorder had significantly more frequently a family history of bipolar disorder, short (hypo)manic episodes after antidepressive treatment, premorbid cyclo-, hyperthymic or impulsive (borderline type) personality, recurrent depressive episodes, atypical depressive symptoms, early onset of depression (<25 yrs), distracted attention and panic attacks. Subjects with confirmed recurrent depressive disorder were significantly more often working

---

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

(37.2% vs. 22.7%). Duration of the illness was significantly shorter and the number of previous depressive episodes was significantly lower in this group.

**Conclusions:** The findings showed that the bipolarity features are more common among patients with unipolar mood disorders. It also points to a need of proper and deeper diagnostics of affective disorders and verification of rules and period of antidepressive and normothymic treatment.

*Słowa klucze:* zaburzenie depresyjne nawracające, spektrum zaburzenia afektywnego dwubiegunowego, nozologia

*Key words:* recurrent depressive disorder, spectrum of bipolar disorder, nosology

## Wstęp

Rozpowszechnienie zaburzenia afektywnego dwubiegunowego wśród wszystkich zaburzeń nastroju jest oceniane jako stosunkowo niskie (1–2%) [1, 2], w porównaniu ze wskaźnikiem zaburzenia depresyjnego jednobiegunowego, który sięga 0,9% na Tajwanie, 4,4% w USA, 8,6% w Kanadzie, 12,6% w Nowej Zelandii [3]. Różnica wskaźników jest znaczna.

Uważa się, że zarówno zaburzenie afektywne jednobiegunowe, jak i dwubiegunowe znacznie pogarszają funkcjonowanie społeczne osoby chorej. Częściowo ma to związek z długotrwałym i nie zawsze skutecznym leczeniem. Trudności czy niepowodzenia terapeutyczne mogą z kolei wpływać z niewłaściwej czy niepogłębionej diagnostyki, a w konsekwencji – z nieprawidłowo postawionego rozpoznania. Obecnie obowiązujące, zgodnie z klasyfikacjami zaburzeń psychicznych, kryteria zaburzeń afektywnych dwubiegunowych poddawane są weryfikacji. Kilka badań ostatnich dwóch dekad, przeprowadzonych za pomocą różnych narzędzi i wg różnych kryteriów diagnostycznych, koncentrowało się na ocenie występowania zaburzeń afektywnych jednobiegunowych i dwubiegunowych w populacji ogólnej, wśród pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej czy poradni psychiatrycznych [4, 5].

Kryteria epizodu manii w przypadku zaburzenia afektywnego dwubiegunowego typu I są w obu funkcjonujących klasyfikacjach (ICD-10 i DSM-IV) jasno zdefiniowane i teoretycznie, pod warunkiem ich przestrzegania, nie powinny prowadzić do pomyłek diagnostycznych. Natomiast kryteria epizodu hipomanii wciąż budzą wątpliwości i poddawane są analizom [6–10]. Wśród spornych aspektów wymienić należy czas trwania epizodu hipomanii (powyżej lub poniżej 4 dni). Jeszcze inną propozycję diagnozowania i klasyfikowania zaburzeń afektywnych zaproponowali Akiskal i wsp. [11], według których rozpowszechnienie tzw. spektrum ch. afektywnej dwubiegunowej w populacji ogólnej sięga 3–6%, a nie, jak podali Kessler i wsp. [1] – 0,4–1,7%. Akiskal i Mallya [11] zaproponowali mianowicie termin „soft bipolarity” na określenie sytuacji, gdy pomiędzy epizodami dużej depresji występują łagodne postaci hipomanii. Co więcej, szacuje się, że do 50% pacjentów z zaburzeniem afektywnym jednobiegunowym może należeć do grupy pacjentów z tzw. „soft bipolar conditions” [11].

W badaniach z zastosowaniem szerszych kryteriów podwyższonego nastroju rozpowszechnienie zaburzeń afektywnych z kręgu zaburzeń dwubiegunowych wzrasta do 3–6% [12, 13, 14, 15].

Ghaemi i wsp. [16] proponują rozszerzenie pojęcia zaburzenia afektywnego dwu-

biegunowego i objęcie nim „bipolar spectrum disorder”, w którym znaczenie miałyby również wywiad rodzinny w kierunku zaburzeń afektywnych oraz objawy manii indukowane stosowaniem leków przeciwdepresyjnych. W grupie spektrum mogłyby się znaleźć nie tylko zaburzenia afektywne dwubiegunowe typu I i II, ale również pozostałe zaburzenia, które nie spełniają kryteriów tych pierwszych. Swoje podejście dokumentują wynikami licznych badań [16].

Do przeprowadzenia badania DEP-BI skłoniło autorów kilka powodów, w tym różnice w wynikach wcześniejszych badań oraz chęć włączenia się w międzynarodową dyskusję nad problemem diagnozowania zaburzeń afektywnych. Celem badania uniDEP-BI była ocena częstości występowania cech i objawów dwubiegunowości wśród podgrupy badanych w projekcie DEP-BI, pacjentów leczonych z powodu zaburzeń depresyjnych nawracających.

### **Material**

Spośród kolejno zgłaszających się do poradni zdrowia psychicznego osób z epizodem depresji do badania DEP-BI włączono 880 osób w wieku 18–65 lat. Spośród nich wyłoniono 246 osób z rozpoznaniem zaburzenia depresyjnego nawracającego (grupa kategorii diagnostycznych F33 według klasyfikacji ICD-10), które stanowiły grupę badaną uniDEP-BI. Wśród nich przeważały kobiety (75,2%), średnia wieku grupy wynosiła 48,13 (std. odch. = 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 przeprowadzało 96 specjalistów psychiatrów w 16 ośrodkach na terenie całego kraju [17]. Wszyscy badacze przeszli szkolenie w zakresie protokołu badania i stosowania narzędzi. Ustrukturyzowany kwestionariusz zawierał, poza danymi socjodemograficznymi i klinicznymi z wywiadu i dokumentacji medycznej, kryteria diagnostyczne dużej depresji oraz (hipo)manii wg DSM-IV, jak również zmodyfikowane kryteria spektrum zaburzeń dwubiegunowych wg Ghaemi i wsp. [16]. Kryterium C2 zmieniono na: „krótkotrwała hipomania (1–3 dni), spowodowana również lekami przeciwdepresyjnymi”, a kryterium D1 na: „osobowość przedchorobowa hipertymiczna lub cyklotymiczna”. Dodatkowo zadawano pięć pytań o występowanie w czasie trwania epizodu depresji takich objawów, jak drażliwość, rozpraszalność uwagi, gonitwa myśli, napady paniki czy pobudzenie.

W analizie statystycznej poza statystyką opisową posłużono się testem Chi<sup>2</sup> Pearsona dla zmiennych skategoryzowanych oraz testem Manna–Whitneya w przypadku zmiennych ciągłych. Weryfikację hipotez statystycznych przeprowadzono na poziomie istotności  $\alpha=0,05$ .

### **Wyniki**

Kategorie rozpoznania końcowych. Na podstawie wyników 246 badanych z pierwotnie rozpoznaniem zaburzeniem depresyjnym nawracającym sklasyfikowano do 4 grup diagnostycznych:

- 1 – zaburzenie depresyjne nawracające, gdy nie były spełnione kryteria manii, hipomanii i spektrum – 32,9%;
- 2 – zaburzenie afektywne dwubiegunowe typ I, przy spełnieniu kryteriów co najmniej jednego epizodu maniakalnego lub mieszanego wg DSM-IV – 19,5%;
- 3 – zaburzenie afektywne dwubiegunowe, typ II, przy spełnieniu kryteriów co najmniej jednego epizodu hipomaniakalnego wg DSM-IV – 35%;
- 4 – spektrum zaburzenia afektywnego dwubiegunowego, gdy nie były spełnione kryteria (hipo)manii wg DSM-IV, natomiast spełnione kryteria spektrum wg Ghaemi – 12,6%.

Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupą osób z potwierdzonym zaburzeniem depresyjnym nawracającym (mediana = 49 lat; Q1 = 42; Q3 = 55) a grupą badanych ze stwierdzonym zaburzeniem afektywnym o charakterze dwubiegunowym (mediana = 49 lat; Q1 = 44,5; Q3 = 54) pod kątem wieku ( $Z = -0,359$ ;  $p = 0,721$ ) ani płci ( $\chi^2 = 0,116$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0,756$ ). Rozpoznanie zaburzenia depresyjnego nawracającego potwierdzono u 31,1% mężczyzn i 33,5% kobiet. W badaniu ujęto aspekt współwystępowania chorób somatycznych i uzależnień, ale nie stwierdzono zależności między rozpoznaniem a obecnością dodatkowych schorzeń (odpowiednio  $\chi^2 = 0,852$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0,419$  oraz  $\chi^2 = 0,174$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0,826$ ).

W grupie badanych z potwierdzonym zaburzeniem depresyjnym stwierdzono znamienne więcej osób aktywnych zawodowo ( $\chi^2 = 8,588$ ;  $df = 3$ ;  $p = 0,032$ ) – pracowało 37,2% osób z zaburzeniem depresyjnym nawracającym oraz 22,7% osób z zaburzeniami afektywnymi o charakterze dwubiegunowym.

Spośród zmiennych charakteryzujących przebieg zaburzenia czas jego trwania w latach był istotnie krótszy w grupie badanych z potwierdzonym zaburzeniem depresyjnym nawracającym (mediana = 6; Q1 = 4; Q3 = 12) w stosunku do grupy ze stwierdzonymi cechami dwubiegunowymi (mediana = 11; Q1 = 5; Q3 = 19,75) ( $Z = -3,871$ ;  $p = 0,000$ ). Liczba przebytych epizodów depresyjnych w porównywanych grupach również różniła się znamienne ( $\chi^2 = 18,321$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0,000$ ). Sześć, i więcej, epizodów w wywiadzie miało 43,9% badanych z zaburzeniami dwubiegunowymi i 16,3% z zaburzeniem depresyjnym nawracającym.

**Kryteria dwubiegunowości.** Na kolejnym etapie podjęto analizy poszczególnych pozycji kwestionariusza Ghaemi i wsp. [16] celem wyłonienia czynników związanych najsilniej z cechami dwubiegunowości u badanych.

Krewnego z zaburzeniem afektywnym dwubiegunowym miało 3,5-krotnie więcej badanych z zaburzeniem z grupy zaburzeń dwubiegunowych niż osób z potwierdzonym zaburzeniem depresyjnym nawracającym. Krótkotrwały epizod (hipo)manii (1–3 dni; również wywołany lekami przeciwdepresyjnymi) występował ośmiokrotnie częściej wśród badanych z zaburzeniem afektywnym dwubiegunowym, w porównaniu z osobami z zaburzeniem depresyjnym nawracającym, cechy hipertymicznej lub cyklotymicznej osobowości przedchorobowej – trzykrotnie częściej, objawy atypowej depresji (wzmoczone łaknienie, nadmierna senność) – dwukrotnie częściej.

Tabela 1

Częstość występowania poszczególnych cech zaburzenia dwubiegunowego w grupie osób z potwierdzonym zaburzeniem depresyjnym nawracającym oraz w grupie osób ze stwierdzonym zaburzeniem z kręgu zaburzeń afektywnych dwubiegunowych

Cechy	Zaburzenie z kręgu zaburzeń dwubiegunowych	Potwierdzone zaburzenie depresyjne nawracające	Wskazanie statystyczne
Zaburzenie afektywne dwubiegunowe u osobę i stopnia (n = 4)	21,7% (n = 35)	6,2% (n = 5)	p = 0,003
Krótkotrwały epizod (hipomania) (< 3 dni), w tym polowy	21,7% (n = 35)	2,5% (n = 2)	p = 0,000
Cechy hiperfeminalnej lub cyklotymicznej osobowości przedchorobowej	42,9% (n = 64)	8,7% (n = 10)	p = 0,000
Nawracające epizody depresyjne	44,9% (n = 64)	70,0% (n = 51)	p = 0,000
Krótkotrwały nawracający epizody depresyjne (średnio < 3 m-cy)	41,7% (n = 61)	39,5% (n = 32)	p = 0,702
Objawy atypowej depresji (wymagane 3 lub więcej objawów)	25,7% (n = 42)	11,7% (n = 9)	p = 0,011
Epizody depresji psychotycznej	6,5% (n = 10)	10,0% (n = 8)	p = 0,461
Wczesny początek depresji (< 25 r.ż.)	29,7% (n = 46)	7,0% (n = 6)	p = 0,000
Depresja poporodowa	11,7% (n = 18)	10,0% (n = 8)	p = 0,714
Szybka utrata i brzo doświadczeń przeddepresyjnych	31,5% (n = 50)	31,5% (n = 25)	p = 1,000
Enfale poprawy po 3 lub więcej funkcjach przeddepresyjnych	25,7% (n = 40)	6,7% (n = 5)	p = 0,001
<b>Wzrost epizodu depresji występowały:</b>			
Drętwienie	70,0% (n = 50)	11,7% (n = 9)	p = 0,001
Rozpraszalność uwagi	65,0% (n = 45)	60,0% (n = 45)	p = 0,000
Omówienie myśli	54,3% (n = 39)	51,7% (n = 40)	p = 0,702
Napady paniki	50,0% (n = 35)	30,0% (n = 20)	p = 0,000
Pobudzenie (depresja egzotyczna)	46,7% (n = 33)	36,7% (n = 28)	p = 0,200

Niemal czterokrotnie więcej badanych w grupie zaburzeń dwubiegunowych zgłosiło wczesny początek depresji (< 25 r.ż.). Wśród objawów obecnych podczas epizodu choroby istotnie częściej u badanych z zaburzeniem dwubiegunowym pojawiały się rozpraszalność uwagi i napady paniki. Natomiast ani obecność krótkotrwałych nawracających epizodów depresyjnych (średnio < 3 m-cy), depresji psychotycznej

lub poporodowej, ani szybka utrata efektu działania leków przeciwdepresyjnych czy brak poprawy po trzech lub więcej kuracjach przeciwdepresyjnych nie różnicowały badanych ze stwierdzonym zaburzeniem afektywnym dwubiegunowym i zaburzeniem depresyjnym nawracającym.

Kategorie rozpoznań klinicznych. Analiza rozpoznań klinicznych ujawniła, że 2/3 badanych ma rozpoznane zaburzenie depresyjne nawracające nieokreślone. W związku z tym pacjentów podzielono na dwie grupy, z pierwotnie rozpoznanym zaburzeniem depresyjnym nawracającym (F33.0–F33.4),  $n = 75$ , oraz z pierwotnie rozpoznanym zaburzeniem depresyjnym nawracającym nieokreślonym (F33.9),  $n = 171$ . Obie grupy nie różniły się istotnie pod względem wieku, ani czasu trwania zaburzenia, liczby faz depresyjnych, ani liczby faz hipomaniakalnych.

Okazało się, że jedynie u 40% badanych z pierwotnie określonym rozpoznaniem w ramach F33.0–F33.4 potwierdzono diagnozę zaburzenia depresyjnego nawracającego. U 16% badanych stwierdzono zaburzenia afektywne dwubiegunowe typu I, u 32% – zaburzenia afektywne dwubiegunowe typu II, a u pozostałych 12% – zaburzenia nastroju typu spektrum. Natomiast w grupie badanych z pierwotnie rozpoznanym zaburzeniem depresyjnym nawracającym nieokreślonym (F33.9) niecałe 30% pacjentów było zdiagnozowanych poprawnie, u ponad 1/3 badanych stwierdzono występowanie zaburzenia afektywnego dwubiegunowego typu II, u 1/5 – zaburzenia afektywnego dwubiegunowego typu I, oraz u niemal 13% – zaburzenia z kręgu spektrum. Wyniki, które nie osiągnęły jednak znamienności statystycznej ( $\chi^2 = 2,623$ ;  $df = 3$ ;  $p = 0,457$ ), przedstawiono w tabeli 2.

### Omówienie wyników

Tabela 2

Badani z pierwotnie rozpoznanym określonym zaburzeniem depresyjnym nawracającym i zaburzeniem depresyjnym nawracającym nieokreślonym w poszczególnych kategoriach diagnostycznych

		F33.0–F33.4	F33.9	Razem
Zaburzenie depresyjne nawracające	n	30	51	81
	%	40,0%	29,8%	32,7%
Zaburzenie afektywne dwubiegunowe typu I	n	12	36	48
	%	16,0%	21,1%	18,5%
Zaburzenie afektywne dwubiegunowe typu II	n	24	62	86
	%	32,0%	36,3%	35,1%
Spektrum zaburzenia afektywnego dwubiegunowego	n	7	22	31
	%	9,3%	12,7%	12,1%

Przy zastosowaniu szczegółowej, strukturyzowanej metody badania u ponad połowy osób leczonych ambulatoryjnie z powodu zaburzenia depresyjnego nawracającego stwierdzono zaburzenie afektywne dwubiegunowe I lub II typu. Podobny wskaźnik, niemal 50%, uzyskano dla całej próby badanej DEP-BI [17, 18], czyli osób z przebytym

co najmniej jednym epizodem depresji. Kolejnych 12,6% badanych spełniało kryteria spektrum zaburzenia afektywnego dwubiegunowego. Wprawdzie dotychczas przeprowadzone badania innych autorów wskazywały na częstsze niż do tej pory sądzono występowanie zaburzeń afektywnych dwubiegunowych wśród pacjentów z depresją [4, 19], jednak tak wysokie wskaźniki w wyselekcjonowanej z całej populacji DEB-BI grupy osób z rozpoznaniem zaburzenia depresyjnego nawracającego były zaskakujące. Nie można wytłumaczyć tego fenomenu przewagą zaburzeń depresyjnych nawracających nieokreślonych, gdyż przewaga cech dwubiegunowych w tej grupie badanych (70,2% do 60%), w porównaniu z osobami z określonym zaburzeniem depresyjnym nawracającym (F33.0-F33.4) nie była znamienna statystycznie. Niemniej jednak w prospektywnym badaniu Goldberga i wsp. [5] wśród pacjentów z wyjściowym rozpoznaniem zaburzenia depresyjnego nawracającego stwierdzono niewiele niższy odsetek zaburzeń afektywnych. U 19% badanych potwierdzono co najmniej jeden epizod manii w przeszłości, a u 27% – co najmniej jeden epizod hipomanii.

Czas trwania zaburzenia, wiek ani płeć również nie różnicowały osób z potwierdzonym zaburzeniem depresyjnym nawracającym i tych, u których stwierdzono cechy zaburzenia afektywnego dwubiegunowego. Podobnie Akiskal i wsp. [20] w badaniu EPIDEP nie stwierdzili różnic w parametrach socjodemograficznych. W ambulatoryjnym badaniu Benazzi [21] płeć i czas trwania zaburzenia nie miały istotnego wpływu, natomiast wiek badanych ze stwierdzonymi cechami dwubiegunowymi był znamienne niższy.

Większość zastosowanych w badaniu poszerzonych kryteriów zaburzenia afektywnego dwubiegunowego zaproponowanych przez Ghaemi i wsp. [16], a pokrywających się z propozycjami innych autorów [8, 11, 22], różnicowało grupę z zaburzeniem depresyjnym nawracającym i grupę z zaburzeniami afektywnymi o charakterze dwubiegunowym. Wśród tych ostatnich stwierdzono znamienne częściej występowanie zaburzenia afektywnego dwubiegunowego u krewnego I stopnia oraz cechy hiper- lub cyklotymiczne osobowości w okresie przed zachorowaniem, a także występowanie w przeszłości krótkotrwałych, 1–3-dniowych epizodów hipomanii lub manii, które nie mieszczą się w kryteriach zaburzeń afektywnych dwubiegunowych obowiązujących w klasyfikacji DSM-IV i ICD 10. Takie cechy zaburzenia, jak początek przed 25 rokiem życia, okresy wzmożonego łaknienia czy senności, występowanie rozpraszalności uwagi i napadów paniki, charakteryzowały znacznie częściej osoby z zaburzeniem o cechach dwubiegunowych. Natomiast inne cechy podawane w literaturze przedmiotu (depresja psychiatryczna, depresja poporodowa oraz gonitwa myśli czy pobudzenie) nie różnicowały obu grup. Znaczenie diagnostyczne objawów atypowych, zachorowania w młodym wieku oraz obciążenie rodzinne dla rozpoznania zaburzeń dwubiegunowych podkreślał także Benazzi [4], dla którego z kolei objawy psychiatryczne i liczba epizodów depresji nie miały znaczenia.

Ważką informacją wynikającą z badania jest zależność występowania cech dwubiegunowości od czasu trwania zaburzenia oraz liczby przeżytych epizodów depresji, co może jednoznacznie przemawiać za dużym prawdopodobieństwem występowania

konwersji zaburzenia depresyjnego nawracającego w zaburzenie o charakterze dwubiegunowym.

Niewątpliwie należałoby przeprowadzić dalsze, prospektywne badania osób z zaburzeniami afektywnymi typu jedno- i dwubiegunowego oraz spektrum z oceną skuteczności stosowanego leczenia celem weryfikacji rozszerzonych kryteriów zaburzeń dwubiegunowych.

### Wnioski

Wyniki badania uniDEP-BI świadczą jednoznacznie o częstym występowaniu cech dwubiegunowości u osób leczonych z powodu zaburzenia depresyjnego nawracającego, co ma niewątpliwie znaczenie dla efektywności leczenia. Tym samym skłaniają do dalszej dyskusji na temat poprawnej, pogłębionej diagnostyki oraz zasad i czasu stosowania leków przeciwdepresyjnych i normotymicznych w leczeniu zaburzeń afektywnych.

**Diagnostyka i leczenie zaburzeń dwubiegunowych – wyniki badania uniDEP-BI**

#### Wprowadzenie

Wzrost częstości występowania zaburzeń dwubiegunowych jest jednym z najważniejszych problemów w psychiatrii. Wzrost ten jest spowodowany przede wszystkim zmianami w kryteriach diagnostycznych, które w ostatnich latach uległy znacznym modyfikacjom.

**Wzrost częstości występowania zaburzeń dwubiegunowych.** Według danych z 1990 roku, częstość występowania zaburzeń dwubiegunowych wynosiła 16,5%. W badaniu przeprowadzonym w 1998 roku, częstość ta wzrosła do 32,9%. W badaniu przeprowadzonym w 2005 roku, częstość ta wzrosła do 37,2%.

Wzrost częstości występowania zaburzeń dwubiegunowych jest spowodowany przede wszystkim zmianami w kryteriach diagnostycznych, które w ostatnich latach uległy znacznym modyfikacjom.

**Wzrost częstości występowania zaburzeń dwubiegunowych.** Według danych z 1990 roku, częstość występowania zaburzeń dwubiegunowych wynosiła 16,5%. W badaniu przeprowadzonym w 1998 roku, częstość ta wzrosła do 32,9%. W badaniu przeprowadzonym w 2005 roku, częstość ta wzrosła do 37,2%.

Wzrost częstości występowania zaburzeń dwubiegunowych jest spowodowany przede wszystkim zmianami w kryteriach diagnostycznych, które w ostatnich latach uległy znacznym modyfikacjom.

**Wzrost częstości występowania zaburzeń dwubiegunowych.** Według danych z 1990 roku, częstość występowania zaburzeń dwubiegunowych wynosiła 16,5%. W badaniu przeprowadzonym w 1998 roku, częstość ta wzrosła do 32,9%. W badaniu przeprowadzonym w 2005 roku, częstość ta wzrosła do 37,2%.

Wzrost częstości występowania zaburzeń dwubiegunowych jest spowodowany przede wszystkim zmianami w kryteriach diagnostycznych, które w ostatnich latach uległy znacznym modyfikacjom.



## Eigenschaften der Zweipoligkeit bei Personen mit der depressiven rezidivierenden Störung – polnische, mehrzentrale uniDEP-BI Studie

### Zusammenfassung

Das Ziel der uniDEP-BI Studie war das Auftreten der Eigenschaften der Zweipoligkeit unter den Patienten, die ambulant wegen depressiven rezidivierenden Störungen behandelt werden.

**Methode.** Die Studie wurde von 96 geschulten Psychiatern in 16 Zentren im ganzen Land durchgeführt. Von den sich meldenden Erwachsenen im Produktionsalter (n=880) mit der Depressionsepisode wurden 246 Personen mit der Diagnose depressive rezidivierende Störung gewählt (75,2% der Frauen). Bei der Studie wurde der strukturierte Fragebogen angewandt, der sich an die diagnostischen Kriterien der großen Depression und (Hypo)manie nach DSM-IV stützte, und modifizierte Kriterien des Spektrums der zweipoligen Störungen nach Ghaemi und Ges.

**Ergebnisse.** Bei den Untersuchten mit der diagnostizierten depressiven rezidivierenden Störung wurde die Diagnose bei 32,9% Personen gestellt. Bei 19,5% wurde die affektive zweipolige Störung vom Typ I, bei 35% - Typ II, und bei 12,6% Spektrum der affektiven zweipoligen Störung diagnostiziert. Die Personen mit zweipoligen Störungen charakterisierten sich mit bedeutend häufigeren einige Tage andauernden Episoden von (Hypo)manie, frühem Anfang der Störung, hyper-, zylothymischen oder impulsiven (Typ Borderline) Eigenschaften der prämorbidem Persönlichkeit, zeitweise gesteigertem Appetit und übermäßiger Schläfrigkeit, Aufmerksamkeitszerstreuung und Panikanfällen, auch mit der zweipoligen affektiven Störung beim Verwandten ersten Grades. Die Untersuchten mit der diagnostizierten depressiven Störung waren bedeutend häufiger beruflich tätig (37,2% vs. 22,7%). Die Dauer der Störung war bedeutend kürzer und die Zahl der depressiven Episoden wesentlich kleiner in der Gruppe mit der diagnostizierten depressiven rezidivierenden Störung.

**Schlussfolgerungen.** Die Ergebnisse der uniDEP-BI Studie zeugen von dem häufigen Auftreten der Eigenschaften der Zweipoligkeit bei den Personen, die wegen der depressiven rezidivierenden Störungen behandelt werden. Sie zeigen auf eine Notwendigkeit der richtigen, tiefen Diagnostik der affektiven Störungen und Verifizierung der Prinzipien und Zeit der Anwendung der antidepressiven und normothymischen Mittel in ihrer Behandlung.

## La bipolarité chez les patients souffrant des troubles dépressifs récurrents – étude uniDEP-BI national et multicentrique

### Résumé

**Objectif.** Estimer la fréquence d'apparition de la bipolarité chez les patients souffrant des troubles dépressifs récurrents.

**Méthode.** Dans les 16 centres thérapeutiques de la Pologne 96 psychiatres ont examiné 246 patients (n=880) souffrant des troubles dépressifs récurrents (75,2% – femmes). Ils ont usé les questionnaires structurés d'après DSM-IV (grande dépression, hypomanie) et d'après Ghaemi (troubles bipolaires).

**Résultats.** 32,9% de patients sont diagnostiqués comme unipolaires, 19,5% - troubles affectifs bipolaires du type I, 35% – du type II, 12,6% – spectrum bipolaire. Chez les personnes souffrant des troubles bipolaires on observe plus souvent: courts épisodes de hypomanie, début précoce des troubles, personnalités hyperthymiques et impulsives (du type borderline) avant la maladie, appétit plus élevé, somnolence, attaques de panique, inattention. Les patients avec les troubles dépressifs confirmés travaillaient plus souvent que les autres (37,2% vs 22,7%). La durée de leurs troubles est plus courte et le nombre plus petit des épisodes que dans le groupe

avec les troubles récurrents.

**Conclusion.** Ces résultats confirment plus grande fréquence d'apparition de la bipolarité chez les patients avec les troubles récurrents. Ils accentuent la nécessité de continuer les recherches concernant le diagnostic des troubles affectifs et de vérifier les principes thérapeutiques concernant la durée de l'administration des médicaments antidépresseurs et normothymiques.

#### Piśmiennictwo

1. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S. *Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States*. Arch. Gen. Psychiatry 1994; 51: 8–19.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*. 4th edition. Washington D.C.: APA Press; 1994.
3. Horwath E, Weissman MM. *Epidemiology of depression and anxiety disorders*. W: Tsuang MT, Tohen M, Zahner GEP, red. *Textbook in psychiatric epidemiology*. New York: Wiley-Liss Inc.; 1995, s. 317–344.
4. Benazzi F. *Prevalence of bipolar II disorder in outpatient depression: a 203 case study in private practice*. J. Affect. Disord. 1997; 43: 163–166.
5. Goldberg JF, Harrow M, Whiteside JE. *Risk for bipolar illness in patients initially hospitalized for unipolar depression*. Am. J. Psychiatry 2001; 158: 1265–1270.
6. Akiskal HS, Hantouche EG, Bourgeois ML, Azorin JM, Sechter D, Allilaire JF, Chatenet-Duchene L, Lancrenon S. *Toward a refined phenomenology of mania: combining clinician-assessment and self-report in the French EPIMAN study*. J. Affect. Disord. 2001; 67:89–96.
7. Benazzi F, Akiskal HS. *Delineating bipolar II mixed states in the Rawenna–San Diego collaborative study: The relative prevalence and diagnostic significance of hypomanic features during major depressive episodes*. J. Affect. Disord. 2001; 67: 115–122.
8. Angst J, Gamma A. *A new bipolar spectrum concept: a brief review*. Bipolar Disord. 2002; 4 (supl.): 11–14.
9. Angst J, Gamma A. *Prevalence of bipolar disorders: a traditional and novel approaches*. Clin. Approach. Bip. Dis. 2002; 1: 10–14.
10. Angst J, Gamma A, Benazzi F, Ajdacic V, Eich D, Rössler W. *Diagnostic issues in bipolar disorder*. Europ. Neuropsychopharmacol. 2003; 13: 43–50.
11. Akiskal HS, Mallya G. *Criteria for the „soft-bipolar spectrum”: Treatment implications*. Psychopharmacol. Bull. 1987; 23: 68–73.
12. Weissman MM, Myers JK. *Rates and risks of depressive symptoms in a US urban community*. Acta Psychiatr. Scand. 1978; 57: 219–231.
13. Faravelli C, Incerpi G. *Epidemiology of affective disorders in Florence. Preliminary results*. Acta Psychiatr. Scand. 1985; 72: 331–333.
14. Heun R, Maier W. *The distinction of bipolar disorder from bipolar I and recurrent unipolar depression: results of a controlled family study*. Acta Psychiatr. Scand. 1993; 87: 279–284.
15. 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.
16. Ghaemi SN, Ko JY, Goodwin FK. *The bipolar spectrum and the antidepressant view of the world*. J. Psychiatric Pract. 2001; 7: 287–297.
17. 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.
18. Rybakowski J, Suwalska A, Łojko D, Rymaszewska J, Kiejna A. *Bipolar mood disorders*

- among Polish psychiatric outpatients treated for major depression. *J. Affect. Disord.* 2005;84: 141–147.
19. Hanotuche EG, Akiskal HS, Lancrenon S, Allilaire JF, Sechter D, Azorin JM, Bourgeois M, Fraud JP, Chatenet-Duchene L. *Systematical 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.
  20. Akiskal HS, Hantouche EG, Allilaire JF. *Bipolar II with and without cyclothymic temperament: „dark” and „sunny” expressions of soft bipolarity*. *J. Affect. Disord.* 2003; 73: 49–57.
  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: 191–195.
  22. 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.

## PODZIĘKOWANIA

Autorzy i sponsor badania składają serdeczne podziękowania wszystkim psychiatrom biorącym udział w realizacji projektu, którymi byli: Piotr Baranowski, Grażyna Białas-Dębska, Anna Blankiewicz, Ryszard Błażewicz, Andrzej Bogacki, Agnieszka Bruś, Marcin Budnik, Janusz Bukowski, Izabela Chojnowska-Ćwiąkała, Ziemowit Chudzik, Monika Czucha, Marek Ćwiąkała, Dorota Derkacz, Eugenia Doroszkiewicz, Piotr Dragon, Ewa Giza, Beata Glimasińska, Paweł Grynda, Alicja Hoc, Marian Huplik, Jan Jaracz, Jacek Kacalak, Dorota Kaczorowska, Monika Kantorska-Janiec, Zdzisław Kapelski, Magdalena Kasprzyk, Dorota Kisiel-Dowęjko, Joanna Kisielewska, Renata Kloska, Dominika Kostoń-Mędrała, Krystyna Kowalewska, Jolanta Kozłowska, Jerzy Kubiak, Maciej Kuligowski, Tomasz Kuszal, Andrzej Kuzin, Jan Latała, Jarosław Lipczyński, Monika Lis-Szymczak, Katarzyna Łachut, Wiesław Łukaszewicz, Adam Małecki, Grażyna Manista-Zielińska, Lucyna Masłowska-Szczęsny, Krzysztof Matus, Dorota Miazga, Bogumiła Miazgowska, Grażyna Milewska, Barbara Mołotkiewicz-Kłyś, Izabela Niewiadomska-Marko, Mirosław Nieborowicz, Zbigniew Obara, Jerzy Olas, Wojciech Oleksy, Renata Ostrowska, Jakub Paliga, Władysław Pasterniak, Elżbieta Piaseczyńska, Janina Piórecka, Anna Piwońska Zdunek, Mieczysława Plutecka, Joanna Pokraśniewicz, Jacek Przyłudzki, Anna Raban, Monika Radziszewska, Elżbieta Ruman, Jerzy Ruman, Jadwiga Rytelewska, Wanda Rzeszut, Henryka Siniarska, Marcin Siwek, Sylwia Sobieszkańska, Brygida Staniewska, Katarzyna Staroń, Agnieszka Stępień, Małgorzata Synowiec, Maciej Szcześniak, Jerzy Szewczuk, Barbara Szumilewicz-Landowska, Wiktor Tołubiński, Jan Tracewicz, Marek Uleniecki, Tomasz Warakowski, Alicja Wilczyńska-Małek, Teresa Winiarska, Małgorzata Winkiel-Skóra, Izabella Witecka, Robert Wojciechowski, Elżbieta Wojnarska, Dariusz Wróblewski, Jerzy Wysocki, Iwona Załanowska-Wysocka, Ewa Zambrzycka, Grażyna Żarnowiecka, Romualda Żelichowska-Kielska, Maciej Żerdziński.

Otrzymano: 19.10.2004

Zrecenzowano: 6.12.2004

Przyjęto do druku: 12.04.2005

Andrzej Kiejna i wsp.

---

Adres: Andrzej Kiejna  
50-367 Wrocław, ul. Pasteura