

Częstość występowania zaburzeń afektywnych dwubiegunowych  
wśród chorych na depresję leczonych przez psychiatrów  
w warunkach ambulatoryjnych\*

Frequency of bipolar affective disorders  
among depressive outpatients treated by psychiatrists

Janusz R y b a k o w s k i<sup>1</sup>, Aleksandra S u w a l s k a<sup>1</sup>, Dorota Ł o j k o<sup>1</sup>,  
Joanna R y m a s z e w s k a<sup>2</sup>, Andrzej K i e j n a<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Z Kliniki Psychiatrii Dorosłych AM w Poznaniu

<sup>2</sup> Z Katedry i Kliniki Psychiatrii AM we Wrocławiu

\* Praca została sfinansowana przez grant badawczy firmy Sanofi–Synthelabo–Polska.

Prof. Janusz Rybakowski oraz prof. Andrzej Kiejna pełnili funkcje krajowych koordynatorów projektu.

## Summary

**Aim.** To assess the frequency of bipolar disorders among outpatients with affective illness treated by 96 Polish psychiatrists, representing all regions of Poland.

**Methods.** The study was performed on 880 patients (237 male, 643 female). They were identified, according to the criteria used, to following diagnostic categories: 1. Bipolar affective illness, type I (Bipolar I); 2. Bipolar affective illness, type II (Bipolar II); 3. Bipolar spectrum disorder; 4. Unipolar affective illness.

**Results.** Affective disorders having bipolar features were found in 61,2% of the patients studied, bipolar I more frequent in men (27.4% vs 17.6%) and bipolar II more frequent in women (31.7% vs 21.5%). Bipolar spectrum was identified in 12% of patients studied. Patients with bipolar affective illness compared with unipolar affective illness had significantly more frequently a family history of bipolar disorder, premorbid features of hyper- or cyclothymic personality, early onset of depression (before 25 years), symptoms of atypical depression (hypersomnia and hyperphagia), episodes of psychotic depression, postpartum depression, and treatment-resistant depression. The group of bipolar spectrum had most clinical features similar to classic types of bipolar affective illness and showed significant differences with unipolar affective illness.

**Conclusions.** In outpatients, who had a depressive episode in the past, treated by psychiatrists in Poland, bipolar disorders may amount to 60% of them. Patients with bipolar affective illness significantly differ from patients with unipolar affective illness as to numerous clinical features, not connected with manic, hypomanic or mixed states. The results of the study may also indicate a legitimacy to delineate a bipolar spectrum disorder.

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

**Key words:** bipolar affective disorders, depression, spectrum of bipolar illness

## Wstęp

Podział zaburzeń afektywnych na chorobę afektywną jednobiegunową i dwubiegunową, postulowany przez psychiatrów niemieckich od lat 50. [1, 2], ostatecznie dokonał się dzięki pracom Angsta [3] i Perrisa [4], opublikowanym w roku 1966, w których wykazali różnice w zakresie występowania zaburzeń psychicznych w rodzinach pacjentów z jednobiegunowym i dwubiegunowym przebiegiem choroby. Od tej pory podstawowym kryterium choroby afektywnej dwubiegunowej stało się występowanie stanów maniakalnych. Dalszy podział tej choroby zaproponowany przez autorów amerykańskich został oparty na nasileniu objawów zespołu maniakalnego. W myśl kryteriów sformułowanych przez Dunnera i wsp. w ich artykule z 1976 roku [5], jeżeli w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej obok stanów depresyjnych występują zespoły maniakalne o znacznym nasileniu, wymagające hospitalizacji, lub stany mieszane, to wtedy mamy do czynienia z chorobą afektywną dwubiegunową typu I (bipolar I), natomiast w chorobie afektywnej dwubiegunowej typu II (bipolar II) obok epizodów depresji występują stany hipomaniakalne, nie wymagające hospitalizacji. Wg ostatniej wersji amerykańskiego systemu diagnostycznego DSM-IV [6], obowiązującego od 1994 roku, rozpowszechnienie poszczególnych postaci chorób afektywnych (ryzyko zachorowania w ciągu życia) ma wynosić dla bipolar I: 0,4–1,6%, a dla bipolar II: 0,5%. Wartości te istotnie kontrastują z podanymi w tym samym wydaniu DSM-IV wskaźnikami rozpowszechnienia tzw. dużego zaburzenia depresyjnego (jednokrotnego lub nawracającego), które miałyby wynosić dla mężczyzn 5–12%, a dla kobiet 10–25%. Pozostają również w sprzeczności z obserwacjami klinicznymi praktykujących psychiatrów, które wskazują, że stosunek liczby pacjentów z cechami zaburzeń dwubiegunowych do liczby pacjentów z chorobą afektywną jednobiegunową jest istotnie wyższy niż 1:10.

Z badań epidemiologicznych dotyczących rozpowszechnienia zaburzeń afektywnych o cechach dwubiegunowości przeprowadzonych w dwudziestolecie 1978–98 wynikało jednak, że gdy zastosuje się szersze kryteria do identyfikacji stanów wzmożonego nastroju, wtedy ryzyko wystąpienia w ciągu życia zaburzenia o cechach dwubiegunowości zawiera się w granicach 3–6% [7–12]. Spowodowało to w ostatnich latach tendencję do częstszego rozpoznawania choroby afektywnej dwubiegunowej typu II oraz do wprowadzenia pojęcia spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej [8]. Angst [13] przedstawił koncepcję stanów hipomanii trwających 1–3 dni (a więc nie spełniających kryteriów DSM-IV), mających przebieg nawracający (brief recurrent hipomania) lub występujących sporadycznie (brief sporadic hipomania), jako cechę dwubiegunowego przebiegu choroby. Ghaemi i wsp. [14, 15] zaproponowali kryteria diagnostyczne zaburzenia (typu) spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej, nie będące ani

chorobą afektywną dwubiegunową typu I ani II, a wypełniające przestrzeń diagnostyczną pomiędzy spektrum depresji jednobiegunowej a chorobą afektywną dwubiegunową typu II. Hirschfeld i wsp. [16] opracowali kwestionariusz zaburzeń nastroju (The Mood Disorder Questionnaire – MDQ) mający stanowić narzędzie skriningowe do pomiaru występowania zaburzenia o typie spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej.

Interesujące wyniki przyniosło też ostatnie francuskie badanie o nazwie EPIDEP, w którym 48 psychiatrów z 15 ośrodków oceniało za pomocą szeregu narzędzi do weryfikacji „dwubiegunowości” możliwość istnienia cech choroby afektywnej dwubiegunowej typu II u 537 chorych na depresję z początkowym rozpoznaniem choroby afektywnej jednobiegunowej. Ocena przeprowadzona została dwukrotnie. Podczas gdy w trakcie pierwszego badania możliwość występowania choroby afektywnej dwubiegunowej typu II stwierdzono u 21,7% pacjentów badanej grupy, wartości uzyskane w trakcie drugiego, bardziej szczegółowego, badania były dwukrotnie wyższe i wynosiły 39,8%. Wykazano więc, że niemal u 2/5 chorych, u których rozpoznaje się epizod depresyjny, może występować II typ choroby afektywnej dwubiegunowej [17].

Celem niniejszego badania było określenie częstości występowania zaburzeń o charakterze dwubiegunowym wśród chorych z zaburzeniami afektywnymi leczonych przez polskich psychiatrów w warunkach ambulatoryjnych. W badaniu tym po raz pierwszy zastosowano narzędzia psychometryczne do identyfikacji zaburzenia o typie spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej.

## **Metody**

Badanie zostało zaprojektowane jako badanie ogólnopolskie. Uczestniczyło 96 w nim specjalistów psychiatrów reprezentujących wszystkie województwa naszego kraju (9 – woj. dolnośląskie, 2 – woj. kujawsko-pomorskie, 2 – woj. lubelskie, 2 – woj. lubuskie, 9 – woj. łódzkie, 11 – woj. małopolskie, 13 – woj. mazowieckie, 3 – woj. opolskie, 5 – woj. podkarpackie, 2 – woj. podlaskie, 8 – woj. pomorskie, 12 – woj. śląskie, 3 – woj. świętokrzyskie, 2 – woj. warmińsko-mazurskie, 9 – woj. wielkopolskie i 4 woj. – zachodniopomorskie. Wszyscy psychiatrzy uprzednio uczestniczyli w szkoleniu dotyczącym oceny za pomocą skal używanych w badaniu. Badanie wykonano w 2002 roku.

Każdy psychiatra włączył do badania 7–10 pacjentów. Podstawowym kryterium włączenia do badania było przebycie przez pacjenta co najmniej jednego epizodu depresji oraz wiek 18–65 lat. Kryterium wykluczającym było współistnienie ciężkich chorób somatycznych lub neurologicznych: niewydolność nerek lub wątroby, niewyrównana

cukrzyca lub inne choroby układu endokrynnego, przebyte ciężkie urazy głowy z utratą przytomności, padaczka i inne choroby neurologiczne.

U kolejnych chorych zgłaszających się do badania, spełniających ww. kryteria, lekarz psychiatra na podstawie wywiadu, badania stanu psychicznego i posiadanej dokumentacji lekarskiej wypełniał kwestionariusz zawierający kryteria diagnostyczne zaburzeń afektywnych wg DSM-IV oraz oceniał zmodyfikowane kryteria spektrum zaburzeń dwubiegunowych wg Ghaemi i wsp.[15]. Modyfikacja polegała na zmianie definicji zespołu hipomaniakalnego (kryterium C2), punktu D1 dotyczącego osobowości przedchorobowej oraz dodaniu pięciu pytań (E1–E5) o występowanie różnorodnych objawów w okresie depresji. Przedstawiono to w załączniku 1. Pacjent z pomocą psychiatry wypełniał Kwestionariusz Zaburzeń Nastroju wg Hirschfelda i wsp. [16] (załącznik 2), który był następnie interpretowany przez lekarza.

Badanie wykonano ogółem u 880 chorych (237 mężczyzn, 643 kobiety), którzy w jego wyniku zakwalifikowani zostali do następujących kategorii diagnostycznych:

1. Choroba afektywna dwubiegunowa, typ I (CHAD I), na podstawie przebycia co najmniej jednego epizodu maniakalnego lub mieszanego spełniającego kryteria DSM-IV.
2. Choroba afektywna dwubiegunowa, typ II (CHAD II), na podstawie przebycia co najmniej jednego epizodu hipomaniakalnego, spełniającego kryteria DSM-IV.
3. Spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej (spektrum CHAD) na podstawie spełnienia kryteriów spektrum wg Ghaemi i wsp. lub/i kryteriów Kwestionariusza Zaburzeń Nastroju.
4. Choroba afektywna jednobiegunowa (CHAJ), na podstawie niespełnienia kryteriów dwubiegunowości wymienionych w punktach 1–3. Ponieważ kryterium podstawowym włączającym do badania było przebycie w przeszłości co najmniej jednego epizodu depresyjnego, wszyscy pacjenci tej grupy w momencie włączania do badania przeżywali przynajmniej drugi epizod depresji, co mogło potwierdzać postawienie u nich rozpoznania CHAJ.

## **Wyniki**

W tabeli 1 przedstawiono liczbę i procent chorych w poszczególnych kategoriach diagnostycznych w grupie mężczyzn i kobiet.

Tabela 1

Jak wynika z tabeli, zaburzenia afektywne o cechach dwubiegunowych stwierdzono u ponad 60% badanych pacjentów. Występowanie choroby afektywnej dwubiegunowej typu I

wykazano o 10% częściej u mężczyzn niż u kobiet, podczas gdy zjawisko odwrotne obserwowano w odniesieniu do choroby afektywnej dwubiegunowej typu II. U 12% badanych chorych stwierdzono zaburzenie o charakterze spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej.

W tabeli 2 przedstawiono procenty poszczególnych rozpoznań w grupach wiekowych 18–49 oraz 50–65 lat.

Tabela 2

Nie stwierdzono zależności między częstością występowania poszczególnych kategorii diagnostycznych a przynależnością do wymienionych grup wiekowych.

W tabeli 3 przedstawiono wybrane cechy kliniczne w grupie osób z chorobą afektywną dwubiegunową i jednobiegunową, osobno u mężczyzn i kobiet.

Tabela 3

Jak wynika z tabeli, osoby z chorobą afektywną dwubiegunową w porównaniu z pacjentami z chorobą afektywną jednobiegunową istotnie częściej były obciążone rodzinnie chorobą afektywną dwubiegunową, miały cechy przedchorobowej osobowości hiper- lub cyklotymicznej, wczesny początek depresji (przed 25 rokiem życia), objawy depresji atypowej, epizody depresji psychotycznej; epizody depresji u kobiet były odporne na farmakoterapię. Nie stwierdzono różnic w częstości występowania w czasie epizodów depresji stanów agitacji lub napadów lęku.

W tabelach 4 i 5 dokonano porównania powyższych cech klinicznych między grupą pacjentów, u których rozpoznano zaburzenie o charakterze spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej w grupie pacjentów z CHAD I oraz CHAD II (tabela 4) oraz w grupie depresji jednobiegunowej (tabela 5).

Tabela 4, Tabela 5

Jedynymi różnicami, jakie stwierdzono między spektrum CHAD a „klasycznymi” postaciami tej choroby (tj. CHAD I i CHAD II) było w grupie spektrum częstsze występowanie obciążenia rodzinnego chorobą afektywną dwubiegunową, natomiast mniej częste cech osobowości hiper- lub cyklotymicznej. Ponadto, mężczyźni z grupy spektrum CHAD mieli bardziej lekooporną depresję w porównaniu z mężczyznami z CHAD I oraz CHAD II.

Porównanie osób ze spektrum CHAD z pacjentami, u których rozpoznano chorobę afektywną jednobiegunową, wykazało istnienie podobnych różnic, jak między grupami osób z chorobą afektywną dwubiegunową a jednobiegunową. Jedynymi wyjątkami był brak w grupie

mężczyzn różnic w występowaniu cech przedchorobowej osobowości hiper- lub cyklotymicznej oraz depresji przed 25 rokiem życia.

### **Omówienie**

Niniejsze badanie stanowi pierwszą w skali naszego kraju i jedną z nielicznych w świecie próbę oceny częstości występowania zaburzeń dwubiegunowych wśród chorych z zaburzeniami afektywnymi, leczonych ambulatoryjnie przez psychiatrów. Wykazała ona, że stosując poszerzone kryteria diagnostyczne „dwubiegunowości”, zaburzenia o charakterze dwubiegunowym można stwierdzić nawet u ponad połowy badanych z chorobami afektywnymi.

W analizowanej grupie niemal 50% chorych spełniało kryteria „klasycznej” choroby afektywnej dwubiegunowej, czyli CHAD typu I lub II. Stanowi to potwierdzenie wyników badań innych autorów wskazujących na możliwość znacznie częstszego, niż się przyjmuje, występowania tych zaburzeń, zwłaszcza przy lepszej identyfikacji choroby afektywnej dwubiegunowej typu II [10, 17], jak również na konwersję diagnostyczną, głównie w kierunku choroby afektywnej dwubiegunowej typu II u znacznej liczby chorych u których pierwotnie rozpoznano chorobę afektywną jednobiegunową [17, 18, 19].

Stwierdziliśmy istotne różnice między chorobą afektywną jedno- a dwubiegunową w odniesieniu do częstości występowania wielu cech klinicznych, nie związanych bezpośrednio z obecnością stanów maniakałnych, hipomaniakałnych czy mieszanych. U pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową epizody depresji znamienne częściej pojawiały się przed 25 rokiem życia, częściej występowała depresja atypowa (z hipersomnią i hiperfagią), depresja psychotyczna, depresja poporodowa, jak również depresja oporna na leczenie farmakologiczne. Jest to zgodne z propozycjami innych autorów dotyczącymi włączenia tych cech klinicznych jako pomocniczych kryteriów diagnostycznych spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej [15]. Nie stwierdzono natomiast różnic między CHAD i CHAJ w częstości występowania w okresie depresji stanów niepokoju lub lęku panicznego. Wyniki te nie potwierdzają więc koncepcji innych badaczy traktujących występowanie tych objawów w okresie depresji jako ekwiwalenty „stanów mieszanych” [20, 21].

Wyniki niniejszego badania mogą potwierdzać zasadność wyodrębnienia zaburzenia o charakterze spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej, aczkolwiek nie spełniającego kryteriów CHAD I ani CHAD II. W analizowanej grupie ta kategoria stanowiła 12% badanych pacjentów, a 20% chorych, u których stwierdzono zaburzenia dwubiegunowe. Pod względem większości ocenianych w obecnym badaniu cech klinicznych osoby ze spektrum

CHAD są podobne do osób z klasycznymi postaciami choroby afektywnej dwubiegunowej (tj. CHAD I i CHAD II), natomiast wykazują istotne różnice w porównaniu z osobami, u których rozpoznano chorobę afektywną jednobiegunową.

Rozpoznanie choroby afektywnej dwubiegunowej niesie istotne implikacje terapeutyczne, głównie w postaci celowości wprowadzenia do terapii farmakologicznej leków normotymicznych. W tym kontekście istotnego znaczenia nabiera stwierdzenie w naszej pracy istotnie częstszego występowania depresji odpornej na terapię za pomocą leków przeciwdepresyjnych w grupie zakwalifikowanej jako CHAD, zwłaszcza spektrum CHAD. Można wysunąć przypuszczenie, że u części osób depresja lekooporna stanowi konsekwencję nierozpoznania choroby afektywnej dwubiegunowej i niedołączenia leków o działaniu normotymicznym. Dodanie takich środków (zwłaszcza soli litu) stanowi obecnie najbardziej akceptowaną metodę postępowania w depresji lekoopornej [22, 23].

Uzyskane przez nas wysokie wskaźniki dwubiegunowości mogłyby wynikać z faktu, że badanie nasze obejmowało populację leczoną przez psychiatrów, a więc o większym nasileniu choroby niż ogólna populacja chorych, leczona z powodu depresji również przez lekarzy ogólnych i innych specjalności niż psychiatria. W przeciwieństwie jednak do wielu innych krajów, można oszacować, że w Polsce zdecydowana większość chorych na depresję jest leczona przez psychiatrów i dlatego nasza badana populacja może być reprezentatywna dla pacjentów z zaburzeniami afektywnymi jedno- i dwubiegunowymi.

### **Wnioski**

1. W grupie pacjentów, którzy przeżyli epizod depresji, leczonych w Polsce ambulatoryjnie przez psychiatrów, aż 60% mogą stanowić zespoły depresyjne w przebiegu różnych postaci choroby afektywnej dwubiegunowej.
2. Pacjenci z chorobą afektywną dwubiegunową w porównaniu z pacjentami z chorobą afektywną jednobiegunową istotnie częściej byli obciążeni rodzinnie chorobą afektywną dwubiegunową, mieli cechy przedchorobowej osobowości hiper- lub cyklotymicznej, wczesny początek depresji (przed 25 rokiem życia), objawy depresji atypowej, epizody depresji psychotycznej, jak również epizody depresji odporne na farmakoterapię.
3. Grupa ze spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej stanowiła 12% badanej populacji chorych. Pod względem badanych cech klinicznych grupa ta wykazywała większość podobieństw do osób z klasycznymi postaciami choroby afektywnej dwubiegunowej, natomiast istotne różnice w porównaniu z osobami z chorobą afektywną jednobiegunową.

## Piśmiennictwo

1. Kleist K. Die Gliederung der neuropsychischen Erkrankungen. *Mon. Psychiatrie Neurol.* 1953; 125: 526–554.
2. Leonhard K. Aufteilung der endogenen Psychosen. Berlin: Akademie Verlag; 1957.
3. Angst J. Zur Ätiologie und Nosologie endogener depressiver Psychosem. Berlin: Springer; 1966.
4. Perris C. A study of bipolar (manic-depressive) and unipolar recurrent depressive psychoses: I: Genetic investigation. *Acta Psychiatr. Scand.* 1966; 42 (supl. 194): 15–44.
5. Dunner DL, Gershon ES, Goodwin FK. Heritable factors in the severity of affective illness. *Biol. Psychiatry* 1976; 11: 31–42.
6. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition. DSM-IV. Washington D.C.: American Psychiatric Association; 1994.
7. Weissman MM, Myers JK. Rates and risks of depressive symptoms in a US urban community. *Acta Psychiatr. Scand.* 1978; 57: 219–231.
8. Faravelli C, Incerpi G. Epidemiology of affective disorders in Florence. Preliminary results. *Acta Psychiatr. Scand.* 1985; 72: 331–333.
9. Oliver JM, Simmons ME. Affective disorders and depression as measured by the Diagnostic Interview Schedule and the Beck Depression Inventory in an unselected adult population. *J. Clin. Psychol.* 1985; 41: 496–576.
10. 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.
11. Levav I, Kohn R, Dohrenwend BP, Shrout PE, Skodol AE, Schwartz S, Link BG, Naveh G. An epidemiological study of mental disorders in a 10-year cohort of young adults in Israel. *Psychol. Med.* 1993; 23: 691–707.
12. 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.
13. Angst A. The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. *J. Affect. Disord.* 1998; 50: 143–151.
14. Akiskal HS, Pinto O. The evolving bipolar spectrum. Prototypes I, II, III, and IV. *Psychiatr. Clin. North Am.* 1999; 22: 517–534.
15. Ghaemi SN, Ko JY, Goodwin FK. The bipolar spectrum and the antidepressant view of the world. *J. Psychiatr. Pract.* 2001; 7: 287–297.
16. Hirschfeld RMA, Williams JBW, Spitzer RL, Calabrese JR, Flynn L, Keck PE, Lewis L, McElroy SL, Post RM, Rapport 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.

17. Allilaire JF, Hantouche EG, Sechter D, Bourgeois ML, Azorin JM, Lancrenon S, Chatenet-Duchene L, Akiskal H. Fréquence et aspects cliniques du trouble bipolaire II dans une étude multicentrique française: EPIDEP. *L'Encéphale* 2001; 27: 149–158.
18. Benazzi F. Prevalence of bipolar II disorder in outpatient depression: a 203 case study in private practice. *J. Affect. Disord.* 1997; 43: 163–166.
19. Goldberg JF, Harrow M, Whiteside JE. Risk for bipolar illness in patients initially hospitalized for unipolar depression. *Am. J. Psychiatry* 2001; 158: 1265–1270.
20. Koukopoulos A, Koukopoulos A Agitated depression as a mixed state and the problem of melancholia. *Psychiatr. Clin. North Am.* 1999; 22: 547–564.
21. 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.
22. Rybakowski J, Matkowski K. Adding lithium to antidepressant therapy: factors related to therapeutic potentiation. *Eur. Neuropsychopharmacol.* 1992; 2: 161–165.
23. Rybakowski JK, Suwalska A, Chłopocka-Woźniak M. Potentiation of antidepressants with lithium or carbamazepine in treatment-resistant depression. *Neuropsychobiol.* 1999; 40: 134–139.

Otrzymano: 21.10.2003

Zrecenzowano: 13.11.2003

Przyjęto do druku: 4.12.2003

Adres:

Klinika Psychiatrii Dorosłych AM  
60-572 Poznań, ul. Szpitalna 27/33

Tabela 1

Liczba i procent chorych w poszczególnych kategoriach diagnostycznych

	<b>Mężczyźni</b> <b>N=237</b>	<b>Kobiety</b> <b>N=643</b>	<b>OGÓLEM</b> <b>N=880</b>
CHAD I	65 27,4%	113 17,6%*	178 20,2%
CHAD II	51 21,5%	204 31,7%*	255 29%
Spektrum CHAD	34 14,3%	74 11,2%	106 12,0%
CHAJ	87 36,7%	254 39,5%	341 38,8%

\* różnica między mężczyznami i kobietami istotna,  $p < 0,005$ 

Tabela 2

Kategorie diagnostyczne w grupach wiekowych 18–49 i 50–65 lat

%	CHAJ	CHAD I	CHAD II	Spektrum CHAD
Wiek 18–49	37,1	21,9	27,7	13,3
Wiek 50–65	40,8	18,1	30,6	10,5

Tabela 3

Wybrane cechy kliniczne w grupie osób z chorobą afektywną dwubiegunową (CHAD)  
i jednobiegunową (CHAJ)

	CHAD n=539		CHAJ n= 341	
	M n=150	K N= 389	M n= 87	K n=254
CHAD u krewnego pierwszego stopnia N=138	37 (24,6%)*	77 (19,8%)*	10 (11,5%)	14 (5,5%)
Cechy hiper- lub cyklotymicznej osobowości przedchorobowej N=324	77 (51,3%)*	192 (49,4%)*	17 (19,5%)	38 (14,9%)
Wczesny początek depresji (<25r.ż.) N=191	47 (31,3%)*	108 (27,8%)*	12 (13,8%)	24 (9,4%)
Objawy depresji atypowej N=177	34 (22,6%)*	100 (25,7%)*	7 (8,0%)	36 (14,2%)
Epizody depresji psychotycznej N=119	37 (24,6%)*	55 (14,1%)*	5 (5,7%)	21 (8,3%)
Depresja poporodowa N=86		68 (17,9%)*		18 (7,3%)
Depresja lekooporna n=184	37 (24,6%)	93 (23,9%)*	13 (14,9%)	41 (16,1%)
Depresja agitowana N=340	56 (37,3%)	152 (39,1%)	33 (37,9%)	99 (39,0%)
Napady paniki N=409	70 (46,6%)	182 (46,8%)	39 (44,8%)	118 (46,5%)

Różnica między chorobą afektywną dwubiegunową a jednobiegunową istotna: \*p<0,05; \*\* p<0,01; \*\*\* p<0,001;

Tabela 4

Wybrane cechy kliniczne w grupie osób z chorobą afektywną dwubiegunową typu 1 i 2 oraz ze spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej

	CHAD typu 1+ CHAD typu 2 n=433		Spektrum CHAD n=106	
	M n= 116	K n=317	M n= 34	K n= 72
CHAD u krewnego pierwszego stopnia	22 (19,0%)	49 (15,5%)	15 (44,1%)**	28 (38,9%***)
Cechy hiper- lub cyklotymicznej osobowości przedchorobowej	68 (58,6%)	165 (52,1%)	9 (26,5%)**	27 (37,5%)*
Wczesny początek depresji (<25r.ż.)	39 (33,6%)	86 (27,2%)	8 (23,5%)	22 (30,5%)
Objawy depresji atypowej	26 (22,4%)	82 (25,9%)	8 (23,5%)	18 (25,0%)
Epizody depresji psychotycznej	27 (23,3%)	43 (13,6%)	10 (29,4%)	12 (16,6%)
Depresja poporodowa		51 (16,1%)		17 (23,6%)
Depresja lekooporna	24 (20,7%)	74 (23,3%)	13 (38,2%)	19 (26,4%)
Depresja agitowana	41 (35,3%)	129 (40,7%)	15 (44,1%)	33 (45,8%)
Napady paniki	57 (49,1%)	131 (41,3%)	13 (38,2%)	36 (50,0%)

Różnica między CHAD I+II a spektrum CHAD istotna: \* p<0,05; \*\* p<0,01 ; \*\*\* p<0,001

Tabela 5

Porównanie wybranych cech klinicznych między grupą spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej a osobami z chorobą afektywną jednobiegunową

	Spektrum CHAD n=106		CHAJ n=341	
	M n= 34	K n= 72	M n= 87	K n=254
CHAD u krewnego pierwszego stopnia	15 (44,1%)	28 (38,9%)	10 (11,5%)*	14 (5,5%)*
Cechy hiper- lub cyklotymicznej osobowości przedchorobowej	9 (26,5%)	27 (37,5%)	17 (19,5%)	38 (14,9%)*
Wczesny początek depresji (<25r.ż.)	8 (23,5%)	22 (30,5%)	12 (13,8%)	24 (9,4%)*
Objawy depresji atypowej	8 (23,5%)	18 (25,0%)	7 (8,0%)*	36 (14,2%)*
Epizody depresji psychotycznej	10 (29,4%)	12 (16,6%)	5 (5,7%)*	21 (8,3%)*
Depresja poporodowa		17 (24,6%)		18 (7,1%)*
Depresja lekooporna	13 (38,2%)	19 (26,4%)	13 (14,9%)*	41 (16,1%)*
Depresja agitowana	15 (44,1%)	33 (45,8%)	33 (37,9%)	99 (39,0%)
Napady paniki	13 (38,2%)	36 (50,0%)	39 (44,8%)	118 (46,5%)

Różnica między spektrum CHAD a chorobą afektywną jednobiegunową istotna: \* $p < 0,05$ ;

\*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$

## Załącznik 1

Kryteria diagnostyczne spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej wg Ghaemi i wsp. [15], zmodyfikowane

- A. Co najmniej jeden epizod dużej depresji**
- B. Nie ma „spontanicznie” występujących epizodów hipomanii lub manii**
- C. Spełnienie jednego z poniższych kryteriów oraz co najmniej dwóch elementów z kryteriów D:**

C1 Choroba afektywna dwubiegunowa u krewnego pierwszego stopnia

C2 Mania lub hipomania w następstwie stosowania leków przeciwdepresyjnych\*

\* *hipomania nie spełniająca kryteriów DSM-IV, np. trwająca 1–2 dni (modyfikacja)*

- D. Jeżeli nie występuje żaden element z kryterium C, konieczna jest obecność co najmniej 6 z poniższych 9 cech „dwubiegunowości”:**

D1 Osobowość hipertymiczna\*

\* *cechy hipertymicznej lub cyklotymicznej osobowości w okresie przedchorobowym (modyfikacja)*

D2 Nawracające epizody depresyjne (> 3)

D3 Krótkotrwałe nawracające epizody depresyjne (średnio <3mies)

D4 Objawy depresji atypowej (nadmierna senność, wzmożone łaknienie)

D5 Epizody depresji psychotycznej

D6 Wczesny początek depresji (<25r.ż.)

D7 Depresja poporodowa

D8 Szybka utrata efektu działania leków przeciwdepresyjnych

D9 Brak poprawy po  $\geq 3$  kuracjach przeciwdepresyjnych

- E. Czy w okresie depresji występowały takie objawy, jak:**

E1 Drażliwość

E2 Rozpraszalność uwagi

E3 Gonitwa myśli

E4 Napady paniki

E5 Pobudzenie (depresja agitowana)

## Załącznik 2

Kwestionariusz Zaburzeń Nastroju wg Hirschfelda i wsp. [16]

1. Czy był w Twoim życiu okres, kiedy byłeś inny niż zazwyczaj i:

– Czułeś się tak dobrze i tak „super”, że inni ludzie myśleli, że nie jesteś zwykłym, normalnym sobą, lub byłeś na takim wyżu, że wpadłeś w kłopoty?	<u>TAK</u>	<u>NIE</u>
– Byłeś tak rozdrażniony, że krzyczałeś na innych lub zaczynałeś bójki lub kłótnie?	<u>TAK</u>	<u>NIE</u>
– Byłeś znacznie bardziej pewny siebie niż zwykle?	<u>TAK</u>	<u>NIE</u>
– Spałeś znacznie mniej niż zazwyczaj i byłeś wyspany?	<u>TAK</u>	<u>NIE</u>
– Mówiłeś znacznie więcej i szybciej niż zazwyczaj?	<u>TAK</u>	<u>NIE</u>
– Miałeś gonitwę myśli i nie mogłeś jej powstrzymać?	<u>TAK</u>	<u>NIE</u>
– Tak łatwo rozpraszały Cię wydarzenia wokół Ciebie, że miałeś kłopoty z koncentracją i utrzymaniem uwagi?	<u>TAK</u>	<u>NIE</u>
– Miałeś znacznie więcej energii niż zazwyczaj?	<u>TAK</u>	<u>NIE</u>
– Byłeś znacznie bardziej aktywny i robiłeś więcej rzeczy niż zwykle?	<u>TAK</u>	<u>NIE</u>
– Byłeś znacznie bardziej towarzyski niż zwykle, np. telefonowałeś do przyjaciół w środku nocy?	<u>TAK</u>	<u>NIE</u>
– Byłeś znacznie bardziej zainteresowany seksem niż zwykle?	<u>TAK</u>	<u>NIE</u>
– Robiłeś rzeczy dla Ciebie niezwykle lub rzeczy, o których można by powiedzieć, że są zbędne, pochopne czy ryzykowne?	<u>TAK</u>	<u>NIE</u>
– Wydawałeś pieniądze w sposób, który spowodował kłopoty na ciebie lub Twoją rodzinę?	<u>TAK</u>	<u>NIE</u>

2. Jeśli zaznaczyłeś odpowiedź „**TAK**” na więcej niż jedno z powyższych pytań, czy część z nich zdarzyła się w tym samym okresie Twojego życia?

*Proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź.*

**TAK**

**NIE**

---

3. Jak znaczny problem stanowiły dla Ciebie powyższe zachowania (niezdolność do pracy, kłopoty rodzinne, problemy finansowe, problemy z prawem, wdawanie się w kłótnie lub w bójkę)?

*Proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź.*

- Nie było problemu**
  - Mały problem**
  - Umiarkowany problem**
  - Poważny problem**
- 

### **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-Cwiąkała, Ziemowit Chudzik, Monika Czucha, Marek Cwiąkała, 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-Dowejko, 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 Sobieszcańska, Brygida Staniewska, Katarzyna Staroń, Agnieszka Stępień, Małgorzata Synowiec, Maciej Szcześniak, Jerzy Szewczuk, Barbara Szumilewicz-Landowska, Wiktor Tołubiński, Jan Tracewic, 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.