



Skuteczność leczenia światłem w chorobie afektywnej dwubiegunowej i jednobiegunowej¹

Effectiveness of light treatment in bipolar vs unipolar affective disorder

ŁUKASZ ŚWIĘCICKI¹, WALDEMAR LECHOWICZ², DOROTA BZINKOWSKA¹, MAREK DĄBROWSKI¹,
JAROSŁAW TORBIŃSKI¹

Z: 1. II Kliniki Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
2. Działu Informatyki Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

STRESZCZENIE

Cel. Ocena skuteczności leczenia światłem w grupie pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową i jednobiegunową.

Materiał i metoda. Do badania zakwalifikowano 51 kolejnych pacjentów z chorobą afektywną skierowanych na fototerapię. U 37 rozpoznawano chorobę afektywną dwubiegunową, u 14 jednobiegunową (kryteria ICD-10). Ocenę stanu psychicznego i pomiar czasu reakcji przeprowadzano przed rozpoczęciem fototerapii i po 14 dniach, w dniu jej zakończenia. Do pomiaru stosowano skalę oceny depresji Hamiltona w wersji 21-punktowej (HAMD-21), skalę Clinical Global Impression (CGI) oraz skalę depresji Becka (BDI) do samooceny stanu psychicznego. Mierzono czas reakcji prostej i reakcji z wyborem.

Wyniki. Po 14 dniach leczenia światłem obserwowano istotną poprawę stanu psychicznego w obu grupach pacjentów. Zakres poprawy był istotnie większy w grupie osób z ChAD. Przyczyną może być częstsze występowanie sezonowych zmian nastroju w tej grupie.

Wnioski. Leczenie światłem, stosowane w monoterapii lub jako metoda pomocnicza, jest skuteczne zarówno w ChAJ jak i w ChAD. W terapii pacjentów z ChAD leczenie światłem jest istotnie skuteczniejsze. Ocena przyczyny tej różnicy wymaga przeprowadzenia dalszych badań.

SUMMARY

Objective. To assess the effectiveness of light therapy in two groups of patients with bipolar or unipolar affective disorder.

Method. 51 consecutive patients with affective disorder referred to light treatment were qualified – 37 diagnosed with bipolar, and 14 with unipolar affective disorder (by ICD-10 criteria). Assessments were made at baseline and at treatment completion at 14 days. The Hamilton Depression Rating Scale – 21-item version (HAMD-21), Clinical Global Impression (CGI), and the self-report Beck Depression Inventory (BDI) were used, along with the measurement of simple and choice reaction time.

Results. After the 14-day light treatment a significant improvement was found in both groups. However, the range of improvement was statistically larger in bipolar patients, which may be due to a higher incidence of seasonal mood disorders in this group.

Conclusions. Light treatment, in monotherapy or as an augmentation, is an effective method of therapy for both bipolar and unipolar affective disorder. In the treatment of bipolar patients light therapy is significantly more effective than in those with unipolar disorder. To address the cause of this difference further research is needed.

Słowa kluczowe: choroba afektywna dwubiegunowa / choroba afektywna jednobiegunowa / fototerapia

Key words: bipolar affective disorder / unipolar affective disorder / light treatment

Skuteczność leczenia białym, jaskrawym światłem w terapii choroby afektywnej sezonowej (ChAS) została dobrze zbadana i opisana [1, 2, 3, 4]. Trzeba jednak zwrócić uwagę, że żadne z dotychczas obowiązujących kryteriów tej choroby nie udzielają odpowiedzi na dość podstawowe pytanie, czy ChAS jest zaburzeniem dwubiegunowym czy jednobiegunowym. Przyjmuje się, że osoby z zaburzeniami sezonowymi mogą należeć do jednej z tych dwóch grup (sezonowy przebieg ma stanowić tylko wyróżnik – *specifier*). Jednak przyjęcie takiego założenia stwarza wiele problemów, ponieważ wyniki badań dotyczących zaburzeń afektywnych o niesezonowym charakterze (nChAS) wyraźnie wskazują na liczne różnice zachodzące między populacją osób z zaburzeniem afektywnym dwubiegunowym i zaburzeniem depresyjnym nawracającym. W związku z tym łączne analizowanie danych dotyczących tych dwóch grup chorych jedynie na podstawie sezonowości występowania

zaburzeń wydaje się zabiegiem wątpliwym metodologicznie. Można powiedzieć, że jednej zmiennej diagnostycznej (sezonowość występowania zaburzeń) milcząco przyznano nadrzędność nad drugą (biegunowość zaburzeń). W istocie wydaje się zastanawiające, że czynnik, któremu przyznaje się niezwykle dużą wagę w obrębie badań dotyczących nChAS – przecież nikt nie planuje badań, w których w skład ocenianej grupy wchodziłoby zarówno pacjenci z zaburzeniem dwubiegunowym jak i depresją nawracającą, jeśli nie ma szczególnych po temu wskazań, jest niemal zupełnie ignorowany w badaniach ChAS. Nawet obszernie i opublikowane w ostatnich latach prace przeglądowe nie zawierają zwykle żadnych danych dotyczących częstości występowania zaburzeń dwu- i jednobiegunowych u osób z ChAS [5].

Stosunkowo skąpe piśmiennictwo dotyczące częstości występowania zaburzeń dwu- i jednobiegunowych w przebiegu ChAS zawiera wyraźnie rozbieżne dane. Zgodnie

¹ Badanie sfinansowano z: grantu MNiSW 2 PO5D 123 29 i funduszu statutowego IPiN

Tablica 1. Częstość występowania zaburzeń afektywnych dwubiegunowych (ChAD) typu I i II oraz zaburzeń depresyjnych nawracających (ChAJ) u pacjentów z chorobą afektywną sezonową w ocenie różnych autorów

Table 1. Prevalence rates of type I and type II bipolar affective disorder and of unipolar affective disorder in SAD patients as estimated by various authors

Badanie Study	ChAJ	ChAD I	ChAD II
Faedda i wsp. 1993	51%	30%	19%
Goel i wsp. 1999*	76,4%	23,6%	–
Goel i wsp. 2002#	79,1%	3,6%	18,2%
Świącicki 2005	21%	45%	34%

* W publikacji nie określono typu zaburzeń dwubiegunowych. No information was given in the paper as to the type of bipolar disorder.

Podane odsetki nie sumują się do 100, lecz do 100,9 – tak podano w publikacji. Percentages presented in the publication total not 100%, but 100,9%.

ChAJ = choroba afektywna jednobiegunowa – unipolar affective disorder; ChAD I = choroba afektywna dwubiegunowa typu I – type I bipolar affective disorder.

ChAD II = choroba afektywna dwubiegunowa typu II – type II bipolar affective disorder

z wynikami jednego z badań przeprowadzonych przez Goel i wsp. [6] zaburzenie depresyjne nawracające występuje u 76,4%, a zaburzenie afektywne dwubiegunowe u 23,6% pacjentów z ChAS. Wyniki innego, nowszego, badania Goel i wsp. [7] wskazują na jeszcze większą częstość występowania zaburzenia depresyjnego nawracającego (79,1%) w porównaniu z zaburzeniem afektywnym dwubiegunowym typu I i II (odpowiednio 18,2 i 3,6%). Inne proporcje podają Faedda i wsp. [8], ich zdaniem częstość występowania zaburzeń depresyjnych nawracających i dwubiegunowych jest podobna (odpowiednio 51 i 49%). Jeszcze inne wyniki uzyskał jeden z autorów tej pracy [9]. W tabl. 1 przedstawiono częstość występowania zaburzeń afektywnych dwubiegunowych i zaburzeń depresyjnych nawracających w grupie pacjentów z ChAS wg badań różnych autorów.

Oczywiście w sytuacji, kiedy nie wiadomo jak wygląda proporcja pacjentów z ChAD i ChAJ u których zaburzenia mają charakter sezonowy, niewiele można także powiedzieć o porównaniu skuteczności leczenia światłem w zależności od biegunowości zaburzeń. Zgodnie z wiedzą autorów tej pracy, badania takie nie były dotychczas prowadzone, co w znacznym stopniu tłumaczy niewielką liczbę pozycji piś-

miennictwa. Tymczasem informacja taka może mieć praktyczne znaczenie, ponieważ w codziennej praktyce klinicznej lekarze przyzwyczajeni są raczej do oceny biegunowości zaburzeń afektywnych, a nie sezonowości ich przebiegu.

CEL PRACY

Celem pracy była ocena skuteczności terapii światłem w leczeniu zaburzeń afektywnych o przebiegu dwu- i jednobiegunowym.

BADANI

Do udziału w badaniu kwalifikowano kolejne osoby kierowane na fototerapię, u których rozpoznawano zaburzenia afektywne. Były to osoby leczone w Oddziale Chorób Afektywnych II Kliniki Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, lub leczone w warunkach ambulatoryjnych w Instytucie. Charakterystykę badanej grupy przedstawiono w tabl. 2.

Jak wynika z tabl. 2 jedyna istotna statystycznie różnica między grupami dotyczyła wieku zachorowania – u osób z ChAD wiek ten jest istotnie niższy, jest to prawidłowość, którą zwykle stwierdza się w porównaniach tego typu. W obu badanych grupach znaczną większość stanowiły kobiety (ok. 70%) co nie jest zgodne z najczęściej opisywaną tendencją. Kobiety powinny rzeczywiście stanowić ok. 70% grupy w przypadku ChAJ, jednak w przypadku ChAD można się było raczej spodziewać odsetka zbliżonego do 50%. Rozważania na temat możliwych przyczyn takiego zjawiska przekraczają zakres tego artykułu.

Rozpoznanie ustalano na podstawie kryteriów ICD-10 (zaburzenie depresyjne nawracające i zaburzenie afektywne dwubiegunowe – w tekście stosowane są określenia tradycyjne). Z udziału w badaniu wykluczono osoby z poważnymi niestabilnymi chorobami somatycznymi oraz osoby uzależnione od substancji psychoaktywnych. U wszystkich osób kwalifikowanych do badania przeprowadzono pełne badanie neurologiczne i laryngologiczne (wymagane w związku z innymi badaniami, w którym wzięła udział ta sama grupa chorych). Ze wstępnie zakwalifikowanej przez psychiatrę grupy 60 osób, z udziału w badaniach wyłączono 9 pacjentów – 2 z powodów neurologicznych, 7 – laryngologicznych.

Tablica 2. Charakterystyka badanej grupy

Table 2. Sample characteristics

Analizowana cecha Characteristic analyzed	Badana grupa chorych Patient group			Istotność Significance level p
	Cała grupa All patients (N=51)	ChAD (n=37)	ChAJ (n=14)	
Płeć żeńska Females	37 (72,5%)	26 (70,3%)	11 (78,6%)	ns.*
Wiek (średnia ± SD) Age (mean ± SD)	41,4 ± 12,8	40,3 ± 12,7	44,5 ± 12,8	ns [§]
Wiek na początku choroby (średnia ± SD) Age at onset (mean ± SD)	28,0 ± 11,4	25,7 ± 10,6	34,1 ± 11,6	p < 0,015 [§]
Czas trwania choroby (średnia ± SD) Illness duration (mean ± SD)	13,4 ± 10,2	14,6 ± 10,4	10,4 ± 9,1	n.s.**

* – test χ^2 ; [§] – ANOVA, ** – test U Manna-Whitneya;

ChAJ = choroba afektywna jednobiegunowa – unipolar affective disorder;

ChAD = choroba afektywna dwubiegunowa – bipolar affective disorder; n.s. – nieistotne

Wszyscy zakwalifikowani pacjenci wyrazili zgodę piśmienną na udział w badaniu. Zgodę na przeprowadzenie badania (stanowiącego część innej oceny) wyraziła Komisja Bioetyczna Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

METODA

Osoby zakwalifikowane do badania zostały poddane trwającej 14 dni fototerapii. Leczenie światłem prowadzono przy pomocy lampy Fotovita pozwalającej na uzyskanie intensywności światła ok. 10 000 luksów w odległości ok. 60 cm od źródła światła. Leczenie światłem było jedyną formą terapii biologicznej u 22 chorych, u pozostałych pacjentów ($n=29$) kontynuowano ustabilizowaną przynajmniej od 4 tygodni kurację farmakologiczną (lek przeciwdepresyjny i/lub lek normotymiczny). Stosowane kuracje nie były kontrolowane – badanie miało charakter naturalistyczny, przyjęto założenie, że efekt netto stosowanych metod farmakoterapeutycznych był porównywalny. Badane grupy nie różniły się od siebie istotnie pod względem częstości stosowanej farmakoterapii, choć leki były nieco częściej stosowane u pacjentów z ChAJ.

Stan psychiczny pacjentów oceniano w dniu rozpoczęcia badania i po zakończeniu leczenia, w 14 dniu badania. Stan psychiczny oceniano przy pomocy skali oceny depresji Hamiltona w wersji 21-punktowej (HAMD21) oraz skali *Clinical Global Impression* (CGI). Do samooceny stanu psychicznego wykorzystano skalę depresji Becka (BDI). Przy pomocy urządzenia wchodzącego w skład Wiedeńskiej Baterii Testów mierzono czas reakcji prostej i czas reakcji z wyborem w obu punktach oceny stanu psychicznego.

W celu wykonania analiz statystycznych posłużono się testem χ^2 , analizą wariancji (ANOVA), testem Manna-Whitneya oraz Kołmogorowa-Smirnowa. Konieczność wyboru testów nieparametrycznych (test Manna-Whitneya dla porównań pomiędzy grupami zmiennych niepowiązanych test Kołmogorowa-Smirnowa dla oceny średnich wartości w grupach dla zmiennych wykazujących rozkład ciągły,

który jest również wrażliwy na różnice ogólnych kształtów rozkładu w dwu próbach oraz test Wilcoxon dla zmiennych powiązanych w ocenie wyników, uwzględniający zarówno znak różnic, ich wielkość oraz kolejność przed i po fototerapii) wynikała z: (1) małej liczebności prób, (2) braku cech normalności rozkładu w obu próbach, (3) większej mocy tych testów dla prób z liczebnością < 20 przypadków, (4) mniejszą szansą na popełnienie błędu wnioskowania dla prób bez randomizacji. Analizy z wykorzystaniem testów nieparametrycznych w badaniach klinicznych nad fototerapią wykonywanych na małych próbach (15 pacjentów) szczegółowo opisali Postolache i wsp. [10].

WYNIKI

Tabl. 3 przedstawia charakterystykę grupy sporządzoną na podstawie badania wstępnego. Nasilenie depresji było w obu badanych grupach porównywalne. Czas reakcji prostej i czas reakcji wyboru był istotnie dłuższy w grupie osób z ChAD w porównaniu z osobami z ChAJ. Jest to zgodne ze znaną obserwacją wskazującą na występowanie większego spowolnienia u osób z ChAD.

Tabl. 4 przedstawia porównanie obu grup pacjentów po fototerapii. Choć w obu grupach nastąpiła wyraźna poprawa, jednak różnice między grupami (poza wynikiem w BD1) nie są istotne.

Jeśli jednak, jak to uczyniono w tabl. 5, porównamy stopień istotności poprawy w obu grupach pacjentów, okazuje się, że choć istotna poprawa stanu psychicznego nastąpiła zarówno u pacjentów z ChAJ, jak i ChAD – to u pacjentów z ChAD była ona większa przynajmniej o rząd wielkości (a zazwyczaj różnica była jeszcze większa).

OMÓWIENIE

Zgodnie z najbardziej oczywistą hipotezą wyjaśnieniem dla stwierdzonej różnicy stopnia poprawy między pacjentami z ChAD i ChAJ mogłaby być różna częstość występowania

Tablica 3. Charakterystyka grup pacjentów przed fototerapią.
Table 3. Sample characteristics at baseline, prior to phototherapy

Ocena według skal Performance level	Badana grupa chorych Patient group			Istotność Significance level p
	Cała grupa All patients (N=51)	ChAD (n=37)	ChAJ (n=14)	
Skala Becka BDI (średnia \pm SD) BDI (mean scores \pm SD)	26,5 \pm 9,2	26,4 \pm 8,3	26,8 \pm 11,5	ns*
Skala Hamiltona-21 (średnia \pm SD) HAMD-21 (mean scores \pm SD)	16,3 \pm 5,6	15,6 \pm 4,7	18,4 \pm 7,4	ns*
Skala CGI (średnia \pm SD) CGI (mean scores \pm SD)	4,0 \pm 0,8	3,9 \pm 0,7	4,3 \pm 0,9	ns*
Czas reakcji prostej (s) (średnia \pm SD) Simple RT in sec. (mean \pm SD)	537,7 \pm 118,2	557,2 \pm 115,6	479,0 \pm 110,4	$p < 0,04^{\#}$
Czas reakcji wyboru (s) (średnia \pm SD) Choice RT in sec. (mean \pm SD)	621,6 \pm 139,5	631,9 \pm 141,6	554,8 \pm 121,1	ns [#]

* test U Manna-Whitneya dla prób niezależnych Mann-Whitney U-test for independent samples

[#] test Kołmogorowa-Smirnowa dla prób niezależnych Kolmogoroff-Smirnoff test for independent samples

ChAJ – choroba afektywna jednobiegunowa unipolar affective disorder; ChAD – choroba afektywna dwubiegunowa bipolar affective disorder; ns – nieistotne not significant

Tablica 4. Charakterystyka grup pacjentów po 2 tygodniach fototerapii.

Table 4. Characteristics of the patient groups at the 2-week phototherapy completion

Ocena według skal Performance level	Badana grupa chorych Patient group			Istotność Significance level p
	Cała grupa All patients (N=51)	ChAD (n=37)	ChAJ (n=14)	
Skala Becka BDI (średnia ± SD) BDI (mean scores ± SD)	16,2 ± 10,8	14,6 ± 10,3*	20,5 ± 11,5*	p<0,04*
Skala Hamiltona-21 (średnia ± SD) HAMD-21 (mean scores ± SD)	8,9 ± 5,2	8,0 ± 4,5*	11,3 ± 6,4*	n.s.*
Skala CGI (średnia ± SD) CGI (mean scores ± SD)	3,0 ± 1,1	2,8 ± 1,1*	3,4 ± 1,1*	n.s.*
Czas reakcji prostej (s) (średnia ± SD) Simple RT in sec. (mean ± SD)	486,9 ± 125,9	505,7 ± 132,0#	430,3 ± 88,1#	n.s.#
Czas reakcji wyboru (s) (średnia ± SD) Choice RT in sec. (mean ± SD)	542,8 ± 129,0	560,1 ± 135,3#	490,7 ± 95,1#	n.s.#

* test U Manna-Whitneya dla prób niezależnych Mann-Whitney U-test for independent samples

test Kołmogorowa-Smirnowa dla prób niezależnych Kolmogoroff-Smirnoff test for independent samples

ChAJ – choroba afektywna jednobiegunowa unipolar affective disorder; ChAD – choroba afektywna dwubiegunowa bipolar affective disorder; ns – nieistotne not significant

Tablica 5. Porównanie poziomu istotności* poprawy stanu psychicznego i czasu reakcji po 2 tygodniach fototerapii

Table 5. Significance of improvement in the patients' mental health and reaction time after 2 weeks of phototherapy (significance of differences between the pre- and post-treatment scores)

Oceniana zmienna Variable measured	Badana grupa chorych Patient group		
	Cała grupa All patients (N=51)	ChAD (n=37)	ChAJ (n=14)
Skala Becka BDI BDI scores	p<0,00001	p<0,00001	p<0,01
Skala Hamiltona21 HAMD-21 scores	p<0,00001	p<0,00001	p<0,02
Skala CGI CGI scores	p<0,00002	p<0,00002	p<0,01
Czas reakcji prostej Simple reaction time	p<0,00005	p<0,0006	n.s.
Czas reakcji wyboru Choice reaction time	p<0,0005	p<0,001	p<0,01

* test Wilcoxon dla zmiennych zależnych powiązanych non-parametric Wilcoxon test for pairs

ChAJ = choroba afektywna jednobiegunowa unipolar affective disorder;

ChAD = choroba afektywna dwubiegunowa bipolar affective disorder; ns nieistotne not significant

sezonowych wahań nastroju w obu tych grupach. Rzeczywiście, jak wynika z Tabeli 6, w badanej grupie częstość ta była różna.

Słonność do sezonowych zaburzeń nastroju (niekoniernie osiagającą poziom pozwalający na rozpoznanie choroby afektywnej sezonowej) mierzono przed rozpoczęciem leczenia przy pomocy „Kwestionariusza sezonowych zaburzeń nastroju” Thompsona (w modyfikacji jednego z autorów). Stwierdzenie sezonowości nie miało wpływu na kwalifikację do badania. W grupie osób z ChAD u niemal połowy badanych stwierdzono tendencję do sezonowego występowania zaburzeń nastroju, w grupie pacjentów z ChAJ tendencja taka była rzadsza i dotyczyła około 30% badanych.

Jak widać dyskusja na temat częstości występowania różnych (pod względem cechy, którą skrótowo można określić jako „biegunowość”) zaburzeń afektywnych w przebiegu ChAS nie jest wyłącznie rozważaniem akademickim. Wyniki badania Goel i wsp. [6] wyraźnie wskazują na występowanie istotnych różnic w symptomatologii depresji zimowej zależnych od tego, czy depresja ta stanowiła element przebiegu choroby jedno- czy dwubiegunowej. W opisywanym badaniu uczestniczyło 129 osób z depresją zimową (102 ko-

biety). Autorzy oceniali częstość występowania i stopień nasilenia różnych objawów psychopatologicznych przy użyciu zmodyfikowanej skali oceny depresji Hamiltona (Hamilton Depression Rating Scale – Seasonal Affective Disorder Version – SIGH-SAD) oraz skali oceny hipomanii (Hypomania Interview Guide – Retrospective Assessment Version – HIGH-R). Stwierdzono istotne różnice między grupami – u osób z zaburzeniami dwubiegunowymi wynik w SIGH-SAD był istotnie większy, niż w grupie osób z zaburzeniem depresyjnym nawracającym, natomiast u osób z ChADI nasilenie takich zaburzeń jak wczesne poranne budzenie się, unikanie towarzystwa innych osób i spowolnienie psychoruchowe było istotnie większe, niż w pacjentów z ChADII. Większość innych ocenianych czynników, takich jak wiek, płeć, przynależność do grupy etnicznej, status małżeński i związany z zatrudnieniem nie miało istotnego wpływu na rodzaj i nasilenie występujących objawów (jedynym dodatkowym czynnikiem wpływającym na nasilenie depresji był kolor oczu – wynik w SIGH-SAD był istotnie większy u pacjentów ciemnokoch). Tak więc, zgodnie z tym czego można było oczekiwać, autorzy wykazali, że jednym z najistotniejszych czynników wpływa-

Tablica 6. Częstość występowania sezonowych zmian nastroju w badanych grupach pacjentów z chorobą afektywną dwu- i jednobiegunową
 Table 6. Prevalence of seasonal mood disorders among patients with bipolar (ChAD) and unipolar (ChAJ) affective disorder

Choroba afektywna <i>Affective disorder</i>	Depresja <i>Depression</i> N=51	
	sezonowa <i>seasonal</i>	nie sezonowa <i>non-seasonal</i>
Dwubiegunowa <i>Bipolar</i>	18 (48,6%)	19 (51,4%)
Jednobiegunowa <i>Unipolar</i>	4 (28,6%)	10 (71,4%)
Suma <i>Total</i>	22 (43,1%)	29 (56,9%)

jących na różnice w zakresie nasilenia i psychopatologii depresji jest biegunowość zaburzeń, w przebiegu których depresja występuje. Sep-Kowalikowa [11] zwraca także uwagę na fakt, iż u osób z rozpoznaniem zaburzeń afektywnych dwubiegunowych (niesezonowych) wpływ leczenia światłem jest zdecydowanie wyraźniejszy. Z kolei Shin i wsp. [12] ocenili, że u osób z zaburzeniami dwubiegunowymi, „tendencja do sezonowości” występowania faz chorobowych jest wyraźniejsza niż u osób z depresją nawracającą. Sohn i Lam [13] zwracają natomiast uwagę, że u osób z sezonowymi zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi należy zwracać uwagę na ryzyko zmiany fazy chorobowej pod wpływem np. leczenia światłem.

Zgodnie z inną, nie wykluczającą poprzedniej, hipotezą w patogenezie ChAD większą niż w przypadku ChAJ rolę mogłyby pełnić zaburzenia funkcjonowania tzw. zegara biologicznego. Ponieważ, jak wynika z niektórych badań, rola światła polega głównie na synchronizacji zegara, można by się było na tej podstawie spodziewać większej skuteczności fototerapii u pacjentów z ChAD. Zweryfikowanie tej hipotezy wymagałoby przeprowadzenia dalszych badań skoncentrowanych głównie na ocenie funkcji zegara biologicznego.

Ograniczenia badania

Badano małą grupę chorych, co zmusiło autorów do wykorzystania nieparametrycznych metod analizy statystycznej. Badanie miało charakter naturalistyczny, stąd też nie było możliwości kontrolowania istotnej zmiennej, jaka w tym badaniu była oczywiście farmakoterapia. Ze względu na bardzo niewielką liczebność grup wydało nam się niecelowe dzielenie pacjentów na grupy przyjmujących i nieprzyjmujących leków. Ze względu na te ograniczenia uzyskane wyniki należy interpretować z pewną ostrożnością i oczekiwać na ich ewentualne potwierdzenie.

WNIOSKI

1. W badanej grupie pacjentów z zaburzeniami afektywnymi leczenie światłem okazało się istotnie skuteczniejsze w grupie pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową w porównaniu z pacjentami z chorobą afektywną jednobiegunową.
2. Jednym z wyjaśnień tej różnicy może być częstsze występowanie sezonowości zaburzeń nastroju u osób z chorobą afektywną dwubiegunową.

3. Obserwacja ta może mieć istotne znaczenie praktyczne, ponieważ w codziennej praktyce klinicznej lekarze zwracają znacznie większą uwagę na biegunowość niż na sezonowość zaburzeń nastroju.

PODZIĘKOWANIE:

Autorzy dziękują prof. Przemysławowi Bieńkowskiemu za inspirację.

PIŚMIENNICTWO

1. Avery DH, Eder DN, Bolte MA, Hellekson CJ, Dunner DL, Vitiello MV, Prinz PN. Dawn simulation and bright light in the treatment of SAD: a controlled study. *Biol Psychiat*. 2001; 50: 205–216.
2. Lewy AJ, Bauer VK, Cutler NL, Sack RL, Ahmed S, Thomas KH, Blood ML, Latham Jackson JM. Morning vs evening light treatment of patients with winter depression. *Arch Gen Psychiat*. 1998; 55: 890–896.
3. Eastman CI, Young MA, Fogg LF, Liu L, Meaden PM. Bright light treatment of winter depression. A placebo-controlled study. *Arch Gen Psychiat*. 1998; 55: 883–889.
4. Terman M, Terman JS, Ross DC. A controlled trial of timed bright light and negative air ionization for treatment of winter depression. *Arch Gen Psychiat*. 1998; 55: 875–882.
5. Magnusson A, Boivin D. Seasonal affective disorder: an overview. *Chronobiology Int*. 2003; 20 (2): 189–207.
6. Goel N, Terman M, Terman JS. Depressive symptomatology differentiates subgroup of patients with seasonal affective disorder. *Depression and anxiety*. 2002; 15: 34–41.
7. Goel N, Terman N, Terman JS, Williams JBW. Summer mood in winter depressives: validation of a structured interview. *Depression and anxiety*. 1999; 9: 83–91.
8. Faedda GL, Tondo L, Teicher MH, Baldessarini RJ, Gelbard HA, Floris GF. Seasonal mood disorders. Patterns of seasonal recurrence in mania and depression. *Arch Gen Psychiat*. 1993; 50 (1): 17–23.
9. Świącicki Ł. Retrospektywna ocena przebiegu choroby afektywnej sezonowej – katamneza 5-letnia. *Post Psychiatr Neurol*. 2005; 14 (3): 175–181.
10. Postolache TT, Hardin TA, Myers FS, Turner EH, Yi LY, Barnett RL, Mathews JR, Rosenthal NE. Greater improvement in summer than with light treatment in winter in patients with seasonal affective disorder. *Am J Psychiat*. 1998; 155: 1614–1616.
11. Sep-Kowalikowa B. Fototerapia jako leczenie wspomagające u chorych depresyjnych. *Psychiatr Pol*. 2002; 36: 99–108.
12. Shin K, Schaffer A, Levitt AJ, Boyle MH. Seasonality in a community sample of bipolar, unipolar and control subjects. *J Affect Dis*. 2005; 86: 19–25.
13. Sohn CH, Lam RW. Treatment of seasonal affective disorder: unipolar versus bipolar differences. *Curr Psychiatr Rep*. 2004; 6: 478–485.

Wpłynęło: 17.07.2008. Zrecenzowano: 08.10.2008. Przyjęto: 16.10.2008.

Adres: Doc. Łukasz Świącicki, II Klinika Psychiatryczna Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Al. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa, tel. 0-22-45 82 646