



## Retrospektywna ocena przebiegu choroby afektywnej sezonowej – 5 letnia katamneza

*A Retrospective Appraisal of Seasonal Affective Disorder – 5-Year Follow-up*

ŁUKASZ ŚWIECICKI

Z II Kliniki Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

### STRESZCZENIE

**Cel.** Retrospektywna ocena przebiegu depresji zimowej u pacjentów ambulatoryjnych leczonych przez okres przynajmniej 5 lat w Pracowni Fototerapii II Kliniki Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii.

**Metoda.** Analiza danych z dokumentacji medycznej 53 pacjentów ze wstępnie rozpoznaną chorobą afektywną sezonową (depresją zimową) według kryteriów DSM-IV.

**Wyniki.** Po upływie 5 lat czysto sezonowy przebieg zaburzeń afektywnych występował nadal u 24 osób (47%), u 15 osób (27%) zaburzenia afektywne nie występowały przynajmniej w ciągu dwóch ostatnich lat, u 9 osób (17%) nadal występowały zaburzenia afektywne, zazwyczaj o większym nasileniu, ale nie miały one sezonowego przebiegu, natomiast u pięciu osób (9%) rozpoznawano zaburzenia osobowości.

**Wnioski.** Po upływie 5 lat od wstępnego rozpoznania sezonowy wzorzec występowania zaburzeń afektywnych spełniający kryteria DSM-IV utrzymywał się nadal u 47% badanych, a u 27% obserwowano względnie trwałą remisję. Pod względem podstawowych zmiennych demograficznych, osoby, u których utrzymywał się sezonowy wzorzec zaburzeń nie różniły się istotnie od tych, u których wzorzec uległ zmianie.

### SUMMARY

**Objective.** To conduct a retrospective appraisal of winter depression in out-patients treated for at least 5 years at the Phototherapy Unit, Department of Psychiatry II, Institute of Psychiatry and Neurology.

**Method.** Analysis of the medical files of 53 patients with preliminary diagnosis of seasonal affective disorder (winter depression) according to DSM-IV criteria.

**Results.** After the five-year follow-up, pure seasonal affective disorder was still found in 24 patients (47%) whereas 15 patients (27%) had shown no sign of affective disorder for at least two years and 9 patients (17%) still had affective disorders, usually more intense, but no longer seasonal and 5 patients (9%) were diagnosed with personality disorders.

**Conclusions.** Five years after the initial diagnosis the seasonal pattern of affective disorders, meeting DSM-IV criteria, persisted in 47% of patients whereas 27% of patients demonstrated relatively stable remission. As far as basic demographic variables are concerned, the patients with a persistent seasonal pattern did not differ significantly from patients in whom a change of pattern had been observed.

---

**Słowa kluczowe:** choroba afektywna sezonowa / przebieg / badanie retrospektywne

**Key words:** seasonal affective disorder / course / retrospective study

---

Zimowa postać choroby afektywnej sezonowej została po raz pierwszy opisana przez Rosenthala i wsp. w roku 1984 [1]. W ciągu następnych 20 lat opublikowano wiele prac oryginalnych poświęconych temu zagadnieniu, nadal jednak nie ma jasnej odpowiedzi na pytanie, czy choroba afektywna sezonowa (ChAS) (a dokładniej depresja zimowa w przebiegu choroby afektywnej sezonowej) stanowi tylko pewien wariant przebiegu zaburzeń afektywnych, czy też może jest odrębną jednostką chorobową, tylko pod pewnymi względami przypominającą chorobę afektywną bez cech sezonowości (nChAS). Wyniki badań porównujących symptomatologię, także opublikowanych ostatnio, wskazują na występowanie istotnych różnic pomiędzy ChAS i nChAS. Zdaniem Thalena i wsp. [2] u osób z ChAS

częściej obserwuje się zwiększony apetyt oraz objadanie się węglowodanami (*carbohydrate craving*), natomiast u pacjentów z nChAS – smutek, myśli samobójcze, spowolnienie ruchowe, zaburzenia ze strony układu pokarmowego i utratę masy ciała. W opublikowanej ostatnio pracy Pendse i wsp. [3] porównywali, przy użyciu *Comprehensive Psychopathological Rating Scale* (CPRS), 87 pacjentów z ChAS leczonych w warunkach ambulatoryjnych i 65 chorych z dużą depresją przyjętych do szpitala z powodu myśli samobójczych. Autorzy stwierdzili, że pacjenci z ChAS częściej niż osoby z nChAS relacjonują uczucie wrogości, spowolnienia, zaburzeń pamięci, nadmiernej senności, napięcia mięśni, poczucie osłabienia wrażeń sensorycznych i trudności w skupieniu myśli, rzadziej natomiast skarżą się

na trudności w podejmowaniu decyzji, natomiast osoby badające częściej obserwują u pacjentów z ChAS niepokój ruchowy, a rzadziej spowolnienie.

Obiektywne dane dotyczące różnic między ChAS i nChAS uzyskano w kilku badaniach genetycznych. Według Rosenthala i wsp. [4] występowanie krótkiego allela genu promotora transportera serotoniny (5-HTTLPR) jest związane z cechą sezonowości, autorzy nie badali jednak osób z nChAS, a jedynie porównywali pacjentów z ChAS (n = 97) z osobami zdrowymi bez objawów sezonowości (n = 71). W nowszym badaniu przeprowadzonym przez Ariasa i wsp. [5] porównywano pacjentów z ChAS i nChAS. Autorzy stwierdzili, że u osób z ChAS 7,57 razy częściej niż u osób z nChAS stwierdza się występowanie allela genu receptora 5-HT(2A) określanego jako 102C. W najnowszym badaniu Levitana i wsp. [6] wykazano związek między genem receptora dopaminowego DRD4 a występowaniem sezonowego zwiększenia masy ciała u kobiet z ChAS, jednak także w tym badaniu nie uwzględniono grupy kontrolnej osób z nChAS.

Inną metodą pozwalającą m.in. na ocenę ewentualnych odrębności ChAS i nChAS jest ocena przebiegu zaburzeń sezonowych. Można przyjąć, że gdyby udało się wykazać, że cecha sezonowego przebiegu zaburzeń afektywnych jest trwała, to świadczyłoby to na rzecz odrębności ChAS, jakkolwiek niestwierdzenie takiej trwałości może świadczyć nie tyle za różnicami ChAS-nChAS, ile przeciw stosowanym obecnie kryteriom ChAS. Posługując się różną metodologią przeprowadzono kilka badań dotyczących oceny przebiegu ChAS. Chronologicznie najstarsze jest doniesienie kazuistyczne Wirz-Justice i Hauga [7]. Autorzy opisują przypadek pacjentki, u której przez 6 lat obserwowali regularne sezonowe pojawianie się epizodów depresyjnych. W ciągu tego okresu nie występowały istotne zmiany w symptomatologii, pacjentka korzystała regularnie z fototerapii i niezmiennie dobrze reagowała na leczenie światłem. Kolejne, tym razem prospektywne, badanie przeprowadzili Leonhardt i wsp. [8]. Przez okres od 2,5 do 8,25 lat, autorzy obserwowali 26 pacjentów z ChAS i utrzymywanie się sezonowości zaburzeń stwierdzili jedynie u 9 (a więc mniej niż połowy) badanych, a u kolejnych 7 osób objawy choroby ustąpiły. Prospektywny charakter miało także badanie Sakamoto i wsp. [9]. Średni czas obserwacji wynosił aż 10,4 roku. W badaniu uczestniczyło 41 pacjentów z ChAS uczestniczących w wielośrodkowym japońskim badaniu dotyczącym tego zaburzenia. Autorzy stwierdzili, że jedynie u 9 (22%) badanych utrzymywał się identyczny sezonowy wzorzec zaburzeń, jednak podkreślają, że sezonowość (choć przesuniętą w fazie lub nieco słabszą) można było stwierdzić także u dalszych 17 osób (41%), co razem stanowi znacznie ponad 50% badanych. Zmiany w zakresie sezonowości autorzy tłumaczą wpływem leczenia przeciwdepresyjnego. Thompson i wsp. [10] badali 124 pacjentów z ChAS w okresie od 5 do 8 lat od ustalenia tego rozpoznania. Autorzy stwierdzili, że pełna sezonowość utrzymywała się u 38% badanych, jednak

u dalszych 6% stwierdzili utrzymywanie się zaburzeń o nasileniu subklinicznym, a u kolejnych 5% „zaburzenia o przebiegu sezonowym nie spełniające jednak kryteriów DSM-III-R”. Również w tym przypadku podsumowanie wspomnianych wyników wskazuje, że zaburzenia typu sezonowego utrzymywały się u ok. 50%. Jeszcze wyraźniejsze utrzymywanie się sezonowego przebiegu zaburzeń stwierdzili Schwartz i wsp. [11]. Autorzy przebadali 59 pacjentów z ChAS średnio po 8,8 latach od ustalenia rozpoznania i stwierdzili, że u 42% badanych utrzymywał się czysto sezonowy wzorzec zaburzeń, u 44% sezonowość była „zakłócona przez występowanie depresji w innych niż przewidywane okresach roku”, a u pozostałych 14% nastąpiła remisja objawów. Najnowsze z opublikowanych badań przeprowadzili Graw i wsp. [12]. Autorzy przebadali 39 pacjentów z ChAS w okresie od 2 do 5 lat od ustalenia rozpoznania. Wyniki wykazały, że pełnoobjawowa ChAS utrzymywała się u 10 osób (25%), jednak u dalszych 17 (43,5%) rozpoznawano subkliniczną postać ChAS, co dało autorom podstawy do wnioskowania, że rozpoznanie ChAS jest stabilne i wiarygodne. Z posiadanych przez mnie danych (przeгляд bazy danych Medline) wynika, że omówione badania (pięć, w tym jedno doniesienie kazuistyczne) są jedynymi dotyczącymi oceny przebiegu ChAS. Badane grupy liczyły od 20 do nieco ponad 100 chorych, a czas katamnezy średnio od 2 do ok. 10 lat. Utrzymywanie się sezonowości objawów stwierdzano u ponad 50% badanych, choć najczęściej wzorzec przebiegu zmieniał się nieco w czasie, być może pod wpływem leczenia. W większości prac jednym z wniosków był postulat uściślenia kryteriów rozpoznawania ChAS, bez wskazywania konkretnych propozycji. W Polsce nie opublikowano dotychczas badania dotyczącego przebiegu ChAS.

## CEL

Celem badania była retrospektywna ocena przebiegu zimowej postaci choroby afektywnej sezonowej w grupie osób korzystających z pomocy ambulatoryjnej Pracowni Fototerapii funkcjonującej w ramach Oddziału Chorób Afektywnych II Kliniki Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii przez okres co najmniej 5 lat, uwzględniająca również zmienne kliniczne, które mogą mieć znaczenie w przewidywaniu stałości tego przebiegu.

## METODA

Badanie przeprowadzono na podstawie analizy dokumentacji medycznej osób pozostających pod opieką Pracowni Fototerapii II Kliniki Psychiatrycznej przez okres co najmniej 5 lat z powodu zimowej postaci ChAS (wg kryteriów DSM-IV). Kryteria rozpoznawania ChAS podano w tabl. 1.

Tablica 1. Kryteria rozpoznawania choroby afektywnej sezonowej (*seasonal pattern*) wg DSM-IV

Stwierdza się regularnie występujący związek czasowy między początkiem epizodu dużej depresji w przebiegu zaburzenia afektywnego dwubiegunowego typu I lub typu II, lub zaburzenia depresyjnego nawracającego, a określonym okresem roku (np. regularne występowanie epizodów dużej depresji wiosną lub jesienią).

Uwaga: Nie należy brać pod uwagę sytuacji, w których sezonowość występowania zaburzeń wiąże się wyraźnie z występującymi okresowo stresującymi czynnikami psychospołecznymi (np. brak pracy w zimie).

Pełna remisja (lub zmiana fazy depresyjnej na hipomaniakalną lub maniakalną) także występuje w określonym okresie roku (np. depresja ustępuje wiosną).

W ciągu 2 ostatnich lat wystąpiły dwa epizody dużej depresji spełniające kryteria wymienione w punktach A i B, natomiast nie wystąpił żaden epizod dużej depresji w innym okresie roku.

Sezonowe epizody dużej depresji (spełniające przedstawione kryteria) występowały w ciągu życia danej osoby istotnie częściej niż jakiegokolwiek niesezonowe epizody dużej depresji.

Uwzględniono wszystkich pacjentów, którzy byli wstępnie kwalifikowani do leczenia światłem, niezależnie od tego, czy rzeczywiście terapię taką w późniejszym okresie podjęli. W ciągu ocenianych 5 lat, wszyscy badani mieli przynajmniej raz w roku kontakt z lekarzem prowadzącym, z reguły jesienią, po wystąpieniu pierwszych objawów depresji (w przypadku osób, u których przebieg choroby uległ zmianie, mogła to być także inna pora roku). Dane dotyczące dotychczasowego przebiegu choroby ustalano na podstawie relacji samego pacjenta, a w tych przypadkach, w których było to możliwe zbierano także wywiad od członków rodziny. Rozpoznanie wstępne i końcowe ustalano na podstawie niestandardyzowanego badania psychiatrycznego przeprowadzanego przez autora artykułu. Występowanie takich cech klinicznych jak: nadmierna senność, zwiększony apetyt, objadanie się węglowodanami, ustalano na podstawie relacji chorych. Nasilenie depresji oceniano przy pomocy 17-punktowej Skali Oceny Depresji Hamiltona (HAMD17) oraz skali *Clinical Global Impression* (od 1 – zdrowy do 7 – ciężko chory). Stan psychiczny był oceniany przez autora badania. Wszystkie osoby, których dane były uwzględniane w analizie, wyrażały zgodę na udział w innych badaniach dotyczących ChAS i fototerapii. Komisja Bioetyczna Instytutu Psychiatrii i Neurologii została zawiadomiona o wykorzystaniu przez mnie materiałów dotyczących osób z ChAS z zachowaniem pełnej anonimowości pacjentów.

## WYNIKI

### Utrzymywanie się zaburzeń sezonowych

Po upływie 5 lat czysto sezonowy przebieg zaburzeń afektywnych występował nadal u 24 osób (47%), u 15 osób (27%) zaburzenia afektywne nie występowały przynajmniej w ciągu dwóch ostatnich lat, u 9 osób (17%) nadal występowały zaburzenia afektywne, zazwyczaj o większym nasileniu, ale nie miały one sezonowego przebiegu, natomiast u 5 osób (9%) rozpoznawano zaburzenia osobowości (osobowość bierno-zależną, de-

Tablica 2. Utrzymywanie się sezonowych zaburzeń afektywnych po upływie 5 lat

Stan psychiczny po 5 latach od badania wstępnego	n	%
Utrzymywanie się zaburzeń sezonowych	24	47%
Remisja	15	27%
Niesezonowe zaburzenia afektywne	9	17%
Zaburzenia osobowości	5	9%

presyjną, chwiejną emocjonalnie), nie rozpoznawano natomiast zaburzeń afektywnych (tab. 2).

W dalszej części analizy osoby, u których po 5 latach stwierdzano ustępowanie objawów, były liczone łącznie z pacjentami, u których utrzymywały się sezonowe zaburzenia afektywne. Wynika to z przekonania autora, iż osoby w stanie remisji były w rzeczywistości w pełni skutecznie leczonymi pacjentami z ChAS. Na słuszność takiego przekonania wskazuje fakt, że przerwanie fototerapii w ciągu następnych lat prowadziło zwykle do ponownego pojawienia się objawów

### Dane demograficzne

W badaniu analizowano dane 53 pacjentów z rozpoznaniem ChAS (kryteria DSM-IV), w tym 34 kobiet (64%). Średni wiek badanych osób w czasie pierwszego ocenianego epizodu wynosił  $44,3 \pm 13,4$  lat, średni wiek zachorowania (wg relacji chorych)  $31,8 \pm 10,8$ , a średni czas trwania zaburzeń  $12,3 \pm 8,1$  lat. Według relacji pacjentów dotychczasowy przebieg choroby, przed ocenianym epizodem, był ściśle sezonowy, jednak liczne doświadczenia autora wskazują, że relacje takie są niewiarygodne. Znaczna większość badanych miała wyższe wykształcenie (44 osoby), jedynie 8 osób miało wykształcenie średnie, a tylko jedna podstawowe. W kolejnych tabelach porównano podstawowe dane demograficzne całej grupy badanych i grupy po wykluczeniu zaburzeń osobowości (tab. 3) oraz grup o różnym przebiegu zaburzeń sezonowych (tab. 4).

Jak wynika z tabl. 3 i 4 porównywane grupy nie różniły się między sobą pod względem podstawowych

Tablica 3. Podstawowe dane demograficzne wszystkich badanych (n = 53) i po wykluczeniu pacjentów z zaburzeniami osobowości (n = 48)

Analizowane zmienne	Wszyscy badani (n = 53)		Bez badanych z zaburzeniami osobowości (n = 48)	
	n	%	n	%
Płeć żeńska	32	60,4%	29	59,3%
Wiek w czasie pierwszego badania	44,3	±13,5	45,3	±13,4
Wiek zachorowania	31,8	±10,9	32,3	±10,8
Średni czas trwania choroby	12,3	±8,2	12,8	±8,4
Wykształcenie				
– wyższe	43	81,1%	40	83,3%
– średnie	9	17,0%	7	14,6%
– podstawowe	1	1,9%	1	2,1%
Osoby bezrobotne	3	5,7%	3	6,3%
Status małżeński				
– osoby w stałych związkach	29	54,7%	29	60,4%
– osoby rozwiedzione	10	18,9%	8	16,7
– osoby samotne	14	26,4%	11	22,9%

Tablica 4. Wybrane dane demograficzne w grupie osób z utrzymującym się przez 5 lat sezonowym przebiegiem zaburzeń i w grupie osób, w której przebieg zaburzeń uległ zmianie

Zmienna	Osoby z ChAS po 5 latach (n = 39)	Osoby, u których przebieg zaburzeń uległ zmianie (n = 9)	Analiza statystyczna
Wiek	44,8±13,2	47,33±15,0	ns*
Wiek zachorowania	32,6±10,3	31,33±13,3	ns*
Średni czas trwania choroby	12,0±7,8	16,0±10,5	ns*
Płeć żeńska	24 (61,5%)	5 (55,6%)	ns**
Wykształcenie			
– wyższe	32 (82,1%)	8 (88,9%)	ns***
– średnie	6 (15,4%)	1 (11,1%)	
– podstawowe	1 (2,6%)	0	
Status małżeński			
– osoby w stałych związkach	26 (66,7%)	3 (33,3%)	ns***
– osoby rozwiedzione	5 (12,8%)	3 (33,3%)	
– osoby samotne	8 (20,5%)	3 (33,3%)	

\* analiza wariancji (ANOVA), \*\* test chi<sup>2</sup> dokładny Fishera, \*\*\* test U Manna-Whitneya

danych demograficznych oraz danych związanych z przebiegiem choroby.

### Charakterystyka choroby afektywnej

W grupie osób, u których po 5 latach nadal rozpoznawano ChAS (n=24), u 11 (45%) rozpoznawano zaburzenie afektywne dwubiegunowe typu I, u 8 (34%) zaburzenie afektywne dwubiegunowe typu II, a u 5 (21%) zaburzenie depresyjne nawracające.

W tabl. 5 przedstawiono średnie nasilenie depresji podczas kolejnych badań, oceniane przy pomocy skal HAMD oraz CGI, w grupie osób, u których po 5 latach stwierdzono utrzymywanie się zaburzeń sezonowych i w grupie osób, u których zaburzenia sezonowe nie utrzymywały się (ustąpiły lub zmieniły wzorzec występowania). 17 (32%) osób z badanej grupy było w przeszłości, lub w ciągu opisywanego okresu katamnesticz-

Tablica 5. Nasilenie depresji wg skal HAMD i CGI podczas kolejnych badań

Nasilenie depresji	Osoby, u których nadal występuje ChAS (n = 39)	Osoby, u których po 5 latach nie rozpoznano ChAS (n = 9)	Analiza statystyczna*
HAMD_1	18,58±4,32	18,66±5,56	NS
HAM_2	17,46±5,70	18,44±5,96	NS
HAM_3	16,66±6,55	19,33±4,61	NS
HAM_4	13,46±7,47	19,55±3,57	p<0,01
HAM_5	11,69±8,04	19,66±3,90	p<0,005
CGI_1	4,12±0,73	4,11±0,60	NS
CGI_2	3,97±0,93	4,0±0,50	NS
CGI_3	3,79±1,12	4,44±0,52	NS
CGI_4	3,28±1,33	4,66±0,50	p<0,002
CGI_5	2,94±1,50	4,66±0,50	p<0,001

\* nieparametryczny test Kołmogorowa-Smirnowa

nego, hospitalizowanych z powodu zaburzeń depresyjnych. Samobójstwo usiłowało w przeszłości popełnić 6 (11%) z grupy badanych osób, a jedna z nich zmarła na skutek zamachu samobójczego już po zakończeniu okresu obserwacji.

Liczba punktów wg skal HAMD oraz CGI w czwartym i piątym roku badania pozwalała na zróżnicowanie porównywanych grup – u osób, u których stwierdzono utrzymywanie się zaburzeń sezonowych liczba punktów w obu skalach oceny systematycznie spadała, natomiast u osób, u których zaburzenia afektywne straciły swój sezonowy charakter utrzymywała się na podobnym poziomie (tab. 5).

### Stosowanie fototerapii

Większość osób (n = 41 tj. 77,4%) korzystała z leczenia światłem (tab. 6). Zarówno chorzy, jak i lekarz oceniali fototerapię jako skuteczną u 29 leczonych (70% osób biorących udział w leczeniu). Zwraca jednak uwagę fakt, że jedynie 16 pacjentów (39% z grupy, która korzystała z fototerapii, i tylko 55% z grupy chorych, u których fototerapia w przeszłości była skuteczna) regularnie, każdego roku, korzystało z leczenia światłem. Jak z tego wynika fototerapia, choć jest skuteczna w leczeniu ChAS, jest jednak stosunkowo rzadko stosowana nawet przez tych, którym w przeszłości zdecydowanie pomagała. Do najczęściej podawanych przyczyn należą: zbyt duży koszt lampy i niedogodności związane z koniecznością przyjeżdżania do Instytutu, w przypadku osób, które lampy nie kupiły. U 2 pacjentów, u których leczenie światłem było początkowo skuteczne, w późniejszym okresie ta skuteczność uległa wyczerpaniu. W grupie osób, u których po 5 latach nie rozpoznawano ChAS, fototerapię stosowali regularnie tylko pacjenci, których stan obecny oceniano jako remisję (7 z grupy 15 osób, a więc niemal połowa). Pozostali badani należący do tej grupy nie stosowali regularnie leczenia światłem.

Jak wynika z tabl. 6 fototerapia była najczęściej skuteczna i najbardziej regularnie stosowana przez te osoby, u których po 5 latach obserwacji stwierdzono ustąpienie objawów depresji zimowej, co jeszcze raz wskazuje na słusność traktowania tej grupy osób, jako pacjentów z „zaleconą” ChAS.

U większości badanych (45; 85%) stosowano leki przeciwdepresyjne z różnych grup, najczęściej selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny. Leki były na ogół stosowane w innych okresach czasu niż leczenie światłem, u kilku osób w ciągu ocenianych 5 lat były jednak okresy, kiedy fototerapię i leki stosowano łącznie. U 42 pacjentów obserwowano dobrą reakcję na leki przeciwdepresyjne. Leki normotymiczne stosowano w pierwszym roku badania u 12 pacjentów, a w piątym roku u 20.

### Obciążenie rodzinne

Tylko w przypadku jednej pacjentki stwierdzono niewątpliwe występowanie zaburzeń afektywnych o sezonowym przebiegu u krewnego pierwszego stopnia (u matki). Częste natomiast było występowanie w rodzinie innych zaburzeń afektywnych – zjawisko takie stwierdzono u 15 osób (28,3%).

### Współwystępowanie chorób somatycznych

Współwystępowanie istotnych klinicznie chorób somatycznych (cukrzyca, choroba wieńcowa, choroba nowotworowa) stwierdzono w pierwszym roku badania u 12 (22,6%) osób, a w piątym roku u 15 (28,3%) pacjentów, przy czym szczególnie często występowały choroby tarczycy (8 chorych; 15%).

### Inne cechy kliniczne

Porównano tu dwie grupy chorych – pierwszą, w której zaburzenia afektywne o charakterze sezonowym utrzymywały się po upływie 5 lat, lub u których stwierdzano remisję (n = 39) i drugą, w której nadal ob-

Tablica 6. Stosowanie fototerapii przez pacjentów należących do różnych grup

Grupa	Stosowano fototerapię n (%)	Fototerapia była skuteczna n (%)	Fototerapia stosowana regularnie n (%)
Osoby, u których nadal występuje ChAS (n = 24)	16 (66,6%)	14 (58,3%)	11 (45,8%)
Osoby, u których stwierdzono remisję (n = 15)	14 (93%)	14 (93,0%)	7 (46,6%)
Osoby, u których nie stwierdza się ChAS ani remisji (n = 14)	11 (78,6%)	1 (7,0%)	0 (0%)

Tablica 7. Częstość występowania wybranych cech klinicznych w grupie osób, u których zaburzenia sezonowe utrzymywały się przez okres 5 lat lub u których stwierdzono w tym okresie ustąpienie zaburzeń (ChAS; n = 39) oraz w grupie osób, u których zaburzenia afektywne straciły swój sezonowy charakter (nChAS; n = 9)

Cecha kliniczna	Choroba afektywna niesezonowa (n; %) n = 9	Choroba afektywna sezonowa (n; %) n = 39	Analiza statystyczna (p)
Zwiększony apetyt na węglowodany	22 (56%)	2 (22%)	ns; p = 0,067
Nadmierna senność	30 (77%)	3 (33%)	p = 0,012
Występowanie chorób tarczycy	4 (10%)	4 (44%)	p = 0,014

test nieparametryczny U Manna-Whitneya

serwowano zaburzenia afektywne, ale nie miały one sezonowego przebiegu ( $n=9$ ). W tabl. 7 przedstawiono zestawienie cech klinicznych, w przypadku których stwierdzono istotną lub zbliżoną do istotnej różnicę. Cechą charakterystyczną, istotnie różniącą osoby z ChAS i nChAS, jest częstsze występowanie w pierwszej z tych grup nadmiernej senności w okresach depresji. Zwiększony apetyt na węglowodany stwierdza się również częściej w grupie osób o sezonowym przebiegu zaburzeń, jednak w tym przypadku różnica nie osiąga poziomu istotności statystycznej

Porównywano także inne cechy, takie jak: nadmierny apetyt, skłonność do tycia w okresie depresji, skuteczność leków przeciwdepresyjnych, występowanie stresujących wydarzeń życiowych w czasie trwania katamnezy, występowanie chorób somatycznych, przebieg zaburzeń dwubiegunowych (typ I czy typ II), występowanie zaburzeń afektywnych, a także zaburzeń afektywnych sezonowych w rodzinie, jednak w przypadku wszystkich wymienionych cech nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy pomiędzy porównywanymi grupami.

## OMÓWIENIE

Oceniana w tym badaniu częstość utrzymywania się sezonowych zaburzeń afektywnych (47%) w okresie 5 lat, jest bardzo podobna do stwierdzonej przez Schwartza i wsp. [11] – 44% zaburzeń sezonowych, 14% remisji i Thompsona i wsp. (44%), którzy zbadali największą grupę chorych ( $n=124$ ). Wyraźnie rzadsze utrzymywanie się zaburzeń sezonowych stwierdzali zarówno Leonhardt i wsp. (ok. 34%) oraz Sakamoto i wsp. (22%), jednak badane przez nich grupy były mniejsze. Ponadto Sakamoto i wsp. obserwowali u dużej grupy badanych (41%) utrzymywanie się zmian sezonowych, ale nieco przesuniętych w czasie lub łagodniejszych. Biorąc pod uwagę odrębności kulturowe i różne miejsca zamieszkania (a więc różny stopień nasłonecznienia) badanych populacji należy uznać, że wyniki wszystkich dotychczasowych badań cechuje duża zgodność. Rozpoznanie choroby afektywnej sezonowej na podstawie kryteriów DSM-IV (tabl. 1) pozwala na przewidywanie, że w ok. 50% przypadków zaburzenia takie utrzymają się w okresie ok. 5 lat od ustalenia rozpoznania. Zdaniem autora pracy, do grupy osób, u których obserwuje się utrzymywanie się sezonowości zaburzeń afektywnych ( $n=24$ ) należałoby doliczyć osoby, u których po upływie 5 lat od rozpoznania choroby nie występowały istotne zaburzenia nastroju ( $n=15$ ). Osoby z tej drugiej grupy należy uznać za skutecznie leczonych pacjentów z ChAS. Wykorzystując swoją wiedzę o własnej chorobie uprzedzały one po prostu wystąpienie kolejnego epizodu depresji rozpoczynając fototerapię lub przyjmowanie leku przeciwdepresyjnego, a postępowanie takie okazało się wystarczająco skuteczne, aby nie doszło do nawrotu zaburzeń. Być może u osób z tej grupy występowały zaburzenia hipomaniakalne w okresie wiosennym, ale autor

nie jest w stanie zweryfikować takiego przypuszczenia, ze względu na to, że w okresie wiosennym pacjenci nie zgłaszali się do lekarza, a dane z wywiadu dotyczące występowania hipomanii są bardzo mało rzetelne.

W piśmiennictwie jest niewiele danych dotyczących rodzaju zaburzeń afektywnych u osób z ChAS. Zgodnie z wynikami Goel i wsp. [13] u 76,4% osób z ChAS w grę wchodzi zaburzenie depresyjne nawracające, a u 23,6% zaburzenie afektywne dwubiegunowe bez określenia typu. Wyniki innego badania przeprowadzonego przez Goel i wsp. [14] wskazują na występowanie depresji nawracającej nawet u 79,1%, natomiast zaburzenia afektywnego dwubiegunowego typu II i typu I odpowiednio u 18,2 i 3,6% (podane odsetki nie sumują się do 100, lecz do 100,9 – tak w oryginale). Zupełnie inne proporcje podają Faedda i wsp. [15]. Zgodnie z uzyskanymi przez nich wynikami depresja nawracająca występuje u ponad połowy (51%) osób z ChAS, u pozostałych 49% stwierdza się zaburzenia afektywne dwubiegunowe, przy czym częściej (w 30% przypadków) są to zaburzenia typu I, a najrzadziej typu II. Wyniki prezentowanego w tej pracy badania są znacznie bliższe uzyskanym przez Faedda i wsp., choć stwierdzona częstość występowania zaburzeń dwubiegunowych jeszcze wyraźniej przeważała nad częstością występowania zaburzeń jednobiegunowych (79 do 21%). Stwierdzone różnice mogą być związane z odmiennościami związanymi z praktyką rozpoznawania zaburzeń maniakałnych i hipomaniakałnych.

Zwraca uwagę fakt, że choć fototerapia była bardzo skuteczną metodą leczenia u osób z ChAS (niemal 60% osób z utrzymującym się sezonowym wzorcem zaburzeń oraz ponad 90% z utrzymującą się remisją dobrze reaguje lub w przeszłości reagowało na leczenie światłem), to jednak stosunkowo niewielu chorych (ok. 40%) decyduje się na jej stosowanie każdego roku. Przyczyną może być fakt, iż wbrew dość ugruntowanym przekonaniom, stosowanie fototerapii nie jest wcale zbyt wygodne. W przypadku osób, które nie mogą sobie pozwolić na zakup własnej lampy (koszt rzędu 700–1000 zł) konieczne są codzienne dojazdy np. do szpitala czy przychodni. Również osoby posiadające własne lampy muszą poświęcić sporo czasu na codzienne naświetlania (od 30 minut do godziny), przy czym muszą zachowywać dyscyplinę dotyczącą warunków leczenia (odległość od lampy, unikanie odwracania głowy itp.). Nawet stosunkowo niewielkie zmiany warunków naświetlania mogą wyraźnie wpłynąć na skuteczność leczenia, na co zwraca uwagę M. Terman na swojej stronie internetowej. Biorąc pod uwagę różne niedogodności trudno się dziwić, że wielu pacjentów decyduje się raczej na przyjmowanie leków przeciwdepresyjnych, co pomimo działań niepożądanych tych środków, okazuje się często wygodniejszą metodą leczenia.

Stwierdzenie w grupie osób z utrzymującymi się zaburzeniami sezonowymi większej senności oraz tendencji, choć nie osiągającej poziomu istotności, do objadania się węglowodanami, jest zgodne z obserwacjami

innych autorów [2, 3]. Wydaje się, że dodanie tych cech do kryteriów rozpoznawania choroby mogłoby poprawić swoistość tych kryteriów.

Istotnym ograniczeniem badania jest wykorzystanie metody retrospektywnej oceny danych. Ponadto, ograniczenie grupy badanych do osób, które w kolejnych latach spontanicznie zgłaszały się do Pracowni Fototerapii mogło wpłynąć na zafałszowanie wyniku, ponieważ osoby, u których nie utrzymywał się sezonowy wzorzec zaburzeń mogły mieć mniejszą motywację do przychodzenia na kolejne badania.

Dodatkowego wyjaśnienia wymaga zagadnienie stosowania leków normotymicznych przez część badanych – 12 osób w pierwszym i 20 – w piątym roku badania. Tego typu postępowanie może potencjalnie wpływać (po to jest stosowane) na przebieg choroby, a więc w tym przypadku zaciemniać wynik badania. Jednak w opisywanym przypadku sytuacja taka w rzeczywistości nie miała miejsca, ponieważ w grupie 20 osób, które w piątym roku badania przyjmowały lek normotymiczny, aż u 15 (75%) nadal występowały zaburzenia afektywne o charakterze sezonowym. Tak więc odsetek osób, u których przebieg choroby nie uległ zmianie był w tym przypadku wyraźnie większy (a nie mniejszy!) niż w całej grupie. Można z tego wyciągnąć wniosek, że w badanej grupie leczenie normotymiczne było w rzeczywistości bardzo mało skuteczne. Prawdopodobnym wyjaśnieniem tego zjawiska może być niestosowanie się do zaleceń, związanych z koniecznością regularnego przyjmowania leków – znaczna większość chorych z depresją zimową nie przychodzi na umówione wizyty w okresie od wiosny do jesieni.

## WNIOSKI

- Po upływie 5 lat od ustalenia wstępnego rozpoznania, sezonowy wzorzec występowania zaburzeń afektywnych spełniający kryteria DSM-IV dla rozpoznania choroby afektywnej sezonowej utrzymywał się nadal u 47% badanych, a u 27% obserwowano względnie trwałą remisję.
- Osoby, u których utrzymywał się sezonowy wzorzec zaburzeń nie różniły się istotnie od tych, u których wzorzec uległ zmianie pod względem podstawowych zmiennych demograficznych.
- U osób z utrzymującym się sezonowym przebiegiem zaburzeń sezonowych istotnie częściej stwierdzano skargi na nadmierną senność w okresie depresji. W grupie osób, u których nie utrzymał się sezonowy przebieg zaburzeń afektywnych częściej obserwowano choroby tarczycy. W grupie osób o stałym sezonowym przebiegu nieco częściej występował nadmierny apetyt na słodczyce, ale w tym przypadku różnica nie jest znamienna statystycznie.
- Fototerapia jest skuteczną metodą leczenia depresji zimowej, jednak pacjenci w kolejnych latach dość

rzadko korzystali z niej regularnie, wiele osób wybierało farmakoterapię.

## PIŚMIENNICTWO

- Rosenthal NE, Sack DA, Gillin JC, Lewy AJ, Goodwin FK, Davenport Y, Mueller PS, Newsome DA, Wehr TA. Seasonal affective disorder: a description of the syndrome and preliminary findings with light therapy. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41: 72–80.
- Thalen BE, Kjellman BF, Morkrid L, Wetterberg L. Seasonal and non-seasonal depression. A comparison of clinical characteristics in Swedish patients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1995; 245 (2): 101–8.
- Pendse BP, Engstrom G, Traskman-Bendz L. Psychopathology of seasonal affective disorder patients in comparison with major depression patients who have attempted suicide. *J Clin Psychiatry* 2004; 65 (3): 322–7.
- Rosenthal NE, Mazzanti CM, Barnett RL, Hardin TA, Turner EH, Lam GK, Ozaki N, Goldman D. Role of serotonin transporter promoter repeat length polymorphism (5-HTTLPR) in seasonality and seasonal affective disorder. *Mol Psychiatry* 1998; 3 (2): 175–7.
- Arias B, Gutierrez B, Pintor L, Gasto C, Fananas L. Variability in the 5-HAT(2A) receptor gene is associated with seasonal pattern in major depression. *Mol Psychiatry* 2001; 6 (2): 239–42.
- Leviton RD, Masellis M, Basile VS, Lam RW, Kaplan AS, Davis C, Muglia P, Mackenzie B, Tharmalingam S, Kennedy SH, Macciardi F, Kennedy JL. The dopamine-4 receptor gene associated with binge eating and weight gain in women with seasonal affective disorder: an evolutionary perspective. *Biol Psychiatry* 2004; 56 (9): 665–9.
- Wirz-Justice A, Haug HJ. Stimmungsverlauf über 6 Jahre bei einer patientin mit saisonal abhängiger depressionsform (SAD). *Fortschr Neurol Psychiatr* 1991; 59 (11): 453–5.
- Leonhardt G, Wirz-Justice A, Krauchi K, Graw P, Wunder D, Haug HJ. Long-term follow-up of depression in seasonal affective disorder. *Compr Psychiatry* 1994; 35 (6): 457–64.
- Sakamoto K, Nakadaira S, Kamo K, Kamo T, Takahashi K. A longitudinal follow-up study of seasonal affective disorder. *Am J Psychiatry* 1995; 152 (6): 862–8.
- Thompson C, Raheja SK, King EA. A follow-up study of seasonal affective disorder. *Br J Psychiatry* 1995; 167 (3): 380–4.
- Schwartz PJ, Brown C, Wehr TA, Rosenthal NE. Winter seasonal affective disorder: a follow-up study of the first 59 patients of the National Institute of Mental Health Seasonal Studies Program. *Am J Psychiatry* 1996; 153 (8): 1028–36.
- Graw P, Gisin B, Wirz-Justice A. Follow-up study of seasonal affective disorder in Switzerland. *Psychopathology* 1997; 30 (4): 208–14.
- Goel N, Terman M, Terman JS, Williams JBW. Summer mood in winter depressives: validation of a structured interview. *Depress Anxiety* 1999; 9: 83–91.
- Goel N, Terman M, Terman JS. Depressive symptomatology differentiates subgroup of patients with seasonal affective disorder. *Depress Anxiety* 2002; 15: 34–41.
- 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 Psychiatry* 1993; 50 (1): 17–23.