

AGATA ZDUN-RYŻEWSKA, MIKOŁAJ MAJKOWICZ

## **RÓŻNICE POD WZGLĘDEM JAKOŚCI ŻYCIA MIĘDZY PACJENTAMI Z CHOROBAŃ AFEKTYWNĄ JEDNOBIEGUNOWĄ I DWUBIEGUNOWĄ**

### **DIFFERENCES IN THE QUALITY OF LIFE BETWEEN PATIENTS WITH RECURRENT AND BIPOLAR AFFECTIVE DISORDERS**

Zakład Badań nad Jakością Życia Katedry Psychologii  
Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego  
kierownik: prof. dr hab. Mikołaj Majkovicz

Celem badań była odpowiedź na pytanie o różnice w poziomie jakości życia pomiędzy osobami z zaburzeniem depresyjnym nawracającym, a zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi, na różnych etapach leczenia.

Badano pacjentów Kliniki Chorób Psychiczych i Zaburzeń Nerwicowych Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego wykorzystując metody: Inwentarz Depresji Becka, Skala Depresji Hamiltona, oraz Kwestionariusz Jakości Życia w Depresji Sonji M. Hunt i Stephena McKenny.

Jakość życia w grupie pacjentów z chorobą afektywną jednobiegunową i dwubiegunową ulega poprawie wraz z czasem trwania leczenia. Pomiar w momencie rozpoczęcia hospitalizacji wskazuje porównywalną niską jakość życia w obu grupach. W momencie zakończenia hospitalizacji pacjenci z chorobą afektywną dwubiegunową charakteryzują się wyższą jakością życia.

W trakcie hospitalizacji w obu grupach pacjentów następuje zmniejszenie nasilenia objawów depresyjnych, oraz istotna poprawa jakości życia.

Wystąpiły różnice w dynamice zmian – u pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową poprawa następowała szybciej i była wyraźniejsza. Różnice uwidaczniają się w momencie zakończenia hospitalizacji i w okresie remisji.

Wydaje się, że zagadnienie Jakości Życia jest wpisane w nurt rozważań psychiatrycznych już od samych jego początków. Oficjalnie jednak hasło „jakości życia pacjenta” pojawiło się stosunkowo późno, bo dopiero w latach 80tych w krajach skandynawskich i Stanach Zjednoczonych [9]. Obecnie, choć jest niezwykle popularne i intuicyjnie rozumiane przez każdego – lekarza, pacjenta, członka rodziny, czy psychologa, może stwarzać pewne trudności na gruncie metodologicznym. Dla przykładu Gill i Feinstein [3] przeanalizowali 75 wybranych artykułów, które poruszały tematykę Jakości Życia – jedynie w 15% z nich autorzy definio-

wali samo pojęcie „jakości życia”. Powstają liczne narzędzia do pomiaru Jakości Życia, a wiele z nich nie ma żadnych podstaw teoretycznych i często nie spełnia podstawowych wymogów metodologiczno-psychometrycznych. To ugruntowanie teoretyczne narzędzia jest bardzo ważne, bo w zależności od tego jak zdefiniujemy pojęcie jakości życia, jego powiązania z takimi pojęciami jak „zdrowie”, czy „choroba” mogą różnie wyglądać. Na przykład depresja jest zwykle kojarzona z dużymi trudnościami w codziennym funkcjonowaniu, oraz niską jakością życia, co wydaje się potwierdzać wiele badań [13]. Często jednak autorzy tych badań traktują Jakość Życia jednowymiarowo, dodatkowo redukując ją do hasła „dobrostanu” czyniąc całe zagadnienie oczywistym (osoba w stanie depresji, nie będzie miała dobrego samopoczucia). Tymczasem wielowymiarowe ujęcie Jakości Życia stwarza o wiele więcej możliwości interpretacyjnych. Takie pomiary mogą być interesującym uzupełnieniem metod sprawdzających efektywność leczenia. Dodatkowo obecnie coraz częściej mówi się w kontekście pacjentów psychiatrycznych, że leczenie i wszelkie stosowane procedury terapeutyczne i psychoterapeutyczne powinny nie tylko łagodzić objawy, ale i prowadzić do zwiększenia jakości życia [8,14]. Poznanie dynamiki zmian jakości życia, oraz wszelkich czynników mogących ją determinować może być w tym bardzo przydatne. Zwłaszcza w kontekście ewentualnych różnic między pacjentami z chorobą afektywną jednobiegunową (stosowane w pracy synonimy: zaburzenia depresyjne nawracające, zaburzenia afektywne jednobiegunowe) i dwubiegunową (synonimy: zaburzenia afektywne dwubiegunowe, cyklofrenia), gdzie doniesień w tym temacie jest bardzo mało, a często są one sprzeczne ze sobą.

## CEL

Celem badawczym pracy było udzielenie odpowiedzi na pytania o różnice w poziomie jakości życia pomiędzy hospitalizowanymi chorymi z zaburzeniami depresyjnymi nawracającymi, a zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi. Dodatkowym celem było zbadanie dynamiki zmian jakości życia w obu tych grupach, z uwzględnieniem kontekstu choroby, czyli nasilenia objawów depresyjnych w różnych momentach leczenia. Pomiar pierwszy miał miejsce w pierwszym tygodniu rozpoczynającą hospitalizację, pomiar drugi odbywał się w momencie opuszczania szpitala, w stanie względnej poprawy, a pomiar trzeci w okresie remisji (trzy miesiące od momentu zakończenia hospitalizacji).

Projekt badań uzyskał opinię nie budzącą zastrzeżeń natury etycznej od Niezależnej Komisji Bioetycznej do Spraw Badań Naukowych przy Akademii Medycznej w Gdańsku.

## MATERIAŁ I METODY

W badaniach wzięło udział w pierwszym pomiarze 104 pacjentów (w pomiarze drugim 60, a trzecim 40) hospitalizowanych z powodu choroby afektywnej (głównie w Klinice Chorób Psychiczych i Zaburzeń Nerwicowych Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego). Charakterystyka społeczno-demograficzna badanej grupy przedstawiała się następująco – 66% kobiet, 34% mężczyzn; średni wiek 51 lat (odchylenie standardowe 13), przeważały osoby z wykształceniem średnim (43%), zawodowym (24%) i wyższym (26%). Większość (52%) znajdowała się w stałym związku. Znacząca część badanej grupy była bezrobotna (45%), w porównaniu do osób pracujących (27%).

Rozpoznanie dokonywał lekarz prowadzący (specjalista z zakresu psychiatrii), który zajmował się leczeniem pacjenta w trakcie jego pobytu na oddziale. W badanej grupie przeważały osoby z rozpoznaniem choroby afektywnej jednobiegunowej (83%), co pozostaje w zgodzie z ogólnymi statystykami dotyczącymi liczby rozpoznań obu chorób. Większość (92%) badanej grupy stanowiły osoby, które miały za sobą wcześniejsze epizody depresyjne.

Kryteria włączenia do grupy badawczej spełniły osoby u których rozpoznano chorobę afektywną jednobiegunową lub dwubiegunową, znalazły się w przedziale wiekowym od 18 do 60 lat, miały wykształcenie co najmniej podstawowe, oraz wyraziły zgodę na przeprowadzenie badania. Kryteria wykluczające były następujące: zaburzenia funkcji poznawczych w stopniu utrudniającym rozumienie treści kwestionariuszy, współistniejące dodatkowe choroby, czy niepełnosprawność mogąca mieć wpływ na jakość życia pacjentów poza badaną chorobą.

W badaniach posłużono się różnymi metodami. Do pomiaru nasilenia objawów depresyjnych wykorzystano miarę subiektywną – Inwentarz Depresji Becka oraz tzw. obiektywną Skalę Depresji Hamiltona. W badaniach zastosowano również uprzednio przystosowany do warunków polskich Kwestionariusz Jakości Życia w Depresji (Quality of Life In Depression Scale) autorstwa Sonji M. Hunt i Stephen McKenny [7]. Podłożem teoretycznym tej skali jest koncepcja jakości życia związana z potrzebami i wynikające z niej założenie, że im więcej własnych potrzeb człowiek jest w stanie zaspokajać, tym lepsza jego jakość życia. Kwestionariusz QLDS jest wypełniany samodzielnie przez pacjenta w czasie około 7 minut. Składa się z 34 stwierdzeń, na które możliwa jest odpowiedź tak lub nie. Wynik testu jest sumą wszystkich punktów – im wyższy, tym niższa jakość życia.

Analizę statystyczną wykonano za pomocą pakietu Statistica Pl (wersja 8, StatSoft Polska).

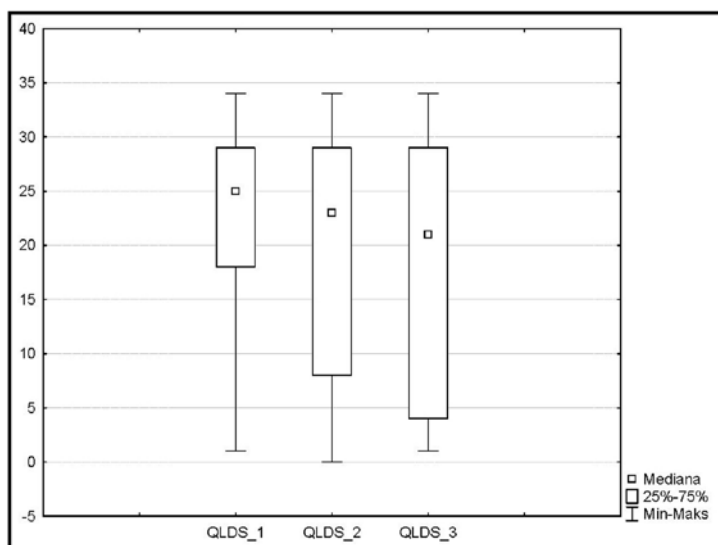
## WYNIKI

Jakość życia w grupie pacjentów z chorobą afektywną jednobiegunową w sposób istotny się zmienia, ulegając wyraźnej poprawie wraz z czasem trwania leczenia, co zostało przedstawione na rycinie 1 ( $\chi^2$  ANOVA=6,632,  $p=0,04$ ). Różnica między pomiarem pierwszym (w momencie rozpoczynania hospitalizacji), a drugim (w sytuacji opuszczania szpitala) jest istotna statystycznie. Brak różnic między pomiarem drugim, a trzecim (w okresie remisji), co wskazuje na brak dalszych zmian w zakresie jakości życia i pewną jej stabilizację w okresie remisji (ryc. 1, tab. I).

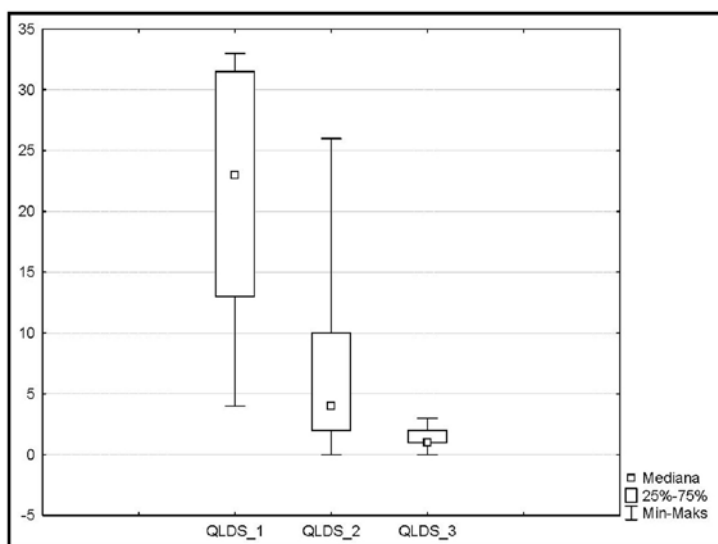
Zasadniczo podobny układ wyników można zaobserwować w grupie pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową ( $\chi^2$  ANOVA=9,579,  $p=0,008$ ), co przedstawia rycina 2. W tej grupie także następowała poprawa jakości życia w trakcie leczenia (różnice między pomiarem pierwszym a drugim są istotne statystycznie), oraz pewnego rodzaju stabilizacja i brak dalszych zmian od momentu opuszczenia szpitala, do ostatniego trzeciego pomiaru (brak różnic istotnych statystycznie między pomiarem drugim, a trzecim) (ryc. 2, tab. II).

Sposób w jaki poprawia się jakość życia w obu grupach wydaje się być podobny. Tym co różni obie grupy jest jednak tempo następowania tych zmian, co przedstawia rycina 4.

Pierwszy pomiar w momencie rozpoczynania hospitalizacji wskazuje równie niską jakość życia w obu grupach, między którymi nie ma różnicy istotnej statystycznie. Jednak już w momencie kończenia hospitalizacji, w stanie względnej poprawy różnice między obiema grupami uwidaczniają się.



Ryc. 1. Pomiar jakości życia w grupie pacjentów z chorobą afektywną jednobiegunową  
Fig. 1. The measurement of the quality of life in group of patients with unipolar affective disorder



Ryc. 2. Pomiar jakości życia w grupie pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową  
Fig. 2. The measurement of the quality of life in group of patients with bipolar affective disorder

Tabela I. Różnice między kolejnymi pomiarami jakości życia dla grupy pacjentów z chorobą afektywną jednobiegunową

Table I. Differences in quality of life in group of patients with recurrent affective disorder

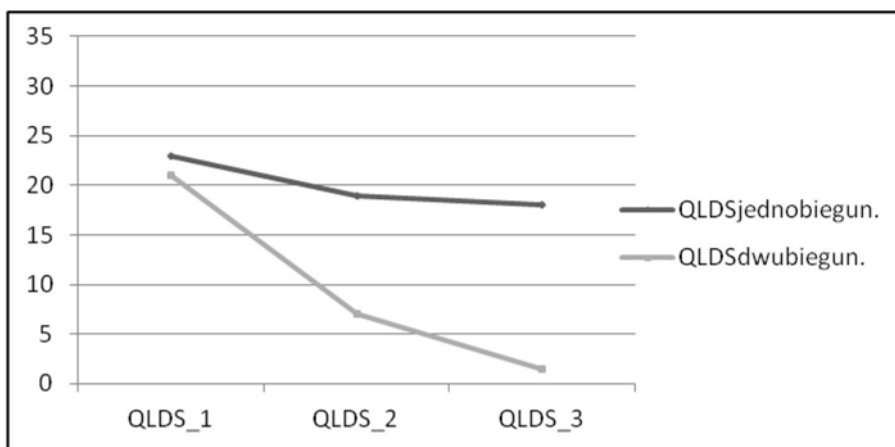
Para zmiennych Pair of variables	Test znaków poziom p Sign test p-value
QLDS1 & QLDS2	<u>0,028</u>
QLDS2 & QLDS3	0,296
QLDS1& QLDS3	<u>0,021</u>

Tabela II. Różnice między kolejnymi pomiarami jakości życia dla grupy pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową

Table II. Differences in quality of life in group of patients with bipolar affective disorder

Para zmiennych Pair of variables	Test znaków poziom p Sign test p-value
QLDS1&QLDS2	<u>0,003</u>
QLDS2&QLDS3	0,134
QLDS1&QLDS3	0,074

Pacjenci z chorobą afektywną dwubiegunową charakteryzują się wyższą jakością życia w porównaniu z pacjentami z chorobą jednobiegunową, na co wskazują niższe wartości miar położenia (Me, Q1, Q3, średnia) dla grupy z zaburzeniami dwubiegunowymi. Podobna rozbieżność między obiema grupami wystąpiła również przy trzecim pomiarze po trzech miesiącach w stanie remisji, przy czym różnica jeszcze bardziej powiększa się na korzyść pacjentów z rozpoznaniem dwubiegunowym, których jakość życia jest nieporównywalnie lepsza.



Ryc. 3. Pomiary jakości życia w grupie pacjentów z chorobą afektywną jednobiegunową i dwubiegunową

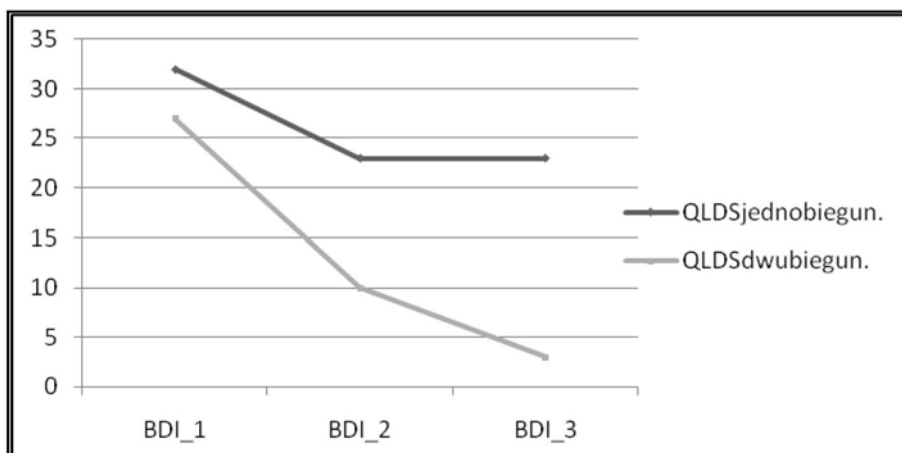
Fig. 3. Measurements of the quality of life in groups of patients with bipolar and unipolar affective disorder

Tabela III. Porównaniu obu grup pacjentów pod względem jakości życia mierzonej kwestionariuszem QLDS

Table III. Comparison between two group of patients with quality of life measured by QLDS

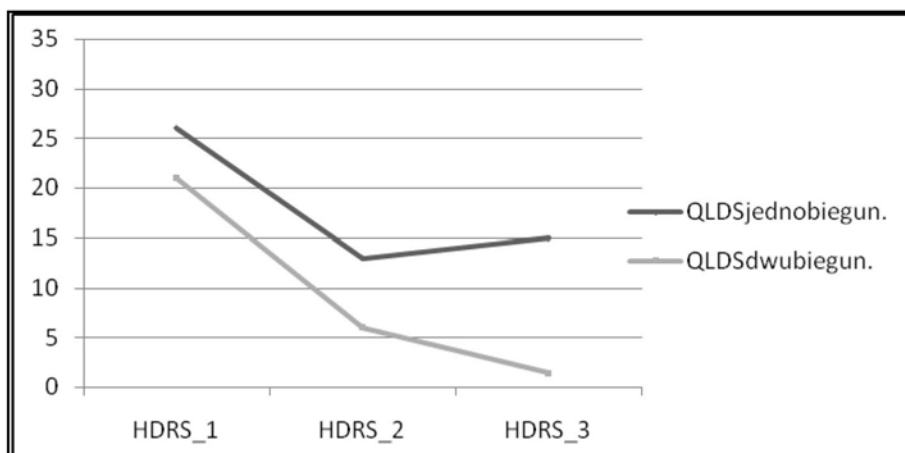
	Średnia Mean		Odchylenie standardowe Standard deviation		Poziom p Testu U p-value Mann-Whitney U
	Zaburzenia dwubiegunowe Bipolar disorder	Zaburzenia jednobiegunowe Unipolar disorder	Zaburzenia dwubiegunowe Bipolar disorder	Zaburzenia jednobiegunowe Unipolar disorder	
QLDS_1	21,19	23,15	9,99	8,45	0,504
QLDS_2	<u>6,55</u>	<u>19,05</u>	<u>7,39</u>	<u>10,69</u>	<u>0,001</u>
QLDS_3	<u>1,40</u>	<u>17,80</u>	<u>1,14</u>	<u>11,87</u>	<u>0,001</u>

Porównując obie grupy pacjentów pod względem nasilenia objawów depresji (mierzonymi miarą subiektywną i obiektywną) można zauważyć, że w momencie rozpoczęcia hospitalizacji nie występują istotne statystycznie różnice w stanie klinicznym. Różnice uwidaczniają się w sytuacji kończenia hospitalizacji, w stanie względnej poprawy, która jest wyraźniejsza u pacjentów z chorobą dwubiegunową. Różnice te stają się jeszcze bardziej widoczne w trakcie trzeciego pomiaru w okresie remisji. Ponadto grupa pacjentów z chorobą afektywną jednobiegunową wydaje się być bardziej zróżnicowana (występuje tutaj większa rozpiętość między wynikami minimalnymi i maksymalnymi).



Ryc. 4. Porównanie pod względem nasilenia depresji mierzonej Skalą Depresji Becka

Fig. 4. Comparison in terms of severity of depression measured by the Beck Depression Inventory



Ryc. 5. Porównanie pod względem nasilenia depresji mierzonej Skalą Hamiltona

Fig. 5. Comparison in terms of severity of depression measured by the Hamilton Rating Scale

Tabela IV. Porównanie obu grup pacjentów pod względem nasilenia objawów depresyjnych zmierzonych Skalą Depresji Becka i Skalą Depresji Hamiltona

Table IV. Comparison between two group of patients with depressive symptoms measured by Beck Depression Inventory and Hamilton Rating Scale

	Średnia Mean		Odchylenie standardowe Standard deviation		Poziom p Testu U p-value Mann-Whitney U
	Zaburzenia dwubiegunowe Bipolar disorder	Zaburzenia jednobiegunowe Unipolar disorder	Zaburzenia dwubiegunowe Bipolar disorder	Zaburzenia jednobiegunowe Unipolar dis- order	
HDRS_1	21,25	26,23	8,75	8,88	0,065
HDRS_2	6,18	13,16	4,05	7,62	0,004
HDRS_3	1,40	14,57	1,52	9,41	0,002
BDI_1	27,38	31,86	14,17	12,43	0,176
BDI_2	9,64	22,96	6,82	12,20	0,001
BDI_3	2,60	23,06	2,19	13,48	0,003

## DYSKUSJA

U obu grup pacjentów z chorobą afektywną jednobiegunową i dwubiegunową wystąpiło pod wpływem leczenia wyraźne zmniejszenie nasilenia objawów depresyjnych, oraz poprawa jakości życia. Autorzy licznych badań zauważyli również fakt poprawy jakości życia wraz z upływem czasu, pod wpływem skutecznego leczenia symptomów depresji, czy psychoterapii [11,15].

Tym co różniło obie grupy była dynamika tych zmian – poprawa była szybsza i wyraźniejsza w grupie pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową. Taki stan rzeczy nie odnajduje pełnego potwierdzenia w literaturze, gdzie raczej można spotkać się z doniesieniami dotyczącymi braku różnic między pacjentami z chorobą afektywną jednobiegunową i dwubiegunową [1,5], albo o gorszej jakości życia u pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową [10,6]. Uzyskany wynik jest jednak ciekawy i na pewno wart dalszej weryfikacji ze względu na fakt, że pozostawałby w logicznej zgodzie ze współczesnymi systemami klasyfikacyjnymi, które wyraźnie różnicują oba typy chorób między innymi ze względu na osobowość przedchorobową. Niemiecki psychiatra Tellenbach przedstawił swoją teorię osobowości „typus melancholicus”, która charakteryzuje się introwersją, depresyjnością, melancholią i neurotyzmem i może w przyszłości łączyć się z pojawieniem jednobiegunowych stanów depresyjnych. Van Zerssen stworzył koncepcję osobowości, która może predestynować do występowania objawów o charakterze maniackalnym „typus manicus”, która może być opisana przy pomocy takich cech jak: ekstrawersja, syntoniczność, hipertymiczność, cyklotymiczność. Te różnice osobowościowe mogą mieć wpływ na wolniejszy powrót do zdrowia i niższą jakość życia u z „natury” bardziej melancholijnych osób. Dodatkowo to właśnie w grupie pacjentów z chorobą afektywną jednobiegunową częściej (u ok.25%) występuje po ustąpieniu objawów depresji stan subdepresji, a nawet do 30% cierpi z powodu utrzymujących się objawów depresji. Może to tłumaczyć niższą jakość życia w tej grupie pacjentów, co znajduje odzwierciedlenie w literaturze np. Doesschate i wsp. [2], czy Moses i wsp. [12] potwierdzili, że u osób z chorobą afektywną nawracającą nawet w okresie remisji występuje niższa jakość życia w porównaniu z osobami w populacji ogólnej.

Oba typy chorób może również różnicować tło genetyczne, czego dowodem mogą być na przykład badania nad współwystępowaniem zaburzeń afektywnych u bliźniąt [4], które sugerowałyby większy udział czynnika genetycznego w powstawaniu choroby afektywnej dwubiegunowej w porównaniu z jednobiegunową.

Badania miały pewne ograniczenie w postaci malejącej wraz z każdym pomiarem liczby osób badanych. W pierwszym pomiarze (w momencie rozpoczęcia hospitalizacji) udział wzięło 104 pacjentów, w drugim 60 (w stanie poprawy, w momencie kończenia hospitalizacji), a w trzecim 40 (w okresie remisji). Zwłaszcza do wyników trzeciego pomiaru należy podejść z ostrożnością, potraktować jako pewną tendencję w wynikach, na tyle jednak ciekawą, że wartą dalszej weryfikacji.

## WNIOSKI

1. W trakcie hospitalizacji, pod wpływem leczenia farmakologicznego i oddziaływań psychoterapeutycznych w obu grupach pacjentów (z chorobą afektywną jednobiegunową i dwubiegunową) następuje zmniejszenie nasilenia objawów depresyjnych, oraz istotna poprawa jakości życia.
2. Między obiema grupami pacjentów wystąpiły różnice w dynamice zmian – u pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową poprawa następowała szybciej i była wyraźniejsza. Różnice uwidaczniają się w momencie kończenia hospitalizacji i w okresie remisji.



## PIŚMIENNICTWO:

1. Dean B. B., Gerner D., Gerner R. H.: A systematic review evaluating health-related quality of life, work impairment, and healthcare costs and utilization in bipolar disorder. *Curr. Med. Res. Opin.* 2004, 20, 2, 139. – 2. ten Doesschate M. C., Koeter M. W., Bockting C. L., Schene A. H.: Health related quality of life in recurrent depression: a comparison with a general population sample. *J. Affect. Disord.* 2010, 120, 1-3, 126. – 3. Gill T. M., Feinstein A. R.: A critical appraisal of the quality of life measurements. *JAMA* 1994, 272, 8, 619. – 4. Godlewska B.: Genetyka i psychiatria w praktyce lekarskiej. *Psychiatr. Prakt. Ogólnolek.* 2007, 7, 2, 97. – 5. Goldberg J. F., Harrow M.: Subjective life satisfaction and objective functional outcome in bipolar and unipolar mood disorders: a longitudinal analysis. *J. Affect. Disord.* 2005, 89, 1-3, 79. – 6. ten Have M., Vollebergh W., Bijl R., Nolen W. A.: Bipolar disorder in the general population in The Netherlands (prevalence, consequences and care utilisation): results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *J. Affect. Disord.* 2002, 68, 2/3, 203. – 7. Hunt S. M., McKenna S. P.: The QLDS: a scale for the measurement of quality of life in depression. *Health Policy* 1992, 22, 3, 307. – 8. Kennedy S. H., Eisfeld B. S., Cooke R. G.: Quality of life: an important dimension in assessing the treatment of depression? *J. Psychiatr. Neurosci.* 2001, 26, suppl., S23. – 9. Malm U., May P. R. A., Dencker S. J.: Evaluation of the quality of life of the schizophrenic outpatient: a checklist. *Schizophr. Bull.* 1981, 7, 3, 477. – 10. Michalak E. E., Murray G., Young A. H., Lam R. W.: Burden of bipolar depression: impact of disorder and medications on quality of life. *CNS Drugs* 2008, 22, 5, 389.
11. Miller I. W., Keitner G. I., Schatzberg A. F., Klein D. N., Thase M. E., Rush A. J., Markowitz J. C., Schlager D. S., Kornstein S. G., Davis S. M., Harrison W. M., Keller M. B.: The treatment of chronic depression. Part 3: psychosocial functioning before and after treatment with sertraline or imipramine. *J. Clin. Psychiatr.* 1998, 59, 11, 608. – 12. Moses T., Leuchter A. F., Cook I., Abrams M.: Does the clinical course of depression determine improvement in symptoms and quality of life? *J. Nerv. Ment. Dis.* 2006, 194, 4, 241. – 13. Papakostas G. I., Petersen T., Mahal Y., Mischoulon D., Nierenberg A. A., Fava M.: Quality of life assessments in major depressive disorder: a review of the literature. *Gen. Hosp. Psychiatr.* 2004, 26, 1, 13. – 14. Sachs G. S., Rush A. J.: Response, remission, and recovery in bipolar disorders: what are the realistic treatment goals? *J. Clin. Psychiatr.* 2003, 64, suppl. 6, 18. – 15. Stewart J. W., Quitkin F. M., McGrath P. J., Rabkin J. G., Markowitz J. S., Tricamo E., Klein D. F.: Social functioning in chronic depression: effect of 6 weeks of antidepressant treatment. *Psychia*

A. Zdun-Ryżewska, M. Majkovicz

#### DIFFERENCES IN THE QUALITY OF LIFE BETWEEN PATIENTS WITH RECURRENT AND BIPOLAR AFFECTIVE DISORDERS

##### Summary

The main goal was the answer to a question about differences in the quality of life between patients with recurrent and bipolar affective disorder in different stages of treatment (beginning of hospitalization, end of treatment in hospital, and 3 months later). The second aim was to explore the dynamics of changes in the quality of life in both groups in association with the intensity of depressive symptoms.

Material and method: The study included 104 patients with recurrent and bipolar affective disorder (in the second phase 60, and in the third 40) from Academic Clinical Centre.

To measure the intensity of depressive symptoms subjective Beck Depression Inventory and objective Hamilton Rating Scale were used. To measure the quality of life Quality of Life in Depression Scale (S.Hunt and S. McKenna) was used.

Results: The quality of life in both groups of patients changes and significantly improves with the time of treatment. There is a difference between starting and finishing hospitalization, and there is no difference

between finishing hospitalization and 3 months later in both groups of patients. There is no difference in the quality of life and depression between two groups at the beginning of hospitalization. The quality of life and intensity of depressive symptoms improve quicker in a group of patients with bipolar disorder.

Conclusions: Hospitalization (medical treatment and psychotherapy) influences the intensity of depressive disorders and improves the quality of life in both groups of patients.

There are some differences between patients with recurrent and bipolar disorder – the quality of life improves quicker and more significantly in a group of patients with bipolar disorders.

Adres: dr n.med. Agata Zdun-Ryżewska  
Zakład Badań nad Jakością Życia Katedry Psychologii GUMed  
ul. Tuwima 15, 80-210 Gdańsk  
e-mail: [azdun@gumed.edu.pl](mailto:azdun@gumed.edu.pl)