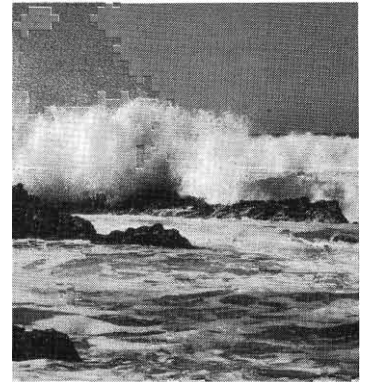


PREVALENSIE VAN SEISOENALE GEMOEDSVERSTEURING IN PSIGIATRIESE BUIEPASIËNTE MET MAJOR DEPRESSIE OF BIPOLÊRE VERSTEURING

C Krüger, V Ferreira, CW van Staden, MJ van der Linde, H Boraine & ATJH Gerards



Dit word reeds eeue lank aanvaar dat die seisoene 'n invloed op die mens se gemoed het maar navorsing oor seisoenale gemoedsversteuring is eers die afgelope dekade of wat gedoen.^{1,2} Vorige navorsers (meestal in die noordelike halfrond) het gevind dat 'n depressiewe versteuring dikwels in die herfs of winter begin en in die lente eindig. In die lente gaan dit soms oor in 'n hipomaniese episode.^{2,4} Die kliniese beeld word deur angstigheid, prikkelbaarheid, verhoogde eetlus met gepaardgaande massatoename, hipersomnie en 'n afname in libido gekenmerk.³

Epidemiologiese navorsing dui op 'n 2,5-6,3 maal hoër prevalensie onder vrouens^{2,3} en 'n hoër prevalensie verder van die ewenaar af.³ Die gemiddelde ouderdom tydens die eerste episode word deur verskillende studies as $29 \pm 12,4$ jaar² en $26,9 \pm 13,2$ jaar³ aangegee. Voorts is gevind dat 10-38% van herhalende major gemoedsversteurings seisoenaal van aard is.¹⁻³ Die etiologiese teorieë is meestal chronobiologies gebaseer, met 'n potensiële versteuring van die bioritme.⁵⁻⁹ Een rede vir die lewendige belangstelling in seisoenale gemoedsversteuring (SGV) is die beskikbaarheid van veilige en effektiewe behandeling in die vorm van fototerapie.^{1,5-7,10-18} Min navorsing is hieroor in Suid-Afrika gedoen. Die doel van hierdie studie was om die prevalensie van seisoenale gemoedsversteuring in 'n groep psigiatriese buitepasiënte met 'n diagnose van major depressie of bipolêre versteuring by die Weskoppies- en H.F. Verwoerd-hospitale (Universiteit van Pretoria) te bepaal en enkele kenmerke van die siekte te ondersoek.

METODE

Die studie is tussen Mei en September 1993 by die buitepasiënte-afdeling van die Weskoppies-hospitaal en by die psigiatriese buitepasiënte-afdeling van die H.F. Verwoerd-hospitaal gedoen. Vyftig pasiënte met 'n bevestigde diagnose van major depressie of bipolêre versteuring

volgens DSM-III-R-kriteria is as steekproef geneem. 'n Vraelys is aan die pasiënte gegee om saam met hul geneesheer te voltooi. Demografiese inligting soos ouderdom, geslag, woonplek en die tydperk van verblyf daar is gevra. Die aantal vorige episodes van depressie of manie waarvoor behandeling ontvang is, ouderdom tydens die eerste episode en verloop ten opsigte van ernstigheid van opeenvolgende episodes is bepaal. Daar is verder vasgestel of daar 'n seisoenale patroon in die aanvang en einde van episodes was, of stressore die episodes voorafgegaan het, die teenwoordigheid al dan nie van selfmoord-ideeasie tydens die episodes en of spesifieke simptome tydens episodes voorgekom het. Die teenwoordigheid of afwesigheid van die diagnose van seisoenale gemoedsversteuring is dan volgens DSM-III-R kriteria bepaal. Die statistiese analise en grafiese voorstelling is met behulp van die SAS-rekenaar-programstelsel gedoen.

RESULTATE

Daar was 16 mans en 34 vrouens in die steekproef. Die ouderdomme het tussen 20 en 86 jaar gewissel. Woonplek is ondersoek met die oog op moontlike bepaling van die invloed van die breedtegraad op die prevalensie van seisoenale gemoedsversteuring. Al die respondente was egter reeds etlike jare in of naby Pretoria woonagtig en het dus in hierdie

This study aimed to determine the prevalence of seasonal affective disorder (SAD) among a sample of 50 psychiatric outpatients with a diagnosis of major depression or bipolar disorder at the Weskoppies and H.F. Verwoerd Hospitals (University of Pretoria). It also examined a few salient features of the disorder by means of a questionnaire. Comparison of subgroups yielded statistically significant differences with respect to two clinical variables: Among patients reporting hypersomnia (or no change in sleep) none had SAD; among patients reporting a decrease in libido the majority (78,13%) did not have SAD. The clinical implication is that a patient with major depression or bipolar disorder reporting hypersomnia or a loss of libido probably does not have a seasonal pattern of illness. These findings contrast with previous studies that reported hypersomnia and libidinal loss among patients with SAD. Episodes of SAD in this sample most frequently commenced in winter, corresponding partly with other authors' findings. These results may be useful guidelines in decisions regarding future research on the use of phototherapy in South Africa.

Dr C Krüger MBBCh (Wits)
 Kliniese Assistent
 Weskoppies Hospitaal
 Departement Psigiatrie
 Universiteit van Pretoria

Dr V Ferreira MBChB (Pret)
 Kliniese Assistent
 Weskoppies Hospitaal
 Departement Psigiatrie
 Universiteit van Pretoria

Dr CW van Staden
 MBChB (Pret); FTCL (London);
 UVLM (Unisa)
 Kliniese Assistent
 Weskoppies Hospitaal
 Departement Psigiatrie
 Universiteit van Pretoria

Dr MJ van der Linde
 PhD (Rhodes)
 Navorsingskonsultant/
 Adjunk-direkteur
 Afdeling Akademiese
 Rekenaarondersteuning
 Departement Inligtingtegnologie
 Universiteit van Pretoria

Mev H Boraine MSc (Pret)
 Senior Lektor
 Departement Statistiek
 Universiteit van Pretoria

Dr ATJH Gerards
 Ned.Arts Exam. (Rotterdam)
 Kliniese Assistent
 Weskoppies Hospitaal
 Departement Psigiatrie
 Universiteit van Pretoria

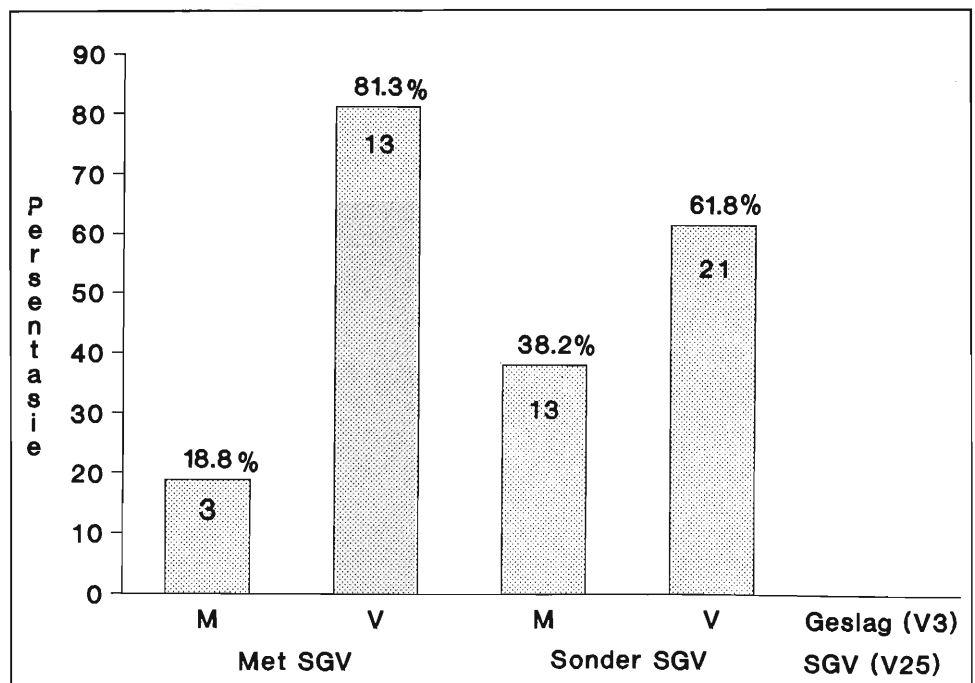
opsig 'n homogene groep gevorm. Daar was 16 pasiënte met 'n diagnose van SGV (32%). Van die pasiënte met SGV was 81,3% vrouens en 18,7% mans. Van die pasiënte sonder SGV was 61,8% vrouens en 38,2% mans (Figuur 1). Die statistiese beduidenis van hierdie verskil in geslagsverspreiding tussen pasiënte met en sonder SGV kon nie bepaal word nie aangesien daar net 3 mans met SGV in die steekproef was.

In bewerkings om die statistiese betekenis van verskille in gemiddelde ouderdom, gemiddelde ouderdom met eerste episode en gemiddelde aantal episodes tussen verskillende subgroepe te bepaal, is die Wilcoxon-rangsomtoets gebruik.¹⁹ Tweerigtingtabelle is opgestel om te bepaal of daar 'n verband tussen die voorkoms van SGV en ander faktore byvoorbeeld ouderdom was. Dit is dan deur die Chi-kwadraattoets ontleed om vas te stel of daar afhanklikheid tussen SGV en die ander faktore was.¹⁹ Die gemiddelde ouderdom van pasiënte met SGV (42,7 jaar) en sonder SGV (43,4 jaar) het ooreengestem. Daar was ook geen statisties betekenisvolle verskil in gemiddelde ouderdom tussen mans met en sonder SGV, en vrouens met en sonder SGV nie. Om die statistiese beduidendheid van die prevalensie van SGV in verskillende ouderdomsgroepe te bepaal, is die pasiënte in twee groepe verdeel - onder 51 jaar en 51 jaar en ouer - maar geen betekenisvolle verskil is gevind nie.

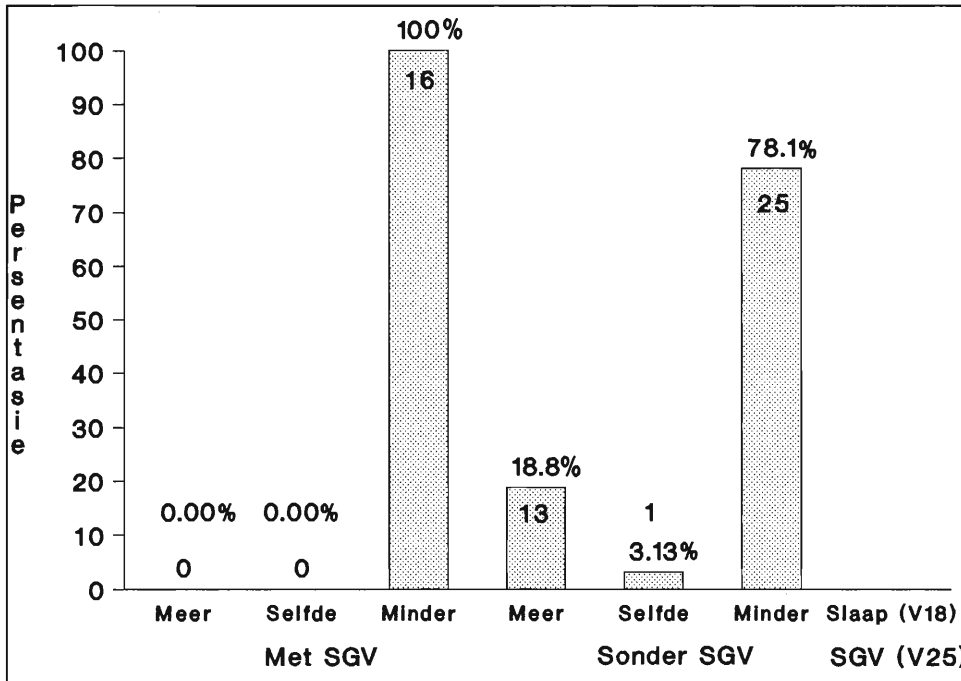
Die gemiddelde ouderdom tydens die eerste episode van pasiënte met SGV (30,6 jaar) en sonder SGV (31,9 jaar) het ook ooreengestem. Weer eens was daar geen statisties beduidende verskil tussen mans met en sonder SGV, en vrouens met en sonder SGV nie. Pasiënte met SGV het vir gemiddeld 4,3 episodes behandeling ontvang, terwyl dié sonder SGV vir gemiddeld 4,7 episodes behandel is. Vrouens sonder SGV het 'n gering hoër gemiddelde aantal episodes gehad (5,1) maar dit was nie statisties betekenisvol nie.

Die ernstigheidsgraad van die episodes het in die grootste persentasie van pasiënte toegeneem of konstant gebly, met of sonder SGV. Daar was nie 'n statisties beduidende verband tussen die erns van die episodes (in vergelyking met vorige episodes) en SGV nie. Van die pasiënte met SGV het 43,75% selfmoord-ideeasie beskryf en 56,25% geen selfmoord-ideeasie nie. Die teenwoordigheid of afwesigheid van selfmoord-ideeasie is deur middel van 'n tweerigtingtabel in verband met die diagnose van SGV gebring. Daar was geen statisties betekenisvolle verband nie.

Die volgende simptome is ook deur middel van tweerigtingtabelle tussen die pasiënte met en sonder SGV vergelyk: Die toename, konstantheid of afname in slaap, subjektiewe energie, eetlus, massa, angs, prikkelbaarheid en libido. Die pasiënte met SGV se verandering van energie (afname), eetlus (geen patroon), massa (geen patroon), angs (toename) en



Figuur 1: Persentasie manlike en vroulike respondente met en sonder SGV



Figuur 2: Persentasie van respondente met en sonder SGV mbt slaap

prikkelbaarheid (toename) het met dié van pasiënte sonder SGV ooreengestem. Slaap en libido het egter statisties betekenisvolle verskille opgelewer. Slaap: Die pasiënte wie se slaap toegeneem of konstant gebly het, het nie een SGV gehad nie. Van die pasiënte wie se slaap afgeneem het, het 39,02% SGV gehad en 60,98% nie. Indien daar geen verband tussen SGV en slaap was nie, sou 'n mens in elk van die twee subgroepe (pasiënte wie se slaap toegeneem of konstant gebly het en pasiënte wie se slaap afgeneem het) dieselfde persentasie pasiënte met SGV as in die hele steekproef, dit wil sê 32%, verwag het. Dit is egter nie die geval nie. In die groep wie se slaap toegeneem of konstant gebly het, was daar *geen* pasiënte met SGV nie en in die groep wie se slaap afgeneem het, was daar 39,02% (meer as die verwagte persentasie) pasiënte met SGV. Hierdie verskil was statisties beduidend ($p=0,043$). Figuur 2 wys hierdie data in 'n makliker leesbare vorm. Libido: Die pasiënte wie se libido afgeneem het, het in 21,87% van gevalle SGV gehad (minder as die verwagte persentasie) en in 78,13% van gevalle nie. Die pasiënte wie se libido toegeneem of konstant gebly het, het in 52,94% van gevalle SGV gehad (meer as die verwagte persentasie) en in 47,06% van gevalle nie. Hierdie verskil was ook statisties beduidend ($p=0,027$) (Figuur 3).

Die maande waarin episodes begin en eindig by die pasiënte met SGV is in die vier seisoene verdeel - somer (Desember,

Januarie, Februarie), herfs (Maart, April, Mei), winter (Junie, Julie, Augustus) en lente (September, Oktober, November). Dit lyk asof episodes meer dikwels in die winter begin (Figuur 4). Weens die klein aantal pasiënte met SGV sou statistiese gronde hiervoor egter onbetroubaar wees. Die seisoene waarin die episodes eindig, het geen duidelike verspreiding getoon nie.

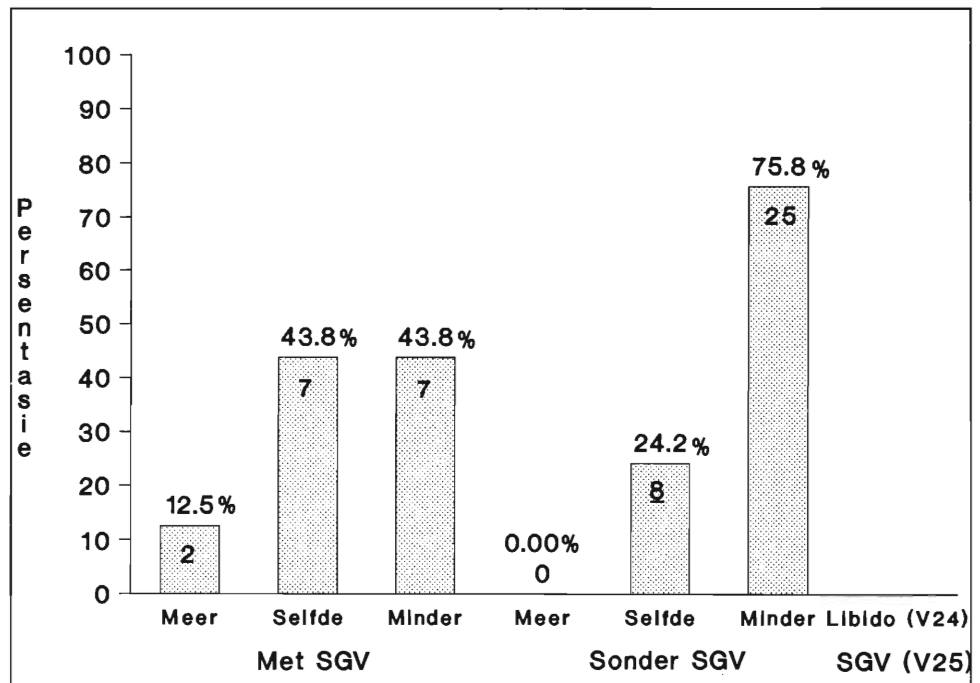
BESPREKING

Die prevalensie van SGV van 32% in hierdie steekproef val binne die prevalensie van 10-38% wat in die literatuur beskryf word.¹⁻³ Die pasiënte met en sonder SGV het ten opsigte van gemiddelde ouderdom, gemiddelde ouderdom tydens die eerste episode en gemiddelde aantal episodes waarvoor behandeling ontvang is, ooreengestem. Die persentasie vrouens met SGV was 4,35 maal hoër as die persentasie mans met SGV. Hierdie tendens stem met die literatuur ooreen (2,5-6,3 maal hoër).^{2,3} Die gemiddelde ouderdom tydens die eerste episode van major gemoedsversteuring van pasiënte met SGV was 30,6 jaar. Hierdie bevinding stem ook met vorige studies ooreen waar die gemiddelde ouderdom tydens die eerste episode as $29 \pm 12,4$ jaar² en $26,9 \pm 13,2$ jaar³ aangegee word. Hierdie studie het geen statisties beduidende verband tussen die graad van erns van opeenvolgende episodes en SGV getoon nie. Vorige

Die prevalensie van SGV van 32% in hierdie steekproef val binne die prevalensie van 10-38% wat in die literatuur beskryf word.¹⁻³ Die persentasie vrouens met SGV was 4,35 maal hoër as die persentasie mans met SGV.

(Vervolg bl.10)

Figuur 3: Persentasie van respondente met en sonder SGV mbt libido

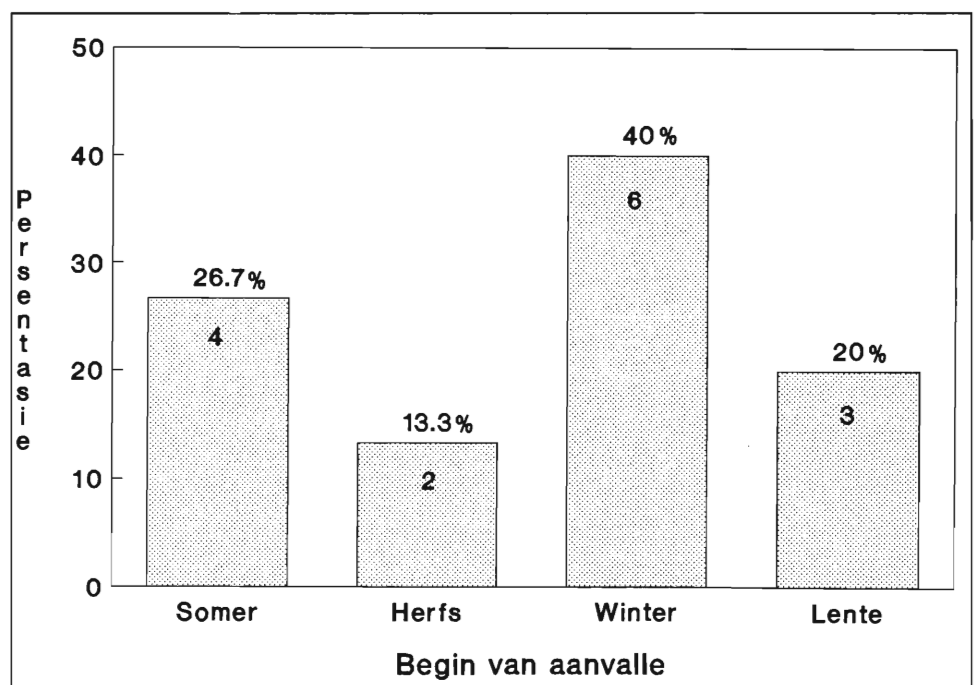


Die pasiënte wie se slaap toegeneem of konstant gebly het, het nie een SGV gehad nie. Die pasiënte wie se libido afgeneem het, het minder dikwels SGV gehad. Die kliniese implikasie hiervan is dat 'n pasiënt wat tydens major depressie of bipolêre versteuring meer slaap (of dieselfde as tevore) of 'n afname in libido rapporteer, waarskynlik nie 'n seisoenale patroon van siekte het nie.

navorsing het wel 'n tendens van verergering van episodes in SGV aangedui.³ Die afname in energie en toename in angs en prikkelbaarheid wat in hierdie steekproef in pasiënte met (en sonder) SGV gevind is, stem met ander outeurs se bevindinge ooreen.³ Hier was geen identifiseerbare patroon van verandering in eetlus en massa in pasiënte met (en sonder) SGV nie, in kontras met vorige studies wat verhoogde eetlus en massatoename in SGV rapporteer het.³ Vergelyking van subgroepe het wel ten opsigte van twee

kliniese veranderlikes statisties beduidende resultate opgelewer: Die pasiënte wie se slaap toegeneem of konstant gebly het, het nie een SGV gehad nie. Die pasiënte wie se libido afgeneem het, het minder dikwels SGV gehad. Die kliniese implikasie hiervan is dat 'n pasiënt wat tydens major depressie of bipolêre versteuring meer slaap (of dieselfde as tevore) of 'n afname in libido rapporteer, waarskynlik nie 'n seisoenale patroon van siekte het nie. Hierdie bevindinge is teenstrydig met vorige studies wat juis hiper-

Figuur 4: Persentasie van SGV respondente mbt seisoen van aanvang van episodes



somnie en 'n afname in libido by pasiënte met SGV rapporteer het.³ Die winterpiek vir die aanvang van episodes van SGV in hierdie studie (Figuur 4) stem gedeeltelik ooreen met vorige studies wat 'n piek vir aanvang in die herfs en winter getoon het.¹⁻³ Die seisoene waarin episodes van SGV eindig, het geen spesifieke patroon getoon nie.

Hierdie studie kan as vertrekpunt vir verdere ondersoek van hierdie aard in Suid-Afrika dien. Toekomstige studies sou meer respondente, 'n onderskeid tussen pasiënte met major depressie en bipolêre versteuring, 'n onderskeid tussen depressiewe, maniese en hipomaniese episodes en ander groepe pasiënte (soos binne-pasiënte in psigiatriese hospitale, privaat-sektor-pasiënte en nie-pasiënte in die algemene bevolking) kon insluit.

SAMEVATTING

Hierdie studie het die prevalensie van seisoenale gemoedsversteuring in 'n steekproef van 50 psigiatriese buite-

pasiënte bepaal en enkele kenmerke van die siekte ondersoek. Die prevalensie van 32% het met vorige studies ooreenstem¹⁻³ Die verhouding vrouens tot mans met SGV was 4,35:1 soos in die literatuur beskryf.^{2,3} 'n Gemiddelde ouderdom tydens die eerste episode van SGV van 30,6 jaar is gevind wat ook met ander outeurs se bevindinge ooreenstem.^{2,3} Die kliniese beeld van pasiënte met SGV het van vorige studies verskil ten opsigte van slaap en libido.³ Hierdie studie het nie hipersomnie en 'n afname in libido in SGV bevestig nie. Pasiënte met hipersomnie en libidinale verlies het minder dikwels SGV gehad. 'n Pasiënt wat tydens major gemoedsversteuring meer slaap of 'n afname in libido ervaar, het dus waarskynlik nie 'n seisoenale patroon van siekte nie. Episodes van SGV het hier meer dikwels in die winter begin, byna soos die herfs- en winter-aanvang deur ander outeurs gerapporteer.¹⁻³ Die resultate kan as riglyne vir besluite aangaande toekomstige navorsing oor die gebruik van fototerapie in Suid-Afrika dien. ☐

Die resultate kan as riglyne vir besluite aangaande toekomstige navorsing oor die gebruik van fototerapie in Suid-Afrika dien.

BRONNE

1. Wehr TA, Rosenthal NE. Seasonality and Affective Illness. *Am J Psychiatry* 1989; 146: 829-839
2. 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: 17-23
3. Rosenthal NE, Sack DA, Gillin JC, Lewy AJ, Goodwin FK, Davenport Y, et al. Seasonal Affective Disorder: A Description of the Syndrome and Preliminary Findings With Light Therapy. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41: 72-80
4. Wehr TA, Sack DA, Rosenthal NE. Seasonal Affective Disorder With Summer Depression and Winter Hypomania. *Am J Psychiatry* 1987; 144: 1602-1603
5. Lewy AJ, Sack RL. Light Therapy and Psychiatry. *Proceedings of the Society for Experimental Biology and Medicine* 1986; 183: 11-18
6. Sack RL, Lewy AJ, White DM, Singer CM, Fireman MJ, Vandiver R. Morning vs Evening Light Treatment for Winter Depression: Evidence That the Therapeutic Effects of Light Are Mediated by Circadian Phase Shifts. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47: 343-351
7. Maurizi CP. Why Not Treat Melancholia with Melatonin and Tryptophan and Treat Seasonal Affective Disorders with Bright Light? *Medical Hypotheses* 1988; 27: 271-276
8. Thompson C, Stinson D, Smith A. Seasonal Affective Disorder and Season-Dependent Abnormalities of Melatonin Suppression by Light. *Lancet* 1990; 336: 703-706
9. Cohen RM, Gross M, Nordahl TE, Semple WE, Oren DA, Rosenthal N. Preliminary Data on the Metabolic Brain Pattern of Patients With Winter Seasonal Affective Disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 545-552
10. McIntyre IM, Armstrong SM, Norman TR, Burrows GD. Treatment of Seasonal Affective Disorder With Light: Preliminary Australian Experience. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1989; 23: 369-372
11. Wehr TA, Skwerer RG, Jacobsen FM, Sack DA, Rosenthal NE. Eye Versus Skin Phototherapy of Seasonal Affective Disorder. *Am J Psychiatry* 1987; 144: 753-757
12. Brainard GC, Sherry D, Skwerer RG, Waxler M, Kelly K, Rosenthal NE. Effects of Different Wavelengths in Seasonal Affective Disorder. *Journal of Affective Disorders* 1990; 20: 209-216
13. Isaacs G, Stainer DS, Sensky TE, Moor S, Thompson C. Phototherapy and its Mechanisms of Action in Seasonal Affective Disorder. *Journal of Affective Disorders* 1988; 14: 13-19
14. Kasper S, Rogers SLB, Yancey A, Schulz PM, Skwerer RG, Rosenthal NE. Phototherapy in Individuals With and Without Subsyndromal Seasonal Affective Disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 837-844
15. Wehr TA, Jacobsen FM, Sack DA, Arendt J, Tamarkin L, Rosenthal NE. Phototherapy of Seasonal Affective Disorder: Time of Day and Suppression of Melatonin Are Not Critical for Antidepressant Effects. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43: 870-875
16. Stewart JW, Quitkin FM, Terman M, Terman JS. Is Seasonal Affective Disorder a Variant of Atypical Depression? Differential Response to Light Therapy. *Psychiatry Research* 1990; 33: 121-128
17. Lewy AJ, Sack RL, Miller S, Hoban TM. Antidepressant and Circadian Phase-Shifting Effects of Light. *Science* 1987; 235: 352-353
18. Avery DH, Bolte MA, Dager SR, Wilson LG, Weyer M, Cox GB, et al. Dawn Simulation Treatment of Winter Depression: A Controlled Study. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 113-117
19. Steyn AGW, Smit CF, Du Toit SHC. *Moderne statistiek vir die praktyk*. Pretoria: JL van Schaik, 1984: 455,491