

Choroba afektywna dwubiegunowa

Choroba afektywna dwubiegunowa (ChAD, inaczej zaburzenie afektywne dwubiegunowe – dawniej określane jako choroba/psychoza maniakalno-depresyjna lub cyklofrenia) polega na występowaniu u tej samej osoby depresji, manii/hipomanii lub tzw. epizodów mieszanych.

Pomiędzy nimi zazwyczaj występują okresy remisji (brak objawów lub obecność pojedynczych symptomów o nieznacznym nasileniu).

Choroba afektywna dwubiegunowa czy depresja jednobiegunowa – błędne diagnozy

Właściwe rozpoznanie ChAD jest zazwyczaj opóźnione, czasami nawet o kilka-kilkanaście lat. Dzieje się tak między innymi dlatego, że epizod manii lub hipomanii niejednokrotnie pojawia się dopiero po jednym lub kilku epizodach depresji, a wówczas początkowo rozpoznawana jest depresja jednobiegunowa. Jednak rozróżnienie tych jednostek jest bardzo ważne ze względu na odmienność leczenia. Częstość występowania podstawowych dwóch typów ChAD szacuje się na około 2%, natomiast rozpowszechnienie wszystkich zaburzeń ze spektrum dwubiegunowego to 6-11%. Na ChAD chorują równie często kobiety, jak i mężczyźni. Rozpoznanie tego zaburzenia najczęściej ma miejsce między 20 a 30 rokiem życia, choć często pierwszy epizod występuje przed 20 rokiem życia.

Definicje

- **Depresja w przebiegu ChAD**

Jest podobna do powszechnie znanej depresji nawracającej (tak zwanej jednobiegunowej) i przejawia się smutkiem, utratą radości życia i zainteresowań, zmniejszeniem energii i codziennej aktywności, męczliwością, spowolnieniem szybkości procesów myślowych i wypowiedzi, zaburzeniem koncentracji uwagi oraz problemami z pamięcią). Częstym zjawiskiem jest nadmierna senność i osłabienie popędu seksualnego. Czasami pojawia się lęk i napięcie. Odmiennością w stosunku do depresji jednobiegunowej mogą być takie objawy jak gonitwa i natłok myśli, chwiejność nastroju oraz drażliwość. Podobnie jak w depresji nawracającej, stopniowej utracie sensu życia mogą towarzyszyć myśli i tendencje samobójcze. Inne objawy to poczucie niskiej wartości, pesymistyczna ocena własnej przeszłości, teraźniejszości i przyszłości. W skrajnych przypadkach mogą się rozwinąć objawy psychotyczne – np. urojenia (tj. fałszywe, chorobowe przekonania) winy, kary, grzechu, ubóstwa, katastrofy, poczucia ciężkiej choroby. Sporadycznie mogą wystąpić halucynacje słuchowe (np. głosy osób,

których nie ma w otoczeniu, potwierdzające treść urojeń lub zachęcające do zrobienia sobie krzywdy). Depresja w przebiegu ChAD może pojawiać się spontanicznie, bywa jednak czasem następstwem epizodu manii lub hipomanii.

- **Mania**

Charakteryzuje ją: zawyżone poczucie własnej wartości, nadmiernie optymistyczna ocena swojej sytuacji i przyszłości, poczucie zwiększonej energii oraz nadmierne poczucie radości i szczęścia, które są nieadekwatne do rzeczywistości. Częstość zjawiskiem jest zmniejszona potrzeba snu lub wręcz jej brak, bez uczucia zmęczenia po nieprzespanej nocy. Występuje skłonność do głośnego zachowania, wesołkowatość, nadpobudliwość, drażliwość oraz poczucie przyspieszenia myśli, niekiedy z ich chaotycznością. Inna grupa objawów to skłonność do dominacji i narzucania otoczeniu swoich planów i zamiarów. Chorzy podejmują niekontrolowane działania, ryzykowane i niebezpieczne zachowania, a z powodu zwiększonego libido mają skłonność do częstszych i niejednokrotnie przypadkowych kontaktów seksualnych. Osoby z manią nie mogą się powstrzymać od natychmiastowej realizacji swoich zamiarów, a gdy to się spotyka z odmową ze otoczenia – budzi w nich frustrację, gniew a nawet zachowania agresywne. Osoby z manią często nie widzą nic złego w swoim stanie i uważają, że są zdrowe, nie mając ochoty i potrzeby aby korzystać z pomocy psychiatry.

Inne cechy manii to: nadużywanie alkoholu lub narkotyków, zaciąganie pożyczek, niekontrolowane wydatki, często na niepotrzebne rzeczy, czasami zwraca uwagę zmiana w dotychczasowym wyglądzie, na przykład pod postacią jaskrawego i wyzywającego makijażu oraz noszenia jaskrawych ubiorów. W bardzo nasilonej manii mogą wystąpić objawy psychotyczne – urojenia wielkościowe, pośannictwa, wielkiej misji. Może się wówczas ujawnić nieodparte poczucie posiadania niezwyklej mocy uzdrawiającej, wynalazczej.

- **Hipomania**

Cechuje się objawami podobnymi do manii, które jednak są mniej nasilone, trwają krócej i najczęściej nie powodują wyraźnej destrukcji życia pacjenta, nie pojawiają się też objawy psychotyczne. Pacjent zachowuje zdolność do kontroli swoich zachowań i częściowy krytycyzm wobec swojego stanu. Odczuwając zwiększoną energię i optymizm ma wprawdzie poczucie zwiększonej siły i własnych możliwości, w związku z czym może podejmować różne ambitne działania, ale zazwyczaj ich nie kończy. Aktywności te bywają ryzykowne i lekkomyślne, ale jednak ze skłonnością choćby częściowego kontrolowania swoich zachowań. Często pacjent skarży się na trudności z koncentracją uwagi. Osoby z hipomanią zwykle nie postrzegają się jako takie, które by wymagały leczenia. Również ich otoczenie niejednokrotnie nie widzi takiej potrzeby. Hipomania bywa błędnie postrzegana jako stan korzystny, czasem jako poprawa i nadrabianie zaległości po okresie depresyjnym.

- **Stan mieszany**

to równoczesne występowanie objawów depresji, jak i manii/hipomanii – na przykład współwystępowanie spowolnienia psychoruchowego i smutku oraz myśli samobójczych z przyspieszeniem myśli, niepokojem ruchowym i rozdrażnieniem.

- **Remisja**

To stan, w którym objawy chorobowe nie występują lub są bardzo mało nasilone.

Wyróżniamy następujące podstawowe typy i rodzaje Choroby Afektywnej Dwubiegunowej ChAD:

- **Choroba afektywna dwubiegunowa typu I:** występują epizody depresyjne oraz co najmniej jeden lub kilka epizodów manii.
- **W ChAD typu II:** występują epizody depresyjne oraz co najmniej jeden lub kilka epizodów hipomanii.
- **Cyklotymia** jest przewlekłym stanem, w którym dystymia (tj. chroniczne utrzymywanie się pojedynczych objawów depresyjnych, które nie spełniają kryteriów depresji, ale są źródłem istotnego dla pacjenta cierpienia i problemów z funkcjonowaniem) występuje na przemian ze stanami hipomanii.
- Rzadką postacią ChAD jest tak zwana **mania jednobiegunowa**, tj. występowanie wyłącznie nawracających stanów maniakałnych lub hipomaniakałnych bez epizodów depresyjnych.
- **Choroba afektywna dwubiegunowa z szybką zmianą faz – rapid cycling**). Jest to taki etap, okres przebiegu choroby, kiedy epizody nawracają z bardzo dużą częstotliwością (co najmniej 4 epizody w roku) lub przechodzą bezpośrednio jeden w drugi.

Przyczyny

Rozwój ChAD tłumaczy model biopsychospołeczny obejmujący przyczyny biologiczne (genetyczne i obejmujące zmiany w zakresie neuroprzekaźników), psychologiczne (konstrukcja osobowości, stresujące wydarzenia) i społeczno-środowiskowe (np. czynniki rodzinne, nieregularny tryb życia), które wzajemnie na siebie oddziałują. Należy podkreślić że rozwój ChAD nie jest efektem jednej przyczyny.

Rozpoznanie ChAD

Rozpoznanie stawia się w wyniku badania psychiatrycznego, które w głównej mierze polega na rozmowie z pacjentem i – optymalnie – z jego bliskimi. Czasami przydatne bywają specjalistyczne testy i kwestionariusze diagnostyczne.

Leczenie

Nawrotowy i zmienny charakter ChAD sprawia, że leczenie powinno być długotrwałe i dostosowane do danego epizodu choroby. Powinno ono obejmować następujące elementy:

- **farmakoterapia** – obejmuje ona: będące fundamentem terapii **leki normotymiczne (czyli stabilizujące nastrój)**, takie jak: lit, walproinian, karbamazepina, lamotrygina oraz atypowe leki przeciwpsychotyczne (kwetiapina, aripiprazol, olanzapina, czy kłozapina); **leki przeciwdepresyjne** (stosowane – choć nie zawsze – podczas epizodów depresyjnych); **benzodiazepiny oraz klasyczne leki przeciwpsychotyczne** (niekiedy przydatne w przypadku nasilonego pobudzenia i agresji).
- **psychoedukacja** – edukacja pacjenta (i optymalnie również jego bliskich) na temat specyfiki ChAD, strategii leczenia, czynników protekcyjnych i zwiększających ryzyko nawrotu. Ważne jest też: wspólne z lekarzem zidentyfikowanie charakterystycznych dla danego pacjenta objawów poprzedzających nawrót choroby, z wypracowaniem strategii radzenia sobie w razie ich wystąpienia oraz zdefiniowanie czynników protekcyjnych, wpływających korzystnie na stan zdrowia psychicznego danej osoby.
- **psychoterapia** – powinna być dostosowana do fazy choroby i aktualnych możliwości pacjenta (np. psychoterapia wspierająca, poznawczo-behawioralna, skoncentrowana na rozwijaniu umiejętności radzenia sobie).
- **elektrowstrząsy** – przydatne gdy dochodzi do zagrożenia życia pacjenta z powodu ChAD oraz w przypadku niepowodzenia kilku prób prawidłowo prowadzonej farmakoterapii.

W przypadku bardzo nasilonych objawów ChAD wskazana bywa hospitalizacja psychiatryczna.

Niezbędnym elementem terapii jest dobra **współpraca pacjenta z lekarzem** oparta na: wspólnym ustalaniu celów i sposobów leczenia, stosowaniu się do zaleceń, gotowości do otwartego informowania lekarza o swoim samopoczuciu, zamiarach i obawach. Leczenie należy kontynuować także po ustąpieniu objawów, ma ono wówczas charakter profilaktyczny, jego celem jest zminimalizowanie ryzyka nawrotu depresji lub hipomanii/manii.

Warto podkreślić, że leki stosowane w ChAD nie uzależniają. Nie można ich odstawić nagle, gdyż wówczas może dojść do pogorszenia stanu pacjenta. Warto znać skutki uboczne farmakoterapii, aby w razie ich wystąpienia skontaktować się z lekarzem, a nie odstawiać leków. Nie zawsze pierwsza próba farmakoterapii jest skuteczna i u części chorych konieczne jest dalsze poszukiwanie optymalnych leków. W trakcie farmakoterapii nie wolno używać alkoholu ani innych substancji psychoaktywnych, gdyż mogą one wpłynąć niekorzystnie na skuteczność leków lub ich profil działań niepożądanych oraz zwiększają ryzyko nawrotu ChAD.

Ważna jest też modyfikacja stylu życia pacjenta – dbałość o regularny sen, prawidłową dietę i aktywność ruchową. Ważne jest też korzystanie ze wsparcia bliskich z uwzględnianiem ich opinii o aktualnym odbiorze zachowań pacjenta. To właśnie oni mogą być bardzo pomocni w wykrywaniu najwcześniejszych objawów nawrotu i w realizacji działań profilaktycznych.

Wprawdzie Choroba afektywna dwubiegunowa jest chorobą przewlekłą i nawracającą, to przy odpowiednim leczeniu i dobrej współpracy z lekarzem możliwe jest jej kontrolowanie, dające szanse na powrót do normalnego funkcjonowania.