



CHOROBA AFEKTYWNA DWUBIEGUNOWA

SCENARIUSZE ROZWIĄZAŃ

Łukasz Święcicki

Choroba afektywna dwubiegunowa – scenariusze rozwiązań

Wszelkie prawa zastrzeżone, szczególnie prawo do przedruku i tłumaczenia na inne języki. Żadna część tej książki nie może być w jakiegokolwiek formie publikowana bez uprzedniej pisemnej zgody Wydawnictwa. Dotyczy to również sporządzania fotokopii, mikrofilmów oraz przenoszenia danych do systemów komputerowych.

Ze względu na stały postęp w naukach medycznych oraz odmienne nieraz opinie na temat leczenia, jak również możliwość wystąpienia błędu, prosimy, aby w trakcie podejmowania decyzji uważnie oceniać zamieszczone w książce informacje, zwłaszcza dotyczące podawania leków nowych lub rzadko stosowanych. Radzimy zapoznać się również z informacjami producenta leku, używanych narzędzi i sprzętu. Pomoże to zmniejszyć ryzyko wystąpienia błędu lekarskiego.

Prawa autorskie do tekstu © 2018 Łukasz Świącicki
© Copyright by Edra Urban & Partner, Wrocław 2018

Autor: prof. dr hab. n. med. Łukasz Świącicki

Prezes Zarządu: Giorgio Albonetti
Dyrektor wydawniczy: lek. med. Edyta Błażejewska
Redaktor prowadzący: Dorota Lis-Olszewska
Projekt okładki: Beata Poźniak
Opracowanie skorowidza: Aleksandra Ozga
Projekt layoutu: Andrzej Kuriata

ISBN 978-83-65835-60-4

Edra Urban & Partner, ul. Kościuszki 29, 50-011 Wrocław
tel. +48 71 726 38 35

www.edraurban.pl

Łamanie i przygotowanie do druku: Andrzej Kuriata
Druk i oprawa: Wrocławska Drukarnia Naukowa PAN
im. S. Kulczyńskiego Sp. z o.o.

SPIS TREŚCI

Wstęp vii

Rozdział 1

Jak zbudowana jest ta książka i do czego służy? 1

Rozdział 2

Co to jest zdrowie psychiczne i do czego właściwie powinna służyć ta koncepcja? 7

Rozdział 3

Depresja 13

Wprowadzenie 13

Historia pierwsza

To nie działa, ale nic nie możemy zmienić 15

Historia druga

To wszystko przez wydarzenia, które sama sprowokowałam! 20

Historia trzecia

Ja tam nic nie wiem i nie potrafię powiedzieć 24

Rozdział 4

Mania 33

Wprowadzenie 33

Historia pierwsza

Uczulenie na manię 36

Historia druga

To alkoholik i narkoman 42

Historia trzecia

Wtedy jest najmiłsza 46

Rozdział 5

Stan mieszany 53

Wprowadzenie 53

Historia pierwsza

„Bardzo proszę o podanie leku przeciwdepresyjnego” 55

Historia druga

Kontemplator bytu (nie)szczęsny 58

Historia trzecia

Tej historii nie będzie 61

Rozdział 6

Sytuacje szczególne 63

Wprowadzenie 63

Historia pierwsza

Proszę jakąś lepszą chorobę 63

Historia druga

A myśmy to już przerabiali 68

Historia trzecia

Myślałam, że nigdy nie odstawię leków 71

Rozdział 7

Krótkie rozważania o istocie błędów psychiatrycznych 77

Wstęp

Ta książka jest drugą częścią podręcznika *Choroba afektywna dwubiegunowa – trudności diagnostyczne*. Określenia „podręcznik” użyłem zresztą tylko dlatego, żeby nie powtarzać słowa „książka” – tak naprawdę nie piszę podręczników, bo nie wiem, jak się to robi i nie interesuje mnie to. Piszę książki albo książeczki – nie obrażam się wcale za takie określenia. Tak czy owak, to, co teraz piszę, jest drugą częścią. Uznałem, że jej napisanie jest potrzebne, gdyż po przeczytaniu poprzedniej książki doszedłem do wniosku, że zbyt wiele pytań pozostawiłem bez odpowiedzi i uznałem, że trzeba ukazać pewne potencjalne rozwiązania trudnych sytuacji, które udało mi się spiętrzyć przed Czytelnikami. Próbując wyjść z tego niełatwego położenia, postanowiłem opisać pewne scenariusze rozwiązań, tak jak nakreśliło je samo życie. W pierwszej książce zajmowałem się także różnymi zaburzeniami podobnymi do choroby afektywnej dwubiegunowej, tym razem będą to wyłącznie różne etapy ChAD.

Depresja

Wprowadzenie

Depresja w życiu pacjenta z chorobą afektywną dwubiegunową jest okresem bardzo szczególnym, choć niespecyficznym. Zaburzenia podobnego typu (tak samo nazywane depresją) występują w przebiegu kilku innych chorób.

Zestawienie stanów i chorób, w których przebiegu mogą występować zaburzenia depresyjne, niekiedy bardzo trudne do odróżnienia od depresji typu endogennego, przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2. Stany i choroby, w których przebiegu mogą występować epizody depresji lub okresy przypominające takie epizody

Choroba afektywna dwubiegunowa

Choroba afektywna jednobiegunowa

Zaburzenie schizoafektywne

Schizofrenia (np. depresja popsychotyczna)

Zespół zależności alkoholowej

Uzależnienie od substancji psychoaktywnych (zwłaszcza amfetamin)

Niedoczynność i nadczynność tarczycy

Niedoczynność i nadczynność nadnerczy

Niedobór witaminy B₁₂ i/lub kwasu foliowego

Niektóre infekcje wirusowe (np. żółtaczkę typu C, mononukleozę zakaźną)

Leczenie interferonem

Niektóre rodzaje chemioterapii

Przykłady wymienione w tabeli z pewnością nie wyczerpują listy takich stanów. Część z nich jest tylko z pozoru podobna do depresji typu endogennego, inne są tak podobne, że bez odpowiednich badań dodatkowych ich odróżnienie może być wręcz niemożliwe. Nie należy ponadto zapominać o możliwości współwystępowania dwóch lub większej liczby chorób. Nie należy do rzadkości sytuacja, w której osoba z niekwestionowaną chorobą afektywną dwubiegunową jest równie niewątpliwie uzależniona od alkoholu, choć chciałbym zaznaczyć, że nie podzielam opinii wielu osób zajmujących się uzależnieniami, uważających, że chorobą pierwotną najczęściej jest uzależnienie, a zmiany nastroju mają charakter wtórny. Uważna obserwacja pacjentów przekonuje, że jest wręcz odwrotnie – to uzależnienie jest w znacznej większości przypadków wtórne, co niestety nie oznacza, że samo leczenie zaburzeń afektywnych wystarcza dla ustąpienia problemów związanych z uzależnieniem – z całą pewnością tak nie jest i konieczne jest osobne leczenie uzależnienia.

Wynika z tego, że rozpoznanie choroby afektywnej dwubiegunowej (ChAD) jedynie na podstawie stwierdzenia występowania depresji nie jest możliwe, co więcej – na tej podstawie nie można nawet odróżnić choroby afektywnej dwubiegunowej od innych zaburzeń psychicznych czy też, ściślej, zaburzeń afektywnych. Z tego punktu widzenia samo występowanie zaburzenia depresyjnego w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej można śmiało określić jako niespecyficzne.

Nieco inaczej rzecz się ma z dokładną charakterystyką zespołu depresyjnego. Symptomatologia depresji w przebiegu ChAD, choć z pewnością nie jedyna w swoim rodzaju, jest jednak dość charakterystyczna. Bardzo często (także w porównaniu z innymi stanami określanymi jako „depresja”) stwierdza się takie objawy, jak: znaczne spowolnienie psychoruchowe, apatia, zubożenie, bezradność. Charakterystyczne jest także szybkie, niekiedy nawet gwałtowne, narastanie objawów, a także ich szybkie ustępowanie (podczas kilku godzin, w ciągu nocy, gdy pacjent kładzie się spać ciężko chory, a wstaje „zupełnie zdrowy”). Oczywiście najbardziej charakterystycznym objawem depresji w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej jest skłonność do przechodzenia fazy depresyjnej w maniacką. Właściwie jest to unikatowa cecha ChAD, trudno tylko powiedzieć, czy można tu rzeczywiście mówić o objawie depresji – jeśli nastąpiła zmiana fazy, to depresja z pewnością już się skończyła.

Symptomatologia depresji w przebiegu ChAD, choć nie jedyna w swoim rodzaju, jest jednak charakterystyczna. Bardzo często obserwuje się takie objawy, jak: znaczne spowolnienie psychoruchowe, apatia, zubożenie, znaczna bezradność. Szczególnym i charakterystycznym objawem jest zmiana fazy depresyjnej na hipomaniakalną/maniakalną, często następująca w ciągu kilku godzin.

Objawy depresji w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej nie są na tyle charakterystyczne, aby mogło to pozwolić na ustalenie rozpoznania, jakkolwiek mogą stanowić poważną wskazówkę. Przyczyną, dla której wymieniam te objawy, nie jest więc ułatwienie diagnostyki różnicowej – wspominałem już zresztą, że ta książka nie jest podręcznikiem diagnostycznym – a raczej chęć zwrócenia uwagi na to, jakie problemy może napotkać lekarz zajmujący się pacjentem z depresją w przebiegu ChAD.

Nie ma wątpliwości co do tego, że z punktu widzenia większości pacjentów to właśnie okresy depresji stanowią najpoważniejszy problem związany z występowaniem choroby. Nie jest to jedynie subiektywne odczucie osób chorych. Wyniki wielu badań wskazują, że to długość i ciężkość okresów depresyjnych, a nie czas trwania i nasilenie zespołów maniakalnych, wywierają największy wpływ na społeczne, zawodowe i rodzinne funkcjonowanie, a także przy tej samej okazji, na jakość życia osób z chorobą afektywną dwubiegunową.

Opisy typu kazuistycznego, jak już wcześniej tłumaczyłem, nie są typowymi charakterystykami kazuistycznymi; przytoczone w dalszej części tego rozdziału mogą stanowić dobrą ilustrację wielu problemów, z jakimi ma do czynienia lekarz zajmujący się pacjentem z chorobą afektywną dwubiegunową (oraz z jakimi spotyka się sam pacjent).

Historia pierwsza

To nie działa, ale nic nie możemy zmienić

SYTUACJA

Pani Magda ma 53 lata. Pracuje jako urzędniczka, jest rozwiedziona, nie ma dzieci, mieszka razem ze swoją mamą. Pani Magda choruje od wielu lat, przez większość swojego dorosłego życia. Prawdopodobnie właśnie z powodu choroby rozpadł się jej związek, a także nie zdecydowała się

Od tego czasu minął zaledwie rok. Jak na razie nic złego się nie dzieje. Co będzie dalej? Tego nie wiem.

WNIOSKI

Z tej długiej historii płyną różne wnioski. Postaram się omówić kilka z nich.

Po pierwsze – jeśli lekarz nie wie, to test mu nic nie powie. To popularne powiedzenie jest szczególnie słuszne w przypadku testów oceniających funkcje poznawcze, wykonywanych u osób z depresją (zwłaszcza w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej!). Prawdopodobnie znaczna większość takich chorych, zwłaszcza osób w podeszłym wieku, z depresją w przebiegu ChAD uzyska bardzo złe wyniki w testach typu MMSE (Mini Mental State Examination) lub Test Zegara. W żadnym wypadku nie świadczy to ani o występowaniu, ani o współwystępowaniu otępienia (choć też nie wyklucza takiej możliwości rzecz jasna). Zaburzenia poznawcze po prostu są typowe również dla choroby afektywnej dwubiegunowej, choć w tym przypadku mają zdecydowanie charakter przemijający.

Po drugie – ciężka depresja w przebiegu ChAD może być stanem zagrożenia życia. Prawdziwym stanem zagrożenia życia. Należy to traktować całkowicie dosłownie. Często zdarza się, że lekarz internista lub neurolog, kwalifikując pacjenta do zabiegów elektrowstrząsowych, zaznacza, że są one możliwe „tylko w przypadku zagrożenia życia”. Wielu psychiatrów rozumie takie zastrzeżenie w sposób, że coś jeszcze (poza depresją) musiałoby się stać, aby dopuszczalne były zabiegi EW. Być może taka jest również intencja konsultanta. Nie wiem tego. Wiem natomiast, że sama ciężka depresja jest stanem zagrożenia życia (powtarzam jeszcze raz, bo to naprawdę ważne) i **nic więcej** już nie jest potrzebne.

Po trzecie – lekarz ratujący życie pacjenta musi być gotowy na to, że w pewnym momencie będzie musiał wziąć wiele spraw na siebie. Kiedy sytuacja staje się naprawdę poważna, zwykle nie można już liczyć na decyzję pacjenta – jego stan po prostu nie pozwala na podejmowanie jakichkolwiek decyzji. Tymczasem decyzje rodziny chorego nie są i po prostu nie mogą być poparte wiedzą medyczną. Nawet wtedy (doświadczenie wskazuje, że zwłaszcza wtedy!), gdy w rodzinie są sami lekarze, nie należy i po prostu nie wolno liczyć na ich fachową i pomocną opinię. To są ludzie bliscy choremu, a więc ich decyzje czy pomysły będą czysto emocjonalne. Emocjonalne to nie znaczy złe, ale to z pewnością znaczy nieprofesjonalne, a właśnie profesjonalizm jest tym, do czego należy się odwołać.

A osobą, od której takiego profesjonalizmu się oczekuje, jesteś właśnie Ty, drogi Czytelniku. Nic na to nie poradzę. Też nie lubię tej chwili.

Po czwarte – czasem trzeba powiedzieć coś, co nie wzbudzi entuzjazmu ani pacjenta, ani jego rodziny. Nie znam żadnego sposobu na łatwe przeprowadzanie takich rozmów. Nie lubię ich i staram się unikać. Ale czasem nie ma innego wyjścia i wtedy trzeba po prostu zrobić to jak najszybciej, bez odkładania w czasie. Unikanie rozmów z bliskimi pacjenta, choć często wydaje się bardzo kuszącą możliwością, prowadzi raczej do eskalacji napięcia.

Po piąte – oczywiście najłatwiej być mądrym już po sprawie. Kiedy pacjent czuje się od dłuższego czasu dobrze, to zastosowane postępowanie, choćby nawet teoretycznie nie było zbyt mądre, broni się samo. Tylko czy można było przewidzieć dobre efekty z góry. Najczęściej nie. Dlatego trzeba wiele odwagi, żeby trzymać się raz obranej drogi postępowania. A która to powinna być droga? Najczęściej można o tym zdecydować, robiąc staranny bilans korzyści i ryzyka. Mam wrażenie, że w psychiatrii zbyt często wybiera się wyjścia najbardziej zachowawcze, zapominając o tym, że utrzymanie *status quo* często nie daje zupełnie niczego, co innymi słowami oznacza, że po stronie spodziewanych korzyści od samego początku mamy zero. W takiej sytuacji nie przekonuje mnie wcale niskie ryzyko. Co z tego, że mało ryzykuję, jeśli zupełnie nic nie wygrywam? Myślę, że często warto zadać sobie takie pytanie.

POSTSCRIPTUM

Po paru latach leczenia normotymicznego (okresowo także przeciwdepresyjnego) stan pacjenta jest nadal bardzo dobry. Nie ma żadnych objawów otępienia. Fazy chorobowe nie są znacznie nasilone, nie ma potrzeby leczenia szpitalnego. Obecnie pacjent w pełni akceptuje koncepcję, zgodnie z którą nadmierna aktywność nie jest super-zdrowiem tylko rodzajem choroby. Pełne zwycięstwo w tym przypadku.

DEPRESJA – PODSUMOWANIE

Stan depresji to dla pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową stan, który znają najlepiej. Zazwyczaj większość ich życia od czasu zachorowania upływa na przechodzeniu przez płytsze lub głębsze stany depresyjne (choć dużo jest także okresów wyrównanego nastroju). Depresja w bardzo znacznym stopniu wpływa na funkcjonowanie chorych w bardzo różnych zakresach. Jednocześnie jest to także stan trudny do leczenia.

Nie można się dziwić, że właśnie z tym okresem choroby wiąże się wiele różnych problemów życiowych, nieraz pozornie niemal niezwiązanych z chorobą. Umiejętność dostrzegania tych problemów i sugerowania pacjentowi optymalnych rozwiązań jest niezwykle ważna dla każdego psychiatry zajmującego się zaburzeniami afektywnymi.

Profesor ŁUKASZ ŚWIĘCICKI jest kierownikiem II Kliniki Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Od 30 lat zajmuje się leczeniem zaburzeń afektywnych. Jest autorem wielu książek i artykułów dotyczących zwłaszcza codziennej praktyki klinicznej. Profesor Święcicki zawsze uważał, że psychiatrii nie można się nauczyć tylko z podręczników, nieocenionym źródłem informacji są dla niego pacjenci, dlatego tak często w swoich książkach zamieszcza różnego rodzaju opisy kazuistyczne.

CHOROBA AFEKTYWNA DWUBIEGUNOWA

SCENARIUSZE ROZWIĄZAŃ

„Ta książka jest drugą częścią podręcznika *Choroba afektywna dwubiegunowa – trudności diagnostyczne*. (...) Uznałem, że jej napisanie jest potrzebne, gdyż po przeczytaniu poprzedniej książki doszedłem do wniosku, że zbyt wiele pytań pozostawiłem bez odpowiedzi i uznałem, że trzeba ukazać pewne potencjalne rozwiązania trudnych sytuacji, które udało mi się spiętrzyć przed Czytelnikami. Próbując wyjść z tego niełatwego położenia, postanowiłem opisać pewne scenariusze rozwiązań, tak jak nakreśliło je samo życie.”

Ze Wstępu

