



# CHOROBA AFEKTYWNA DWUBIEGUNOWA

TRUDNOŚCI DIAGNOSTYCZNE

**Łukasz Święcicki**

# **Choroba afektywna dwubiegunowa – trudności diagnostyczne**

**wydanie 2**

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 oceniał 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 978-83-65835-59-8

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

[www.edraurban.pl](http://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

**Przypadki, w których wstępnie rozpoznawano chorobę afektywną dwubiegunową lub sugerowano takie rozpoznanie, a w których w istocie chodziło o inne zaburzenie 1**

**PRZYPADEK 1**

Głos Ducha, czyli więcej niż mania 1

**PRZYPADEK 2**

Będę zdrowa, jeśli będziecie mnie słuchać 4

**PRZYPADEK 3**

Kiedy szaleje metabolizm 7

**PRZYPADEK 4**

Tylko jeden mózg 9

**PRZYPADEK 5**

Poszlaki mogą mylić 11

## Rozdział 2

**Przypadki, w których wstępnie rozpoznawano lub sugerowano inne zaburzenie, a w których w istocie chodziło o chorobę afektywną dwubiegunową 15**

**PRZYPADEK 1**

To, co widać, to depresja 15

**PRZYPADEK 2**

„Zwykły” bandyta 18

**PRZYPADEK 3**

To nie jest żadna hipomania – zawsze taka byłam 21

**PRZYPADK 4**

Śladem słońca 25

**PRZYPADK 5**

Cudowna kuracja 27

**PRZYPADK 6**

Od zawsze miałem depresję, ale miesiąc temu  
byłem mocno pobudzony 30

**PRZYPADK 7**

Kompletne otępienie 32

**PRZYPADK 8**

Choroby nieznanne nauce 34

**PRZYPADK 9**

Udowodnię wam, że to nie depresja 37

**Rozdział 3**

**Zagadki 41**

**PRZYPADK 1**

Wypijmy za te smutki 41

**PRZYPADK 2**

A jeśli lepiej być nie może? 44

**PRZYPADK 3**

Sama nie wiem, co się dzieje 46

**PRZYPADK 4**

To nie ja – to on 48

**PRZYPADK 5**

Dwa bukiety róż 50

**PRZYPADK 6**

Bywa naprawdę ciężko 52

Ustalenie rozpoznania, które stanowi nieodłączną podstawę każdej interwencji medycznej, bywa w psychiatrii szczególnie trudne i kontrowersyjne. Przyczyną jest oczywiście brak możliwości ostatecznego potwierdzenia diagnozy za pomocą badań obiektywnych. Mimo że znamy niektóre biologiczne markery zaburzeń psychicznych (w przypadku depresji jest to choćby test z deksametazonem – DST), żaden z nich nie może służyć ani do rozpoznania rodzaju zaburzeń, ani do potwierdzenia już ustalonej diagnozy. Przyczyną jest m.in. niedostateczna czułość i swoistość tych testów lub ich mała przydatność praktyczna (drogie, trudne do wykonania itp.), głównym problemem jest jednak sama struktura rozpoznań psychiatrycznych, której daleko do kardiologicznej choćby precyzji. Przepuszczalnie sytuacja ta zmieni się w przyszłości, jednak obecnie rozpoznanie w psychiatrii ustala się jedynie na podstawie badania stanu psychicznego, obserwacji i wywiadów. Jeśli do tego uwzględni się niezwykle bogatą fenomenologię zaburzeń psychicznych – zaburzenie klasyfikowane w jeden sposób może się przejawiać w znacznie więcej niż jeden sposób – to stanie się jasne, jak wielką rolę w procesie dydaktycznym powinna odgrywać kazuistyka. Napisałem świadomie „powinna”, ponieważ zdaję sobie sprawę, że nie odgrywa.

Kazuistyka jest często postrzegana jako sprawa drugorzędna. Myślę, że jest to spowodowane tym, iż kazuistyka w innych dziedzinach medycyny, choć ważna, odgrywa mniejszą rolę niż w psychiatrii. W związku z tym – wraz z rozwojem medycyny, która, w wielkim skrócie myślowym, dąży do bycia „molekularną” – także psychiatria w owczym pędzie odwróci-

ła się (odwraca się?) od opisów przypadków klinicznych. Tymczasem w psychiatrii klinicznej nie możemy zaproponować niczego w zamian. Jeśli więc zrezygnujemy z kazuistyki lub będziemy ją marginalizować, wówczas w procesie diagnostycznym zostaną nam tylko drzewka decyzyjne: stwierdzasz to – tak; nie – przejdź do punktu 2 – stwierdzasz tamto – tak; nie – przejdź do punktu 3 itd. Co w tym złego? Prawie nic, poza tym, że to nie działa. Jako psychiatra praktyk z wieloletnim doświadczeniem twierdzę stanowczo – to nie działa! Na końcu drzewka nie pojawi się rozpoznanie, które będzie miało istotne znaczenie. Dlaczego? Nie jestem do końca pewien. Sprawdziałem – nie pojawia się i tyle. Przypuszczam, że materia jest zbyt skomplikowana.

Stosowanym niekiedy rozwiązaniem zastępczym jest „quasi-kazuistyka”. Polega ona na tym, że do kryteriów z klasyfikacji (np. z ICD-10 lub DSM-5) niejako wstecznie dopisuje się objawy, które dokładnie te kryteria spełniają. W rezultacie powstaje opis wydumanego przypadku. Wygląda niezłe, tylko później konia z rzędem temu, kto w rzeczywistości spotka takiego pacjenta. *Quasi-kazuistyka* ma pewien walor dydaktyczny, ponieważ pozwala łatwiej zapamiętać kryteria, jednak nie jest szczególnie przydatna w codziennej praktyce, kiedy przekonujemy się bardzo szybko, że niemal wszyscy nasi pacjenci mają „jakąś inną chorobę” niż ta, o której mieliśmy okazję przeczytać. Nie wiadomo tylko, niestety, jaką i co dalej z nią robić.

Prawdziwa kazuistyka polega na opisie pacjentów, którzy istnieli/istnieją naprawdę. Oczywiście ze względów etycznych należy tak zmieniać fakty, aby niemożliwa była identyfikacja chorego, ale nie jest to sprawa kluczowa, ponieważ fakty te nie są istotne dla rozpoznania. Opisujący takie przypadki ma tę przewagę nad lekarzem aktualnie badającym chorego, że wie, co się zdarzyło później (choć oczywiście jest to zawsze wiedza ograniczona do pewnego okresu), to znaczy, że czas i wydarzenia zweryfikowały ustaloną diagnozę. Można mieć wątpliwości, czy tego rodzaju opisy kazuistyczne cechuje walor dydaktyczny: jeśli rzeczywiście, jak wspomniałem, zaburzenia psychiczne mają tak indywidualny przebieg, to być może każdy pacjent choruje na swoją chorobę i uogólnienia nie są możliwe; jeśli jest inaczej i zaburzenia psychiczne mają liczne cechy wspólne, to wspomniana *quasi-kazuistyka* powinna być wystarczająca.

Sprowadzając rzecz do absurdu, ktoś mógłby twierdzić, że *quasi-kazuistyka* jest bezowocna, ponieważ nie opisuje realnych przypadków, a prawdziwa kazuistyka jest bezsensowna, ponieważ opisuje indywidu-

alne przypadki, nie pozwalając na uogólnienia. Uważam, że wcale tak nie jest. W rzeczywistości klinicznej zaburzenia – poza cechami indywidualnymi – mają również bardzo wiele cech wspólnych, pozwalających na wprowadzenie sensownej klasyfikacji. Opisy typu *quasi*-kazuistycznego nie dlatego więc nie spełniają swojego celu, że nie są prawdziwe (to prawda, że nie są, ale niezupełnie na tym polega ich słabość), ale dlatego, że nie pozwalają Czytelnikowi na wystarczająco dobre dopasowanie konkretnego pacjenta do wyidealizowanego opisu. Innymi słowy, mam – poparte bardzo wieloma doświadczeniami – przekonanie, że choć poszczególni prawdziwi pacjenci różnią się od siebie, to różnica ta jest niemal zawsze mniejsza niż między pacjentem prawdziwym a wyidealizowanym, spełniającym odgórnie narzucone i z konieczności sztywne kryteria. Uważam, że na tym polega istota zagadnienia.

Celem tej książki jest więc przedstawienie serii przypadków kazuistycznych (czyli opisów realnie istniejących pacjentów), obejmujących zaburzenia afektywne i problemy z nimi związane. Zaburzenia afektywne graniczą lub częściowo nakładają się na zaburzenia schizofreniczne, zaburzenia osobowości, zaburzenia lękowe (nerwice), a nawet uzależnienia (to znaczy, że ich odróżnienie od wymienionej grupy zaburzeń może być trudne lub bardzo trudne). Ostateczne ustalenie granic między zaburzeniami nie jest możliwe i dlatego mówi się, że rozpoznanie w psychiatrii ma charakter probabilistyczny. Można jednak próbować wskazać, co jest czym.

I takie sytuacje chciałbym pokazać.

Nie roszczę sobie w żadnym wypadku pretensji do nieomyślności moich sądów klinicznych. Wtęczę przeciwnie, w wielu opisywanych sytuacjach myliłem się, niekiedy potężnie, i dopiero czas lub mądrzejsi koledzy weryfikowali moje pomyłki. Co gorsza, jestem dziwnie pewny, że pomyłę się jeszcze nie raz. Jeśli któryś z Czytelników, zapoznając się z opisem, wzruszy ramionami i uzna, że proponowane przeze mnie rozpoznanie nie pasuje do omawianej sytuacji, to przyjmę to z pokorą. Przedstawione przeze mnie opisy traktuję jako materiał do dyskusji. Jednak przeprowadzenie takiej dyskusji uważam za bardzo potrzebne. Nie powinniśmy dłużej unikać rozmowy o konkretnych przypadkach, ponieważ, moim zdaniem, zupełnie realnie grozi nam utrata wspólnego języka z następnym pokoleniem psychiatrów, jeśli pozwolimy, by wychowali się oni na, skądinąd eleganckich, drzewkach diagnostycznych! Zmienia się bowiem bardzo istotnie otoczek kulturowy, w której żyjemy,



natomiast choroby psychiczne (tak się przynajmniej wydaje) pozostają te same. W czasach mojej psychiatrycznej młodości ludzie, którzy chodząc po mieście, mówili do siebie na głos, mogli być, nie bez podstaw, podejrzewani o przeżycia typu psychotycznego. Obecnie są to najczęściej użytkownicy telefonów komórkowych ze słuchawkami połączonymi przez bluetooth. Co z tego wynika? Wydaje się, że w wielu przypadkach młodszy koledzy mają tendencję do niedostrzegania zaburzeń psychotycznych, ponieważ w dzisiejszym świecie tak wielki nacisk kładzie się na wybujały indywidualizm (Ephraim Kishon napisał, że najtrudniej rozpoznawać choroby psychiczne w Izraelu ze względu na bogactwo kulturowe państwa – gdzie indziej człowiek, który nałoży sobie garnek ze szpinakiem na głowę uchodzi za chorego, w Izraelu jest to pewnie Żyd z Mandżurii, który kultywuje swoje zwyczaje. No właśnie). Każdy chce być normą sam dla siebie, a przecież, będąc przy tym upierał, w tym gąszczu ludzkich postaw kryją się poważne choroby psychiczne i to wcale nie rozsiane „tu i ówdzie”, ale znacznie gęściej. Choroby te nie mają nic wspólnego z żadnym indywidualizmem, wręcz przeciwnie, często go na dłuższą metę przysięgają i niszczą. Używane kiedyś określenie „warriar” jest całkowicie niewłaściwe nie tylko dlatego, że jest niegrzeczne i wartościujące (choć z pewnością jest, przynajmniej w intencji mówiącego), lecz przede wszystkim dlatego, że podkreśla niewłaściwą cechę jako odróżniającą – rzecz nie w tym, że nasi pacjenci są inni (od słowa *varius* – inny, wywodzi się etymologię wspomnianego, nieużywanego już rzeczownika), ale w tym, że są chorzy. Psychiatrzy nie są wrogami inności, o tym chyba nie muszę przekonywać nikogo z naszego środowiska, są jednak wrogami choroby, której wyróżniającą cechą jest złe funkcjonowanie w świecie i w sobie samym. Inność nie jest nieszczęściem, choroba jest. To truizm, ale obcowanie z kolejnymi pokoleniami młodych psychiatrów nauczyło mnie, że również truizmy trzeba powtarzać (a tak się kiedyś w młodości zastanawiałem, skąd się biorą wszystkie te nudne dziadki tłumaczące ludziom, jak ten generał z *Przygód dobrego wojaka Szwejka*, co to jest trotuar; teraz już wiem – to efekt dojrzewania przechodzącego w przejrzenie...).

Przedstawienie tej serii przypadków kazuistycznych poprzedzę trzema poważnymi zastrzeżeniami.

Po pierwsze – nie pokazuję tu historii ze szczęśliwym zakończeniem. Zdarza się, że jakaś historia kończy się dobrze, lecz jest też tak, pewnie nawet częściej, że ustalenie właściwego rozpoznania wcale nie powodu-

je diametralnej zmiany sytuacji i stanu pacjenta. A przynajmniej nie ma żadnego sensu spodziewać się takiej zmiany z dnia na dzień. Jeśli lekarz czy terapeuta oczekuje, że samo ustalenie właściwego rozpoznania i rozpoczęcie prawidłowego leczenia uczyni cuda, to z dużym prawdopodobieństwem czeka go poważne rozczarowanie, co z kolei może prowadzić do nihilizmu diagnostycznego – po co się starać, jeśli to nie zmienia rzeczywistości? Nie bez przyczyny osoby znające się na zagadnieniu leczenia profilaktycznego ChAD uważają, że ocenę skuteczności leków normotymicznych (przynajmniej takich jak sole litu i walproiniany) można przeprowadzić dopiero po upływie mniej więcej roku terapii, a nie po dwóch tygodniach czy nawet dwóch miesiącach. Dlatego prezentowane przeze mnie przypadki kazuistyczne nie stanowią zbioru bajecznych opowieści o tym, jak to przyszedł mądry doktor, machnął różdżką, a dalej już wszystko było dobrze. Trzeba się z pewnością nastawić na bardzo długie machanie różdżką – często ręka mocno rozboli. Nie mówiąc już o tym, że zlecić coś – to jedno, a spowodować, by było realizowane – to zupełnie inna sprawa. Brak cierpliwości daje, w przypadku psychiatrii, chyba jeszcze gorsze skutki niż brak dobrych pomysłów.

Po drugie – opisywane przeze mnie przypadki wydarzyły się naprawdę, ponieważ, jak już wspominałem, prezentowanie historii fikcyjnych ma znacznie mniej sensu niż prawdziwych. Jednocześnie, lekarza obowiązuje bezwzględnie tajemnica lekarska, w związku z tym, prezentując opis kazuistyczny, musi ukryć prawdziwą tożsamość pacjenta. Zapewniam, że wszystkie podane przez mnie dane osobowe (inicjał, wiek, liczba dzieci, stan cywilny, płeć) zostały zmienione tak, że identyfikacja tożsamości opisywanych osób nie jest możliwa. Ponadto łączyłem w jeden wątki dotyczące różnych osób. Mimo to może się zdarzyć, że czytając któryś z opisów, ktoś odnajdzie w nim siebie lub kogoś znajomego – zaręczam, że zbieżność taka jest zupełnie przypadkowa. Pisząc o podobnych sprawach, trudno uniknąć całkowicie przypadkowych podobieństw.

Po trzecie – już na etapie przygotowywania tej książki spotkałem się z zarzutem (jednostkowym), że opisane tu sytuacje to „nic specjalnego”, a „ja sam/sama miałem/miałam w życiu znacznie bardziej zdumiewające sytuacje”. Nie odebrałem tego jako zarzutu, a jedynie jako komplement, jednak nie ma co udawać, było to pomyślane jako zarzut. Chciałbym się z tym bezwzględnie i natychmiast zgodzić – każdy Czytelnik tej książki, jeśli tylko miał cokolwiek wspólnego z psychiatrią, spotkał się w życiu ze znacznie bardziej zdumiewającymi historiami. Trudno się temu dziwić,

bo opisywane przeze mnie przypadki w ogóle nie są zdumiewające i nigdy nie miały takie być, nie mam za grosz ambicji, aby ścigać się w niezwykłych historiach. Wręcz przeciwnie, starałem się wywołać w pamięci historie typowe. Opisywanie rzeczy, które zdarzyły się tylko mnie i nikomu więcej, może podnosić towarzyskie walory opowiadającego (choć ja niezbyt lubię przechwalanie się, jakiego to ja nie widziałem pacjenta – za bardzo przypomina to historie myśliwsko-wędkarskie, które są zabawne niestety tylko dla myśliwych i wędkarzy, ale z pewnością nie dla ryb), nie ma jednak, o czym już kilka razy pisałem, żadnych istotnych walorów dydaktycznych. Czytelnik powinien więc się przygotować na zupełnie zwyczajne opisy sytuacji klinicznych. Chorób nieznanych nauce nie próbowałem opisywać (tak nazywa się jedna z historii, ale to przypadek), choć nie neguję celowości takich opisów, jednak zadanie, które przed sobą stawiałem, było inne.

Postanowiłem podzielić prezentowane opisy kazuistyczne na trzy – objętościowo nierówne – części. W pierwszej przedstawiam sytuacje, w których zaburzenie wydawało się chorobą afektywną dwubiegunową, jednak okazało się, że tak nie jest; w drugiej sytuacji odwrotne – być może pojawiły się wątpliwości (choć przyznaję, że czasem niewielkie), ale zaburzenie było istotnie chorobą afektywną dwubiegunową. Trzecia część jest poświęcona sytuacjom, których nie udało mi się jednoznacznie zaszeregować i pozostały dla mnie zagadkami, choć być może Czytelnik uzna, że dla niego zagadkowe wcale nie są.

# Rozdział 1

## Przypadki, w których wstępnie rozpoznawano chorobę afektywną dwubiegunową lub sugerowano takie rozpoznanie, a w których w istocie chodziło o inne zaburzenie

### PRZYPADEK 1

#### Głos Ducha, czyli więcej niż mania

Pan A. to 20-letni student, kawaler, mieszka w akademiku w Warszawie. W weekendy zazwyczaj jeździ do rodziców.

#### PROBLEM

Pan A. został przywieziony do izby przyjęć szpitala psychiatrycznego przez rodziców, którzy przyjechali do Warszawy zaniepokojeni treścią i przebiegiem rozmowy telefonicznej, przeprowadzonej z synem dwa dni wcześniej. Podczas rozmowy syn wydawał im „dziwnym, nie swoim” głosem polecenia. Mówił, że mają go słuchać. Twierdził, że poznał jakąś szczególną prawdę, która nakłada na niego misję. Rodzice nie byli w stanie do końca zrozumieć, o co właściwie chodzi. Pan A. pytał także rodziców o różne rzeczy, które wydały im się dziwne. Chciał na przykład wiedzieć, jaką liczbą jest suma cyfr, z których składa się rejestracja ich samochodu, jaka jest dokładna temperatura w pokoju podczas trwania rozmowy itp. Mówił, że to ma wielkie znaczenie, a kiedy rodzice bagatelizowali jego żądania, sprawiał wrażenie bardzo rozczłozzonego, mówił podniesionym głosem, a wreszcie przerwał rozmowę w pół zdania. Następnego dnia rodzice próbowali skontaktować się z synem, ale albo nie odbierał telefonu, albo mówił, że jest bardzo zajęty i nie może z nimi rozmawiać. Zaniepokojeni przyjechali do Warszawy i odwiedzili syna w jego pokoju w akademiku. Okazało się, że w pokoju panuje straszny bałagan,

większość przedmiotów leży na środku podłogi, a do ścian poprzylepiane są kartki o zagadkowej dla rodziców treści. Pan A. był pobudzony i nadmiernie ruchliwy, bez przerwy coś mówił, po czym na dłuższy czas zastygał w bezruchu i w zupełnym milczeniu. Sprawiał wrażenie bardzo zmęczonego. Był zaniedbany. Zaniepokojeni tym wszystkim rodzice namówili syna na wizytę w szpitalu. Pan A. nie widział w tym większego sensu, ale nie opierał się specjalnie, sprawiał raczej wrażenie, że cała sytuacja niezbyt go interesuje.

## WYWIAD

Pan A. urodził się i wychował na wsi około 100 km od Warszawy. Rodzice mają gospodarstwo rolne. Pan A. ma dwóch młodszych braci i jedną siostrę. Rodzeństwo jest zdrowe. Pan A. ukończył szkołę podstawową w sąsiedniej wsi, a liceum w pobliskim miasteczku. Zawsze dobrze się uczył. Nigdy nie sprawiał żadnych kłopotów wychowawczych. Był dzieckiem zamkniętym w sobie, unikał rówieśników, nie miał żadnych przyjaciół. Interesował się książkami, dużo czytał. Zawsze był osobą bardzo pobożną, co cieszyło, ale również trochę dziwiło rodziców. Nigdy nie przejawiał żadnych niepokojących objawów, nie skarżył się na złe samopoczucie, nie był leczony ani konsultowany przez psychiatrę lub psychologa. Po ukończeniu liceum pan A. dostał się na studia w Warszawie, na wydział filozofii. Dwa lata temu wyjechał z domu i od tej pory mieszkał sam w akademiku. Rodzice przypomnieli sobie podczas rozmowy w izbie przyjęć, że od około dwóch miesięcy w zachowaniu syna pojawiają się pewne, jak to określili, dziwactwa, których wcześniej nie dostrzegali. Syn zadawał czasem nieoczekiwane pytania, których sens trudno było zrozumieć, zdarzyło się, że oczekując na autobus, nagle usiadł na zabłoconym chodniku i nie umiał wyjaśnić swojego zachowania. Ponieważ zaraz potem wszystko wracało do normy, rodzice nie zwracali na to większej uwagi.

Pan A. nigdy poważnie nie chorował somatycznie, był jednak dzieckiem uważanym przez rodziców za „słabowite”, być może dlatego, że urodził się w niezbyt dobrym stanie, a przy porodzie otrzymał jedynie 5 punktów w skali Apgar ze względu na zaburzenia oddychania.

## STAN PSYCHICZNY

Podczas badania w izbie przyjęć pacjent był w dość trudnym, mało rzeczowym kontakcie. Był pobudzony, cały czas przekładał coś w rękach, zmieniał pozycję ciała. Był w podwyższonym nastroju. Mówił dużo

i szybko. Twierdził, że ma do spełnienia misję powierzoną mu przez Ducha Świętego, przyznawał, że słyszy w głowie Jego głos, który przekazuje mu polecenia. Symbolicznie interpretował różne wydarzenia występujące podczas badania. Nie miał poczucia choroby i nie chciał na ten temat rozmawiać, ale propozycję hospitalizacji przyjął z obojętnością, nie protestował przeciwko przyjęciu, a poproszony przez rodziców podpisał zgodę na hospitalizację, choć zastrzegł, że jego zdaniem „wszystko to nie ma sensu”. Pacjent został przyjęty do szpitala z rozpoznaniem wstępnym „choroba afektywna dwubiegunowa – epizod maniakalny”.

Po przybyciu na oddział pacjent na kilkanaście minut zastygł w jednej pozycji przy drzwiach i nie reagował na żadne polecenia. Później zgodził się na badanie fizykalne, ale podczas badania nagle stał się bardzo pobudzony, rzucił stołkiem, uszkadzając szafę z lekami. Nawiązanie logicznego kontaktu było niemożliwe. Pacjent wypowiadał pojedyncze, oderwane zdania, sprawiające wrażenie cytatów z *Biblii*. Otrzymał iniekcję z klopiksolu, wymagał też unieruchomienia ze względu na duże pobudzenie. W kolejnych dniach pacjent dość szybko się uspokoił, nadal jednak trudno było zrozumieć jego wypowiedzi. Można było wnioskować, że uważa, iż inni ludzie znają jego myśli i jest bardzo tym zaniepokojony. Pytany wprost, lakonicznie zaprzeczał, jakoby występowały u niego jakiegokolwiek „dziwne przeżycia”, negował także pojawianie się omamów, stwierdził, że nigdy ich nie miał, wyraźnie nie chciał rozmawiać na ten temat. Wyniki badań dodatkowych były prawidłowe, jedynie w tomografii komputerowej mózgu stwierdzono niewielkie poszerzenie przestrzeni płynowych nad płatami czołowymi. Zapis EEG był prawidłowy. Wyniki badania fizykalnego i neurologicznego też.

## OMÓWIENIE PRZYPADKU

Ostatecznie ustalono rozpoznanie zespołu paranoidalnego. U pacjenta stwierdzano występowanie typowych dla tego zespołu urojeń i pseudo-omamów słuchowych, choć podczas leczenia pacjent bardzo szybko przyjął postawę dysymulującą i negował pojawianie się tego typu doznań czy przeżyć. Co prawda stwierdzano u niego podwyższenie nastroju i napędu, co mogło wstępnie sugerować epizod maniakalny, jednak objawy te występowały krótko i były przeplatane okresami wyraźnego spowolnienia, z chwilowym zastyganiem, a dominujący nastrój był raczej obojętny niż podwyższony. W przeszłości nie występowały typowe okresy obniżonego nastroju i napędu, które mogłyby wskazywać na zasadność rozpoznania

choroby afektywnej dwubiegunowej. Także osobowość w okresie przedchorobowym nie miała charakteru cyklotymicznego, pacjent był człowiekiem izolującym się od otoczenia, z trudem nawiązującym kontakty, żyjącym we własnym świecie. Dostępne obecnie dane kliniczne nie pozwalają na jednoznaczne wykluczenie rozpoznania psychozy schizoafektywnej, decydujący będzie dalszy przebieg choroby.

## PRZYPADEK 2

### Będę zdrowa, jeśli będziecie mnie słuchać

Pani C. jest 21-letnią studentką mieszkającą z rodzicami. Dokładniej należałoby powiedzieć, że studentką bywa, ponieważ uczęszczała już do pięciu różnych szkół, ale nigdy nawet nie podeszła do egzaminu. Podejmuje czasem dorywcze zajęcia, kiedy potrzebuje jakichś pieniędzy dla siebie.

### PROBLEM

Pani C. została przyprowadzona do izby przyjęć szpitala psychiatrycznego przez mamę. Nie opierała się przed przyjściem, ale wyraźnie zaznaczyła, że nie jest to jej inicjatywa. Mama pacjentki była bardzo zaniepokojona tym, że córka ostatnio bardzo często, głównie przy okazji nieporozumień domowych, mówiła o tym, że chce odebrać sobie życie. Wydawało się, że zagrożenie jest dość prawdopodobne, ponieważ pani C. dokonała w ostatnim okresie kilku samookaleczeń, co prawda niegroźnych, ale robiących wrażenie na otoczeniu. Pani C. była pod opieką psychiatry i psychologa już od początku nauki w szkole średniej, jednak dotychczas nigdy nie osiągnięto wyraźnej poprawy. Pacjentka miała bardzo zmienne nastroje, często przejawiała agresję słowną wobec otoczenia, wchodziła w liczne konflikty, miała problemy z kończeniem działań, które podjęła. Problemy wyraźnie nasilały się wówczas, gdy coś nie szło po myśli pacjentki, na przykład wtedy, kiedy rodzina nie chciała spełniać jej życzeń.

### WYWIAD

Pani C. jest drugim z kolei dzieckiem, ma dwie siostry. Obie siostry nie sprawiały rodzicom żadnych problemów. Starsza pracuje, mieszka samodzielnie, młodsza uczy się w szkole średniej. Problemy z pacjentką rodzice mieli „od zawsze”, a wyraźnie nasiliły się na początku szkoły średniej.

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

### TRUDNOŚCI DIAGNOSTYCZNE

Celem tej książki jest przedstawienie serii przypadków kazuistycznych (czyli opisów realnie istniejących pacjentów), obejmujących zaburzenia afektywne i problemy z nimi związane. Zaburzenia afektywne graniczą lub częściowo nakładają się na zaburzenia schizofreniczne, zaburzenia osobowości, zaburzenia lękowe (nerwice), a nawet uzależnienia (to znaczy, że ich odróżnienie od wymienionej grupy zaburzeń może być trudne lub bardzo trudne). Ostateczne ustalenie granic między zaburzeniami nie jest możliwe i dlatego mówi się, że rozpoznanie w psychiatrii ma charakter probabilistyczny. Można jednak próbować wskazać, co jest czym. I takie sytuacje chciałbym pokazać.

*Ze Wstępu*

