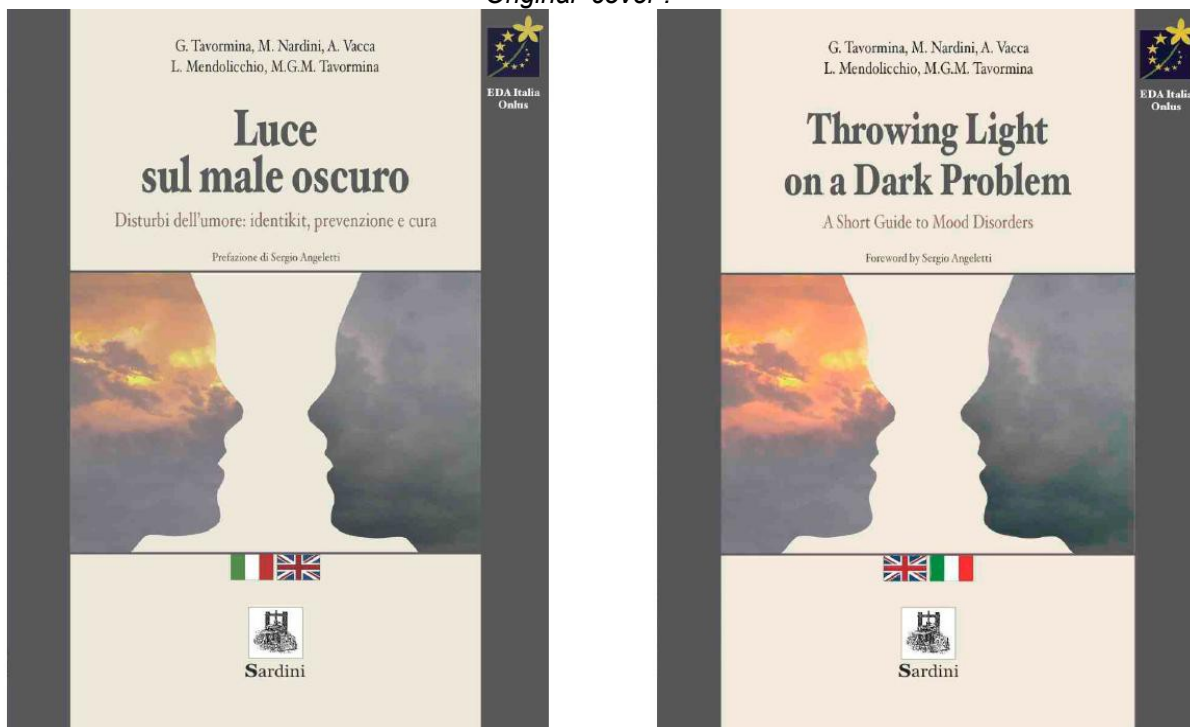


# Rzucając nowe światło na mroczny problem

**Polska wersja przetłumaczona przez Sylwię Rozbicką**

Original cover :



## Autorzy :

*Giuseppe Tavormina (Centro Studi Psichiatrici – Provaglio d’Iseo, BS),*

*Marcello Nardini (Università degli Studi “Aldo Moro” di Bari),*

*Antonella Vacca (Università degli Studi “Aldo Moro” di Bari),*

*Leonardo Mendolicchio (Università degli Studi di Foggia),*

*Maurilio Giuseppe Maria Tavormina (UOSM 57 di Torre del Greco, NA, ASL Napoli 3 Sud).*

**Wszelkie prawa zastrzeżone dla "Włoskiego Stowarzyszenia na Rzecz Depresji"**  
**("EDA Italia ONLUS")**



**EDA Italia - ONLUS**  
*Associazione Italiana sulla Depressione*

**piazza Portici, 11 - 25050 Provaglio d’Iseo (BS) - Italy**

*tel. / fax: 030 9882061 - e-mail: segreteria@edaitalia.org*

*sito web: www.edaitalia.org*

**P.IVA: 02897990988**

## **Zawartość**

*Przedmowa : Sergio Angeletti*

*Wprowadzenie : Vincenzo Costigliola*

- 1) Jakie są zaburzenia nastroju?
- 2) Czym jest choroba afektywna dwubiegunowa?
- 3) Jak dzisiaj prezentuje się choroba afektywna dwubiegunowa?
- 4) Jakie są objawy choroby afektywnej dwubiegunowej?
- 5) Jakie są objawy choroby afektywnej dwubiegunowej istotne przy jej wczesnym rozpoznawaniu.
- 6) Jakie trudności pojawiają się w rozpoznawaniu choroby afektywnej dwubiegunowej?
- 7) Czy dzieci i młodzież mogą cierpieć na chorobę afektywną dwubiegunową?
- 8) Jakie są przyczyny choroby afektywnej dwubiegunowej?
- 9) Czy zaburzenia afektywne dwubiegunowe można wyleczyć?
- 10) Jakie leki i interwencje są skuteczne w leczeniu choroby afektywnej dwubiegunowej?
- 11) Czym są grupy samopomocowe?
- 12) Do kogo powinieneś zwrócić się o pomoc w chorobie afektywnej dwubiegunowej?

*Bibliografia*



**EDA Italia ONLUS**

## **Przedmowa**

Odniesienie się do depresji jako do „mrocznego problemu” to subtelna, wyrafinowana gra słów, której celem jest odwołanie się do psychologicznych, obrazkowych i biochemicznych idei. Broszurę opracowano na podstawie doświadczeń międzynarodowych ekspertów. Jest ona skierowana do pacjentów oraz ich opiekunów, którzy to ramię w ramię współprzeżywają i doświadczają wyniszczającej choroby. Właśnie te zagadnienie eksperci nazwali "rzucaniem nowego światła na mroczny problem".

"Jeśli cię znam, to wiem, jak się z tobą zmierzyć" i mam nadzieję, że wiem jak cię pokonać.

Chodzi o to, jak znosić, krok po kroku i z dnia na dzień, wzrost i spadek objawów depresji.

Ta broszura ukazuje najnowszą wiedzę naukową o depresji, udostępniając ją tym, którzy obawiają się jej i cierpią na nią.

Jak wiemy, depresja staje się coraz bardziej powszechna. Dlatego ta użyteczna broszura powinna stać się bardziej dostępna - w rzeczywistości jest już dostępna jako wersja międzynarodowa.

Sergio Angeletti

## **Wprowadzenie**

Zawsze wywierają na nas wpływ wydarzenia z udziałem młodych matek i ich dzieci, epizody samobójstw i zabójstw, często niewytłumaczalne, dokonywane przez osoby starsze, dorosłych, nastolatków, którzy nie wahają się dokonywać ekstremalnych czynów.

Może nie zauważyliśmy ich cierpienia i nie zrozumieliśmy ich próśb o pomoc, nie zrozumieliśmy, że zostali uwikłani w wir depresji?

Czym więc jest depresja, ta złośliwa, wyniszczająca siła, która przenika nas bez widocznych zewnętrznych znaków? Stygmatyzujące postrzeganie depresji jako słabości, którą zostało się dotkniętym, w dzisiejszych czasach nastawionych na konkurencję przychodzi bardzo łatwo.

Światowa Organizacja Zdrowia uważa, że depresja będzie trzecią najważniejszą przyczyną niepełnosprawności społeczeństwa, a jej częstotliwość występowania gwałtownie wzrośnie, zwłaszcza wśród kobiet w wieku od 15 do 44 roku życia.

Dziesięć lat temu zadawaliśmy sobie pytanie, co możemy zrobić, aby konkretnie pomóc osobom dotkniętym depresją. Leki pomagają, ale same w sobie nie są wystarczające. Konieczne jest przełamanie świadomego kręgu strachu, zawstydzenia, wstydu i izolacji społecznej, nieuchronnie wpływających na osłabianie depresji, która nie jest w stanie odpowiedzieć na współczesną kulturę masową. To w jej przekonaniu doświadczając depresji nie możesz mieć normalnych stosunków seksualnych, zadowalających relacji ze swoimi dziećmi, nie jesteś w stanie poradzić sobie z codziennym stresem w miejscu pracy.

Konieczne wydawało się edukowanie społeczeństw na temat depresji, która mylnie jest postrzegana - jako wyraz słabości. Trzeba powiedzieć, że depresja jest chorobą podobną do innych i że można ją leczyć. Z tego powodu ustanowiliśmy „Dzień Depresji” - dzień poświęcony informowaniu pracowników służby zdrowia i szerszej publiczności o tej chorobie, która jest coraz bardziej obecna w naszym społeczeństwie. Razem z kolegami z 10 krajów europejskich wybraliśmy pierwszy dzień października każdego roku na ten dzień.

Jeśli masz złamaną nogę, łatwo zyskasz status chorego. Przy niewidocznym zaburzeniu depresyjnym znacznie trudniej jest uzyskać ten sam status! Jeśli depresja nie zostanie rozpoznana, nie można jej leczyć! Depresja poporodowa jest wyraźnym tego przykładem. Z pewnością w grę wchodzi czynniki hormonalne, ale prawdą jest również, że objawy lęku i stresu są często niedoceniane, ponieważ uważa się je zwykle za związane z opieką nad urodzonym dzieckiem. Co możemy zrobić? Powinniśmy rozpoznać przyczyny depresji i czynniki, które ją podtrzymują. Powinniśmy nalegać na odpowiednią edukację pracowników służby zdrowia. Powinniśmy rozszerzyć edukację i informować o chorobie. Ten niewielki wolumen jest konkretnym wkładem w poszerzanie wiedzy o chorobie, jej terminologii i przyczynach, a także wsparciem dla pracowników służby zdrowia, światłem na mroczny problem jakim ją zaburzenia nastroju. Należy je lepiej zrozumieć, aby móc je pokonać.

*Vincenzo Costigliola*

*Prezes Europejskiego Stowarzyszenia na rzecz Depresji*

## 1) Czym są zaburzenia nastroju?

Zaburzenia nastroju to zmiany zachodzące w zachowaniu i odczuwaniu, które są widoczne w reakcjach emocjonalnych na sytuacje doświadczane na co dzień. Najbardziej szanowani międzynarodowi eksperci w dzisiejszych czasach mają tendencję do mówienia o zaburzeniach nastroju w całości, co sugeruje, że "gdy nastrój nie jest dobry, to w rzeczywistości jest niestabilny". Mniej więcej jedna osoba na pięć cierpi na niestabilność nastroju. Ta niestabilność przejawia się w epizodach depresyjnego nastroju, naprzemiennie z drażliwością i niepokojem lub z epizodem manii czy euforii, a także z innymi objawami. To wszystko doprowadziło międzynarodowych ekspertów do wprowadzenia terminu "zaburzenia afektywne dwubiegunowe" i "spektrum zaburzeń afektywnych dwubiegunowych". Aby lepiej zrozumieć niestabilność i zmienność nastroju, wyobraźmy sobie, że składa się on z trzech komponentów: emocji, myśli i zachowania. Jeśli myślimy o tych wszystkich trzech komponentach jako o obniżających się tj. spowolnienie myślenia, niewielką energię lub chęć poruszania się jest to stan depresyjny. Jeśli zamiast tego uważamy wszystkie trzy komponenty za idące w górę, wtedy mamy euforyczny nastrój - wiele i szybko płynących myśli oraz nadpobudliwe ruchy, stąd taki nastrój nazywa się maniakalnym.

## 2) Czym jest choroba afektywna dwubiegunowa?

Choroba afektywna dwubiegunowa charakteryzuje się naprzemiennością stanu depresyjnego nastroju z maniakalnym (lub hipomaniakalnym). Kiedy osoba nie przechodzi całkowicie z jednego stanu do drugiego (innymi słowy, kiedy nie jest ani całkowicie przygnębiona, ani całkowicie maniakalna), mówi się, że jest w stanie mieszanym. W wielu przypadkach objawy pacjenta nie są łatwo rozpoznawane, a pacjent może cierpieć przez wiele lat, zanim otrzyma prawidłową diagnozę i odpowiednie leczenie. Typowy wiek początku choroby przypada na lata od dwudziestu do trzydziestu roku życia, ale może wystąpić w każdym wieku. Nie ma różnic w częstości występowania między mężczyznami i kobietami, z tym że kobiety cierpią częściej z powodu epizodów depresyjnych, a mniej maniakalnych. Pierwszy epizod może być maniakalny lub depresyjny. Kiedy pierwszy epizod jest maniakalny, pacjent cierpi na więcej epizodów maniakalnych niż depresyjnych. Nie należy jednak mylić normalnych "wzlotów i upadków", których wszyscy doświadczamy w naszym życiu z ciężkimi zaburzeniami dwubiegunowymi, które mogą zrujnować relacje interpersonalne, spowodować, że pacjenci stracą pracę, a w skrajnych przypadkach mogą nawet doprowadzić do próby samobójczej. W przeciwieństwie do normalnych "wzlotów i upadków", których wszyscy doświadczamy w naszym życiu, objawy choroby afektywnej dwubiegunowej charakteryzują się wyraźną intensywnością, czasem trwania i trwałością i często są bardzo poważne. Choroba maniakalno-depresyjna wpływa na stan umysłu, na pomysły, powoduje popełnienie strasznych czynów, niszczy podstawę racjonalnego myślenia i często

podkopuje wolę życia. Jest to choroba biologiczna, ale manifestuje się na poziomie psychologicznym. Jest unikalna wśród chorób z powodu „zalet” i „przyjemności” jakie daje w stanach maniakalnych i hipomaniakalnych, ale przynosi również ogromne cierpienie, a nawet prowadzi do samobójstwa. „Mam szczęście, że nie umarłem na tę chorobę, bo otrzymałem najlepszą dostępną opiekę medyczną oraz mam przyjaciół, kolegów i rodzinę” (Kay Redfield Jamison, *An Unquiet mind*, TEA, 1995, str. 20).

### **3) Jak dzisiaj prezentuje się choroba afektywna dwubiegunowa?**

Choroba afektywna dwubiegunowa może ujawniać się na wiele różnych sposobów. Objawy mogą różnić się w całym spektrum nastroju - od maniakalnego do depresyjnego – a także jakością, liczbą i intensywnością.

Doprowadziło to ekspertów do zaproponowania koncepcji spektrum dwubiegunowego, co sugeruje dużą liczbę objawów, z których typowy obraz dwubiegunowy jest jedynie wierzchołkiem góry lodowej. Najbardziej charakterystyczny podział jest następujący:

- Zaburzenie afektywne dwubiegunowe typu I - stosowane w przeszłości pod nazwą psychoza maniakalno- depresyjna. Dotyczy głównie mężczyzn i charakteryzuje się równie poważnymi epizodami manii i depresji.
- Zaburzenie afektywne dwubiegunowe typu II - występujące najczęściej. Dotyczy głównie kobiet i charakteryzuje się epizodami depresyjnymi, które są cięższe niż epizody maniakalne.
- Cyklotymia - pacjenci cierpią na ciągłą zmienność nastroju. Intensywność zmian nastroju i czasu ich trwania są większe niż oczekiwane stany fizjologiczne.
- Stany mieszane (mieszane stany depresyjne lub dysforia) – jednocześnie występuje drażliwość, smutek i chwiejność emocjonalna, z częstymi objawami somatycznymi (ból głowy - migrena, zapalenie jelita grubego, napięcie mięśniowe).
- Epizody depresyjne (poważne lub nawracające) - długie i trwałe (lub nawracające, często sezonowe) stany depresyjne, które mogą być ciężkie.

### **4) Jakie są objawy choroby afektywnej dwubiegunowej?**

Choroba afektywna dwubiegunowa powoduje dramatyczne zmiany nastroju, od stanów euforycznych z irytacją lub bez, po absolutny smutek z całkowitą utratą nadziei. Zmiany w nastroju są powiązane z intensywnymi zmianami energii i zachowania. Epizody euforii nazywane są maniakalnymi, a smutku epizodami depresji. Okresy z jednoczesną obecnością euforii , drażliwością, smutkiem są określane jako stany mieszane. Między epizodem manii a depresją nastrój może powrócić do normy, a czasy te nazywane są okresami eutymii (fazy eutymiczne).

## **Faza depresyjna**

W fazie depresyjnej osoba chorująca jest smutna, nieszczęśliwa, melancholijna, ma poczucie beznadziejności i bezradności. Pacjent ma mniej energii i motywacji, łatwo się męczy. Pacjentowi brakuje inicjatywy i często rezygnuje z aktywności, ponieważ czuje, że mu się nie uda i nie widzi pozytywnych konsekwencji. Występują trudności w formułowaniu myśli, robieniu planów, a pojawia się poczucie braku zdolności i chęci do działania. Najczęstsze objawy epizodu depresyjnego to:

- smutek, pesymizm i desperacja,
- zła samoocena - poczucie porażki i straty,
- samotność i nuda - urata zainteresowania wszystkim i poczucie, że nie odczuwa już nic dla osób, które kocha,
- słaba motywacja,
- brak lub złe samopoczucie
- zaburzenia snu (bezsenność) i słaby apetyt (jedzenie w nadmiarze lub niedostateczne)
- w najpoważniejszych przypadkach pojawiają się myśli samobójcze i pragnienie śmierci.

## **Faza maniakalna**

Fazę maniakalną można uznać za przeciwieństwo fazy depresyjnej. Podczas fazy depresyjnej pacjent czuje się nieszczęśliwy, brakuje mu poczucia własnej wartości i energii, podczas gdy w fazie manii pacjent odczuwa dokładnie coś przeciwnego. Osoba w fazie maniakalnej czuje się szczególnie szczęśliwa, wyjątkowa, błyskotliwa i bez ograniczeń. Pacjent jest bardzo podekscytowany, jego energia jest większa, myśli są szybkie, oryginalne i kreatywne. Występuje pozytywne, czasami dominujące, ekshibicjonistyczne lub prowokacyjne nastawienie. Najbliższe środowisko i pewne przeszkody postrzega jako nieistotne, podczas gdy osoby, które się z nimi nie zgadzają są krytykowane lub atakowane. W niektórych przypadkach pacjent może stać się psychotyczny, z objawami wielkoduszności, mistycyzmu lub prześladowczych myśli. Najczęstsze objawy fazy maniakalnej są następujące:

- nadmierny optymizm, poczucie wszechmocy i posiadania różnych zdolności,
- szybkie myśli i mowa - osoba w fazie manii mówi bardzo szybko i jest trudna do zrozumienia,
- skłonność do mówienia w sposób, który jest trudny do zrozumienia przez słuchacza (pacjent przechodzi od jednego argumentu do drugiego bez żadnego logicznego związku, a czasami rymowanie jest jedynym łącznikiem między myślami - lotem pomysłów)
- niska potrzeba snu bez zauważalnego poczucia zmęczenia i wrażenie, że ma się niewyczerpaną rezerwę energii,
- wyostzona percepcja - dźwięki wydają się głośniejsze, a kolory bardziej żywe,
- wykonanie serii planów, które nie są jednak zbyt realistyczne - dana osoba uważa, że ma

specjalne talenty, jest przeznaczona do sukcesu (rozpoczynanie wielu projektów i nie kończenie żadnego z nich)

- uczucie całkowitego niepoohamowania - pacjent wcześniej był ostrożny, teraz nie ma żadnych zahamowań i mówi, co myśli, nie biorąc pod uwagę konsekwencji, dotyczy to także zachowań seksualnych (co może prowadzić do niemądrych, nieroztropnych i zawstydzających zachowań )
- nadmierne wydawanie pieniędzy i robienie zakupów (w okresie manii może mieć miejsce zadłużanie się i nierozsądne inwestowanie pieniędzy),
- w najpoważniejszych przypadkach pacjent może być nadmiernie agresywny - osoba w fazie manii może być osobą sporną, kłopotliwą i brutalną fizycznie
- pacjent może mieć złudzenia wielkoduszności i przekonanie, że posiada specjalne zdolności, także pozazmysłowe (np. czuje, że jest kochany przez celebrytę itp.)

### **5) Jakie objawy są istotne przy wczesnej diagnostyce choroby afektywnej dwubiegunowej?**

Prawidłowe rozpoznanie choroby afektywnej dwubiegunowej jest kluczową kwestią dla służby zdrowia publicznego. Diagnoza ta często nie jest brana pod uwagę, a tym samym nierozpoznana, nieleczona i nieodpowiednio potraktowana ze wszystkimi poważnymi konsekwencjami, jakimi są: pogorszenie relacji międzyludzkich, utrata pracy, kryzysy rodzinne, nadużywanie substancji, impulsywność, samookaleczenie lub krzywdzenie innych (rodzinne tragedie, samobójstwa, gwałt itp.). Wczesna diagnoza jest zatem niezbędna przy skutecznym leczeniu. Bardzo przydatną wskazówką dla diagnozy jest jej obecność u co najmniej jednego członka rodziny. Aby postawić diagnozę manii lub hipomanii należy ustalić wyraźny okres nietypowego i utrzymującego się nastroju z cechami ekspansywności lub drażliwości. Zaburzenie nastroju powinno być wystarczająco dotkliwe dla osoby chorującej, aby narazić na szwank jej działalność naukową, pracę lub zdolność do nawiązywania kontaktów towarzyskich. W przypadku diagnozy depresji konieczne jest wystąpienie przynajmniej dwutygodniowego okresu utracenia zainteresowania lub korzystania z wszystkich lub większości aktywności. Depresja musi być na tyle ciężka, aby spowodować zmianę apetytu, masy ciała, zaburzeń snu, trudności w koncentracji, a także poczucie winy, nieadekwatności lub rozpacz. Mogą też wystąpić myśli o śmierci lub samobójstwie. Ważne jest, aby wykluczyć możliwość, że objawy te mogą być spowodowane przez narkotyki lub inne dolegliwości fizyczne. Lekarz powinien przeprowadzić pełne badanie fizykalne, w tym konieczne może być przeprowadzenie badania neurologicznego. Czasami osoba może doświadczać epizodów euforii, hipomanii, manii lub tylko okresów depresji, na przemian z okresami stabilnego nastroju. Jeśli występują tylko epizody depresji, choroba jest zwykle nazywana zaburzeniem depresyjnym (określana jako nawracająca, jeśli problem występuje okresowo lub cyklicznie).



## 6) Jakie są trudności w rozpoznawaniu i leczeniu tej choroby?

Główna trudność w rozpoznawaniu i leczeniu tej choroby zwykle występuje w fazie maniakalnej. Zazwyczaj osoba, która znajduje się w fazie manii, odmawia leczenia. Nie akceptuje tego, że jest chora, a nawet twierdzi, że nigdy nie czuła się lepiej w swoim życiu. Cierpiący na zaburzenia dwubiegunowe często doświadczają poczucia wyzwolenia podczas fazy maniakalnej. Podczas fazy depresyjnej ludzie czują się zahamowani, bez perspektyw, a potem, w stanie maniakalnym te uczucia nagle znikają. Podczas epizodów manii ludzie czują się pewni siebie, mogą robić, co chcą, bez ograniczeń. Wszystko wydaje się łatwe do zrealizowania, nawet najbardziej skomplikowane plany wydają się możliwe do zrealizowania. W fazie manii osłabia się poczucie osądu i krytyczności, wszelkie zahamowania znikają, a wraz z nimi wątpliwości i obawy. Jednak po zakończeniu tej fazy, osoba cierpiąca na zaburzenia afektywne dwubiegunowe musi stawić czoła wszystkim konsekwencjom swoich nierozsądnych i zawstydzających działań (np. zaciągnięciu długów w wysokości kilku milionów euro, rezygnacja z pracy w momencie gniewu, rozwiązłość seksualna bez podejmowania żadnych środków ostrożności itp.). Po stanie maniakalnym często następuje faza depresyjna, a sytuacja staje się zupełnie odwrotna. Nastrój jest znacznie obniżony, pojawia się uczucie braku zainteresowania czymkolwiek i braku przeżywania przyjemności. Życie wydaje się głęboko nieszczęśliwe i bez sensu. Uśpienie i apetyt mogą się nasilać lub zmniejszać. Pacjent czuje męczliwość, nie ma energii i odczuwa znaczną trudność w koncentracji uwagi. Fazy depresyjne nierzadko są tak poważne, że mogą prowadzić do samookaleczenia lub samobójstwa. Z chorobą afektywną dwubiegunową może wiązać się nielegalne nadużywanie narkotyków i alkoholu, co nasila jej objawy. Rozpoznanie choroby afektywnej dwubiegunowej nie można przeprowadzić za pomocą badań krwi lub badań obrazowych mózgu. Diagnostyka opiera się na rozpoznawaniu objawów, przebiegu zmian długości i rozwoju choroby oraz na historii rodziny, jeśli jest ona znana. Dlatego niezwykle ważne jest, aby powiedzieć specjalistom o wszystkich swoich objawach, myślach, zachowaniu, a także epizodach, które wystąpiły u innych członków rodziny. Z tego powodu wskazane jest, aby w konsultacjach towarzyszył członek rodziny lub przyjaciel, który może poinformować lekarza o postawach i zachowaniu pacjenta w ciągu ostatnich kilku miesięcy. Podsumowując, należy pamiętać o następujących kwestiach:

- wywiad rodzinny z informacją, czy miały miejsce zaburzenia dwubiegunowe lub samobójstwo,
- poprzednie epizody przedłużającej się hipomanii, euforii, drażliwości,
- pierwsze objawy (lub powtarzalność) w określonych porach roku (zimą lub latem),
- wcześniejsze epizody cyklotymii (zmiany nastroju w sposób ciągły)
- obecność lub związek objawów lękowych, w tym paniki lub objawów obsesyjnych,
- częste bóle głowy (migreny), napięcie mięśniowe, zaburzenia żołądkowo-jelitowe, zmiany w apetycie,
- historia nadużywania substancji (okresowo lub ciągle).

Czasami podczas ciężkich epizodów manii lub depresji mogą wystąpić objawy psychotyczne. Najczęściej spotykane są:

- Halucynacje zmysłowe (słyszenie głosów, widzenie rzeczy, które nie istnieją, niezwykle zapachy, których inni nie czują itp.),
- Urojenia (fałszywe opinie, myśli, stanowczo trzymane, których nie da się wytłumaczyć logiką lub wartościami kulturowymi).

Osoby z zaburzeniem dwubiegunowym, u których występują objawy psychotyczne, mogą otrzymać nieprawidłową diagnozę w kierunku schizofrenii.

### **7) Czy dzieci i młodzież mogą cierpieć na zaburzenia afektywne dwubiegunowe?**

Choroba afektywna dwubiegunowa może mieć wczesny początek i może również występować u dzieci i młodzieży. Ważne jest, aby odróżnić normalne kryzysy rozwojowe od prawdziwych zaburzeń nastroju. Może to być łatwiejsze, jeśli jeden z rodziców dziecka cierpi również na chorobę dwubiegunową. W przeciwieństwie do objawów u osób dorosłych, w dzieciństwie i wczesnym okresie dojrzewania choroba objawia się szybkimi, nagłymi i nieuzasadnionymi zmianami nastroju, które można obserwować czasami kilka razy dziennie. Dzieci są często bardzo rozdrażnione i agresywne i mogą mieć destrukcyjne skłonności, a czasem ekstremalne chwile szczęścia i radości, które często są nieuzasadnione. W drugiej fazie okresu dojrzewania choroba ma te same cechy, co u osoby dorosłej. Można zaobserwować tendencję do ulegania ryzykownym sytuacjom i ciągłemu sprzeciwianiu się (np. rodzicom, nauczycielom itp.).

U młodych osób choroba często wiąże się z nadużywaniem narkotyków i alkoholu. Młodzież, aby poradzić sobie z ogromnym cierpieniem psychicznym sięga po substancje psychoaktywne, bo często nie rozumie co się z nim dzieje i nie potrafi rozmawiać o tym z dorosłymi. Powszechne są również myśli samobójcze, których nie należy lekceważyć. W takich sytuacjach zaleca się pilnie zgłosić po pomoc psychiatry dziecięcego. Przekonanie, że "ten, kto mówi o zabijaniu się, zwykle tego nie robi", a celem pacjenta jest po prostu przyciągnięcie uwagi, jest naszym zdaniem podstawowym błędem. Czyniąc to, nie docenia się przesłania, które przekazuje dana osoba i lekceważy się ryzykowne pomysły. W takiej sytuacji młody człowiek zostaje sam, staje się rozdrażniony i rozczarowany, ponieważ czuje się źle zrozumiany. Zamiast tego ważne jest, aby ofiarować mu uwagę oraz słowa pocieszenia i zachęty. Osoba, która odważyła się wyznać swoje uczucia dotyczące samobójstwa komuś innemu, już przekroczyła własne możliwości radzenia sobie z problemem - potrzebuje naszej pomocy i wsparcia.

### **8) Jakie są przyczyny choroby afektywnej dwubiegunowej?**

Dokładne przyczyny choroby afektywnej dwubiegunowej nie są znane. Większość badań na ten temat sugeruje, że jest ona spowodowana przez biochemiczną nierównowagę w niektórych

częściach mózgu, co powoduje zmiany w systemach komunikacji między neuronami. Neurony używają neuroprzekaźników do komunikacji między sobą. Na przykład neuroprzekaźniki monoaminowe - serotonina, noradrenalina i dopamina – pobudzają ośrodkowy układ nerwowy, a kwas gamma-aminomasłowy (GABA) pełni odwrotną, bo hamującą funkcję. Na tej zasadzie działają leki stosowane w leczeniu choroby afektywnej dwubiegunowej i stabilizatory nastroju. Inne badania sugerują, że choroba ta jest konsekwencją nieprawidłowego działania wewnątrzkomórkowych systemów przekaźnikowych (układów motorycznych w komórkach) w pewnych określonych częściach mózgu. Jest możliwe, że rozwój choroby afektywnej dwubiegunowej zachodzi w procesie "uczulenia" lub "rozpalania". Teoria ta sugeruje, że pierwsze epizody choroby są wywołane przez stresujące wydarzenia (przepracowanie, utrata pracy, przewlekła choroba itp.). Każdy epizod powoduje zmiany w mózgu, które czynią kolejny epizod bardziej prawdopodobnym, aż w końcu epizody rozwijają się spontanicznie. Proces ten został po raz pierwszy opisany w celu wyjaśnienia epilepsji, co może oznaczać, dlaczego niektóre leki przeciwdrgawkowe są również skuteczne w leczeniu zaburzeń afektywnych dwubiegunowych. Traumatyczne wydarzenia życiowe, takie jak poważne straty, przewlekłe choroby, nadużywanie narkotyków lub poważne problemy finansowe mogą spowodować epizody tej choroby u osób predysponowanych. Ewidentnie występuje genetyczna predyspozycja do choroby afektywnej dwubiegunowej - jest obecna w rodzinach. Ponad dwie trzecie osób dotkniętych tą patologią ma co najmniej jednego bezpośredniego krewnego, który cierpi na epizodyczne zmiany nastroju lub dużej depresji.

### 9) Czy chorobę afektywną dwubiegunową można wyleczyć?

Choroba afektywna dwubiegunowa jest chorobą przewlekłą, jednak większość osób cierpiących na te schorzenie może osiągnąć zasadniczo stabilny nastrój przy odpowiednim leczeniu. Prawie zawsze konieczne jest długoterminowe leczenie zapobiegawcze. Podstawowym modelem leczenia tej choroby jest to, że nie wystarczy leczyć epizodu maniakalnego lub depresyjnego, ale najważniejsze jest leczenie choroby rzeczywistej. Strategia terapeutyczna obejmująca leki i interwencje psychoterapeutyczne jest uważana za optymalną metodę leczenia tego stanu. Istnieją sytuacje, w których mogą wystąpić istotne zmiany nastroju pomimo odpowiedniego leczenia. W takich sytuacjach ważne jest, aby zaraz po pojawieniu się pierwszych objawów skontaktować się z psychiatrą, który zapobiec całkowitemu rozwojowi nowego epizodu, dostosowując dawkę leku. Istnieją również inne czynniki, które mogą mieć znaczenie przy nawrocie: stresujące wydarzenia życiowe, rozczarowania, nadmierne spożywanie kawy, alkoholu, narkotyków lub innych środków pobudzających, rozregulowany sen, niska jakość życia, niektóre leki, choroby współistniejące, trauma i żałoba. Celem interwencji psychoterapeutycznych jest to, aby pacjent lepiej rozpoznawał jego sposób funkcjonowania i akceptował go, odróżnia siebie i swoją osobowość od choroby, poprawiał sposoby radzenia sobie ze stresem, a pośrednio redukował czynniki wywołujące nawrót. "W nieopisany sposób psychoterapia wpływa na powrót do zdrowia. Niejako nadaje sens temu

całemu zamieszaniu, przygląda się uczuciom i myślom, które przerażają, przywraca kontrolę i nadzieję oraz możliwość uczenia się i wyciągania wniosków z tego wszystkiego... Żadna pigułka nie pomoże mi zmierzyć się z problemem, którego nie chcę się podjąć. W ten sam sposób psychoterapia sama w sobie nie jest w stanie zapobiec mojej manii i depresji. Potrzebuję obu". (Kay Redfield Jamison, *Una mente inquieta*, TEA, 1995).

## 10) Jakie leki są skuteczne w leczeniu choroby afektywnej dwubiegunowej?

Leki stosowane w leczeniu zaburzeń afektywnych dwubiegunowych są zwykle przepisywane przez psychiatrów. Stosowane leki to:

- Stabilizatory nastroju (są to leki pierwszego wyboru, niezbędne do kontrolowania zaburzeń i zmian nastroju w obu kierunkach - obejmują lit i leki przeciwpadaczkowe)
- Atypowe leki przeciwpsychotyczne (są stosowane, ponieważ mają właściwości stabilizujące nastrój),
- Leki przeciwdepresyjne - należy je stosować tylko w fazie depresyjnej w połączeniu ze stabilizatorami nastroju, aby zmniejszyć ryzyko zmiany pacjenta na przeciwny biegun (manię) i zapobiec (lub nie zachęcić) do rozwoju choroby w kierunku zmniejszenia długości okresów bezobjawowych i wynikającego z tego wzrostu liczby "cykli choroby".

## 11) Jakie interwencje psychospołeczne i psychoterapeutyczne są najczęściej stosowane w leczeniu choroby?

Te interwencje są zwykle przeprowadzane przez psychologów i innych specjalistów, którzy zostali specjalnie przeszkoleni w tej dziedzinie. Zawsze powinny być prowadzone we współpracy z psychiatrą, który leczy pacjenta. Najczęściej używanymi technikami stosowanymi w leczeniu zaburzeń afektywnych dwubiegunowych są:

- terapia poznawczo-behawioralna,
- psychoedukacja,
- interwencje rodzinne,
- rehabilitacja psychospołeczna.

Psychoterapia poznawczo-behawioralna jest jedną z najbardziej skutecznych terapii w tej chorobie. Może pomóc pacjentowi - zwiększając jego wiedzę i zdolność do radzenia sobie z chorobą, a także lekarzowi - lepiej zrozumieć rozwój objawów, tak aby można było wybrać bardziej skuteczny sposób leczenia. Podejście to obejmuje również psychoedukację zarówno pacjenta, jak i jego rodziny w celu lepszego zrozumienia faz choroby. Często rodzina bagatelizuje niektóre objawy, takie jak bezsenność, euforię i drażliwość, uznając je za część osobowości i charakteru lub postrzega je jako aspekty związane z wolą osoby, wpływem złego towarzystwa lub nieregularnego trybu życia. Z kolei rehabilitacja psychospołeczna jest podstawowym elementem leczenia pacjenta,

który uwolniony od objawów choroby, ponownie zajmuje swoje miejsce w społeczeństwie, nie tylko dlatego, że czuje się lepiej i może powrócić do pracy, ale także dlatego, że jest w stanie poradzić sobie z własnymi trudnościami, destrukcyjnymi elementami choroby i żyć w taki sposób, aby radzić sobie z własną chorobą. Przydatne techniki rehabilitacji w leczeniu zaburzeń nastroju obejmują muzykoterapię, terapię tańcem, arteterapię i sport (w szczególności bieganie, pływanie i gry zespołowe). Efekt działania grupy osłabia napięcia osobiste, ułatwia nowe wyzwania oraz zachęca do współpracy i synergii działań w celu osiągnięcia wspólnego celu.

## **12) Czym są grupy samopomocowe?**

Grupy samopomocowe lub grupy wsparcia dla pacjentów i ich rodzin to kameralne spotkania osób połączonych wspólnym problemem i tematem (chorobą), odbywające się regularnie, w celu dzielenia się swoimi doświadczeniami i oferowania wzajemnego zrozumienia. Umożliwiają uzyskanie wsparcia, przydatnych informacji, poczucia wspólnoty i nierzadko przyjaźń. Grupy samopomocowe zostały zatwierdzone przez WHO. Grupy są istotną częścią nowej kultury i nowego podejścia do problemów zdrowia psychicznego w oparciu o nowoczesną koncepcję zachęcania pacjentów i ich rodzin do zrozumienia i wzięcia odpowiedzialności za swoją chorobę.

## **13) Gdzie należy zgłosić się w celu leczenia depresji i choroby afektywnej dwubiegunowej?**

Każda osoba cierpiąca na chorobę afektywną dwubiegunową powinna być regularnie monitorowana przez lekarza psychiatrę, który ma specjalne szkolenie w zakresie diagnozowania i leczenia tej choroby. Właściwe postępowanie w zaburzeniach nastroju ma fundamentalne znaczenie dla jakości życia pacjenta i jego rodziny. Można tego dokonać poprzez zrozumienie i zastosowanie kilku podstawowych wskazówek:

- psychiatra powinien być lekarzem odpowiedzialnym za opiekę;
- dobry sojusz terapeutyczny z pacjentem jest niezbędny, aby mieć pewność, że pacjent postępuje zgodnie z planem leczenia;
- depresja jest chorobą, która powoduje znaczące zmiany biologiczne, a więc nie jest oznaką słabości lub lęklivosti i nie może być przezwyciężona samym aktem woli (muszę to zrobić sam!).

Kiedy pojawiają się wczesne oznaki choroby należy skonsultować się z lekarzem, udać się do Centrum Zdrowia Psychicznego lub prywatnej kliniki, aby otrzymać odpowiednie środki zapobiegawcze, opiekę i rehabilitację w celu przezwyciężenia zaburzeń nastroju.

*Leczenie zaburzeń nastroju oznacza dobrą jakość życia.*

*Nie cierp sam. Poinformuj odpowiednie osoby!*

*Nie pozwól, aby wstyd i uprzedzenia uniemożliwiły Ci uzyskanie pomocy.*

*Nie wierz, że nic nie można zrobić.*

***Pamiętaj, że razem możemy wygrać!***

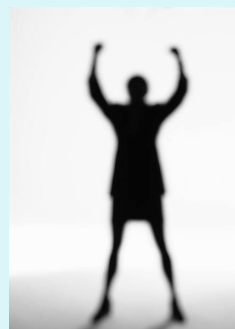
Nie zostawaj sam ze swoim smutkiem!



Remember that one can  
fight depression



and **WIN !**



## **Bibliografia :**

- 1 - A.VV.: DSM -IV-TR. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. A.P.A., 2000.
- 2 - AA.VV.: Medicina e salute. Milano, Motta, 2004.
- 3 - Akiskal HS. (1996) - The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders: beyond DSM-IV. J Clin Psychopharmacol, 16: suppl 1: 4-14.
- 4 - Akiskal HS. Classification, diagnosis and boundaries of bipolar disorders: a review. [2003] - In: Maj M, Akiskal HS, Lopez-Ibor JJ, Sartorius N, eds. Bipolar disorder. Chichester: John Wiley and Sons, 1-52.
- 5 - Agius M, Tavormina G [2009] - "The bipolar spectrum: do we need a single algorithm for affective disorder?". European Psychiatry, 24: suppl 1: P01-218.
- 6 - Agius M, Tavormina G [2007] - "Identifying and treating bipolar illness early". BMJ, February 19<sup>th</sup>, 2007.
- 7 - Angst J, Gamma A, Benazzi F, et al. [2003] - Toward a re-definition of subthreshold bipolarity: epidemiology and proposed criteria for bipolar-II, minor bipolar disorders and hypomania. J Affect Disord, 73: 133-146.
- 8 - Ba G. (a cura di) - Metodologia della riabilitazione psicosociale. Milano, F. Angeli, 1994.
- 9 - Baum A.E., et al. (2008) - A genome-wide association study implicates diacylglycerol kinase eta (DGKH) and several other genes in the etiology of bipolar disorder Molecular Psychiatry, 13(2), 197-207.
- 10 - Bear M.F./Connors, B.W./Paradiso, M.A., (1999) - "Neuroscienze: Esplorando Il Cervello", Masson. Milano.
- 12 - Benazzi F. [2007] - "Mixed Depression and the dimensional view of mood disorders". Psychopathology, 40:431-439.
- 13 - Benson D.F / Blumer, D., (1975) - "Aspetti psichiatrici delle malattie neurologiche", Bulzoni Editore. Roma.
- 14 - Burton P.R., et al. (2007) - Genome-wide association study of 14,000 cases of seven common diseases and 3,000 shared controls Nature, 447(7145), 661-678.
- 15 - Cassano Giovanni B., (1999) - "Trattato Italiano di Psichiatria", Masson. Milano.
- 16 - Civita A., (1999) - "Psicopatologia. Un'introduzione storica", Carocci Editore. Roma.
- 17 - Clarkson P. (1995) - La relazione psicoterapeutica integrata. Roma, Sovera, 1997.
- 18 - Doron R., Parot F., Del Miglio C. (1988) - Nuovo Dizionario di Psicologia. Roma, Borla, 2001.
- 19 - Fallon IRH., (2000) - "Che cos'è il Disturbo Bipolare", Ecomind. Salerno.
- 20 - Goldberg JF., Harrow M., (2000) - "Disturbi Bipolari" Raffaello Cortina. Milano.
- 21 - National Institute of Mental Health. Depression. Bethesda (MD): National Institute of Mental Health, National Institutes of Health, US Department of Health and Human Services; 2002.
- 22 - Pinel J. (2000) - "Psicobiologia" il Mulino. Bologna.
- 23 - Sajatovic M, Smith D. (2008) - Subjective experience of bipolar disorder, treatment adherence and stigma. New Research In Mental Health, vol. 18. Ohio Department of Mental Health.
- 24 - Simis A., (2005) - "Introduzione alla Psicopatologia descrittiva". Raffaello Cortina Editore. Milano.
- 25 - Stephen M., (2005) - "Psicofarmacologia essenziale della depressione e del disturbo bipolare". Centro Scientifico Editore. Torino.
- 26 - Tavormina G. [2010] - "The temperaments and their role in early diagnosis of bipolar spectrum disorders". Psychiatria Danubina, 22, suppl 1: 15-17.
- 27 - Tavormina G [2011] - "Are somatisations symptoms important evidence for an early diagnosis of bipolar spectrum mood disorders?". Psychiatria Danubina, 23, suppl 1: 13-14.
- 28 - Tavormina G - An approach to diagnosis and treatment of patients with bipolar spectrum mood disorders, indentifying temperaments. Psychiatria Danubina, 2012; 24, suppl 1: 25-27.
- 29 - Zdanowicz N., Myslinski A. ADHD and bipolar disorder among adolescents: nosology in question. Psychiatria Danubina 2010; 22:139-142.