

# Zaburzenia afektywne

Obok depresji najczęstszym oraz najpoważniejszym zaburzeniem afektywnym jest choroba afektywna dwubiegunowa (CHAD, zwana chorobą maniakalno-depresyjną). Jest również jednym z częściej występujących zaburzeń psychicznych. Od dawna wiadomo, iż bez względu na rasę i płeć na świecie choruje na nią ponad 1 % populacji. Ostatnie badania wskazują, że rozpowszechnienie CHAD może wynosić od 2,6 % do 6,5 %.

Wg danych WHO szacuje się, że choroba afektywna dwubiegunowa zajmuje siódme miejsce w klasyfikacji chorób w największym stopniu negatywnie wpływających na życie pacjentów (w standardowym szacunku obciążenia chorobą – DALYs – disability-adjusted life years). Ponadto choroba dwubiegunowa może być śmiertelna. Około 15 % osób cierpiących na to zaburzenie popełnia próbę samobójczą.

W zaburzeniach afektywnych głównym objawem są skrajne wahania nastroju.

Dwie podstawowe formy zaburzeń nastroju, depresja i mania, stanowią przeciwstawne bieguny na skali odczuwanych emocji. Stan manii można porównać do oglądania świata przez różowe okulary: nastrój jest euforyczny, podwyższony. W depresji wszystko wydaje się szare i smutne.

Kierunek, dynamika i czas trwania zmian nastroju pozwalają, w oparciu o standardowe kryteria postawić rozpoznanie epizodu afektywnego: manii, depresji lub ich form bardziej umiarkowanych: hipomanii, subdepresji albo epizodu mieszanego. Biorąc pod uwagę ilość i rodzaj epizodów zaburzeń nastroju rozpoznać można konkretne nawracające zaburzenie afektywne.

Osoby cierpiące zaburzenie afektywne dwubiegunowe doświadczają naprzemiennych epizodów skrajnych wahań nastroju: manii i depresji, które przedzielone są okresami dobrego normalnego funkcjonowania.

Zaburzenie afektywne dwubiegunowe często pozostaje niezdiagnozowane. Powodem tego jest najczęściej nieznanostwo bogactwa objawów, które mogą występować w tym zaburzeniu, a także słaba dostępność odpowiednich metod diagnostycznych. Ponadto wiele osób cierpiących na to zaburzenie z różnych względów nie szuka profesjonalnej pomocy.

Początek choroby przypada zwykle na okres dorastania i wczesnej młodości (15-24 rok życia). U kobiet częściej powodem zgłoszenia się do lekarza jest depresja, podczas gdy u mężczyzn częściej jako pierwsza występuje mania.

## Hipomania

Hipomania charakteryzuje się podobnymi objawami do manii, ale o słabszym natężeniu. Obejmować mogą one umiarkowanie podwyższony nastrój, zwiększoną energię i aktywność, ogólne poczucie dobrego samopoczucia, zwiększonej efektywności psychicznej i fizycznej oraz zmniejszonego zapotrzebowania na sen.

Osoby cierpiące na zaburzenie dwubiegunowe bardzo pozytywnie oceniają okresy tego typu objawów, wręcz oczekują początku epizodu hipomanii. Jednakże ocena rzeczywistości w trakcie takiego epizodu jest nierealistyczna: mają wrażenie, że świat kręci się wokół nich lub,

że nic złego nie może ich spotkać. Co istotne, najczęściej nie zdają sobie sprawy, że są to objawy choroby, przekonanie ich zatem do leczenia jest dość trudne. U części osób objawy hipomanii mogą być początkiem epizodu maniakalnego, ale co najmniej 50 % osób z epizodami hipomanii nigdy nie miewa cięższych form w postaci manii.

Diagnoza hipomanii jest trudna, gdyż osoby mające tego typu objawy (np. nadmiernego zadowolenia czy zwiększonej produktywności) rzadko zgłaszają je lekarzowi. Nawet jeśli to czynią trudno jest w ich przypadku jednoznacznie odróżnić euforię lub podwyższenie nastroju od podobnych uczuć towarzyszących od czasu do czasu każdemu (np. od poczucia przyływu energii). W efekcie osoby cierpiące na naprzemienne występowanie hipomanii z depresją rzadko wspominają o objawach hipomanii i ostatecznie stawiana jest błędna diagnoza zaburzenia depresyjnego nawracającego.

Ze względu na to, iż osoby będące w depresji rzadko wspominają o objawach hipomanii w przeszłości, istotne jest zadanie konkretnych, szczegółowych pytań pomagających ujawnić epizod hipomaniakalny w przeszłości, np. dotyczących przyływu energii, gonitwy myśli, zmniejszonego zapotrzebowania na sen. Informacje takie mogą również być uzyskane od rodziny. W trakcie choroby pacjent uczy się lepiej rozpoznawać własne zmiany nastroju i może weryfikować je w rozmowie z inną osobą.

Hipomania może być szczególnie trudna do rozpoznania u osób młodych, u których jej objawy mogą być wzięte za typowe zachowanie w tego wieku. Sprawę utrudnia częste zażywanie w tej grupie narkotyków wpływających na nastrój i zachowanie (amfetamina, marihuana, środki halucynogenne).

## Mania.

W epizodzie maniakalnym typowy jest euforyczny nastrój, wzmożona samoocena, ekspansywność oraz ogólnie wzmożona aktywność (patrz tabela).

### Tabela 1.

- Podwyższenie nastroju, ekspansywność, nadaktywność
- Podwyższona samoocena, nastawienie wielkościowe
- Przyspieszenie mowy, przymus mówienia, słowotok
- Gonitwa myśli, skojarzenia dziwaczne, dygresje
- Rozproszenie uwagi, drażliwość
- Pobudzenie, czasem przechodzące w agresję
- Wzrost aktywności hedonistycznych
- Spadek zapotrzebowania na sen, bezsenność, utrata łaknienia
- Urojenia lub omamy zgodne z fazą zaburzeń nastroju
- Zachowania ekspansywne i ryzykowne (finansowe, hazardowe, hiperseksualizm)
- Przesadne zaangażowanie, niski poziom tolerancji frustracji

Nastrój w manii może zmieniać się od euforii do nastroju drażliwego i gniewu, zwłaszcza gdy gonitwa myśli i próba realizacji co raz to nowych planów napotyka opór otoczenia.

Koncentracja takiej osoby jest zaburzona, a uwaga łatwo ulega rozproszeniu na nieistotnych szczegółach.

Gdy objawy nasilają się wyczerpujące się zasoby energetyczne pacjenta, brak snu i wypoczynku mogą doprowadzać do zaburzeń orientacji, pojawienia się urojeń lub stanu katatonicznego. Stan taki może przypominać zespół paranoidalny występujący w schizofrenii.

Stan manii wymaga natychmiastowej pomocy lekarskiej ze względu na dobro pacjenta i jego otoczenia. Wygórowana wiara we własne możliwości, gonitwa myśli może wieść do zaburzonego osądu rzeczywistości oraz zachowań ryzykownych. Konsekwencje takiego zachowania mogą szkodliwe dla pacjenta i innych osób.

Objawy psychotyczne mogą pojawiać się w formie halucynacji lub częściej w postaci idei nadwartościowych oraz urojeń wielkościowych, poczucia misji i innych.

## Epizod depresyjny

W uproszczeniu depresja jest przeciwieństwem manii. Typowe objawy obejmują obniżenie nastroju: dojmujący smutek, poczucie beznadziejności własnej sytuacji, spadek zainteresowań, niemożność czerpania przyjemności z czegokolwiek (anhedonia). Często występują wahania nastroju w ciągu dnia – względna poprawa nastroju następuje w godzinach wieczornych.

W zachowaniu i emocjach dominuje spowolnienie, ogólne uczucie zmęczenia, bądź niezdolności do wykonywania codziennych czynności. Towarzyszą temu zaburzenia koncentracji, subiektywne poczucia upośledzenia pamięci (co zwykle wymaga różnicowania z zespołami otępiennymi).

Smutek, rozpacz i poczucie winy mogą znaleźć swój wyraz w zamartwianiu się, natrętnych myślach o treści depresyjnej i rezygnacyjnej, aż do myśli o charakterze samobójczym lub typowo urojeniowym (np. urojenia kary, winy, grzeszności, hipochondryczne, katastroficzne, prześladowcze i in.).

Osoba w depresji negatywnie interpretuje własne możliwości, neguje dokonania, ze skrajnym pesymizmem odnosi się do przyszłości. Jest przekonana, że stan depresji będzie trwał wiecznie. Lęk występujący w depresji może mieć charakter wolnopłynący, jak i napadowy, podobny do napadów paniki. Może mu towarzyszyć niepokój i pobudzenie.

### Tabela 2. Objawy depresji.

- Utrzymujący się smutek, poczucie pustki
- Zniechęcenie, poczucie braku nadziei, winy, bezwartościowości
- Utrata zainteresowań, brak odczuwania przyjemności
- Utrata energii, zmęczenie
- Lęk, niepokój, drażliwość
- Trudności w koncentracji, podejmowaniu decyzji, zapamiętywaniu
- Zaburzenia snu (trudności w zasypianiu, częste lub wczesne wybudzanie się, rzadziej, głównie u osób młodych nadmierna senność – hipersomnia)
- Zaburzenia łaknienia, także utrata poczucia smaku, wahania masy ciała
- Zaburzenia popędu seksualnego (spadek libido) oraz zaburzenia funkcji seksualnych.
- Myśli samobójcze i próby samobójcze

Rodzina i bliscy zauważają zwykle spadek aktywności, tendencje do izolowania się, brak motywacji, zubożenie emocjonalne.

## Epizody mieszane

Epizod mieszany stanowi połączenie cech depresji i manii. Jednocześnie współwystępuje wtedy na przykład gonitwa myśli, nastawienie wielkościowe, wzmożona aktywność z elementami depresji (np. poczuciem beznadziejności, bezwartościowości, myślami samobójczymi). Mogą występować również wspólne cechy depresji i manii, np. zaburzenia snu lub drażliwość.

Ponad połowa pacjentów w manii może mieć jednocześnie pewne objawy depresji. Obniżony nastrój, myśli samobójcze w połączeniu z niezdolnością do kontrolowania impulsów charakterystyczną dla manii może prowadzić do tragicznych następstw, np. próby samobójczej. Epizody mieszane są często mylnie diagnozowane i trudno poddają się leczeniu.

\*\*\*

Pierwszy epizod choroby może być związany z ważnym i stresującym wydarzeniem z życia chorego (urodzenie dziecka, zmiana otoczenia, utrata bliskiej osoby).

Długość trwania epizodów depresji i manii waha się od kilku dni do kilku miesięcy. Epizody depresyjne zwykle trwają dłużej niż maniakalne. Przeciętna ich ilość to 8-10 w czasie całego życia pacjenta. W danym przypadku może ustalić się pewien wzorzec sekwencji epizodów (np. sekwencja mania-depresja-remisja). Wraz z trwaniem choroby jej przebieg może być przewlekły i postępujący: epizody stają się być częstsze i głębsze, a okresy remisji objawów krótsze. Z tego względu istotne jest rozpoczęcie wczesnego leczenia, co zwiększa szanse pacjenta powrotu do zdrowia oraz pełnej aktywności społecznej i zawodowej.

Zachorowanie na zaburzenie dwubiegunowe odbija się najczęściej poważnie na życiu chorego, a także na jego otoczeniu. Wielu wybitnych artystów wykazywało objawy tej choroby (m. in. Vincent van Gogh, Piotr Czajkowski, Wiliam Blake, Virginia Woolf), nie mniej jednak ich życiorysy odzwierciedlały również cierpienie, które ze sobą niosła.

Główny problem stanowi cykliczność zaburzenia. Wielokrotne nieobecności w pracy, mniejsza wydajność, brak zaufania i odrzucenie ze strony współpracowników mogą powodować utratę pracy i przekreślenie kariery zawodowej. Częstsze są również rozwody i rozpad życia rodzinnego, uzależnienia oraz próby samobójcze. Choroba może być źródłem kłopotów finansowych pacjenta i jego rodziny oraz konfliktów z prawem.

Etiologia choroby afektywnej dwubiegunowej nie jest ostatecznie wyjaśniona. Badania genetyczne wskazują na różne, mieszane modele dziedziczenia z możliwym modelem predyspozycji uwarunkowanej wieloczynnikowo. Niektóre czynniki genetyczne są wspólne dla różnych zaburzeń afektywnych. Zidentyfikowane dotychczas geny kodują szereg enzymów warunkujących produkcję i metabolizm amin katecholowych, a także białka związane z przekazywaniem sygnałów wewnątrz komórek. Zaburzenia aktywności układów neuroprzekątnikowych oraz czynności kanałów jonowych i ekspresji genów stanowią postulowane podłoże biologiczne zaburzeń afektywnych. Wiele prac wskazuje na zmiany w wydzielaniu hormonów.

Terapia choroby dwubiegunowej koncentruje się na łagodzeniu jej objawów oraz zapobieganiu nawrotom. Najważniejszą grupą leków są tzw. leki stabilizujące nastrój (lit, kwas walproinowy, karbamazepina i inne), stosowane zarówno w celu łagodzenia ostrych objawów jak i zapobiegania nawrotom. Zastosowanie znalazły również leki przeciwdepresyjne (głównie w trakcie epizodów depresyjnych) oraz neuroleptyki i inne grupy leków.

Podstawą właściwego leczenia chorób afektywnych jest jednak właściwe rozpoznanie. Ułatwić je może użycie przesiewowego testu w postaci Kwestionariusza Zaburzeń Nastroju (Hirschfeld i wsp.) służącym do rozpoznania spektrum zaburzenia afektywnego dwubiegunowego. Test jest łatwy w użyciu, może go wypełnić sam pacjent, także przy pomocy pielęgniarki lub lekarza.

Oprac.

Dr n. med. Maciej Moskwa