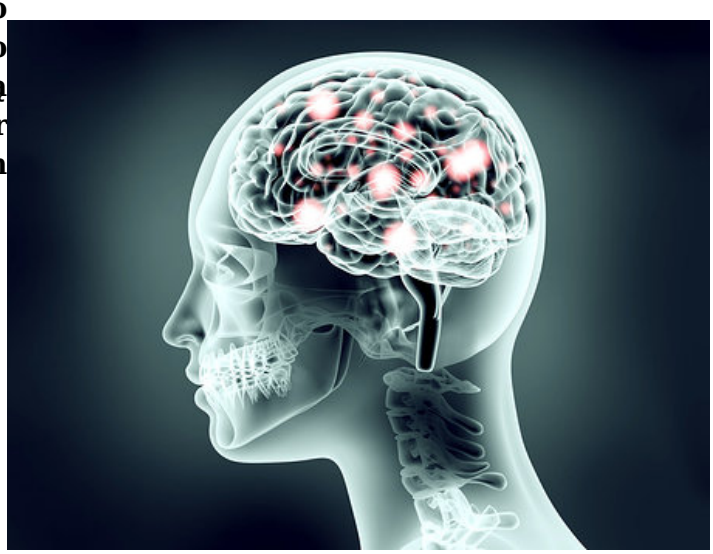
Akceptuję
W ramach naszej witryny stosujemy pliki cookies w celu świadczenia państwu usług na najwyższym poziomie, w tym w sposób dostosowany do indywidualnych potrzeb. Korzystanie z witryny bez zmiany ustawień dotyczących cookies oznacza, że będą one zamieszczone w Państwa urządzeniu końcowym. Możecie Państwo dokonać w każdym czasie zmiany ustawień dotyczących cookies. Więcej szczegółów w naszej Polityce Prywatności

CHAD: kiedy dobry nastrój jest chorobą

Huśtawka: od depresji po dobry nastrój - to życie osób chorujących na trudną do zdiagnozowania chorobę afektywną dwubiegunową. Psychiatra prof. Piotr Gałecki mówi o jej objawach, skutkach i szansach na normalne życie.



Jak częstym zaburzeniem psychicznym jest choroba afektywna dwubiegunowa?

Zagrożonych nią jest dwa-trzy proc. populacji, a spektrum tej choroby - nawet 5 proc. populacji.

Z czego to wynika?

Z genetyki. Pula genów warunkujących chorobę afektywną dwubiegunową częściowo pokrywa się z tą odpowiedzialną za ryzyko występowania schizofrenii. CHAD nie jest bliższa nawracającej depresji; jest bliższa schizofrenii w swojej patofizjologii.

Schizofrenia jest kojarzona z najgorszą chorobą psychiczną...

Jest to – można by powiedzieć, ale w cudzysłowiu – sztandarowa choroba psychiczna. Jednak warto zdać sobie sprawę z tego, że dzięki nowym farmakoterapiom zarówno przebieg schizofrenii, jak i rokowanie są lepsze niż w chorobie afektywnej dwubiegunowej, podobnie jak i jakość życia pacjentów ze schizofrenią częściej jest lepsza niż pacjentów z CHAD.

Czemu tak się dzieje?

Mamy dobre nowoczesne leki do leczenia schizofrenii. Jest ich kilka i mają trochę odmienny mechanizm oddziaływania, dzięki czemu można dobrać je do pacjenta. Wskutek farmakoterapii schizofrenia ma bardzo łagodny przebieg i jeśli pacjent stosuje się do zaleceń lekarskich, to nawroty następują bardzo rzadko. Co więcej, jeżeli szybko w takiej sytuacji włączymy leczenie, to deficyt spowodowany nawrotem, który występował dekadę, dwie czy trzy temu, prawie nie występuje. Nadto mamy leki w zastrzykach, które można stosować raz na miesiąc, a nawet raz na kwartał, co jest o tyle istotne, że zażegnany jest problem z przerwaniem przyjmowania leków. Niestety, nie mamy takiego postępu medycyny w przypadku choroby afektywnej dwubiegunowej.

Zanim do rozmowy o niej wrócimy, chciałabym dopytać: czy ta nowoczesna farmakoterapia oznacza, że pacjent, który teraz będzie miał rozpoznaną schizofrenię, a przecież diagnoza najczęściej jest stawiana u ludzi w trzeciej dekadzie życia, to ten młody człowiek u progu dorosłego życia, wybierania kariery, kształtowania relacji rodzinnych i przyjacielskich ma szansę na w miarę normalne życie?

Nie tylko „w miarę”. Będzie normalnie żył. Jeśli porównamy jakość życia takiego człowieka i tego, który otrzymuje diagnozę reumatoidalnego zapalenia stawów czy cukrzycy typu 1, czy stwardnienia rozsianego, to jakość życia tego ze schizofrenią będzie – w mojej opinii – zdecydowanie lepsza. Farmakoterapia dramatycznie zmieniła przebieg naturalny schizofrenii. Tacy pacjenci, w jakich rolę wcielili się aktorzy grający w „Locie nad kukułczym gniazdem” – spowolniali, otępieni, ze ślinotokiem, z amimiczną twarzą - odeszli już do historii.

Wróćmy zatem do CHAD. Nie tylko w Polsce, ale i na świecie od wystąpienia objawów do postawienia diagnozy średnio mija nawet 10 lat. Czemu tak długo?

To choroba trudna w diagnostyce. Wyróżniamy dwa główne typy CHAD. Typ pierwszy to ten, w którym występują naprzemiennie epizody manii i epizody depresji.

Proszę wyjaśnić, co to jest mania…

To taki stan, trwający co najmniej siedem dni, kiedy pacjent ma permanentnie podwyższony nastrój, natłok myśli w sensie przyspieszenia myślenia, zwiększoną aktywność, podwyższone libido, pozytywne postrzeganie zarówno siebie, jak i otoczenia, brak potrzeby snu, jedzenia. Zwykle w manii ten podwyższony nastrój jest tak wysoko, że czasem taka osoba staje się gniewna. Człowiek w manii potrafi być natarczywy, głośny, jest chaotyczny. Jest to bardzo dynamiczny stan.

Ten typ choroby afektywnej dwubiegunowej, przebiegającej z manią, paradoksalnie daje więcej nadziei na skuteczne leczenie, ma lepsze rokowanie. Choćby dlatego, że jeśli u pacjenta pojawi się taki epizod manii, to on niemal zawsze jest hospitalizowany ze względu na to, że mania tak skutecznie dezorganizuje zarówno jego funkcjonowanie, jak i jego bliskich.

Jak to – trafia do szpitala, skoro jest w takim nastroju, że może podbić cały świat?

Jego działanie jest pozbawione racjonalności. Bierze kilka kredytów na jakieś przedsięwzięcie, bo będzie budował fabrykę. Ma mnóstwo pomysłów, atakuje tymi pomysłami, wymusza kontakty, jest totalnym hedonistą, co nie ma pokrycia w jego rzeczywistych możliwościach. Taki stan zauważy nawet laik, który nie ma pojęcia, że istnieje coś takiego, jak mania. Powie po prostu, że ten ktoś nie zachowuje się normalnie i coś z nim jest nie w porządku jeśli chodzi o zdrowie psychiczne.

Jest jeszcze drugi typ CHAD, który występuje częściej, i który nie ma tak dobrego rokowania, jak pierwszy typ tej choroby. Wtedy naprzemiennie występują epizody depresji i nie manii, a hipomanii. Wystarczy, że ta hipomania będzie trwać cztery dni. Osoba w hipomanii ma lekko podwyższony nastrój, mnóstwo pomysłów w głowie, jest optymistycznie nastawiona do świata, postrzega sama siebie jako kogoś o dużych zdolnościach i umiejętnościach, jest wielomówna, ma łatwość nawiązywania kontaktów, wszystkich dookoła lubi i wszyscy go lubią. Może mieć przyspieszony tok myślenia, łatwość przeskakiwania z wątku na wątek, może mnóstwo pomysłów realizować, może wziąć kilka kredytów, pochopnie wchodzi w kilka związków, powołuje się na dobre relacje z innymi, ma mniejszą potrzebę snu, bo wystarczą mu dwie, trzy godziny, i jedzenia. Ma też tendencję do używania substancji psychoaktywnych, czyli alkoholu czy narkotyków. Taki stan może trwać kilka dni lub bardzo długo i otoczenie może się nie zorientować, że coś jest nie tak.

No właśnie, więc może choroby nie ma? W końcu jest to błyskotliwa osoba, optymistycznie nastawiona do świata – z takimi chce się przebywać, takimi wręcz chcemy być…

To może tak wyglądać dla otoczenia, ale nie dla najbliższych. Jeśli ktoś jest w związku małżeńskim i weźmie trzy czy cztery kredyty, bo właśnie wpadł na pomysł biznesu życia, zerwie związek, bo

wejdzie w kolejny, rzuci pracę, podejmie inną, ale ją straci, bo jednak jest nieproduktywny…

Gdzie jest zatem ta cienka granica pomiędzy prawidłowym nastrojem, który uskrzydla, daje napęd do działania, a chorobą?

Ta granica jest subtelna i stąd takie trudności w diagnostyce. Takie epizody mogą być dwa, trwać na przykład po miesiącu czy kilka i minąć samoistnie. Jednak osoby chore będące w stanie hipomanii, robią jednak rzeczy nieracjonalne: zmieniają pochopnie pracę, wchodzą w nowy związek, zrywają stary. Ponoszą koszty tego działania. Kiedy dojdzie do płacenia tych kosztów, przychodzi załamanie. Istotne jest też to, że jednak najbliżsi dostrzegają zmianę; nie widzą jej osoby z zewnątrz. Ktoś, kto żyje czy blisko pracuje z taką osobą, zauważy, że jej pomysły są bez racjonalnego sensu.

Czyli jedna z przesłanek jest taka, że ta osoba jest nieracjonalna w swoim działaniu, lekceważy realia, nie dostrzega zagrożeń?

Nie zauważa po prostu związanych z określonym działaniem kosztów w przyszłości. Dodatkowo, ten rodzaj działania dotyczy wszystkich sfer życia osoby w hipomanii.

Istotne jest też to, że ten okres może trwać krótko lub długo, a po nim pojawia się epizod depresyjny. Co jest ciekawe, osoba chora na CHAD jest w stanie dokładnie wskazać moment, kiedy ten epizod się zaczął. Inaczej się dzieje u osób cierpiących z powodu depresji jednobiegunowej. Kiedy ją spytamy, od kiedy źle się czuje, odpowie: „Od lutego, a może wiosny, trudno powiedzieć”. W chorobie afektywnej dwubiegunowej ktoś wstaje w poniedziałek rano i ma depresję. Może mieć ona umiarkowane nasilenie, ale mogą być też jej ciężkie objawy; co istotne: pojawiają się one z dnia na dzień. Kiedy pacjenta z CHAD pytamy o czas pojawienia się depresji, pada na przykład odpowiedź: „W ostatni weekend majowy”. Ten chory wie dokładnie, kiedy doszło do załamania.

Podobnie jest ze zdrowieniem: ono też następuje z dnia na dzień. Problem w tym, że epizod depresyjny, ciężki lub umiarkowany, trwa od sześciu do dziewięciu miesięcy i nie działają leki przeciwdepresyjne. Pacjenci przychodzą więc do lekarza, bo nic im się nie udaje, są bezsilni, jest połączone z nadmierną sennością (przy czym w klasycznej depresji chorym najczęściej doskwiera bezsenność, gdy tymczasem chory na CHAD w trakcie epizodu depresyjnego może spać po kilkanaście godzin i wciąż odczuwać zmęczenie). Jak jest pytany, czy coś się działo, czy wcześniej chorował, taki pacjent nie powie o tym, że miał hipomanię, bo nie postrzega jej jako stanu chorobowego. Zresztą niby dlaczego, skoro on wtedy był najszczęśliwszym człowiekiem na świecie. Gdybym zapytał osobę w hipomanii, czy chce się leczyć, raczej dostałbym odpowiedź, żebym sam się leczył! Mógłbym usłyszeć: „Jest mi cudownie, wszystko mi się udaje, kocham wszystkich i wszyscy kochają mnie, a ja mam jakieś leki brać?”. Inaczej niż z manią, kiedy pacjent trafia do szpitala i otrzymuje leczenie.

Pacjent z CHAD trafia więc do lekarza w depresji, lekarz stawia diagnozę depresji i zaleca leki przeciwdepresyjne. Co się dzieje?

Mogą być dwa scenariusze. Pacjent dostaje lek przeciwdepresyjny, nic się nie zmienia, więc dostaje kolejny i kolejny, i może to trwać miesiącami, a nawet latami, jeśli lekarz się nie zorientuje, nie przeprowadzi pogłębionego wywiadu, nie dołączy leku na CHAD, aż przychodzi epizod hipomanii i pacjent znika.

Może być też tak, że po podaniu leku przeciwdepresyjnego w ciągu dosłownie paru dni pacjent wchodzi w stan hipomanii i znika, czyli przestaje się leczyć, bo ma znowu dobry nastrój.

A przecież jest przekonanie, że leki przeciwdepresyjne powodują właśnie taki dobry nastrój, że są to pigułki szczęścia?

Nie, te leki nie działają jak psychostymulanty, które umożliwiają „odlot". To leki, które doprowadzają do wyrównanego nastroju, jeśli jesteśmy w depresji. Nie są w stanie dać nam „haju". Leki przeciwdepresyjne wyrównują nastrój na tyle, że pacjent z depresją jest w stanie wstać z łóżka, wyjść z domu, wypełnić swoje zadania, bez lęku. Pierwsze efekty ich działania ujawniają się po około dwóch tygodniach, a remisja, czyli zniknięcie objawów depresji, następuje po około trzech miesiącach. Jeśli u kogoś po przyjęciu leków przeciwdepresyjnych pojawia się szybko bardzo dobry nastrój, to wyraźny sygnał, że trzeba zweryfikować diagnozę.

Jak szybko ujawnia się taki efekt leków przeciwdepresyjnych u osoby chorej na CHAD?

Zwykle są to dni. Obawiamy się takiej nagłej poprawy nastroju. Jeśli do niej dojdzie, trzeba natychmiast te leki odstawić.

Istotne jest zatem to, by pacjenci nie poddawali się iluzji dobrego nastroju w sytuacji, gdy pojawił się zaraz po okresie depresji. Warto, by wówczas zwrócili się do swojego psychiatry, by sprawdzić, czy ten dobry nastrój jest prawidłowy, czy też wynika z choroby?

Byłoby idealnie.

Bo paradoksalnie mogą sobie w ten sposób pomóc, pomimo tego, że w danym momencie czują się szczęśliwi?

To szczęście nie jest jednak prawdziwym szczęściem! W chorobie afektywnej dwubiegunowej to iluzja szczęścia wynikająca z procesu chorobowego. Przy czym w CHAD zdecydowanie dłużej trwają epizody depresyjne. Jeśli byśmy tę sinusoidę „górek" i „dołków" rozciągnęli w linię prostą, to okaże się, że 20 – 30 proc. to epizody hipomanii, a pozostałe – depresji. Lek stabilizujący nastrój stosowany w CHAD powoduje, że nam rozpłaszcza fazowość tej huśtawki, powoduje, że jest mniejsze ryzyko nie tylko epizodu hipomaniakalnego, ale i depresyjnego.

Czy ma pan pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową, którzy dobrze sobie radzą zarówno w życiu zawodowym, jak i osobistym?

Tak, ale jest ta choroba obarczona wieloma konsekwencjami dla najbliższych. Mało jest rodzin, które rozumieją tę chorobę, małżonków, którzy są w stanie przetrwać skoki w bok, nadużywanie narkotyków czy alkoholu, nagłe porzucanie pracy, a następnie depresję tej najbliższej osoby przez dziewięć miesięcy. Te rodziny często borykają się z zapłatą długów zaciągniętych przez osobę chorą w okresie hipomanii. Trzeba wiedzieć, że zaciągnięcie zobowiązania w trakcie manii jest obarczone wadą oświadczenia woli, ale nie jest już tak w okresie hipomanii. Kredyt zaciągnięty w hipomanii trzeba więc spłacać.

Co rodziny robią? Spotyka się pan z bliskimi chorującymi na CHAD?

Tak, zwłaszcza, że najczęściej to właśnie rodzina przyprowadza chorego, bo chorzy nie dowierzają. Najistotniejsze jest to, by leczenie stosować systematycznie, a w tej chorobie, w związku z tym, że hipomania jest tak przyjemna, często pacjenci leki odstawiają.

To choroba silnie uwarunkowana genetycznie. Czy są jakieś czynniki, które mogą chronić przed jej wystąpieniem?

Nie wydaje się. Zarówno schizofrenia, jak i choroba afektywna dwubiegunowa są takimi chorobami,

gdzie wpływ genów jest znacznie większy niż w zaburzeniach depresyjnych i lękowych. Istotne dla diagnozy czynniki podwyższające ryzyko CHAD to skuteczne samobójstwo w rodzinie oraz schizofrenia albo CHAD w rodzinie. Jeśli przychodzi do nas dwudziestolatek z depresją, a w rodzinie ktoś choruje na CHAD i ktoś popełnił samobójstwo w tej rodzinie, musimy podejrzewać, że to depresja w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej, a nie depresja jednobiegunowa. Jeśli przychodzi czterdziestoparolatek z depresją, w rodzinie nikt nie popełnił samobójstwa, matka lub ojciec leczą się z powodu nerwicy lub depresji, to prawdopodobnie jest to depresja. Istotny jest też czas rozpoczęcia choroby. Zarówno CHAD, jak i schizofrenia objawiają się najczęściej w trzeciej dekadzie życia. Kolejny czynnik ryzyka to uzależnienie: większość pacjentów z CHAD jest uzależniona albo od alkoholu, albo narkotyków, benzodiazepin czy marihuany.

Prawidłowa diagnoza jest kluczowa. Jeśli u tego dwudziestolatka błędnie zostanie rozpoznana depresja jednobiegunowa, to on będzie pisał na forach, że na niego leczenie przeciwdepresyjne nie działa. Na pacjenta z CHAD nie podziała, będzie miał wahania nastroju, uzależni się od substancji psychoaktywnych, bo będzie dążył do niwelowania napięcia występującego w tej chorobie. Natomiast jeśli w ślad za prawidłową diagnozą pójdzie prawidłowe leczenie, jest szansa, że ten dwudziestolatek będzie normalnie żył.

Dziękuję za rozmowę.

Rozmawiała Justyna Wojteczek, zdrowie.pap.pl

http://laboratoria.net/felieton/28582.html

Informacje dnia: NAWA ogłosiła nowy pilotażowy program "Naukowcy w potrzebie" Misja z polskim astronautą Kwantowa kontrola zderzeń nie tylko w ultraniskich temperaturach Podlaski Festiwal Nauki i Sztuki w dniach 9-18 maja Popularyzator astronomii Tomografie komputerowe mogą odpowiadać za 5% wszystkich nowotworów w USA NAWA ogłosiła nowy pilotażowy program "Naukowcy w potrzebie" Misja z polskim astronautą Kwantowa kontrola zderzeń nie tylko w ultraniskich temperaturach Podlaski Festiwal Nauki i Sztuki w dniach 9-18 maja Popularyzator astronomii Tomografie komputerowe mogą odpowiadać za 5% wszystkich nowotworów w USA NAWA ogłosiła nowy pilotażowy program "Naukowcy w potrzebie" Misja z polskim astronautą Kwantowa kontrola zderzeń nie tylko w ultraniskich temperaturach Podlaski Festiwal Nauki i Sztuki w dniach 9-18 maja Popularyzator astronomii Tomografie komputerowe mogą odpowiadać za 5% wszystkich nowotworów w USA

Partnerzy