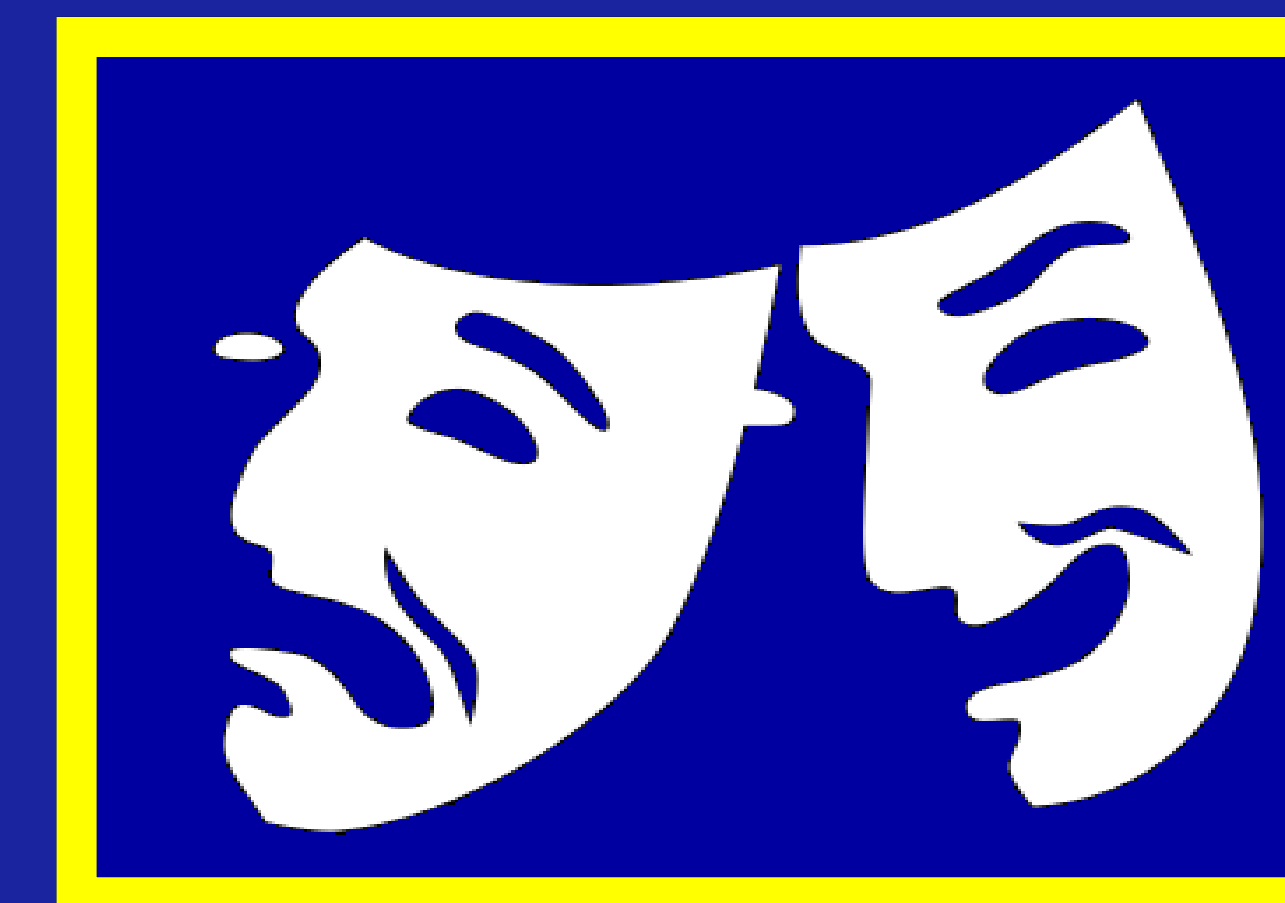




CHOROBA AFEKTYWNA DWUBIEGUNOWA - STANY PSYCHOFIZIOLOGICZNE, ZABURZENIA POZNANIA SPOŁECZNEGO ORAZ WPŁYW PANDEMII COVID-19 NA JEJ PRZEBIEG.

Wydział nauk Medycznych
Uniwersytet Rzeszowski
Studenckie Koło Naukowe Biochemików UR Cell
Izabella Prządo, Katarzyna Piekarz



Choroba afektywna dwubiegunowa

Choroba afektywna dwubiegunowa (ChAD) jest ciężkim nawracającym zaburzeniem psychicznym, które u chorych powoduje zaburzenia w relacjach międzyludzkich, finansach, sprawności poznawczej oraz autonomii. Pacjenci doświadczają epizodów obniżonego i podwyższonego (lub drażliwego) nastroju. Polega na występowaniu epizodów depresji, manii/hipomanii lub epizodów mieszanych z okresami remisji pomiędzy, czyli całkowitym brakiem objawów lub utrzymywaniem się nielicznych objawów o niewielkim nasileniu. Cechuje się wczesnym początkiem, rodzinnym występowaniem i tendencją do progresji. Śmiertelność u chorych na ChAD jest wysoka ze względu na samobójstwa oraz inne zaburzenia towarzyszące tj. Uzależnienie od przyjmowanych leków czy alkoholu i ich przedawkowania. We wczesnym okresie choroby notuje się lepszą odpowiedź na farmakoterapię, jednak często od pierwszych objawów do zdiagnozowania choroby mija wiele lat ze względu na podobieństwo do innych zaburzeń psychicznych.

Wpływ pandemii Covid-19 na ChAD

Przebieg zaburzeń dwubiegunowych jest wrażliwy na czynniki, które mogą zaburzać rytmy biologiczne. Wiele środków, które zalecano w celu ograniczenia rozprzestrzeniania się COVID-19, takich jak zamknięcie w domu, oddalenie od społeczeństwa i kwarantanna, mogły potencjalnie zakłócić zarówno nawykowe wzorce snu i czuwania, jak i liczbę i jakość kontaktów społecznych. Może to mieć negatywny wpływ na ryzyko nawrotów zarówno maniakalnych, jak i depresyjnych. Dodatkowo ogólny stres związany z z wybuchem epidemii oraz ograniczony dostęp do leczenia i lekarzy mógł wywołać nawrót choroby. Ponadto pacjenci w epizodzie maniakalnym lub hipomaniacznym mogły nie być w stanie przestrzegać zasad dystansu społecznego lub innych środków higienicznych, co zwiększało ryzyko zakażenia.

Epizod depresyjny

Cechuje się spadkiem energii, aktywności życiowej, brakiem radości, zmęczeniem, trudnością w podejmowaniu najprostszycy decyzji oraz spowolnieniem tempa myślenia i wypowiedzi. Podczas epizodu depresyjnego może dojść do zahamowania psychoruchowego. Objawia się ono bezruchem pacjenta i niemożnością nawiązania z nim kontaktu. Może pojawić się tzw. "myślenie depresyjne" polegające na pesymistycznej ocenie swojej wartości i otaczającego świata oraz poczuciu braku perspektyw na przyszłość. Rzadko mogą towarzyszyć halucynacje słuchowe (np. Głosy w głowie oskarżające pacjenta).

Epizod maniakalny

Charakteryzuje się nadmiernym poczuciem szczęścia i euforii oraz nadpobudliwością. Łatwo może przekształcić się w agresję. Epizodom maniakalnym może towarzyszyć **tzw. nastrój ekspansywny polegający na forsowaniu własnych planów i pomysłów oraz narzucania innym własnej woli.** Występuje wówczas potrzeba natychmiastowego zaspokojenia swoich potrzeb, a w przypadku niemożności ich realizacji lub odmowy ze strony innych osób, może prowadzić do frustracji oraz do tzw. nastroju gniewliwego, połączonego z agresją słowną lub fizyczną w stosunku do innych osób czy przedmiotów w otoczeniu. Mogą występować także zachowania autoagresywne. W okresie manii kontakt z pacjentem jest utrudniony ze względu na słowotok i szybkość wypowiedzi. W niektórych przypadkach pacjenci mogą stać się kompletnie nie zrozumieni z powodu łączenia przypadkowych, niepowiązanych ze sobą wątków i wplataniu przypadkowych słów do wypowiedzi. Epizod hipomaniakalny cechują się mniejszą liczbą objawów i krótszym czasem trwania w porównaniu z manią. Pacjent jest w stanie kontrolować swoje zachowania i częściowo być wobec nich krytyczny. Występują zaburzenia koncentracji i uwagi; jednakże nie towarzyszą jej objawy wytwórcze.

Epizod mieszany

Polega na jednoczesnym występowaniu depresji i manii. Przejawia się np. Spowolnieniem psychoruchowym, któremu towarzyszy gonitwa myśli.

TYP I	klasyczny wariant z epizodami depresyjnymi i maniakalnymi
TYP II	duża depresja + spontaniczne epizody hipomaniakalne
TYP II 1/2	duża depresja + cyklotymia
TYP III	duża depresja + hipomania wywołana lekami przeciwdepresyjnymi
TYP III 1/2	duża depresja + hipomania wywołana alkoholem lub innymi substancjami psychoaktywnymi
TYP IV	duża depresja u osoby z temperamentem hipertymicznym
TYP V	depresja z epizodami mieszanymi
TYP VI	z cechami pseudootępienia depresyjnego (wariant o późnym początku)

Literatura:

- Aleksandra Gorostowicz, Marcin Siwek Trudności w diagnostyce choroby afektywnej dwubiegunowej, Psychiatr Psychol Klin 2018, 18 (1), p. 61–73
- Rodrigues AA, Rosa AR, Kunz M, Bruna A, Kapczinski F. Choroba afektywna dwubiegunowa—etapy przebiegu i neuroprogresja choroby [Bipolar disorder: staging and neuroprogression]. Psychiatr Pol. 2014 Mar-Apr;48(2):231-43. Polish. PMID: 25016762.
- Janusz Rybakowski, Koncepcja spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej, Klinika Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, tom 5, nr 3, 75–82 © Copyright 2008 Via Medica Psychiatria ARTYKUŁ REDAKCYJNY ISSN 1732-9841
- van P. Bakum, Bipolar disorder, COVID-19, and the risk of relapse. PMID: 32511849