



## Czynniki środowiskowe a rozwój, przebieg i leczenie afektywnej choroby dwubiegunowej: opis przypadku

*Environmental factors – their relationship to the development, course and treatment of affective bipolar disorders: a case report*

AGNIESZKA PIWOWARCZYK, KRZYSZTOF KRYSTA

Z Kliniki Psychiatrii i Psychoterapii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

### STRESZCZENIE

**Cel.** Przeanalizowano czynniki wpływające na przebieg choroby, częstość zaostrzeń i nasilenie objawów u pacjenta cierpiącego z powodu choroby afektywnej dwubiegunowej.

**Przypadek.** Przedstawiono przypadek 53-letniego pacjenta z rozpoznaniem choroby afektywnej dwubiegunowej, z epizodami depresji i hipomanii, które trwają od 7 lat. Pacjent leczyl się psychiatrycznie ze zmiennym skutkiem. W przebiegu choroby zaobserwowano obecność licznych czynników środowiskowych, głównie rodzinnych, które mogły mieć wpływ na jej nasilenie.

**Komentarz.** Wieloletni rozwój afektywnej choroby dwubiegunowej z zaznaczonymi epizodami depresji potwierdza celowość długofalowej terapii dla osób przewlekle chorych psychiatrycznie, mającą na celu poprawę ich stanu psychicznego, a co za tym idzie jakości ich życia.

### SUMMARY

**Objective.** Factors affecting the course of illness, frequency of symptom exacerbation, and symptom severity in a patient suffering from bipolar affective disorder were analyzed in the paper.

**Case report.** A case is presented of a 53-year-old patient diagnosed with bipolar affective disorder, with depression and hypomania episodes occurring during the past 7 years. He has been provided with psychiatric treatment, with variable success. In the course of his illness numerous environmental, mostly familial factors have been noted that might affect his condition severity.

**Commentary.** Long-term development of affective bipolar disorder with salient depressive episodes confirms the advisability of prolonged therapy for patients with chronic psychiatric disorders, aimed at an improvement of their mental state and consequently, their life quality.

---

**Słowa kluczowe:** choroba afektywna dwubiegunowa / czynniki środowiskowe / opis przypadku

**Key words:** bipolar affective disorder / environmental factors / case report

---

Analiza etiologii zaburzeń afektywnych dwubiegunowych, bardzo często zwraca uwagę na jej tło genetyczne. Istnieją dowody na udział genu Fat zlokalizowanego na chromosomie 4 w indukcji choroby i jej wieloczynnikowego dziedziczenia. W 2006 roku naukowcy z *Garvan Institute of Medical Research* w Sydney przeprowadzili badania na grupie 1200 chorych, które dowiodły, że osoby z wariantem Fas mają dwukrotnie większe ryzyko zapadalności na ChAD niż pozostałe osoby w populacji [1]. Jak wskazują dane z literatury prawdopodobieństwo zachorowania bliźniąt jednojajowych wynosi aż 60%, a u dwujajowych 20%, a w sytuacji, gdy rodzice chorują ryzyko zachorowania potomstwa sięga aż 75% [2, 3]. Jednak istnieje też wiele innych czynników, które mogą mieć wpływ na rozwój, przebieg i leczenie pacjentów z zaburzeniami dwubiegunowymi.

Kim i Miklowitz (2004) podkreślają rolę wysokiego współczynnika ekspresji emocji (EE) na częstość nawrotów choroby w zaburzeniu dwubiegunowym i innych zaburzeniach afektywnych. Zwracają zarazem uwagę na wartość interwencji rodzinnych w zapobieganiu tym nawrotom [4]. Niektóre dane wskazują na rolę stresu i innych czynników środowiskowych na przebieg choroby szczególnie u ludzi młodych. W tym wypadku bardzo ważną rolę odgrywają też relacje z rówieśnikami oraz doświadczenia w kontak-

tach z płcią przeciwną [5]. Mimo wszystko problem wydaje się być dość złożony. Havermans i współpracownicy (2007) przeprowadzili badanie na 38 osobach chorych na zaburzenie afektywne dwubiegunowe w remisji i 38 osobach zdrowych analizując ich ocenę pozytywnych i negatywnych wydarzeń życiowych. Okazało się, że nie było istotnych różnic pomiędzy obiema grupami, chociaż pacjenci z aktualnymi objawami depresyjnymi oceniali wydarzenia negatywne jako bardziej stresujące, co może wskazywać na udział schematów poznawczych w etiologii epizodów depresyjnych [6].

W opisanym poniżej przypadku pacjenta z zaburzeniem afektywnym dwubiegunowym poddano analizie wpływ różnych czynników na przebieg jego choroby.

### OPIS PRZYPADKU

Pacjent lat 53 z wykształceniem wyższym, ma żonę i 2 córki, mieszka na Śląsku gdzie pracował prowadząc firmę, której był współwłaścicielem. Historia jego choroby sięga 10 lat wstecz, kiedy zaczął odczuwać subiektywne pogorszenie nastroju wraz ze zwiększoną drażliwością. W pracy łatwo można było go wyprowadzić z równowagi, był mniej wydajny. Trudnej sytuacji zawodowej, jeszcze ją

pogarszając, towarzyszyły zaburzenia snu – początkowo łagodne – które zaczęły się nasilać, dotyczyły problemów z zaśnięciem, z częstym budzeniem się w nocy i przedwczesnym wstawaniem. W ciągu dnia pacjent był senny i zmęczony, łączył owe problemy z kiepskimi wynikami w biurze. Przenosił niepowodzenia na grunt rodzinny, co kończyło się kłótniami i aktami agresji. Problem zaburzeń snu próbował rozwiązać domowymi sposobami – dbając o higienę zasypiania, a potem sięgając po słabo działające środki nasenne. Z czasem było gorzej, doszło do tego, że pił wieczorami alkohol, który dawał chwilowe, subiektywne polepszenie samopoczucia i ułatwiał zasypianie. Po paru miesiącach środowisko zawodowe i najbliżsi zaczęli podejrzewać u niego problem alkoholowy. Został odsunięty od obowiązków i za namową żony (psychologa) i podejrzewała depresyjne tło zaburzeń u współmałżonka, udał się do poradni zdrowia psychicznego, chcąc walczyć z bezsennością i alkoholizmem. Lekarz utwierdził się w przekonaniu o stanie depresyjnym chorego i rozpoczął leczenie lekami przeciwdepresyjnymi, co łączyło się z zaprzestaniem spożywania alkoholu.

Sytuacja chwilowo się unormowała, co ułatwiło powrót do pracy. Chory odstawił jednak leki, co wywołało nawrót depresji. Kiedy po raz kolejny trafił do psychiatry, wywiad ujawnił, że podobne zachowanie występowało u dziadka, który nie był ani leczony ani diagnozowany, a problem określono jako rodzaj egocentrycznego zachowania. Pacjent miał ciężkie dzieciństwo, z brakiem akceptacji ze strony ojca alkoholika, agresją i ogólną obojętnością. Chory opisuje to słowami: „znęcał się nade mną psychicznie, jawnie faworyzując dużo młodszego brata. Na miłość ojca nie można było zasłużyć, ani wkupić się w jego łaski”.

Mimo tej sytuacji domowej, uczył się dobrze, ukończył technikum z wyróżnieniem i dostał się na studia inżynierskie, które skończył o czasie z dobrymi wynikami. W trakcie studiów poznał przyszłą żonę i zaraz po ukończeniu szkoły zalegalizował ich związek. Na świat przyszły dzieci, wszystko układało się dobrze aż do lat 90.

W roku 2001 została rozpoznana choroba afektywna dwubiegunowa. Pacjent leczony był z różnym skutkiem, nie akceptował choroby, zmniejszał dawki leków, gdy czuł się lepiej, albo odstawał je na parę dni lub tygodni. Był czterokrotnie hospitalizowany. Pierwszy około półroczny pobyt na oddziale zamkniętym zakończył się powrotem. Leczony mirtazapiną w dawce 30 mg/die i paroksetyną 20 mg/die oraz poddany psychoterapii, w formie głównie indywidualnej terapii podtrzymującej. Chory brał również aktywny udział w życiu społeczności terapeutycznej oddziału. W stanie dobrym z zaleceniem pobierania paroksetyny w dawce 20 mg/die został wypisany do domu. Po wypisie zaczęła się pierwsza faza manii, najsilniejsza z dotychczasowo notowanych. Przez 2–4 miesiące miał poczucie pełnej mocy i miał tysiące pomysłów, które chciał wdrażać w swojej firmie, gdzie spędzał po kilkanaście godzin dziennie. Był w świetnym humorze i nastroju przeprowadzając kolejne rewolucje, które jednak nie spotykały się ze zrozumieniem współpracowników.

Z kolei największe załamanie przeszedł pacjent w roku 2002, gdy dowiedział się o nowotworze żony, co pokryło się w czasie z utratą posady i przyznaniem renty inwalidzkiej. Nasiliły się lęki oraz towarzyszące im myśli samobójcze. Przeświadczenie o śmierci żony było dla niego przy-

łaczające, nie czuł się na siłach wspierać jej w walce o życie, ani jej pomagać w codziennych obowiązkach. W roku 2003 miała miejsce kolejna hospitalizacja skutkująca wyrównaniem nastroju. Zastosowano kwas walproinowy w maksymalnej dawce 2000 mg/die.

W trakcie trzeciej hospitalizacji kwas walproinowy zamieniono na węglan litu w dawce 1,25/die oraz włączono mianserynę w dawce 60 mg/die, gdyż przyczyną hospitalizacji był zespół depresyjny. W roku 2007 pacjent leczony był na oddziale otwartym. Pojawił się tam w celu kontroli leczenia i wsparcia za pomocą psychoterapii, socjoterapii i rehabilitacji ruchowej. Terapia, w której brał udział, miała formę kilkutygodniowej grupowej terapii psychodynamicznej. Jej uzupełnieniem były terapia zajęciowa, muzykoterapia, psychorsunek oraz rozmowy indywidualne. Uznano, że u pacjenta praca była czynnikiem wyzwalamym, który rozpoczął lawinę niepowodzeń. Czuł się upokorzony, że nie jest w stanie zapewnić utrzymania swoim najbliższym, że zawodzi jako mąż, ojciec i szef. Przestał czuć się mężczyzną, gdy zaczął brać leki, które obniżyły jego libido. Leczenie farmakologiczne nie różniło się od zastosowanego w czasie poprzedzającej hospitalizacji.

W kolejnych miesiącach regularnie zażywał leki w pełni rozumiejąc swoją chorobę i pogodził się też z chorobą żony, o której zdrowie walczył razem z nią, bo, jak mówi, z nowotworem złośliwym dobrze leczonym można żyć, a on jako mąż i ojciec jest ważnym filarem swojej rodziny.

## KOMENTARZ

Zaburzenie afektywne dwubiegunowe jest chorobą przewlekłą – trwającą nawet całe życie z groźbą remisji, bardzo często trudną do rozpoznania ze względu na złożony początek i ukryty przebieg, na początku często myloną z epizodami nawracającej depresji. Z drugiej strony, dolegliwość obrazowa i plastyczna, kojarząca się z euforią tworzenia i smutkiem wypalenia, oraz z narastającym lękiem, znana z historii i kojarzona z jednostkami nadwrażliwymi, ponadprzeciętnymi w kreowaniu swoich życiowych przedsięwzięć.

Wpływ środowiska na opisywanego przez nas pacjenta, zwraca uwagę, że w przebiegu terapii nie należy izolować pacjenta od otoczenia. Należy dążyć do tego, by był na tyle wzmocnić go psychoterapią i płaszczem ochronnym leków, by był w stanie sam radzić sobie z przeciwnościami losu. Ważne, by pacjent wiedział, że choroba jest przewlekła, że okresowa poprawa nie oznacza całkowitego wyzdrowienia, że niezwykle istotne jest wsparcie partnera, rodziny i przyjaciół. Dostępne dane z literatury wskazują, że chociaż leczenie farmakologiczne jest główną formą terapii zaburzeń afektywnych dwubiegunowych, w ciągu ostatnich lat wprowadzono do leczenia wiele form psychoterapii i socjoterapii zostało. Mimo że dane z literatury wskazują na znacznie mniejszą rolę psychoterapii w odniesieniu do zaburzeń afektywnych dwubiegunowych, niż w przypadku zaburzeń jednobiegunowych, to są dowody, że uzupełniające, krótkoterminowe formy terapii mają bardzo korzystny wpływ na przebieg schorzenia. Najbardziej skutecznymi formami są tu terapia behawioralno-poznawcza, terapia rodzinna i psychoedukacja [8, 9]. Wymienione formy terapii poprawiają relacje pacjentów z ludźmi, funkcjonowanie w pracy zawo-

dowej i ogólne zadowolenie z życia [6]. Połączenie terapii rodzinnej i indywidualnej z farmakoterapią może skutecznie zapobiegać nawrotom choroby i łagodzić objawy, szczególnie w fazie depresyjnej [10].

W przypadku opisywanego przez nas pacjenta zastosowana została forma psychodynamicznej terapii grupowej. Miała więc miejsce nieco inna sytuacja, niż te, które były opisywane we wspomnianych wyżej doniesieniach z literatury. Wynikało to jednak z praktycznej dostępności takiej terapii w oddziale, do którego trafił chory. Analiza wydarzeń życiowych wpływających na rozwój i przebieg jego choroby, i praca nad nimi – pozwoliły pacjentowi osiągnąć znaczący wgląd w obecne problemy i przynieść poprawę samopoczucia. Naszym zdaniem konieczne są dalsze badania nad skutecznością różnych form psychoterapii w chorobie afektywnej dwubiegunowej z uwzględnieniem specyfiki tego schorzenia, aby pomoc cierpiącym na nie pacjentom była bardziej efektywna.

## PIŚMIENNICTWO

1. Blair IP, Chetcuti AF, Badenhop RF, Scimone A, Moses MJ, Adams LJ, Craddock N, Green E, Kirov G, Owen MJ, Kwok JB, Donald JA, Mitchell PB, Schofield PR. Positional cloning, association analysis and expression studies provide convergent evidence that the cadherin gene FAT contains a bipolar disorder susceptibility allele. *Mol Psychiatry*. 2006; 11 (4): 372–383.
2. Craddock, N, Jones, I. Genetics of bipolar disorder. *J Med Genet*. 1999; 36: 585.
3. Craddock, N, Jones, I. Molecular genetics of bipolar disorder. *Br J Psychiatry* 2001; 178: 128.
4. Kim EY, Miklowitz DJ. Expressed emotion as a predictor of outcome among bipolar patients undergoing family therapy. *J Affect Disord*. 2004; 82 (3): 343–352.
5. Kim EY, Miklowitz DJ, Biuckians A, Mullen K. Life stress and the course of early-onset bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2007; 99 (1–3): 37–44.
6. Miklowitz DJ, Otto MW, Frank E, Reilly-Harrington NA, Kogan JN, Sachs GS, Thase ME, Calabrese JR, Marangell LB, Ostacher MJ, Patel J, Thomas MR, Araga M, Gonzalez JM, Wisniewski SR. Intensive psychosocial intervention enhances functioning in patients with bipolar depression: results from a 9-month randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*. 2007; 164 (9): 1301–1303.
7. Havermans R, Nicolson NA, Devries MW. Daily hassles, uplifts, and time use in individuals with bipolar disorder in remission. *J Nerv Ment Dis*. 2007; 195 (9): 745–751.
8. Vieta E, Colom F. Psychological interventions in bipolar disorder: From wishful thinking to an evidence-based approach. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2004; (422): 34–8.
9. Zaretsky AE, Rizvi S, Parikh SV. How well do psychosocial interventions work in bipolar disorder? *Can J Psychiatry*. 2007; 52 (1): 14–21.
10. Miklowitz DJ, Richards JA, George EL, Frank E, Suddath RL, Powell KB, Sacher JA. Integrated family and individual therapy for bipolar disorder: results of a treatment development study. *J Clin Psychiatry*. 2003; 64 (2): 182–191.

*Wpłynęło: 30.01.2008. Zrecenzowano: 11.02.2008. Przyjęto: 25.03.2008.*

*Adres: Dr Krzysztof Krysta, Katedra i Klinika Psychiatrii i Psychoterapii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach ul. Ziołowa 45/47, 40-635 Katowice, tel/fax 0-32-2059260, e-mail: krysta@mp.pl*