



**Maciej Żerdziński**

**PORADNIK**

**DLA CIERPIĄCYCH  
NA CHOROBE AFEKTYWNA DWUBIEGUNOWA  
I ICH RODZIN**

Wydane przez Ewopharma AG Sp. z o.o.  
ul. Świętokrzyska 36/16, 00-116 Warszawa

Copyright for text and illustrations by Maciej Żerdziński  
Publikacja całej treści lub poszczególnych części Poradnika bez zgody autora jest zabroniona.

Warszawa 2008

Projekt okładki i rysunki Maciej Żerdziński

# Spis treści

<b>Wstęp</b>	5
<b>Jakie jest podłoże choroby afektywnej dwubiegunowej?</b>	7
<b>Czym jest choroba afektywna dwubiegunowa?</b>	8
Epizod depresyjny	10
Epizod maniakalny	14
Przebieg choroby dwubiegunowej	17
<b>Rozpowszechnienie i jakość życia człowieka z chorobą afektywną dwubiegunową</b>	19
<b>Opisy przypadków ludzi cierpiących na chorobę afektywną dwubiegunową</b>	22
<b>Leczenie choroby afektywnej dwubiegunowej</b>	37
Leczenie depresji w przebiegu choroby bipolarnej	39
Leczenie manii w przebiegu choroby bipolarnej	41
Leczenie podtrzymujące remisję objawów ChAD i problematyka objawów zwiastunowych	42
<b>Przebieg złośliwy, czyli stan mieszany ChAD</b>	49
<b>Wskazówki dla rodziny chorego</b>	52
Kiedy Twój bliski jest w stanie depresji	52
Kiedy Twój bliski jest w stanie maniakalnym	54

---

### *O Autorze*

*Dr n. med. Maciej Żerdziński jest specjalistą psychiatrą i pełni funkcję ordynatora II Oddziału Psychiatrycznego Centrum Psychiatrii w Katowicach.*

*Obok wielu publikacji naukowych, organizowania konferencji naukowo-szkoleniowych i aukcji prac plastycznych na rzecz ludzi cierpiących psychicznie, dr Żerdziński to także twórca cenionego wśród pacjentów „Poradnika dla chorych na zespół natręctw”.*

*Medyczno-literackie zainteresowania Autora zyskały swe odzwierciedlenie w utworach fantastyczno-naukowych, stając się nie tylko przyjemną lekturą, ale też narzędziem kształtującym właściwe postawy wobec ludzi chorujących psychicznie.*

---



## **CHOROBA AFEKTYWNA DWUBIEGUNOWA**

*synonimy i skróty, którymi będę się posługiwał w tym Poradniku:*

*choroba bipolarna, dwubiegunowe zaburzenia afektywne,*

*psychoza maniakalno-depresyjna, ChAD.*

### ***Słowo Wstępne***

Właściwym celem, dla którego napisałem ten Poradnik, jest chęć niesienia pomocy osobom cierpiącym z powodu choroby afektywnej dwubiegunowej.

Powinieneś wiedzieć, że Twoje schorzenie wymaga różnorodnych i wzajemnie uzupełniających się sposobów leczenia. Chociaż podstawą Twojej terapii jest odpowiedni dobór i regularne zażywanie zleczonych przez lekarza psychiatrę leków, to jednak – abyś mógł sam lub przy pomocy swojej rodziny minimalizować skutki choroby – niezwykle ważna jest też kwestia zdobycia sensownej, medycznej edukacji. Innymi słowy, Poradnik ten ma stać się dla Ciebie swego rodzaju przewodnikiem, który w możliwie przystępny sposób poprowadzi Cię przez obszary zajęte chorobą bipolarną.

Choroba, na którą cierpisz, jest przewlekła, nawracająca i pełna różnorodnych, burzliwych objawów, które z miesiąca na miesiąc mogą być sobie wręcz przeciwstawne. Łatwo się w tych objawach zagubić lub wyciągnąć chybione wnioski. To właśnie owo zagubienie pogrąża Twoje życie w chaosie, lęku i poczuciu bycia niezrozumianym, przez co i przebieg choroby staje się trudniejszy do wytrzymania.

Chciałbym więc, żebyś lepiej zrozumiał swoje cierpienie i traktował je przede wszystkim jako schorzenie, jedno z wielu w medycynie. Nawet najsilniejszy człowiek ma niewielkie szanse samodzielnie i bez pomocy specjalistów przeciwstawić się chorobom, na które zapada. Nie mamy przecież

możliwości samoczynnego (siłą woli lub jakimś odmiennym, tajemnym sposobem) oparcia się objawom cukrzycy, nadciśnienia, osteoporozy czy innym, powszechnie znanym patologiom ciała. Tymczasem człowiek dotknięty chorobą psychiczną nader często słyszy komentarze typu: „To jakieś dziwactwo, a nie prawdziwa choroba”, „Wstyd się do tego w ogóle przyznać”, „Da się to jakoś pokonać, trzeba tylko chcieć”, „Trzeba się po prostu zmobilizować”, „Wziąć się w garść”, „To słabość psychiczna”.

Mało kto ośmieliłby się w tak fatalny sposób radzić lub pomagać cierpiącemu na nowotwór lub nadciśnienie. Choroba afektywna dwubiegunowa jest równie poważnym i jakże obciążającym nieszczęściem. Nie chcę nadawać jej specjalnej, tajemnej czy wzniosłej rangi – jak każde inne schorzenie przynosi cierpienie i jest czymś ze wszech miar niepożądanym.

Choć, jak napisałem powyżej, większość cięższych patologii w medycynie nie poddaje się sile woli człowieka, nie oznacza to wcale, iż pacjent musi pozostać w swej walce zupełnie bierny. Wiesz zapewne, że chory na cukrzycę powinien pamiętać o specjalnej diecie, regularnej terapii i odpowiedniej aktywności ruchowej. Rozsądny pacjent z nadciśnieniem tętniczym czy z chorobą niedokrwienną serca obok leczenia farmakologicznego unika nasyconych tłuszczów, przestaje palić tytoń, pić alkohol i próbuje właściwie regulować tryb życia: redukuje stres, minimalizuje wysiłek, planowane zadania itp. I to właśnie ci, dobrze współpracujący z lekarzem pacjenci, mają szansę żyć i cieszyć się – pomimo brzemienia choroby – lepszą jakością życia.

Nie inaczej jest z Tobą. Dzięki dobremu poznaniu mechanizmów chorobowych, edukacji Twojej rodziny i wypracowaniu odpowiedniej „higieny psychicznej” możesz znacząco współuczestniczyć w wieloletnim procesie leczenia.

Zatem jak Ci pomóc? I jak Ty możesz pomóc sobie?

Zapraszam do lektury

## *Jakie jest podłoże choroby afektywnej dwubiegunowej?*

Choroba afektywna dwubiegunowa to jedno ze schorzeń psychicznych. Jak wiadomo, narządem odpowiedzialnym za funkcjonowanie naszej psychiki jest mózg – narząd osadzony w pancerzu z czaszki. To właśnie za sprawą niezwykle złożonych procesów zachodzących w naszych mózgach potrafimy myśleć, postrzegać, czuć, a praca naszego organizmu jest właściwie, choć często nieświadomie regulowana. Czy pamiętamy o tym, aby oddychać, trawić i mieć właściwie napięte mięśnie? Na szczęście nie musimy, ponieważ przez całe życie zawiadują tym wszystkim odpowiednie części mózgowia. Można sobie wyobrazić, że nasz mózg pracuje na podobieństwo potężnej centrali, która nieprzerwanie zawiaduje, kontroluje i reguluje nie tylko naszą psychikę, ale także narządy wewnętrzne i ruch ciała. Jakże więc łatwo, aby ten złożony i pracowity narząd zaczął funkcjonować nieco gorzej... Innymi słowy, nasz mózg, podobnie jak serce, płuca czy żołądek, może chorować.

Piszę tych kilka słów o mózgu, ponieważ wielu ludzi, myśląc o dziedzinie psychiatrii, wysnuwa dziwaczne koncepcje, iż to niejako choroby duszy, a ta zamieszkuje w klatce piersiowej, czy dokładniej – w mięśniu sercowym.

Choroba afektywna dwubiegunowa nie ma nic wspólnego z kwestiami duchowymi. Jest konsekwencją zaburzeń pracy wydzielniczej mózgu, tzw. zaburzeń neurotransmisji. Mózg produkuje różne substancje chemiczne i choć trudno nam to sobie wyobrazić, właśnie od nich zależy jakość naszego myślenia, nastrojów, lęków i samopoczucia. W chorobie dwubiegunowej okresowo zaburzone jest wydzielanie kilku takich substancji, zwłaszcza noradrenaliny, serotoniny, acetylocholino i dopaminy. Leczenie farmakologiczne może przeciwstawiać się tym nieprawidłowym procesom i stabilizować pracę wydzielniczą mózgu.

***Dla ciekawych:*** Na podstawie bardzo licznych badań naukowych wykazano, że najistotniejsze dla rozwoju symptomów ChAD obszary anatomiczne mózgu to: wzgórze, podwzgórze, ciało migdałowate, jądro ogoniaste, kora przedczołowa i mózdzek. Biologiczne uwarunkowania ChAD znajdują także odzwierciedlenie w nieprawidłowej pracy kory nadnerczy, właśnie na skutek wadliwej regulacji tych narządów przez mózgowie.

### ***Czym jest choroba afektywna dwubiegunowa?***

Wiodące znaczenie w rozwoju objawów choroby dwubiegunowej mają wahania nastroju. Nastrój człowieka zgodnie z fizjologią nie jest emocją stałą. Wszyscy zdrowi ludzie odczuwają jego wahania. I tak, kiedy czujemy radość, oznacza to, iż nasz nastrój ulega podwyższeniu, gdy zaś czujemy smutek – obniża się.

Nastrój człowieka jest w znacznym stopniu zależny od wielu czynników wewnętrznych i zewnętrznych. Przykładem wewnętrznego czynnika negatywnie wpływającego na nastrój może być odczucie bólu lub schorzenie fizyczne. Trudno wyobrazić sobie cierpiącego fizycznie człowieka, który równocześnie jest wesoły.

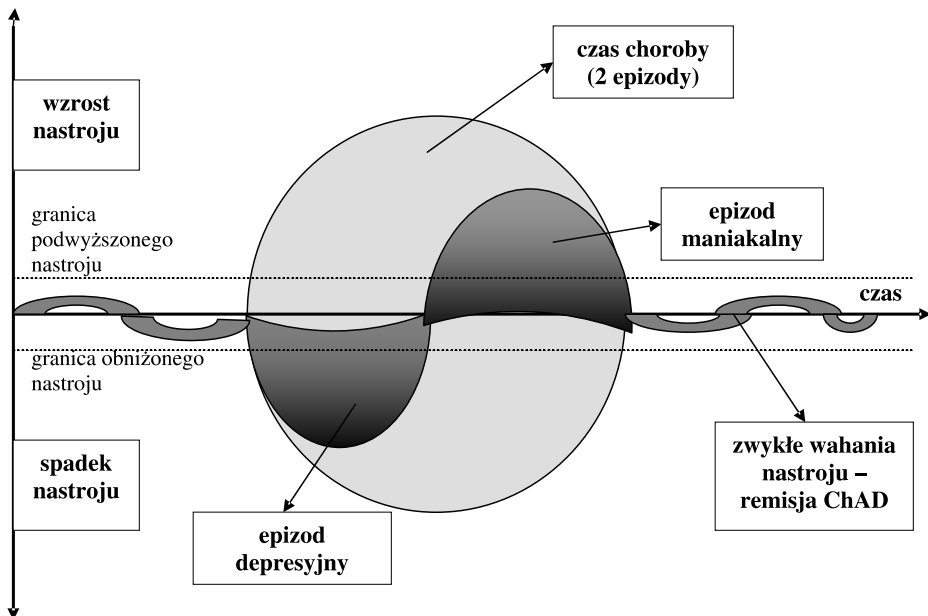
Przykładów zewnętrznego wpływu na nastrój może być wiele i są one oczywiste. Klasycznym jest stan żałoby, kiedy to smucimy się z powodu utraty bliskiej osoby. Jeśli potrafimy wskazać wyraźne przyczyny podniesienia lub spadku nastroju, unikamy rozpoznawania chorób psychicznych. Zaburzenia nastroju to sytuacje, w których bez wyraźnej przyczyny odczuwamy przemożny, trwający stale i co najmniej kilkanaście dni wzrost bądź spadek formy.

Choroba afektywna dwubiegunowa przebiega rzutami epizodów depresji lub manii. Długość trwania epizodów chorobowych może być różna, przeciętnie to 60-90 dni. Pomędzy nimi występują okresy zdrowia, w których Twój nastrój

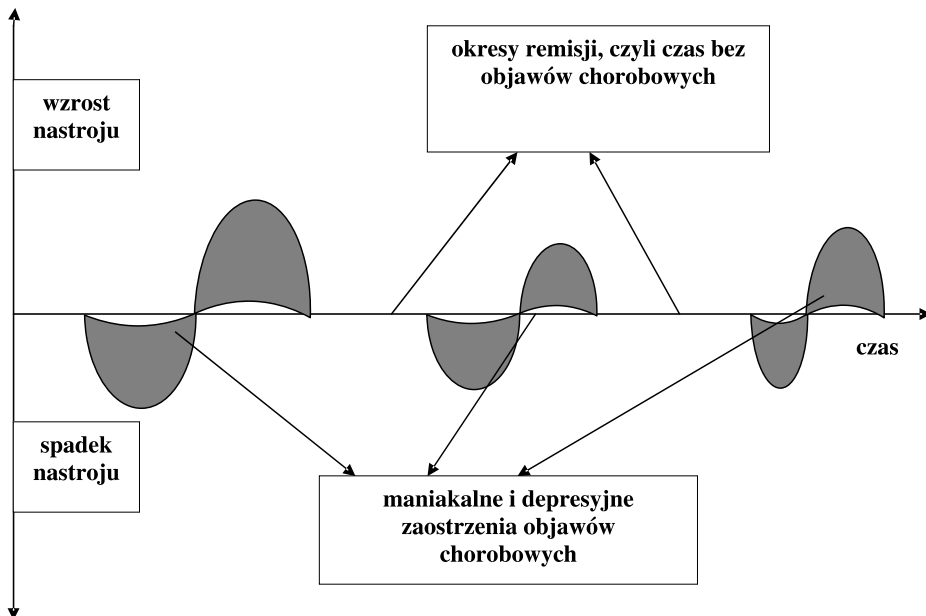
jest wyrównany. Czas bez objawów chorobowych nazywamy remisją (eutymią) i to właśnie ona jest zasadniczym celem całego procesu leczenia. Staramy się, abyś zyskał jak najdłuższą remisję, a jeśli jej czas przekroczy pięć lat, oznacza to, że przebieg leczenia jest bardzo dobry. Jeśli remisja trwa ledwie parę miesięcy i ponownie wracają epizody manii lub depresji, należy uznać, iż przebieg choroby jest zły, a leczenie mało skuteczne.

Poniższe schematy obrazują typowy przebieg Twojej choroby:

Ryc. 1. Podstawowe składowe choroby dwubiegunowej.



Ryc. 2. Epizodyczność choroby dwubiegunowej.



Jak widać, dwubiegunowość nie bez powodu pojawia się w nazwie tej choroby i w praktyce oznacza, że przebiega fazami, które są wobec siebie przeciwstawne. Aby lepiej pojąć to zjawisko, poniżej opisuję typowe symptomy dwóch grup objawów towarzyszących spadkowi i podwyższeniu nastroju, czyli depresji i manii.

### **Epizod depresyjny**

Jest to co najmniej czternastodniowy i nieustanny spadek nastroju, niepoddający się pocieszeniom, niezależny od różnych wydarzeń, utrzymujący się w każdym dniu, często całymi miesiącami.

BOJĘ SIĘ



NIGDY NIE DAM JUŻ SOBIE  
RADY



Wyobraźmy sobie postępujący spadek nastroju jako zatapianą kotwicę pociągającą za sobą inne, licznie przeżywane przez chorego objawy. Objawy te to przede wszystkim: niezdolność do odczuwania radości, przyjemności

(anhedonia), lęk, poczucie beznadziejności, apatia, zmęczenie psychiczne i fizyczne, ból (np. głowy), otępienie, nadmierna senność lub bezsenność, obsesyjne zamartwianie się, zaburzenia trawienne i spadek lub wzrost masy ciała. Jeśli nastrój ulega dalszemu obniżaniu, opisane wyżej objawy nasilają się do tego stopnia, że chory ma poczucie winy, a jego myśli zmieniają się w urojenia dotyczące kary czy potępienia. Człowiek w ciężkiej depresji zupełnie traci zdolność realnego oceniania siebie i swego miejsca w świecie. Wszystko postrzega beznadziejnie i nie potrafi zrozumieć, iż dzieje się tak z powodu depresji. Uważa swój stan za faktyczny i rzutuje go nie tylko w teraźniejszość, ale też dokonuje bardzo negatywnych bilansów przeszłości i równie fatalnie ocenia przyszłość. Innymi słowy, depresyjny nastrój i jego objawy przesłaniają wszystko inne: gdziekolwiek chory sięga wyobraźnią, tam dostrzega tylko lęk, cierpienie, klęski i beznadziejność. Bodaj najtragiczniejszą w skutkach cechą depresji jest właśnie utrata wglądu: cierpiący nie rozpoznaje, iż to zajęta chorobą psychika jest źródłem tych zdeformowanych melancholią myśli. Jeśli tracisz wgląd w mechanizmy chorobowe, tracisz też i nadzieję, a owa depresyjna kotwica ciągnie Cię na samo dno, gdzie bezwiednie poddajesz się procesowi choroby. Wtedy właśnie narasta też najgorszy z objawów depresji – myśli samobójcze.

Trudno oczekiwać, że nawet najpotężniejsze wsparcie bliskich może Cię uzdrowić. Rodzina bezwiednie mobilizuje, pociesza, używa określeń typu „nic ci nie jest, dobrze wyglądasz”, „zabierz się do jakieś pracy”, „to tylko depresja”, „przesadzasz, jesteś zdrowy, masz dużo sił”, „spróbuj jakoś to pokonać, pobiegaj, wyjdź na spacer, zobacz, jaki świat jest piękny”. To właśnie te, skądinąd szczerze i pełne dobrej woli, słowa bliskich paradoksalnie okazują się fatalne w skutkach (do wskazówek dla Twojej rodziny wrócimy w dalszej części tego Poradnika). Zmuszany czy zachęcany do mobilizacji pacjent podejmuje rozpaczliwe wysiłki pokonania objawów choroby, ale najczęściej nie potrafi wykonać żadnych sensownych czy zbornych działań. W efekcie ponosi kolejne



klęski, traci siły, postrzega się w jeszcze gorszym świetle. Narasta poczucie winy, upada samoocena, a myśli samobójcze zyskują na sile. Twoje życie jest bardzo zagrożone, a koszmar depresji musi być leczony w warunkach szpitalnych.

NIE POTRAFIEŃ NAWET  
MYSLEĆ

ŻYCIE STRACIŁO SWÓJ  
SENS



## Epizod maniakalny

To co najmniej siedmiodniowy stan nieustannie podwyższonego nastroju, który nie jest spowodowany bieżącymi, szczęśliwymi wydarzeniami. Podstawowymi objawami towarzyszącymi wzmożeniu nastroju są: przesadne odczuwanie radości, pobudzenie psychoruchowe, wielomówność, skrócenie czasu snu, brak lub zmniejszenie odczucia zmęczenia, pobudzenie lub odhamowanie seksualne, postawa wielkościowa, skłonność do drażliwości, poczucie bycia „wreszcie spełnionym”, „wreszcie wiedzącym, o co chodzi w życiu” i skłonność do podejmowania irracjonalnych działań wynikających z przyspieszonego procesu myślowego.

NIC MNIE NIE POWSTRZYMA



Jeśli depresję porównywałem do kotwicy, tak w epizodzie maniakalnym Twój nastrój unosi się niczym balon, a im wznosi się wyżej, tym bardziej rozwijają się opisane już objawy. W łagodnych epizodach maniakalnych (nazywanych hipomaniakalnymi lub submaniakalnymi) chory jest bardziej niż zazwyczaj pogodny, beztroski, przejawia więcej animuszu, optymizmu i staje się bardziej śmiały czy rozmowny. W nasilonych stanach maniakalnych widoczne jest już pobudzenie psychoruchowe, które manifestuje się wielowątkowością wypowiedzi, zmiennością, gwałtownością, postawą nieznoszącą krytyki, odczuciem szczęścia i spełnienia czy przytłaczającym rozmówców gadulstwem. W jeszcze cięższych epizodach maniakalnych choroba zupełnie dezorganizuje Twoje procesy psychiczne i ruchowe. Dominuje tu słowotok, chaotyczność, zmienność, drażliwość, wybuchowość, a nierzadko duża skłonność do agresji.

W maniakalnym (czyli chybionym) odczuciu chory staje się tak potężny i ma takie poczucie wielkości, że nikt i nic nie jest w stanie go urealnić. Nie przyjmuje do wiadomości żadnej krytyki, odpowiada atakiem, co chwila zmienia zdanie, odkrywa, planuje i często realizuje niemal filmowe akcje.

Człowiek w takim stanie nie czuje lęku, zagrożenia i konsekwencji swych maniakalnych planów: czując się wręcz niezniszczalnym i bezkarnym, podejmuje tak dziwaczne, groźne czy niezgodne z prawem działania, że może narazić siebie i rodzinę na nieobliczalne straty.

Musisz pamiętać, że epizod maniakalny jest właściwie jedyną chorobą, w której pacjent zamiast gorzej, czuje się coraz lepiej, wręcz wyśmienicie.

Im bardziej nasilona mania, tym lepszy nastrój i mniej wglądu w jego przesadność. I właśnie dlatego, kiedy cierpisz na epizod maniakalny, tak trudno wysłuchać Ci przyjaznych porad, aby podjąć leczenie, któremu wtedy bardzo silnie się opierasz. Niełatwo pokonać Twój argument: „Z czego chcecie mnie leczyć? Przecież wreszcie czuję się świetnie!”, a już szczególnie ciężko

przekonać Cię do zażywania leków w sytuacji, kiedy stan maniakalny występuje bezpośrednio po długiej i wypalającej fazie depresji.

JEST CUDOWNIE I MAMY NIESKOŃCZENIE WIELE SIĘ



## Przebieg choroby dwubiegunowej

Choroba afektywna dwubiegunowa może mieć bardzo różne przebiegi zależne przede wszystkim od podtypu schorzenia, ale też od jakości leczenia, cech charakteru pacjenta i wsparcia, czyli zdolności przeciwstawiania się objawom chorobowym przez rodzinę pacjenta.

Zasadniczo rozróżniamy dwa główne podtypy Twojej choroby:

**typ I ChAD**, w którym występują epizody depresji i umiarkowanie bądź ciężko nasilone epizody manii

oraz

**typ II ChAD**, w którym obok epizodów depresyjnych występują epizody łagodnych zespołów maniakałnych, czyli hipomanii.

Ten drugi rodzaj choroby bipolarnej jest często źle rozpoznawany, przez co i źle leczony. Jeśli epizody hipomanii są długie – często nawet kilkuletnie – to mogą być uznawane przez Ciebie i Twoją rodzinę za swoistą normę, o której nie warto nawet opowiadać lekarzowi.

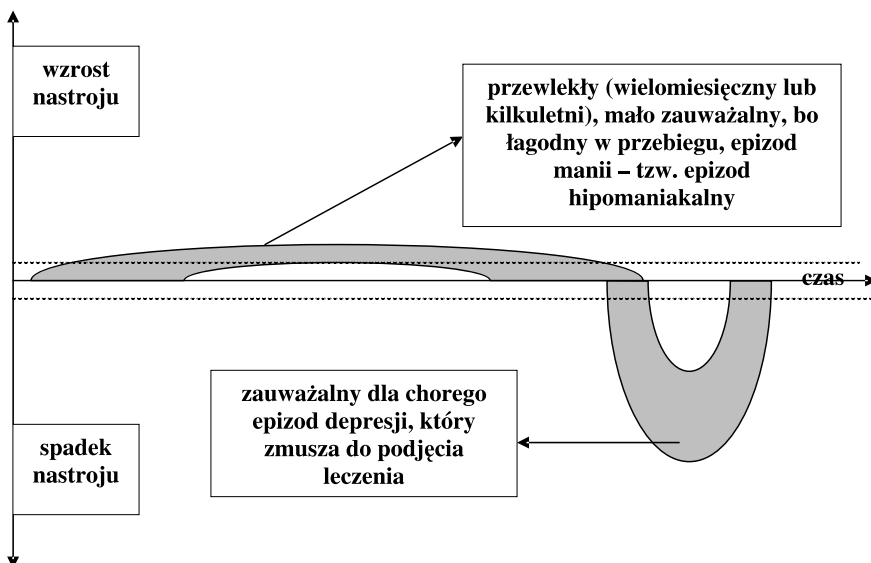
W takich sytuacjach początek leczenia jest fatalnie opóźniony i zazwyczaj następuje w chwili zmiany fazy chorobowej na depresję. Tymczasem niezwykle ważne jest, abyś zrozumiał, że nawet łagodnie i przewlekłe podwyższony nastrój, w którym nie dochodzi do poważniejszych zaburzeń zachowania, planowania czy oceniania jest również zjawiskiem chorobowym.

Dlaczego? Otóż dłuższe i łagodne wzmoczenie nastroju prędzej czy później musi wywołać jego spadek, czyli objawy depresji, której nie chce przeżywać żaden człowiek.

I właśnie ten argument powinien być dla Ciebie najbardziej przekonujący.

Poniższy schemat prezentuje najczęściej spotykany przebieg choroby dwubiegunowej typu II.

Ryc. 3.



- W dzisiejszej klasyfikacji medycznej istnieje jeszcze kilka innych podtypów ChAD, jednak tę wiedzę pozostawmy już specjalistom.
- W końcowej części tego Poradnika opisuję też wyjątkowo trudny w przeżywaniu i leczeniu rodzaj ChAD, który nazywamy stanem mieszanym.

## *Rozpowszechnienie i jakość życia człowieka z chorobą afektywną dwubiegunową*

- Niełatwo dokonać prawidłowych badań dotyczących rozpowszechnienia choroby bipolarnej głównie z powodu niechęci pacjentów do zgłaszania i leczenia objawów maniakalnych. Zasadniczo uznaje się, że ryzyko zachorowania na ChAD typu I dotyczy od 0,8% do 1,2% populacji, a na ChAD typu II od 1% do 2% populacji.

- Choroba afektywna dwubiegunowa jest rozpoznawana ze znacznym opóźnieniem, przez co opóźniony jest również proces terapii. I tak, o ile początkowe objawy ChAD pojawiają się między 18. a 25. rokiem życia, to aż 50% chorych podejmuje leczenie pięć lat później, a 36% chorych zaczyna terapię dopiero po 10 latach. To opóźnienie w trafnym zdiagnozowaniu i rozpoczęciu leczenia choroby jest spowodowane tym, o czym wspominałem już wcześniej i do czego będę nieustannie wracał: bezwiedną skłonnością chorego do kamuflowania objawów maniakalnych, zarówno przed rodziną, jak i w trakcie spotkań z lekarzem. Proces kamuflowania symptomów maniakalnych wynika nie tylko z braku krytycyzmu, ale i z lęku przed utratą nazbyt dobrego samopoczucia. W niektórych przypadkach chorzy na ChAD niemal gloryfikują epizody maniakalne, co może dotyczyć zarówno manii w czasie jej trwania, jak i wspomnień z przebytej fazy maniakalnej. Nierzadko pacjenci wręcz wyczekują nawrotu euforii; zdarza się też, że sami go prowokują.

Konsekwencją maskowania objawów maniakalnych staje się częste rozpoznawanie choroby afektywnej jednobiegunowej, czyli nawracających depresji. Problem w tym, że choć objawy depresyjne są w obu chorobach identyczne, to już sam proces ich leczenia jest zgoła odmienny.

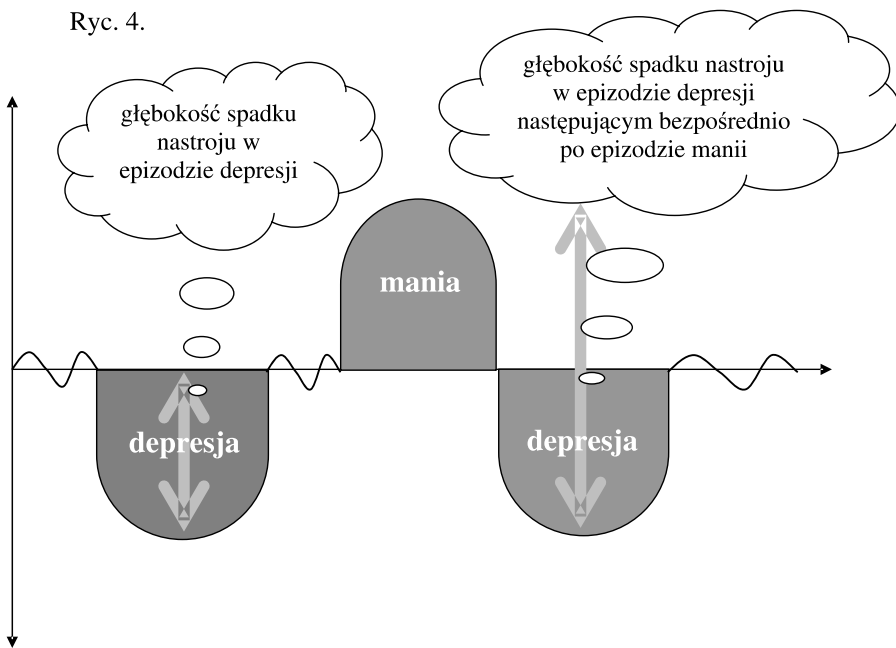
**Pamiętaj:** jeśli nie zgłaszasz objawów maniakalnych lekarzowi i ten leczy Cię tylko z depresji, wprowadzasz w błąd samego siebie. Podjęte leczenie będzie się przyczyniało do napędzania mechanizmu dwubiegunowości, innymi słowy: nawroty manii i występujące po nich depresje nasilą się.

- Choroba dwubiegunowa bardzo niekorzystnie wpływa na zdolność pacjenta do podejmowania edukacji, pracy zawodowej i znacznie upośledza jakość życia w rodzinie czy społeczeństwie. W praktyce oznacza to, że wielu z cierpiących pobiera świadczenia rentowe, traci przyjaciół lub rozwodzi się. Im później podejmujesz leczenie lub prowadzisz je nieregularnie („po swojemu”), tym te straty mogą być większe.
- Choroba dwubiegunowa jest poważnym schorzeniem medycznym, między innymi dlatego, że niesie ze sobą zagrożenie życia związane z ryzykiem popełnienia samobójstwa. Cierpiąc na chorobę afektywną dwubiegunową, musisz o tym pamiętać. Nawet jeśli na co dzień jesteś człowiekiem silnym, pogodnym, pełnym optymizmu i radości, to w trakcie trwania epizodów depresyjnych Ty, Twoi bliscy i lekarze muszą zachować wielką czujność. Szczególnie obciążająca jest faza depresyjna występująca bezpośrednio po epizodzie maniakalnym, kiedy to po okresie szczęścia i euforii następuje melancholia, apatia i pustka. Zwróć uwagę, jak wielki potrafi być ten nagły spadek formy.

Poniższy schemat obrazuje porównanie wielkości spadków nastroju w przypadku choroby jedno- i dwubiegunowej. Jak widać, ten drugi spadek nastroju jest znacznie głębszy.



Ryc. 4.



### *Opisy przypadków ludzi cierpiących na chorobę afektywną dwubiegunową*

Abyś mógł lepiej zrozumieć swą chorobę, poniżej przytaczam trzy różne przykłady jej przebiegu. Będę się odwoływał do znanych mi historii pacjentów, ale z powodu tajemnicy lekarskiej i szacunku, którym darzę chorych, niektóre fakty zostaną zmienione.

- **Historia pana Waclawa: „Życie z nierozpoznaną chorobą”  
(typ I choroby afektywnej dwubiegunowej)**

Poznałem pana Waclawa w 47. roku jego życia. Okoliczności były dramatyczne. Został przywieziony do izby przyjęć naszego szpitala przez pogotowie ratunkowe i policję, która zatrzymała go po kilkugodzinnym pościgu samochodowym w środku nocy.

Pan Waclaw nie leczył się wcześniej psychiatrycznie. Przez lata sumiennie pracował na wysokim stanowisku w urzędzie pocztowym, udzielał się w ruchu katolickim i odnosił sukcesy na polu literackim, pisując artykuły do znanych periodyków. Równie udane było jego życie osobiste: miał żonę i dorastającą trójkę dzieci. Rodzina przyzwyczaiła się, że aktywność głowy rodziny była bardzo zmienna: intensyfikowała się w sezonie letnim, a wyhamowywała jesienią i wiosną. Któż by przypuszczał, że jesienne frustracje, melancholia, nieustanne narzekania i spowolnienie psychoruchowe miały wymiar łagodnych epizodów depresji? „To normalne – przecież jesień taka już jest” – mówiła później żona pana Waclawa. Kiedy z kolei wiosną jej mąż był permanentnie zmęczony, smutny i zrezygnowany, mówiono: „To wiosenne przesilenie. Wkrótce minie”.

Wszyscy wiedzieli, że latem planów będzie w nadmiarze, radość obfita, twórczość pana Waclawa pełna pasji i nadziei, podobnie jak intensywność komunikacji z ludźmi. Rodzina ledwie nadażała za tempem myśli swego „bossa”. Pan Waclaw pracował za pięciu, pochopnie przyznawał podwładnym urlopy, wprowadzał rozmaite racjonalizacje, a wracając do domu, działał dalej – inicjował, inspirował i tworzył. Radził sobie ze wszystkim i nic nie mogło mu przeszkodzić. Słyszał z tego, iż latem dysponuje niespożyta wręcz energią ciała i ducha, nie dziwiło więc, że pracuje niemal całą noc, a rankami tryska humorem i podśpiewuje, przygotowując rodzinie wymyślne śniadania.

W okresie między czerwcem a sierpniem dawał z siebie tak dużo, że nikt nie miał do niego żadnych pretensji w okolicach października czy listopada, kiedy to unikał jakiegokolwiek formy aktywności...

Sytuacja zmieniła się owego feralnego lata. W lipcu pan Waław przyspieszył w sposób zaskakujący nawet własną rodzinę. Zupełnie przestał sypiać, działał na niemal stu frontach naraz i wciąż było mu mało. Mówił nieprawdopodobnie szybko, nie słuchał wcale. Rodzina poważniej zaniepokoiła się, kiedy nie tylko zaplanował zakup ekskluzywnego samochodu, ale i wszczął konkretne działania kredytowe. Deklarował, że odkrył wielką tajemnicę życia, gorączkowo opowiadał o sile, którą cudownie posiadał, o tym, że odkrył, jak zostać nadczłowiekiem, i nie ma już dla niego granic, barier czy oporów.

Pewnego dnia oznajmił żonie, że planuje „rzucić tę nudną pracę w diabły” i rozpocząć studia na wydziale architektury: „Wymyśliłem projekt niezwyklej i samowystarczalnej budowli, w której będą żyć w idealnej symbiozie tysiące uśmiechniętych ludzi. Odkryłem też nowe materiały budowlane, robi się je niemal z niczego, będą prawie darmowe. Sami zbudujemy pierwsze osiedle, idę z tym do prezydenta miasta. Będziemy milionerami, kochanie”.

Aby ziścić swą wizję, pan Waław przez cały weekend rysował projekty swych samowystarczalnych, cudownych i szczęśliwych domów. Przestał jeść, pił ogromne ilości wody i palił dziesiątki papierosów.

Rodzina była przerażona i zupełnie nie wiedziała, co począć. Szukano pomocy, ale warunek był zawsze taki sam: pan Waław musi się zgodzić na podjęcie leczenia. On sam propozycję leczenia wyszydzał i wulgarnie komentował, odgrażając się: „Nie zrobicie ze mnie wariata”. Aby udowodnić swą wielkość, istotnie udał się do prezydenta miasta, jednak ten ledwie zdołał dojść do głosu i przytłoczony napastliwością pana Waława wezwał na pomoc ochronę obiektu. Pan Waław uciekł z urzędu. Wrócił do domu, gdzie spalił wszystkie rysunki, wypił kilka piw i zamknął się w swoim pokoju, planując rychłą zemstę.

Żona zadzwoniła po pogotowie ratunkowe. Słyszając głosy personelu medycznego, pan Waław bez wahania rzucił się do okna i zdołał zejść na parter po rusztowaniu (wieżowiec był właśnie tynkowany). Dramat polegał na tym, że zszedł z dziewiątego piętra. Wsiadł do swojego samochodu i zaczął krążyć po mieście z coraz większą prędkością. Policja nie potrafiła go dogonić, a kiedy wreszcie się to udało, pan Waław staranował dwa radiowozy. Ponownie wezwano pogotowie ratunkowe, które przy pomocy policji unieruchomiło pacjenta, zabezpieczając go pasami.

I tak właśnie, w środku nocy, poznałem go na izbie przyjęć, gdzie dotarł wycieńczony, chaotyczny, bełkotliwie planujący coraz to większe sensacje i wciąż zapewniający, że czuje się doskonale. Został przyjęty na oddział wbrew swojej woli.

Leczenie tych ciężkich objawów maniakalnych nie było trudne i długie. Już po trzech tygodniach pacjent poczuł się względnie stabilnie i krytycznie ocenił zaistniałą sytuację. Pamiętał niemal wszystko, co zaszło. Nie potrafił się z tym pogodzić: „Przecież ja nigdy nie tracę nad sobą kontroli, to niemożliwe, to nie byłem ja”. Czuł głębokie zażenowanie, przerażenie i upodlenie własnym zachowaniem. Jego nastrój zaczął się obniżać do tego stopnia, iż w poczuciu winy uznał, że nigdy już nie opuści szpitala. Nie widział możliwości powrotu do życia, czuł się tak skompromitowany, że stanowczo deklarował samounicestwienie. I właśnie z powodu depresji, równie ciężkiej co wcześniejsza mania, hospitalizacja pana Waława wydłużyła się o kolejne dwa miesiące, kiedy to normalizowaliśmy nastrój pacjenta, wykorzystując możliwości farmakoterapii i opieki psychologicznej.

Historia ta ma dobre zakończenie. Ostatecznie pan Waław odzyskał zdrowie, wrócił do pracy, a w domu czekała na niego kochająca rodzina i przyjaciele. Ów letni epizod ciężkiej manii nie zdołał zniszczyć szacunku, którym chory był powszechnie darzony, bo wypracował go przez kilkadziesiąt lat godnego życia. Od tamtego czasu (minęło już pięć lat) pan Waław

kontynuuje leczenie psychiatryczne i sumiennie przestrzega jego zasad. Zażywa zlecane leki, podejmuje analizę swego samopoczucia, zdaje się też na ocenę dobrze wyedukowanej w temacie choroby rodziny. Obserwowaliśmy (pomimo zażywania leków) kilka kolejnych zaostrzeń – czy to depresyjnych, czy maniакаlnych – jednak natychmiast wychwyconych, wymagających krótkiej nieobecności w pracy i niepowodujących niczego, co miałyby tak dramatyczny wymiar. Szczególnie cieszy, że objawy choroby łagodnieją.

W ostatnim roku chory funkcjonował już całkiem stabilnie, czyli bez nawrotów choroby dwubiegunowej.

● **Komentarz do przypadku pana Wacława** – opisana tu w ogromnym skrócie historia jest typowym przykładem nierozpoznanej i nieleczonej choroby afektywnej dwubiegunowej. Pokazuje też, jak system rodzinny, znajomi i bliscy potrafią zaakceptować chorobowe, umiarkowane wahania nastroju, omylnie uznając je za cechy charakteru. W powszechnym mniemaniu na choroby psychiczne zapadają ludzie „słabi psychicznie”. Nic bardziej mylnego. Choroba dwubiegunowa często nęka ludzi życiowo aktywnych, skutecznych w działaniu, podejmujących w życiu rozmaite wyzwania. W przypadku pana Wacława nie dostrzegano regularnie nawracających zaburzeń depresyjnych, ponieważ tłumaczono je zmianą pór roku. W tym miejscu należy przypomnieć, iż sam chory bardzo często nie potrafi zidentyfikować depresji jako choroby, a jeśli nawet, to czuje się na tyle beznadziejnie, że rzadko kiedy inicjuje proces leczenia.

Nie rozumiano również, że stale nawracające euforyczne i nadaktywne zachowania głowy rodziny wyczerpują definicję łagodnych epizodów maniакаlnych. Dopiero przytłaczające zaburzenia zachowania spowodowały leczenie psychiatryczne, które przyniosło oczekiwane korzyści.

Pamiętaj, że podstawą sukcesu pana Wacława stała się regularność leczenia i zdyscyplinowanie w realizowaniu zleceń lekarskich. Bilansując zyski i straty wynikające z terapii, wspólnie z chorym uznaliśmy, iż brak letnich

*okresów euforycznego działania bardzo korzystnie rekompensuje całoroczna stabilność formy, a przede wszystkim ustąpienie nawrotów wiosennych i jesiennych depresji. Rodzina chorego, zależna dotąd od wahań nastroju pana Wacława, dopiero w okresie remisji objawów ChAD zrozumiała, jak bardzo oczekiwała stabilności i spokoju.*

- **Historia pani Genowefy: „Konsekwencje zamaskowania choroby” (typ I choroby afektywnej dwubiegunowej)**

Pani Genowefa, lat 46, matka dwóch dorosłych córek, pracowała jako pomoc dentystyczna i dorabiała sobie w charakterze dystrybutorki naczyń kuchennych. Znana była jako osoba wierząca, pełna zasad, dotrzymująca obietnic, pomocna innym i bardzo solidna. Pani Genowefa rzadko komu tłumaczyła, dlaczego jej małżeństwo rozpadło się wiele lat temu. Były mąż zmarł wkrótce, więc sama wychowywała dzieci. Rodzina wiedziała, że pani Genowefa cierpi na okresowe nawroty depresji, w trakcie których podejmuje leczenie w poradni zdrowia psychicznego. Nikt już nie pamiętał (lub nie chciano o tym mówić), że w 25. roku życia, przez 3 miesiące była hospitalizowana w odległym od miejsca zamieszkania szpitalu psychiatrycznym.

Pół roku przed przyjęciem na nasz oddział pani Genowefa przeżyła kolejny epizod depresji. Tym razem objawy były na tyle nasilone, że pacjentka leczyła się dłużej niż zazwyczaj; stosowano też większe dawki silniejszych leków przeciwdepresyjnych. Ostatecznie pani Genowefa zyskała oczekiwaną poprawę, jednak w obawie przed nawrotem symptomów melancholii i za namową psychiatry postanowiła kontynuować leczenie. Z dnia na dzień czuła się coraz lepiej, miała więcej sił i energii do działania. Jej córki nie widziały dotąd mamy w takiej formie, a ona tłumaczyła im: „Już tak kiedyś miałam. Widać przez te wszystkie lata depresja nigdy nie ustąpiła, tylko łagodniała. Teraz wreszcie jest jak trzeba. Odzyskuję swoje prawdziwe możliwości!”.

I „odzyskiwała” je coraz bardziej... W kolejnych tygodniach uznała, że to jeszcze nie to i samodzielnie zwiększyła dawki leków przeciwdepresyjnych. O ich przepisanie poprosiła nie psychiatrę, a lekarza rodzinnego.

W następnym tygodniu zachowanie chorej zmieniło się nie do poznania. Zaczęła kłamać, stała się drażliwa, wybuchowa i skłonna do poznawania nowych ludzi, zwłaszcza mężczyzn, z którymi budowała powierzchowne relacje. Czas snu uległ skróceniu, ale pani Genowefa nie odczuwała zmęczenia. Wręcz przeciwnie, często wychodziła do kawiarni, klubów tańca, zaczęła też kupować ubrania w jaskrawych barwach i w kusej formie.

Po około dwóch tygodniach takiego świetnego samopoczucia oznajmiła córkom, że rzuca pracę w gabinecie stomatologicznym (jak się okazało później, została z tej pracy zwolniona za impertynenckie zachowania wobec pacjentów i personelu). Córki nie mogły pojąć, dlaczego ich matka siarczyście klnie i przejawia tak duże pobudzenie seksualne wobec przypadkowych mężczyzn, których zaczęła już sprowadzać do mieszkania. W rodzinie mówiono, że to pewnie „przekwit”.

Pani Genowefa w wulgarny sposób ukrócała wszelkie próby interwencji w jej zachowanie i ostatecznie zakazała córkom kontaktu. Aby „wreszcie poczuć życie” za bezcen sprzedała kilkuletni samochód, a zyskaną w ten sposób gotówkę zaczęła trwonić i przepijać. Poznała młodszego o dziesięć lat mężczyznę, z którym postanowiła wyjechać nad morze (był to deszczowy listopad). Córki ponownie interweniowały i udały się na policję w obawie, że ich matka „jest poddawana jakimś manipulacjom ze strony młodszego narzeczonego”. Policja nie zainteresowała się tą sprawą, wszak nie było żadnych kryminalnych przesłanek.

Tymczasem pani Genowefa przepędziła swego kochanka, ponieważ poznała jeszcze „ciekawsze towarzystwo”. Jak się okazało, byli to ludzie z marginesu społecznego, wśród których doskonale się odnalazła, prowadząc niemal wędrowne życie, przepełnione zabawą, alkoholem i seksem. Nocami nie

wracała do domu, a jeśli już, to tylko po to, aby sprzedać kolejny przedmiot wart jakiegokolwiek gotówki. Pani Genowefa opowiadała, że jest potomkiem niegdysiejszych hrabiów, magnatów finansowych, że zawsze drzemała w niej tęsknota za hulaszczym trybem życia i oto „wreszcie się przebudziłam i będę odzyskiwać rodzinne dobra, które rozkradli komuniści. Jestem tak bogata, że mogłabym kupić i sto pałaców”.

W tym czasie córki dowiedziały się od swej babci, że podobna sytuacja zdarzyła się, kiedy były jeszcze małymi dziećmi. Matka opuściła wtedy dom z przegodnie poznanym kochankiem alkoholikiem, z którym nie tylko piła i bawiła się, ale też planowała dalsze cudowne życie. To właśnie z tego powodu utraciła męża, który uznał jej zachowanie za oczywistą zdradę. Babcia wyznała też, w tamtym czasie, po kilku miesiącach włości z szemranym towarzystwem, jej córka pobiła kilku przypadkowych przechodniów i została wywieziona do szpitala psychiatrycznego, gdzie przebywała ponad dwa miesiące. Pośród różnych dziwacznych zachowań szczególnie zapamiętano, że pani Genowefa była przekonana, iż jest spadkobierczynią królewskiego majątku.

Córki zrozumiały, że ich matka choruje ciężiej niż przypuszczały. Uznały też, że zażywa niewłaściwe leki, i poszły do lekarza rodzinnego z prośbą, tłumacząc mu, aby nie przepisywał już podobnych zleceń. Lekarz rodzinny doradził wizytę u psychiatry, a ten zasugerował natychmiastową hospitalizację. Córki znalazły melinę matki, jednak ta, słysząc o konieczności leczenia szpitalnego, zaatakowała jedną z nich i dotkliwie pobiła. Przeklinając swe „niewdzięczne dzieci”, zapowiedziała rychłą sprzedaż mieszkania.

Kiedy po raz kolejny do niego wróciła, dzięki sąsiadce i wieloletniej przyjaciółce wezwano pogotowie ratunkowe, które zawiozło chorą do szpitala, gdzie została przyjęta wbrew swej woli.

Na oddziale leczylimy ten epizod ciężkich zaburzeń maniakałnych przez dwa miesiące, borykając się ze stałym oporem chorej i jej agresją wobec personelu i innych pacjentów. Kiedy objawy maniakałne ustąpiły, pani



Genowefa odzyskała właściwy krytycyzm, przez co ustały też przesłanki do leczenia szpitalnego wbrew jej woli. Nie zagrażała już ani sobie, ani otoczeniu. Po tygodniu dalszej obserwacji została wypisana do domu pod czujną opieką swych córek i bez objawów następczej depresji.

Niestety, miesiąc później dokonała groźnego zamachu na swe życie samobójczo zażywając leki, które zgromadziła. W pożegnalnym liście, przeprosiła za swe maniackalne zachowanie i błagała o wybaczenie: uznała, że nie może dalej żyć w takim wstydzie i biedzie (utraciła niemal wszystko). Na szczęście szybka interwencja pogotowia i leczenie w ośrodku ostrych zatruc ocaliło życie pani Genowefy. Za jej zgodą została ponownie przyjęta na nasz oddział psychiatryczny, gdzie stopniowo odzyskała wiarę w sens dalszego życia. Objawy depresji ustąpiły, ale pacjentka prosiła o przedłużenie pobytu – stale czuła przemożny lęk przed powrotem do rzeczywistości. Dalsze leczenie kontynuowano w ramach oddziału leczenia zaburzeń afektywnych, gdzie oprócz przyjmowania leków pacjentka zyskała też potrzebną wiedzę na temat choroby bipolarnej i wsparcie psychologiczne.

I ta historia dobrze się kończy – od czterech lat pani Genowefa zażywa lek stabilizujący nastrój i nie przeżywa nasilonych objawów depresyjnych lub maniackalnych. Znów podjęła pracę w gabinecie stomatologicznym i powoli spłaca zaciągnięte kredyty, w czym pomagają jej córki.

- ***Komentarz do przypadku pani Genowefy*** – *bywają manie pogodne i manie drażliwe. W tych pierwszych pacjent staje się przesadnie i naiwnie euforyczny, przez co niczym się nie przejmuje i wszystko przeżywa z nadmiernym optymizmem.*

*W drażliwym epizodzie maniackalnym zachowanie chorego jest zdominowane przez niestychaną wręcz agresję. Opisany wyżej przykład przedstawia typowy przebieg drażliwych zaburzeń maniackalnych.*

*Właściwą przyczyną dramatu pani Genowefy było zaprzeczenie i wyparcie faktu cierpienia na chorobę dwubiegunową. Rozpoznanie to postawiono*

*przecież już wcześniej, jednak chora wyparła ten fakt ze swoich wspomnień, uznając, że grożą jej tylko nawroty depresji. Zataiła więc przed prowadzącym psychiatrą przebyty epizod ciężkiej manii, a kartę z historią choroby wyrzuciła.*

*Jak się okazało, zaburzenia maniakalne wróciły po kilkunastu latach, rujnując to, co z takim trudem osiągnęła. Pani Genowefa przyznała później, że „przez lata chyba podświadomie oczekiwałam powrotu tej dobrej formy, tego świetnego samopoczucia. Miałam takie ciężkie i pracowite życie, a przecież pamiętałam, że był taki czas, kiedy niczym się nie przejmowałam, kiedy byłam naprawdę szczęśliwa”.*

*I właśnie dlatego zamaskowała objawy zwiastujące zbliżającą się fazę manii, a potem czynnie nasilała rozwój objawów hipomaniakalnych, zwiększając dawki leków przeciwdepresyjnych (co oczywiste, ich zażywanie jest absolutnie zabronione w trakcie trwania manii!). Manipulowała swym stanem, unikając psychiatry i oszukując mniej znającego temat psychiatrii lekarza rodzinnego. Zaczęła też pić alkohol, co często zdarza się osobom w stanie maniakalnym i może być mylnie rozpoznane jako zależność lub właściwa przyczyna zaburzeń zachowania. Wyprzedawała swój majątek, ponieważ świat wydawał się jej beztroski, i czuła, że może niemal wszystko. Wreszcie odhamowała się seksualnie i prowadziła w kompromitujący sposób. Jednym słowem, jej myśli i zachowanie zupełnie opanował maniakalny nastrój. W tym też stanie nie przyjmowała żadnej krytyki, a kochające ją osoby uznawała za wrogów. Zdrowiejąc, zastała wokół siebie ruiny jej dawnego życia. Próba samobójcza była już tylko tragicznym i depresyjnym bilansem poprzednich zdarzeń.*

*Historia ta pokazuje cały dramat choroby bipolarnej – po okresie burzy, siły i euforii, w ciszy, apatii i beznadziejności przychodzą najstraszliwsze z myśli: „Nie potrafię już dalej żyć i nigdy nie naprawię tego, co zrujnowałam”.*

*Kolejny raz udało się odbudować zniszczenia spowodowane maniakalnym chaosem, m.in. dzięki wsparciu kochającej rodziny. Jeśli jednak nie masz takich bliskich, pomocna może się okazać lektura tego Poradnika. Pamiętaj, że gdyby*

*pani Genowefa nie zignorowała objawów hipomanii i zgłosiła się z nimi do psychiatry, najpewniej nie doszłoby do dalszego rozwoju tragicznych w skutkach wypadków.*

### **Historia pana Andrzeja: „Moje zdrowie to hipomania” (typ II choroby afektywnej dwubiegunowej)**

Poznałem pana Andrzeja około siedmiu lat temu, kiedy to razem z żoną prosili o przyjęcie na oddział. Okazali liczne karty wypisowe z innego ośrodka, w którym chory odbył już sześć hospitalizacji z rozpoznaniem nawracających zaburzeń depresyjnych. W epikryzach pisano, że leczenie pacjenta było skuteczne, co oznacza, że podczas wypisu nie obserwowano niepokojących zaburzeń nastroju. W ostatniej karcie wypisowej, wystawionej ledwie miesiąc wcześniej, napisano, że chory nie dostrzega poprawy swego stanu. Podejrzewano, że to z powodu zaburzeń osobowości. Pacjent i jego żona potwierdzili ową rozbieżność w ocenie efektów leczenia: „Oni zawsze piszą, że wyzdrowiałem, a ja długo jeszcze po wyjściu ze szpitala byłem w depresji i obecnie też w niej jestem. A to już przecież miesiąc od wypisu”.

Obserwując pana Andrzeja, nie dostrzegłem objawów depresji. Pacjent prezentował poprawny nastrój, właściwie się komunikował, nie zdradzał zaburzeń koncentracji, lęku czy poczucia winy. Potwierdzał, że wykonuje wszystkie domowe czynności, dobrze daje sobie radę w pracy (był pracownikiem fizycznym spółdzielni mieszkaniowej, tzw. złotą rączką) i potrafi odczuwać radość. Kiedy zwróciłem na to uwagę, pan Andrzej wzruszył tylko ramionami: „No i co z tego? To jakaś wegetacja, a nie zdrowie. To nie ta forma. Owszem, depresja złagodniała, ale daleko mi jeszcze do pełni zdrowia”. Żona pacjenta stanowczo potwierdziła słowa męża: „To nie on. To cień mojego Andrzeja”.

Postanowiłem przyjąć chorego na oddział w celu obserwacji stanu psychicznego. Pierwsze siedem dni pobytu nie potwierdziły obaw małżonków:

w naszej ocenie chory istotnie czuł się dobrze. Owszem, nie był specjalnie towarzyski czy rozmowny, często się irytował lub martwił drobiazgami – bywał przesadnie dokładny, jednak objawy te miały wymiar typowy dla łagodnej nerwicy lękowej i nie miały nic wspólnego z ciężką depresją. Niepokoiliły jedynie dokuczliwe objawy uboczne złeczonego leku przeciwdepresyjnego – zaparcia. Między innymi dlatego postanowiliśmy zmienić zlecenia na inny lek przeciwdepresyjny o silniejszym profilu przeciwlękowym i pozbawiony nieprzyjemnych dla chorego efektów ubocznych.

W następnych dwudziestu dniach rozumiałem, dlaczego pan Andrzej nie potrafił doceniać swego zdrowia. Z dnia na dzień u pacjenta pojawiło się znaczne wzmoczenie wigoru. Stał się bardzo towarzyski, wesoły, gadatliwy i ruchliwy. Czarująco dowcipkował z pielęgniarkami i pacjentami, udzielał się w sali terapii i zaczął organizować innym chorym różnorodne zajęcia. Sugerował też, że z wdzięczności dla leczących podejmie się naprawy rozmaitych oddziaływanych drobiazgów, które – według niego – wymagają ręki fachowca. W nocy spał nieco mniej, ale rankami budził się rześki i mobilizował do gimnastyki. W kolejnych dniach stał się jeszcze bardziej gadatliwy i ruchliwy, zdecydowanie ponad miarę, czym męczył i przytłaczał innych pacjentów.

W naszej ocenie chory przeżywał łagodnie nasilone objawy maniakalne, czyli stan hipomanii. Kiedy przekazaliśmy mu tę informację, oburzył się: „Ależ skąd! To mój normalny nastrój. Właśnie tak miałem się czuć! Potraficie wspaniale leczyć”. Wezwana do szpitala żona chorego potwierdzała: „Oczywiście, to wreszcie mój Andrzej: dusza towarzystwa. Możecie go śmiało wypisać, chce wrócić do pracy i nadrabiać depresyjne zaległości”.

Z wielkim trudem wynegocjowałem z chorym kolejny tydzień pobytu w szpitalu i odstawiłem lek przeciwdepresyjny. Po trzech dniach pan Andrzej zwolnił tempo i zaczął racjonalniej myśleć, planować i przeżywać. Natychmiast zgłosił nawrót depresji: „Proszę dalej leczyć mnie tamtym lekarstwem. Niepotrzebnie mi to odstawiliście. Znowu wpadam w dół”. Problem polegał na

tym, że pan Andrzej nie wpadał w żaden „dół”. Wszyscy postrzegaliśmy go w dobrym i wyrównanym samopoczuciu.

Na nic zdały się przekonania, że powrót do leku przeciwdepresyjnego jest irracjonalny, ponieważ w ten właśnie sposób prowokujemy tylko zmianę bieguną chorobowego na łagodną manię, co z kolei za kilka miesięcy zakończy się nawrotem depresji. Nie pomogło też szybkie szkolenie w zakresie choroby afektywnej dwubiegunowej. „Zawsze tak było” – mówiła żona chorego – „Andrzej musi być taki aktywny i szybki. To żadna choroba z biegunami”.

Nie zdecydowałem się na powrót do leku przeciwdepresyjnego, a do terapii włączyłem jeden z leków stabilizujących nastrój. Chory natychmiast zażądał wypisu do domu.

Wrócił do nas niecały rok później. Tym razem nie było żadnych wątpliwości – był w stanie nasilonej depresji. Przygnębiony, melancholijny, niepotrafiący się skupić, z dużym poczuciem winy, lęku i bezsensu życia. W tym dniu okaleczył się, próbując odebrać sobie życie. Wymagał natychmiastowej pomocy szpitalnej i został przyjęty w trybie nagłym.

Jak się okazało, po wcześniejszym wypisie natychmiast odstawił zalecone przez nas leki stabilizujące nastrój i wymusił na prowadzącym psychiatrze przepisanie tego samego leku przeciwdepresyjnego, który zażywał w naszym szpitalu. I wkrótce osiągnął zamierzony cel – jego nastrój znowu podwyższył się do wymiaru hipomanii, w której doskonale funkcjonował przez następne pół roku. Nadrabiał więc straty, udzielał się towarzysko, podjął kilka dorywczych zleceń; jednym słowem: był niesłuchanie skuteczny i świetnie się czuł.

Prowadzący psychiatra dostrzegł, że chory przeżywa łagodne objawy maniakalne i zmienił leczenie. Jednak pan Andrzej wraz z żoną poradzi sobie i tym razem: zdobyli właściwą receptę od nieświadomego tych zdarzeń lekarza rodzinnego, który w dobrej wierze (został oszukany, że prowadzący terapię psychiatra pojechał na urlop) przepisał oczekiwany lek. I znowu „było cudownie”. Wiosną nastrój chorego zaczął stopniowo pogarszać się i osiągnął

wymiar ciężkiej depresji. To właśnie wtedy pan Andrzej okaleczył się, a potem wraz z żoną przyszli do mnie szukać pomocy.

Leczenie tego epizodu depresji okazało się dosyć trudne. Po ponad dwóch miesiącach pacjent odzyskał zdrowie, jednak – podobnie jak i wcześniej – oczekiwał więcej. Tym razem, mając świadomość, że pan Andrzej myli hipomanię ze zdrowiem, a zdrowie interpretuje jako łagodną depresję, nie zdecydowaliśmy się na włączenie oczekiwanych przez niego leków. Zintensyfikowaliśmy natomiast pracę psychologiczną z chorym i równoległą edukację żony. Uznaliśmy, że wydłużenie pobytu w szpitalu przyniesie istotnie mniej strat niż sztuczna poprawa formy niosąca ze sobą objawy hipomanii, które kończą samobójcze depresje. Żona zrozumiała problem i wreszcie stała się sojusznikiem tej spokojnej terapii. Praca nad lękiem pozwoliła pacjentowi na uzyskanie lepszego samopoczucia i zdecydowanie poprawiła jakość kontaktów z ludźmi.

Pan Andrzej urealniał swoje oczekiwania. On też zrozumiał mechanizm choroby dwubiegunowej i zgodził się, że na korzyści płynące z leczenia stabilizującego nastrój trzeba dłużej poczekać. Podstawowym i wspólnym dla rodziny argumentem motywującym do uznania naszych racji stał się lęk przed nawrotem kolejnej depresji.

Pan Andrzej wrócił do pracy po niemal czterech miesiącach leczenia szpitalnego. Dziś, będąc człowiekiem odpowiednio wyedukowanym, wspieranym przez żonę i leki stabilizujące nastrój, docenia te kilka minionych lat, które przeżył bez hipomanii, ale i bez nawrotów depresji. Przyzwyczał się już do swego przeciętnego – raz lepszego, raz gorszego – nastroju; utracił wielkie wzloty, ale zniknęły też dramatyczne upadki.

- ***Komentarz do przypadku pana Andrzeja*** – opis tej historii pokazuje, jak trudno właściwie rozpoznać, a później skutecznie zwalczać chorobę dwubiegunową typu II. Przecież pan Andrzej od lat leczył się psychiatrycznie i do czasu postawienia właściwej diagnozy był aż sześciokrotnie

hospitalizowany. A jednak zawsze stawiano mu rozpoznanie choroby jednobiegunowej, czyli nawracających depresji. Dlaczego tak się stało?

Po pierwsze, dawał się poznać leczącym tylko w stanie nasilonej depresji lub we względnie dobrej formie. Jeśli w poradni zdrowia psychicznego widywano go w hipomanii, to – co podkreślam – nie jest to wcale stan łatwy do rozpoznania, ponieważ nie wyróżnia chorego niczym szczególnym. Ot, przez chwilę widzimy człowieka rozmownego, wesołego i zaradnego życiowo, który cieszy się, że nie jest już w depresji – dlaczegoż więc podejrzewać, że to skrywana choroba? Bywa, że lekarz psychiatra przytłoczony cięższymi stanami innych pacjentów nie zadaje wnikliwych pytań na temat objawów dwubiegunowości. Dopiero kiedy ogarniemy całość procesu chorobowego, dostrzeżemy również fazowość jego przebiegu, czyli długie epizody podwyższonego nastroju, które kończą się nasilonymi objawami depresyjnymi. Wiemy już, jak trudno jest choremu przeżywać depresję następującą po długiej fazie manii, ale musimy też pamiętać, że pacjent z chorobą dwubiegunową typu II bardzo często za swe zdrowie uznaje właśnie łagodnie nasilone wzmoczenie nastroju. I dlatego – podobnie jak pan Andrzej – nie jest zadowolony z efektów terapii. Prosi o więcej, przekonuje, że wciąż jest chory, w czym często wspiera go rodzina. W przypadku pana Andrzeja niemal wszyscy woleli go widzieć szczęśliwym, bardzo aktywnym, towarzyskim i pełnym entuzjazmu. Problem w tym, że nie była to prawda o charakterze pana Andrzeja – w istocie człowieka lękowego – a jedynie sztuczna prezentacja objawów hipomanii.

Dlategoż więc odebraliśmy panu Andrzejowi jego cudowny i niegroźny przecież stan? Czy psychiatrzy chcą wszystkich wyregulować według jakiegoś sztywnego wzorca?

Oczywiście, że nie. Musimy chronić naszych pacjentów przed bezwzględными nawrotami groźnych dla życia depresji, a właśnie nimi będą skutkować nieleczone objawy hipomanii. Nie można też zapominać, że nawet

*łagodne zaburzenia maniakalne mogą ulec dalszemu rozwojowi do form ciężkich, które opisałem w historii pana Wacława.*

*I wreszcie opis tego przypadku pokazuje, jak trudno jest choremu dostosować się do rozczarowującej go, bo zwykłej formy nastroju. Jak nudno się wtedy czuje, jaki jest osowiały i zrezygnowany w oczekiwaniu na „ten cudowny stan”. Pan Andrzej docenił efekty leczenia, ale z wielkim opóźnieniem, po kolejnych nieszczęściach i długim czasie hospitalizacji, a tak naprawdę jeszcze później.*

*Dziś pan Andrzej jest niczym trzeźwy alkoholik, który pijąc, uważał, że nie da sobie bez picia rady; kiedy pić przestawał, czuł się fatalnie, a dopiero po długim okresie trzeźwości docenił korzystny bilans ciężko wypracowanej abstynencji.*

- Z braku miejsca przytoczyłem zaledwie trzy historie z życia ludzi cierpiących na ChAD. Łatwo zauważyć, że opowieści te mają wymiar sensoryjny i przez swą barwność są literacko nośne. Mógłbym tu przedstawić jeszcze bardziej niezwykle, nieprawdopodobne niemal opisy objawów choroby bipolarnej. Mógłby to pewnie zrobić każdy praktykujący psychiatra. Jednak nie w tym rzecz, aby karmić czytelnika sensacjami, a po prostu przekazać mu odpowiednią wiedzę na temat choroby. Nie poddawaj się odczuciu, że czytasz coś nierealnego, sensoryjnego czy fikcyjnego. Rób wszystko, aby te dramaty nie stały się częścią Twojego życia. Podejmij regularne leczenie swojej choroby.



## *Leczenie choroby afektywnej dwubiegunowej*

Wiodące znaczenie w leczeniu choroby bipolarnej ma farmakoterapia, czyli stosowanie leków. Jeśli przeczytałeś wcześniejszą część Poradnika, to wiesz już, że przyczyną objawów ChAD są zaburzenia neurochemiczne zachodzące w mózgu. Leki mają za zadanie normalizować te procesy tak, aby nastrój chorego uległ stopniowemu wyrównaniu.

Niektórzy pacjenci bardzo obawiają się zażywania leków psychotropowych, co wynika z niewielkiej wiedzy na ich temat opartej na krążących mitach.

Odpowiednio dobrane leki nie powodują toksycznego obciążenia organizmu, nie mają cech uzależniających i w większości przypadków potrafią być skuteczne zarówno w leczeniu, jak i w zapobieganiu nawrotom Twojej choroby.

Niestety, nawet najlepsze z nich nie działają od razu – zwłaszcza w stanie depresji musi minąć co najmniej kilkanaście dni, aby odczuć ich korzystny wpływ na chorobę. Zdarza się, że dany lek w ogóle nie przynosi poprawy lub jest źle tolerowany. Nie trać przez to nadziei i unikaj pochopnych sądów, że choroba jest nieuleczalna (o takie sądy szczególnie łatwo w czasie spadku nastroju). Lekarz będzie zmieniał Twoje leczenie aż do oczekiwanych efektów.

Abyś bardziej przekonał się do regularnej i trwającej wiele lat farmakoterapii, musisz dokonać porównania jakości życia z nieleczoną i leczoną chorobą dwubiegunową. Dewastacja i szkody wyrządzone przez nawracające epizody maniakalne czy dramat beznadziejnej pustki w depresji nie mogą się równać z obciążeniem wynikającym z zażywania leków. Bilans taki będzie Ci bardzo pomocny w budowaniu motywacji – niezbędnego elementu

towarzyszącemu skutecznej terapii każdej przewlekłej choroby. Im większa motywacja pacjenta do leczenia, tym większe szanse na odzyskanie zdrowia.

Zasadniczo proces terapii ma dwa cele – leczenie danego epizodu chorobowego (czyli leczenie zaostrzenia) i zapobieganie nawrotom kolejnych zaostrzeń (czyli podtrzymywanie stanu remisji choroby). Wydaje się, że w większości przypadków ChAD trudniej pacjentowi realizować ten drugi etap: będąc w wyrównanym nastroju i bez innych objawów choroby bipolarnej, możesz nie rozumieć potrzeby kontynuowania terapii lekiem.

Twoja współpraca z leczącymi w okresie remisji choroby  
jest niesłychanie ważna!

Dlaczego? Ponieważ w tym właśnie czasie Twój nastrój jest wyrównany, przez co potrafisz realnie ocenić świat. Możesz więc nie tylko skupić się na odbudowaniu strat wynikających z epizodów chorobowych, ale przede wszystkim pogłębić współpracę z leczącymi. W stanie remisji możesz lepiej zrozumieć mechanizmy rządzące Twoją chorobą, rozpocząć psychoterapię, uczyć się, jak właściwie rozładowywać tłumione emocje i opanowywać problematykę objawów zwiastunowych. Innymi słowy: możesz wreszcie podjąć pracę nad tak bardzo pożądaną higieną psychiczną.

Powtórzę raz jeszcze: niezbędnym warunkiem efektywnych działań podczas utrzymania remisji choroby jest regularne zażywanie leków, które o kilkadziesiąt procent zmniejsza ryzyko kolejnego nawrotu epizodu manii bądź depresji.

## *Oto podstawowe informacje dotyczące leczenia choroby bipolarnej*

Uwaga ogólna: leczenie jest zależne od danego etapu choroby dwubiegunowej. Stąd właśnie dobór leków może zdecydowanie różnić się w okresie manii, depresji czy też w czasie podtrzymywania odzyskanego zdrowia (nazywanego czasem remisji lub eutymii).

### **Leczenie depresji w przebiegu choroby bipolarnej**

Jak wspomniałem już wcześniej, leczenie epizodów depresyjnych w chorobie dwubiegunowej jest odmienne od terapii depresji jednobiegunowej, czyli tej, gdzie nie występują epizody maniakalne. Podstawową różnicą jest bardzo ostrożny dobór leków przeciwdepresyjnych, które według wielu psychiatrów w ogóle nie powinny być stosowane w czasie trwania depresji dwubiegunowej (choć depresje w obu chorobach nie różnią się od siebie jakością objawów, czasem trwania i obciążeniem chorego).

Dlaczego? Odpowiedź nie jest związana z chwilą leczenia, ale odnosi się do całego przebiegu choroby bipolarnej. W Twoim przypadku istnieje przecież ów drugi biegun chorobowy – maniakalny, którego nawrót możemy sprowokować, stosując środki przeciwdepresyjne. O ile w chorobie jednobiegunowej stosowanie leku przeciwdepresyjnego prowadzi do wyrównania nastroju, to w Twoim przypadku może on ulec dalszemu wzmożeniu, podniesieniu, co w praktyce oznacza zmianę bieguna chorobowego na maniakalny. Efekt leczenia nie jest zatem oczekiwanym stanem remisji, a dalszym rozwojem choroby dwubiegunowej. Z depresji wpadasz w manię...

Jak więc skutecznie leczyć Twoją depresję? Odpowiedź na to pytanie jest bardzo trudna. Jeśli objawy depresyjne nasilają się w sposób łagodny i nie ma zagrożenia samobójczego, jest za to wsparcie rodziny, a Ty masz odpowiednią

wiedzę na temat ChAD, można tę depresję przetrwać. Potrzebni będą Ci też inni sojusznicy: myślę tu przede wszystkim o lekach stabilizujących nastrój, lekach przeciwlękowych czy poprawiających jakość snu. Wszystkie one mogą istotnie złagodzić Twoje cierpienie, jednak działają powoli i nie przynoszą szybszej, tak bardzo przecież oczekiwanej przez Ciebie poprawy. Abyś czuł się bezpieczniej, ważkie znaczenie ma równoległa pomoc psychologiczna, a także stały kontakt z leczącym psychiatrą. Jeśli nie czujesz się na siłach, rozważ, aby podjąć to leczenie-przeczekać stan depresyjny w warunkach szpitalnych. Powód jest oczywisty: jest tam bezpieczniej. Musisz pamiętać, że może to być wielka inwestycja w dalsze lata życia, ponieważ może zmniejszyć częstotliwość nawrotów manii, a wtórnie także i depresji.

A jeśli Twoja depresja nasila się, wydłuża, zaczynają się pojawiać myśli samobójcze, narasta poczucie winy, beznadziejności, potępienia, kary i paniczny lęk? Wtedy przede wszystkim musisz udać się do szpitala. Zdaj się na fachowość leczącego personelu, który zapewne zdecyduje się na włączenie do terapii leku przeciwdepresyjnego w możliwie małych dawkach i w możliwie krótkim czasie. W szpitalu łatwo wychwycić zmianę bieguną chorobowego z depresyjnego na maniackalny czy na odwrót. Leczący podejmują zazwyczaj szybkie decyzje i powinieneś im w pełni ufać.

### **Leczenie manii w przebiegu choroby bipolarnej**

Jak już wiesz, epizod maniackalny jest spowodowany podwyższeniem Twojego nastroju, dlatego cały proces terapii ma na celu jego obniżanie do granic szeroko pojętej normy.

Łatwo sobie wyobrazić, że efekty tego leczenia mogą być w Twoim odczuciu paradoksalne: zamiast lepiej, czujesz się coraz gorzej. Obniżenie nastroju powoduje utratę przesadnego poczucia szczęścia, euforii, pewności siebie i własnej wielkości. Wracają więc realia Twojego życia, a wraz z nimi pojawiają się troski, zmartwienia, bóleczki. Sprawy, które wydawały Ci się

banalnie proste, w świetle procesu zdrowienia okazują się trudne, nudne lub wymagające sporego nakładu pracy. Jeśli przeżywałeś właśnie znacznie nasilony epizod maniakalny, mogłeś zachowywać się w nim w sposób kompromitujący, agresywny lub zupełnie nierealny. Odzyskując normalny nastrój, dostrzegasz absurdalność swych planów i działań, być może czujesz też, że choroba skrzywdziła bliskich Ci ludzi.

Innymi słowy, leczenie epizodu maniakalnego jest dla chorego bardzo trudnym, wręcz traumatycznym przeżyciem. Wiele osób ucieka od codziennych i przytłaczających problemów, pomagając sobie alkoholem czy narkotykami. Epizod maniakalny można rozumieć jako taką właśnie, nieświadomą, bo chorobową przecieź, ucieczkę od rzeczywistości. Im ten stan trwa dłużej, tym trudniej cieszyć się odzyskanym zdrowiem, ponieważ w pewnym sensie uzależniłeś się od nadzwyczaj dobrego samopoczucia. Nic więc dziwnego, że leczenie Twojej manii może rodzić tyle oporu, niechęci i sprzeciwu. W dodatku leki, które stosujemy w leczeniu objawów maniakalnych, są lekami silnie hamującymi napęd, przez co spowolniają, usypiają, ograniczają – po prostu męczą.

Pewnie wiesz, jakie to uczucie – jeszcze niedawno wznosiłeś się ponad chmurami, a teraz boleśnie lądujesz na twardym gruncie. Dopadają Cię oczywiste wątpliwości: „Co oni ze mną robią?”, „Czułem się tak świetnie, a teraz...”, „Jestem zmęczony, senny, nic mi się nie chce, a jeszcze tydzień temu wszystko było radosne i łatwe”. Niejeden pacjent zadaje sobie też klasyczne w tym przypadku pytanie: „Czy oni dobrze mnie leczą?”.

Odpowiedź brzmi: tak, jesteś właściwie leczony i nie ma innych możliwości przerwania chorobliwie podwyższonego nastroju. Cierpienie związane z leczeniem manii może być dotkliwe, ale ma swój sens, ponieważ ostatecznie przyniesie oczekiwane korzyści. Będąc zdrowym, możesz odbudować to, co zostało zniszczone przez chorobę, przede wszystkim relacje z rodziną, innymi ludźmi, życie zawodowe czy swą duchowość.

Owszem, będzie trudniej, jednak musisz pamiętać, że epizod maniakalny Cię oszukał: świat się nie zmienił, a tylko Ty widziałeś go tak cudownym.

Nie oczekuj, że wszystko zmieni się w ciągu paru tygodni. Powrót do właściwej formy (w praktyce – docenienie i cieszenie się zdrowiem) może zająć wiele miesięcy. Pocieszające jest to, że z każdym miesiącem powinno być już łatwiej.

Jeśli zaczniesz popadać w rozpacz, frustrację i paniczny lęk, pamiętaj: najpewniej zmienił się biegun choroby i przeżywasz teraz następcze objawy depresji. Nie ignoruj ich, natychmiast zgłoś to lekarzowi.

### **Leczenie podtrzymujące remisję objawów ChAD i problematyka objawów zwiastunowych**

Chciałbym, żebyś właściwie rozumiał swoją chorobę, dlatego nie sposób uniknąć pewnych powtórzeń. Jednak ten podrozdział jest szczególnie ważny i trzeba przeczytać go z należytą uwagą.

Wielu pacjentów jest przekonanych, że choroba dwubiegunowa to nieustanne nawroty epizodów maniakalnych i depresyjnych, zachodzące bez przerwy i bez nadziei na zmianę.

Nieprawda. Taki okrutny, złośliwy przebieg ChAD zdarza się niezwykle rzadko, ale nawet wtedy obejmuje sobą nie całe życie, a kilka jego lat.

W przytłaczającej większości przypadków choroba dwubiegunowa przebiega w następujący sposób: pojawia się epizod depresyjny, po nim faza manii, po czym objawy ustępują na różnie długi czas (nawet kilkuletni). Nierzadko jest inaczej: chorujesz na epizod maniakalny, po którym cierpisz na depresję, a następnie przeżywasz łagodniejsze zaburzenia nastroju, z którymi potrafisz sobie jakoś radzić.

Licząc to wszystko w miesiącach, atak rzutu bądź rzutów choroby dwubiegunowej trwa najczęściej około 3–6 miesięcy danego roku i od leczenia oraz przebiegu ChAD zależy, czy będzie wracać w latach następnych.

Skup się na tym, na co możesz mieć wpływ, czyli na procesie leczenia. W jakim momencie możesz pracować nad swoją chorobą? Nie wyobrażam sobie, abyś czytał ten Poradnik, będąc w ciężkiej depresji lub manii. Oczywiście i wtedy ta wiedza może Ci się przydać, dawać nadzieję czy wsparcie, jednak właściwa praca nad edukacją, rozumieniem choroby i wypracowywaniem krytycznego spojrzenia na rzeczywistość powinna odbywać się w stanie remisji ChAD. Jak wspominałem już wcześniej, to właśnie teraz, kiedy Twój nastrój jest wyrównany, a myślenie racjonalne, musisz dołożyć wszelkich starań, aby objawy nie wróciły.

Dobór leków oraz sposób prowadzenia psychoterapii pozostaw lekarzowi i psychologowi. Zakładam, że jesteś leczony przez psychiatrę, a to przecież specjalista, który zna się najlepiej na właściwym doborze farmakoterapii. Jednak nawet największy mistrz leczenia nie ma szans, jeśli przestaniesz pojawiać się na wizytach.

Owszem, masz zapewne dosyć i leczących, i ich leków. Być może byłeś w szpitalu, mania czy depresja odebrały Ci całe miesiące życia, a teraz czujesz się całkiem normalnie i nie bardzo wiesz, po co kontynuować zażywanie leków i tracić czas na wizyty. Czy tak jest w istocie?

Nic bardziej mylnego. Nie możesz popełniać najczęstszego błędu cierpiących na ChAD: „Jest nieźle, choroba już za mną i jakoś sobie poradzę”. Jak już wiesz pewno i bez tego Poradnika, Twoja choroba jest przewlekła i nawracająca.

Dlaczego stan, w którym obecnie jesteś, nazywamy remisją (eutymią), a nie zdrowiem? Ponieważ zdrowie oznacza brak choroby, a przecież Ty nadal nią cierpisz, tyle że nie jest obecnie aktywna. Nie oszukuj się: może wrócić i ponownie zdemolować Twoją rzeczywistość.

Czy wróci? A jeśli tak, to kiedy? Nikt nie zna odpowiedzi na te trudne pytania, a są one jednymi z najczęściej zadawanych przez chorego i jego rodzinę. Zamiast więc udawać futurologa, pracuj nad tym, aby choroba istotnie nie wróciła. Chodź do lekarza, zażywaj zlecane leki, myśl o swoim samopoczuciu i rozmawiaj o tym z rodziną. Przede wszystkim nie lekceważ zmian swojej formy dłuższych niż kilka dni. Jeśli kolejną wizytę masz dopiero za 4–7 tygodni, a czujesz, że coś zaczyna się dziać (bądź mówi Ci to ktoś bliski), natychmiast kontaktuj się z lekarzem, aby wspólnie rozważyć, czy rzeczywiście objawy powracają. Lepiej przesadzić z ostrożnością niż zamaskować lub zignorować zagrożenie.

Pisałem wcześniej, że siłą woli nikt nie zwalczy ciężkiej choroby i nie można czuć się za nią winnym czy odpowiedzialnym. Jednak wychwycenie objawów zwiastunowych jest być może najważniejszym zadaniem, które spoczywa na Tobie w całym procesie leczenia. Warto zrobić sobie listę takich zwiastunów, tak aby były jasne dla Ciebie i Twojej rodziny. Warto zrobić taką listę w porozumieniu z lekarzem czy psychologiem, ponieważ możesz sobie nie zdawać sprawy, że dany przejaw innej pracy Twojego organizmu jest właśnie załączkiem późniejszego wybuchu choroby.

### ***Dla ułatwienia przedstawiam częste objawy zwiastunowe manii i depresji***

- **Uwagi ogólne:**

Objawy zwiastunowe to cechy czy zachowania, które są różne od zwykłych, przeciętnych cech Twojego charakteru. Innymi słowy: są wyraźną zmianą, zaskakują otoczenie, stanowią inną (lepszą lub gorszą) jakość.

Objawy zwiastunowe mają różny czas trwania. Najczęściej rozwijają się bardzo skrycie, podstępnie, tak że możesz mieć trudność z ich wychwyceniem,



dlatego możesz też omylnie uznać, iż w ogóle nie wystąpiły lub trwały ledwie kilka godzin.

Myśląc o nawrocie depresji, szczególnie czujny powinieneś być w okresie przedwiośnia i na początku jesieni. Natomiast ryzyko wystąpienia manii jest największe w porze letniej. Pamiętaj jednak, że nie ma tu ściśle określonych reguł.

- **Objawy zwiastunowe poprzedzające nawrót epizodu manii:**

- odczuwasz skrócenie czasu snu (chodzisz później spać, wcześniej się budzisz),

- mniej się męczysz,

- zaczynasz mieć różne „olśniewające” pomysły lub ich przebłyski,

- czujesz się bardzo silny, odkrywasz nowe pasje i zaskakujesz nimi bliskich,

- pojawia się rozkojarzenie (stajesz się niedbały, ignorujący, zapominasz), gadulstwo, drażliwość (łatwo się złościć, popadasz w irytację, wszystko wiesz najlepiej i nie słuchasz innych),

- zaczynasz nadużywać alkoholu i szukasz innego, „bardziej odpowiedniego” towarzystwa.

- **Objawy zwiastunowe poprzedzające nawrót epizodu depresji:**

- odczuwasz skrócenie lub wydłużenie czasu snu (np. budzisz się za wcześnie, a w ciągu dnia jesteś senny),

- zmęczenie,

- poczucie rozbicia, utrata zainteresowań,

- zmniejszenie zdolności do odczuwania radości, przyjemności, ponure myśli, negatywne bilanse życia,

- drażliwość (złość, irytacja, zniecierpliwienie), utrata łaknienia, odczuwanie bólu (mięśni, brzucha, głowy),

– wrażenie pogorszenia pamięci, wszechobecnego bezsensu, rozkojarzenie (stajesz się zamyślony, nieobecny).

**Uwaga dodatkowa:** *Możesz przeżywać jeszcze inne niż ww. objawy zwiastujące nawrót epizodu maniakalnego czy depresyjnego. Dlatego dokładnie prześledź dotychczasowy przebieg choroby i wspólnie z rodziną zastanów się nad czasem poprzedzającym zaostrzenia. Spróbujcie wychwycić pierwsze zmiany w Twoim zachowaniu, pierwsze niepokojące wypowiedzi, zachowania itp.*

### ***Kilka słów na temat leków stosowanych w terapii choroby afektywnej dwubiegunowej***

Nie uważam, aby pomysły na leczenie były zadaniem pacjenta, jednak pewna wiedza w tym zakresie może Ci się przydać. Nie idzie tu oczywiście o to, abyś sam sugerował leżącemu, jakie leki ma zlecać, ale o podstawowe zrozumienie tematu farmakoterapii ChAD.

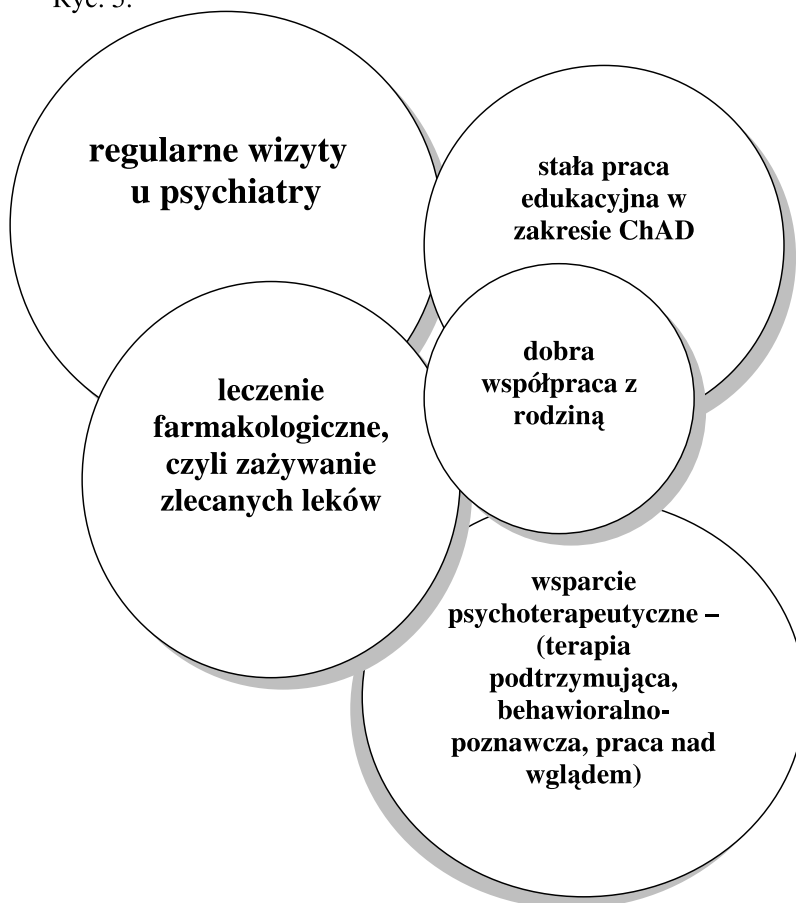
- Leki stabilizujące nastrój (leki normotymiczne) to leki, które mają wpływ na leczenie epizodów choroby, ale przede wszystkim mogą zapobiegać nawrotom manii i depresji. Innymi słowy: leki stabilizujące nastrój są podstawą leczenia ChAD, a ich zażywanie powinno być wieloletnie, przez co ryzyko kolejnych zaostrzeń choroby istotnie się zmniejsza. Jeśli właściwie zażywasz zlecane leki, a mimo wszystko choroba powraca, lekarz rozważa możliwość stosowania leków mniej typowych, mogących skuteczniej zapobiegać nawrotom ChAD.

- Powszechnie stosowane leki stabilizujące nastrój to sole litu, pochodne kwasu walproinowego i soli walproinianowej oraz karbamazepina.
- Mniej typowe leki stabilizujące nastrój to leki przeciwpsychotyczne nowej generacji i nowe leki przeciwdrgawkowe. Preparaty te nigdy nie powinny być formą pierwszego czy drugiego rzutu w terapii ChAD. Stosujemy je w przypadku potwierdzonej lekooporności, czyli braku efektów leczniczych przy stosowaniu klasycznych stabilizatorów nastroju. Ważnym problemem jest też kwestia ich refundacji – w przypadku choroby dwubiegunowej lekarz nie może przepisywać takich zleceń ze zniżką. Psychiatryzy mają nadzieję, że wkrótce sytuacja ta ulegnie zmianie.

Aby Twoje leczenie było skuteczne, dobrze jest prowadzić je w sposób komplementarny. Oznacza to działania na różnych poziomach walki z chorobą przez podtrzymywanie obecnej remisji.

Poniższy schemat pokazuje właściwie uzupełniające się formy terapii choroby dwubiegunowej.

Ryc. 5.



***Złośliwy przebieg choroby afektywnej dwubiegunowej,  
czyli stan mieszany ChAD***

Obok typowych przebiegów choroby bipolarnej istnieją też mniej typowe, bardzo trudne w przeżywaniu, diagnozowaniu i leczeniu. Jednym z nich jest tzw. stan mieszany ChAD, zwany również epizodem mieszanym ChAD.

O ile klasyczny przebieg choroby afektywnej dwubiegunowej cechuje fazowość, czyli wyraźnie oddzielone od siebie epizody podwyższonego i obniżonego nastroju, to w stanie mieszanym dochodzi do równoczesnego pomieszania tych sprzeczności. Zjawisko to powoduje skrajny chaos: tego samego dnia możesz czuć objawy depresji i manii występujące jedno po drugim w ciągu kilkunastu czy ledwie kilku godzin. Przeżywając tak burzliwe zmiany nastroju, możesz odczuwać cudowne samopoczucie tuż po przebudzeniu, planujesz zmiany, inspirujesz nimi otaczających Cię ludzi, a po południu nagle się załamujesz, pogrążony w panicznym lęku, melancholii, fatalnej samoocenie i skrajnej bezradności myślisz o śmierci. Bywa, że naprzemienne wahania nastroju trwają kilka dni, dla przykładu – przez trzy doby odczuwasz euforię, wzmożony napęd i znakomitą formę fizyczną, po czym bez istotnych przyczyn popadasz w równie nasilone, tyle że „odwrotnie”, objawy depresji. Podobnie jak w typowych fazach choroby bipolarnej, tak i tu te gwałtowne stany zmian nastroju obejmują sobą czas kilku tygodni lub kilku miesięcy.

Trudno sobie wyobrazić dramat zagubionego człowieka przeżywającego epizod mieszanych zaburzeń afektywnych. Nieustanne wzloty i upadki nastroju zupełnie demolują normalne życie, czynią Cię niezrozumiałym i niestabilnym w swych deklaracjach, sądach czy działaniach. Co gorsza, w trakcie epizodu mieszanego sam zupełnie gubisz się we własnym samopoczuciu i tracisz do siebie resztki zaufania. Twe objawy są tak sprzeczne i zmienne, że mogą mylić nawet specjalistów psychiatrów, którzy widząc Cię w danej chwili uśmiechniętym, tryskającym energią i przepełnionym radością, bezwiednie wykluczają rozpoznanie poważniejszej choroby, np. depresji. Innymi słowy, stan mieszany choroby afektywnej jest niejako kamuflażem, w którym wszyscy mogą utracić orientację. Jakże łatwo omylić się we właściwej ocenie Twojego nastroju, a tym samym zaniechać podjęcia właściwej terapii. Aby sobie pomóc, w kontakcie z lekarzem psychiatrą podkreślaj siłę owych sprzeczności, wskazuj,

że zupełnie nie panujesz nad swym samopoczuciem i nie potrafisz normalnie funkcjonować.

***Dla ułatwienia przedstawiam precyzyjne kryteria rozpoznania epizodu mieszanego ChAD:***

- Jeśli pacjent cierpi z powodu choroby bipolarnej i zauważalne są równoczesne występowanie objawów manii, hipomanii i depresji lub szybkie zmiany takiego obrazu klinicznego, to świadczy to o epizodzie mieszanym ChAD. Rozpoznanie to dopuszcza występowanie kilkudniowych objawów depresji w przebiegu manii (i na odwrót), a także naprzemiennych, zmiennych w ciągu godzin i przeciwstawnych sobie nastrojów.
- W trakcie trwania epizodu mieszanego szczególne nasilenie zyskują: pobudzenie psychiczne i ruchowe, niepokój, drażliwość, lęk, natręctwa i bezsenność. Zdziwienie budzi zmienność Twojego nastroju.
- Podczas fazy mieszanej znacznie wzrasta zagrożenie Twojego życia, dlatego bezpieczniej jest prowadzić leczenie w warunkach szpitalnych.
- Jeśli przeżywasz stan mieszany, możesz odczuwać myśli samobójcze, będąc w zupełnie dobrym lub nawet podwyższonym nastroju. Nie świadczy to wcale o Twoich manipulacjach czy zaburzeniach charakteru. Potwierdza tylko specyfikę i sprzeczności wynikające z definicji mieszanych zaburzeń afektywnych.

Poniższy schemat obrazuje gwałtowność zmian nastroju stanu mieszanego.

Ryc. 6.



## *Wskazówki dla rodziny chorego*

Jeśli chcesz pomóc bliskiej osobie, która cierpi z powodu choroby afektywnej dwubiegunowej, powinieneś uważnie przeczytać ten Poradnik. Zgromadzona w nim wiedza pozwoli Ci skuteczniej wspierać chorego.

Właściwe zrozumienie istoty choroby dwubiegunowej umożliwia sensowne postępowanie z chorym. Nigdy nie zapominaj, że choroba dwubiegunowa to poważne i przewlekłe schorzenie, które ze wszech miar powinno być leczone.

W tej części, w dużym skrócie, powtórzę podstawowe zasady opieki nad cierpiącym na ChAD.

Twoja postawa wobec chorego jest bardzo ważna. Jeśli czuje on, że rozumiesz jego chorobę, zyskujesz większy wpływ na jego postępowanie, masz więc szansę przekonać go do podjęcia odpowiednich działań. Choroba afektywna dwubiegunowa jest pełna sprzeczności, dlatego zasady kontaktu z chorym są zależne od jej fazy (o fazach tych pisałem w poprzednich częściach Poradnika).

### **Kiedy Twój bliski jest w stanie depresji**

Przed wszystkim unikaj wtedy odruchowych i pocieszających wypowiedzi typu: „Dasz sobie radę”, „Weź się w garść”, „Spróbuj to jakoś przełamać”, „Zobacz, jaki świat jest piękny”, „Spróbuj zabrać się do pracy, to może uda się przełamać kryzys”.

Jak wspominałem już wcześniej, porady te zamiast stawać się pomocne, wywołują odwrotne skutki. Potęgują poczucie beznadziejności, a cierpiący



zaczyna obwiniać się, że nie potrafi sprostać nawet błahym problemom i utracił zdolność odczuwania radości. Kłopot w tym, że starająca się pomóc rodzina kieruje się niemal instynktownym, odruchowym przesłaniem: „Mobilizujmy naszego chorego”. Pewnie dlatego rodziny często nie słuchają zaleceń lekarzy w tym zakresie i mimo wszystko działają po swojemu: „Ruch i świeże powietrze dobrze mu zrobi”, „Musi wychodzić na spacer”, „Zabierzemy go na wakacje” itp.

Jeśli i Ty masz podobne wątpliwości, wyobraź sobie, że Twój bliski przeżywa trudną do leczenia grypę z wysoką temperaturą, a Ty, chcąc mu pomóc, wyciągasz go na spacer, wakacje czy na komedię do kina. Jest oczywiste, że rezultat tych działań będzie zupełnie odwrotny: przebieg infekcji ulegnie powikłaniom, a cierpienie chorego nieuchronnie się zwiększy. Właśnie tak samo źle zareaguje cierpiący na depresję.

Zatem co możesz zrobić? Przede wszystkim dopilnuj, aby Twój bliski podjął leczenie i regularnie zażywał zlecane leki. Przypominaj mu, że depresja jest uleczalna, a dopiero kiedy przeminie, świat odzyska właściwe barwy.

Jeśli cierpiący jest zmęczony i senny, pozwól mu spać w ciągu dnia. Jeśli nie chce rozmawiać, powiedz, że to rozumiesz i że poczekaś na lepszy moment. Jeśli nie chce iść na spacer, to nic, może jutro będzie chciał. Innymi słowy: nie wymagaj od chorego aktywności, a okaż mu pewną współbrzmienie w cierpieniu. Niech pacjent ma świadomość, że istotnie jest chory, a jego choroba (choć niewidoczna) jest odpowiednio rozumiana.

Nie obawiaj się pytać o depresyjne myśli. Jeśli chory potwierdzi skłonności samobójcze, zmobilizuj wszystkie siły i wspólnie z prowadzącym psychiatrą zachęcaj chorego do hospitalizacji. Jeśli myśli te nasila się, dostrzeżesz, że chory staje się nieobecny, z czymś się kryje, zgłoś się z nim do szpitalnej izby przyjęć, zanim dojdzie do tragedii. Nie uczynisz mu żadnej krzywdy, choć możesz usłyszeć przykre słowa. Pamiętaj, że ratujesz zagrożone życie.

Pamiętaj też, że leczenie depresji (zwłaszcza w chorobie dwubiegunowej) jest procesem długotrwałym i powolnym. Nie oczekuj szybkiej poprawy, natychmiastowej ulgi czy dobrego samopoczucia. Tłumacz choremu, że to opóźnienie jest czymś oczywistym w leczeniu jego choroby.

Jeśli objawy depresji ustąpią, a Twój bliski wpadnie w euforię, przyspieszenie, pobudzenie i zacznie prezentować lub realizować absurdalne plany, oznacza to, że nie wyzdrowiał a jedynie doszło do zmiany bieguny chorobowego, z depresyjnego na maniakalny.

Jeśli objawy chorobowe rzeczywiście ustąpią, podtrzymuj pacjenta w woli kontynuowania leczenia i nie dziw się, że może to być leczenie wieloletnie. Nie staraj się poganiać lekarza, „aby wreszcie odstawił leki”. Najgorszym złem będzie ponowny nawrót epizodów depresji czy manii.

Depresja niesie ze sobą tak wielkie cierpienie i nieszczęście, że trudno nam sobie wyobrazić stan umysłu i ciała chorego. Nigdy nie porównuj tej choroby do własnych codziennych kryzysów, smutków czy trosk. Pamiętaj, że wpływ chorego na proces zdrowienia jest niemal żaden. Bądź cierpliwy, wyrozumiały i niewymagający.

### **Kiedy Twój bliski jest w stanie maniakalnym**

Wtedy staje się człowiekiem trudnym w kontakcie, wielce obciążającym otoczenie swą aktywnością, zachowaniem i myśleniem. Brzemie jego choroby spada przede wszystkim na rodzinę.

Widzisz kochaną osobę w innym, groteskowym wręcz świetle: staje się przesadna, wesołkowata, często agresywna, dziwaczna w zachowaniach, bardzo szybka, gadatliwa i narzucająca się. Co gorsza, osoba ta nie zauważa żadnych zmian w swoim zachowaniu i przekonuje wszystkich, że czuje się doskonale.

Szczególnie trudno jest w sytuacji pierwszego epizodu maniakalnego, kiedy to rodzina bywa jeszcze bardziej zagubiona niż sam chory. W kolejnych nawrotach możesz odwoływać się do zaszłych już incydentów manii i ich

fatalnych konsekwencji. Możesz przypominać, jakie nieszczęścia, straty lub zniszczenia powstały w Waszym życiu z racji owego „cudownego samopoczucia”.

Nie będę oszukiwał czy upraszczał: sensowny kontakt z osobą w nasilonym stanie maniakalnym jest niesłychanie trudny, często niemożliwy do osiągnięcia. Istota tej choroby jest złośliwa i zmienna. Obietnice chorego mogą zmienić się już po godzinie i nagle, wbrew przysięgom, przestaje zażywać zalecane leki, ucieka z domu, wydaje pieniądze czy dopuszcza się kompromitujących ekscesów.

Nie wahaj się iść do psychiatry, nawet sam. Dowiedz się, co możesz zrobić, jaką pomoc wezwać, jak ratować wspólny majątek i wypracowane dobra. Ledwie miesiąc nieleczonych objawów ciężkiej manii może zupełnie zniszczyć lata spokojnego życia. Straty odrabia się długo, kompromitację jeszcze dłużej, dlatego nie obawiaj się żadnych decyzji lekarzy.

Trudno o tym pisać, jednak wśród różnych chorób psychicznych ciężkie stany maniakalne mają bodaj najbardziej dramatyczny przebieg. Mało kto potrafi sprostać wszechmocnym maniakalnym pomysłom i drażliwości, która pojawia się nawet w przypadku łagodnej perswazji. Jednak podążaj tą właśnie, przyjazną drogą – unikaj konfliktów, nie daj się wciągać w polemiki, awantury.

Nie ufaj cudownym pomysłom, zapewnieniom o sposobach na dobrobyt czy szczęście. Najpewniej Twój bliski ma silny charakter i jest człowiekiem charyzmatycznym, a kiedy jeszcze przeżywa fazę maniakalną, staje się tak potężny i skuteczny, że potrafi przytłoczyć nawet zawodowych psychiatrów.

O ile łagodne epizody maniakalne można leczyć w warunkach domowych (wtedy kontroluj regularne zażywanie zleczonych leków), to już stany cięższe i bardzo ciężkie powinny być leczone w warunkach szpitalnych. Niestety, bywa i tak, że leczenie musi się odbywać wbrew woli chorego. O tym, czy podjąć taką decyzję, wstępnie decyduje psychiatra, a ostateczną weryfikację przeprowadza

wezwany na oddział sędzia (kwestię leczenia wbrew woli reguluje polskie prawo, a dokładniej ustawa o ochronie zdrowia psychicznego).

Pamiętaj, że epizod maniakalny jest stanem, który czyni Twojego bliskiego szczęśliwym, a on sam nie potrafi dostrzec nadmierności owego szczęścia. Nie dziw się więc, że Cię nie słucha, że podejmuje chybione decyzje, że działa w sposób chaotyczny, zmienny czy absurdalny. Pacjent w manii nie ma żadnego wglądu w swe zaburzenie. Wgląd ten zyskuje dopiero w trakcie procesu leczenia. Innymi słowy – skup się na szukaniu fachowej pomocy lub zmobilizuj wszystkich członków rodziny lub przyjaciół. W większej grupie zyskasz sprzymierzeńców; razem macie większe szanse wpływu na chorego.

Jeśli w trakcie leczenia Twój bliski staje się coraz bardziej smutny, apatyczny i zaczyna dokonywać fatalnych bilansów zaszłych maniakalnych dni, wspieraj go. To przecież choroba, a nie on jest winna wszystkim nieszczęściom. To przez chorobę musicie teraz odbudować osobiste relacje, być może finanse czy inne ważne życiowo kwestie.

Jeśli nastrój Twojego bliskiego nadal się obniża, a on staje się melancholijny, zrezygnowany i nie widzi możliwości dalszego życia, oznacza to, że leczony pacjent nie wyzdrowiał, a jedynie zmienił biegun choroby: z manii popadł w depresję. Wówczas możliwie szybko doprowadź do kontaktu z psychiatrą. Objawy depresji następujące po manii są szczególnie groźnym zagrożeniem życia. Leczony może czuć tak wielkie zażenowanie swych maniakalnym zachowaniem, że – przez pryzmat depresji – może też uznać, iż życie nie ma już dla niego żadnego sensu.

## *Podsumowanie wskazówek dla rodziny cierpiącego na ChAD*

- Ani w nasilonej depresji, ani w nasilonej manii pacjent nie potrafi powiedzieć, że jest chory. Ty nigdy nie możesz o tym zapominać.
- Wspieraj chorego w konsekwentnym zażywaniu leków.
- Nie obwiniaj chorego za przesadność czy bezradność: nikt nie jest winny chorobie, na którą cierpi.
- Pamiętaj, że Twój bliski może nieświadomie oczekiwać nawrotu objawów maniakalnych. Może tkwić w omylnym przekonaniu, że to właśnie one są celem leczenia i uważać je za swoje zdrowie.
- Pracujcie wspólnie nad listą objawów zwiastunowych poprzedzających nawroty epizodów choroby dwubiegunowej (o czym szerzej piszę w poprzednich częściach Poradnika). Właściwe i wspólne dostrzeżenie tych objawów może przynieść znaczące korzyści w całym przebiegu choroby. Jeśli w porę „uchwycicie” objawy depresji lub manii, ich leczenie będzie odpowiednio prostsze. Można w ten sposób zminimalizować ryzyko samobójstwa w depresji lub rozwoju dewastujących życie objawów manii. Można też istotnie zmniejszyć ryzyko kolejnej hospitalizacji.
- W sytuacjach bardzo ciężkich i opornych na leczenie zaburzeń dwubiegunowych rozważ właściwe zabezpieczenie wspólnego majątku. Ustal to ze swym bliskim w okresie, w którym nie przejawia nasilonych objawów choroby, czyli w stanie remisji. Ta trudna decyzja może przyczynić się do ochrony wspólnego dobra rodziny.

---

Na koniec raz jeszcze zachęcam do korzystania z tego Poradnika.

Wracaj do niego w trudnych chwilach i nie wstydź się przedstawić go  
Twoim bliskim.

Jeśli nie rozumiałeś jakichś kwestii, przeczytaj Poradnik ponownie lub  
dopytaj o nie prowadzącego leczenie lekarza psychiatrę czy psychologa, z  
którym współpracujesz.

Mam nadzieję, że wiedza zawarta na tych kilkudziesięciu stronach będzie  
pomocna w przezwyciężaniu Twojego cierpienia.

---