

CHOROBA AFEKTYWNA DWUBIEGUNOWA

Choroba afektywna dwubiegunowa (ChAD; inne określenia: zaburzenie afektywne dwubiegunowe) jest przewlekłą chorobą należąca do grupy zaburzeń nastroju. W jej przebiegu występują naprzemiennie epizody depresji (obniżonego nastroju i aktywności) i manii lub hipomanii (wzmoczonego nastroju i aktywności).

Jakie są objawy choroby afektywnej dwubiegunowej?

Do rozpoznania choroby afektywnej dwubiegunowej konieczne jest stwierdzenie co najmniej dwóch nawrotów choroby, przy czym przynajmniej jednym z nich musi być epizod manii/hipomanii lub epizod mieszany. Objawy choroby afektywnej dwubiegunowej obejmują:

EPIZOD MANII

- wzmoczony nastrój, czyli nadmierne, nieadekwatne poczucie radości aż do uczucia euforii; u dzieci i młodzieży zamiast euforii częściej występuje nasilona drażliwość ze skłonnością do buntowniczych zachowań,
- skłonność do narzucania innym swoich poglądów, pomysłów, planów, domaganie się natychmiastowej ich realizacji, a w przypadku odmowy – reagowanie gwałtowną złością,
- nadmierne pobudzenie, wzmoczona aktywność, przyjmująca często postać chaotycznych działań; dziecko może mieć przeróżne pomysły, które obiektywnie nie są możliwe do zrealizowania (np. planuje zorganizowanie wielkiego koncertu z udziałem gwiazd na swoim podwórku, wybiera się w podróż do dookoła świata, chce natychmiast podjąć pracę jako snajper itp.),
- skłonność do bezmyślnego podejmowania ryzykownych działań bez rozważenia ich konsekwencji (łatwe wchodzenie w konflikty, bójki, podejmowanie niebezpiecznych zabaw, nieograniczone wydawanie pieniędzy, u młodzieży także wchodzenie w przygodne relacje seksualne, itp.),
- znacznie zmniejszona potrzeba snu,
- nadmierna gadatliwość, czasem niezrozumiałe, nielogiczne wypowiedzi, utrudniające porozumienie się z dzieckiem,
- przyspieszenie toku („gonitwa”) myśli,
- znaczne problemy z koncentracją, duża skłonność do rozpraszania uwagi,
- nieadekwatnie wysokie poczucie własnej wartości,
- w skrajnych przypadkach pojawiają się urojenia wielkościowe – fałszywe, nie mające pokrycia w rzeczywistości, przekonania o swojej wyjątkowości, posiadaniu nadprzyrodzonej mocy, ważnej misji do spełnienia, utożsamianie się z ważnymi postaciami z historii, bohaterami filmów, bajek, gier komputerowych,
- brak poczucia choroby oraz krytycyzmu wobec swojego stanu – dziecko nie widzi potrzeby leczenia, często odmawia współpracy z personelem medycznym.

EPIZOD HIPOMANII

- charakteryzuje się podobnymi jak mania objawami, ale o mniejszym nasileniu i krótszym okresie trwania,
- dziecko lepiej kontroluje swoje zachowania i potrafi być wobec nich przynajmniej częściowo krytyczne,
- nie występują urojenia,
- hipomanię łatwiej błędnie potraktować jako zjawisko prawidłowe (czasem wręcz pożądane, zwłaszcza, gdy dominuje uczucie rozpieszczonej energii, radosny nastrój, mała potrzeba snu), ponieważ nie zaburza ona funkcjonowania dziecka w takim stopniu jak mania.

EPIZOD DEPRESJI

- obniżony nastrój – smutek, przygnębienie, poczucie beznadziei,
- zmniejszona aktywność, męczliwość, często nadmierna senność,
- spowolnienie toku myślenia i wypowiedzi,
- niechęć do kontaktów z innymi, wycofanie się z relacji rówieśniczych,
- problemy z koncentracją,
- może pojawiać się lęk i rozdrażnienie,
- myśli rezygnacyjne, fantazje na temat śmierci i samobójstwa, w cięższych przypadkach planowanie samobójstwa w myślach lub czynienie przygotowań do niego,
- w ciężkich przypadkach objawy psychotyczne – depresyjne urojenia w postaci np.: nieadekwatnego poczucia winy, grzeszności, ciężkiej choroby, nadciągającego kataklizmu, itp., rzadziej halucynacje słuchowe („głosy” komentujące, oskarżające, krytykujące).

EPIZOD MIESZANY

- jednocześnie występujące objawy depresji oraz manii/hipomanii,
- przy zmniejszonej aktywności i spowolnieniu ruchowym występuje rozdrażnienie, uczucie niepokoju i gonitwa myśli albo
- smutkowi i poczuciu niechęci do życia towarzyszy wzmożony napęd psychoruchowy (pobudzenie, zwiększona aktywność), **co stwarza duże ryzyko podjęcia próby samobójczej** (więcej informacji na temat postępowania w sytuacji zagrożenia samobójstwem w artykule o depresji).

Przebieg choroby

Choroba afektywna dwubiegunowa zwykle rozpoczyna się od jednego lub kilku epizodów depresyjnych i wtedy początkowo rozpoznaje się depresję. Rzadziej pierwszym epizodem jest mania lub hipomania. U dzieci i młodzieży częściej występuje przewlekły przebieg choroby, w którym kolejne epizody następują bezpośrednio po sobie. Częstszym zjawiskiem jest u nich tzw. szybka zmiana faz (czyli występowanie ponad 4 epizodów choroby w ciągu roku) lub bardzo szybka zmiana faz (gdy kolejne epizody zmieniają się częściej niż co miesiąc, czasem nawet co kilka dni). U dzieci i młodzieży częściej niż u dorosłych występują epizody mieszane.

Zaburzenia funkcji poznawczych w ChAD w okresie depresji i manii

U chorych na depresję występują zaburzenia w zakresie spowolnienia psychomotorycznego, uwagi (zwłaszcza czujności) oraz szybkości reakcji i funkcji wzrokowo-przestrzennych. W badaniu polskim wykazano, że w okresie nasilonych objawów depresji osoby z ChAD charakteryzują się znacznie większymi deficytami w zakresie pamięci operacyjnej i funkcji wykonawczych. Pacjenci przejawiają obniżoną, elastyczność poznawczą oraz gorszą efektywność myślenia.

Nieco inny profil zaburzeń niż w depresji występuje u chorych w epizodzie manii. Znaczne deficyty w zakresie pamięci werbalnej oraz podtrzymywania uwagi u chorych w ostrej manii. W fazie tej stwierdza się również zaburzenia – związane z czynnością kory przedczołowej – w zakresie przerzutności uwagi oraz niektórych aspektów funkcji wykonawczych: hamowania reakcji, planowania, rozwiązywania problemów. U osób w manii obecne są zaburzenia związane z ryzykownym stylem podejmowania decyzji (w przeciwieństwie do osób w fazie depresji, u których występują problemy z jej podjęciem). Mają one tendencję do nasilania się wraz z zaostrzeniem epizodu manii.

Jakie są przyczyny choroby afektywnej dwubiegunowej?

Podobnie jak w przypadku zaburzeń depresyjnych, przyczyny choroby afektywnej dwubiegunowej są złożone – obejmują wspólne oddziaływanie czynników biologicznych, psychologicznych i środowiskowych. Znacznie większe znaczenie mają tu jednak czynniki dziedziczne – choroba afektywna dwubiegunowa często występuje rodzinnie. Jeśli choruje rodzic, brat lub siostra, to prawdopodobieństwo, że dziecko również zachoruje jest około 6 razy większe niż wtedy, gdy członkowie rodziny są zdrowi. Jeśli choruje więcej niż jeden członek bliskiej rodziny, ryzyko to jest jeszcze większe. Chorzy często relacjonują, że pierwsze objawy choroby wystąpiły w wyniku zadziałania czynnika zewnętrznego – zwykle stresującego wydarzenia.

Jak rozmawiać z dzieckiem w okresach depresji?

1. Pamiętaj, dziecko wiele widzi i czuje

Warto zdać sobie sprawę, iż nawet pomimo nie poruszania tematu choroby, dziecko prawdopodobnie już zobaczyło, lub poczuło, że coś jest nie tak. Porozmawiaj z nim o tym. Pamiętaj jednak – dostosuj słowa do wieku dziecka.

2. Zapewnij, że jest to choroba i nie jest to niczyja wina

Może zdarzyć się, że z powodu depresji jeden z rodziców nie będzie w stanie w pełni zajmować się dzieckiem, lub będzie musiał poddać się leczeniu poza domem. Warto wtedy zapewnić dziecko, że nie jest to skierowane przeciwko niemu. Nie jest to też „fanaberia” taty, czy mamy, ale właśnie choroba. A choroby nie są niczyją winą – po prostu się dzieją, a wy dzielnie staracie się z nimi walczyć.

3. Podkreśl, że nie jest to także wina dziecka

Depresja nieraz wiąże się z wahaniami nastroju, drażliwością, czy też płaczem. Dziecko widząc takie zachowanie rodzica, może czuć się zdezorientowane. Jeżeli takie zachowania będą działały się także podczas kontaktu właśnie z dzieckiem, dobrze jest powiedzieć mu, że nie chciałeś/nie chciałaś na niego krzyknąć i że za to przepraszasz. Jeśli zaś płaczesz, warto jest podkreślić, że nie dzieje się to przez niego i czasami po prostu każdy ma gorszy dzień. Co ważne, jeśli jemu czasami jest smutno, to też jest okej – jak najbardziej ma do tego prawo.

4. Pokaż, że dla wszystkich emocji jest miejsce w waszej relacji

Dlaczego tak ważne jest podkreślenie tego, że jemu również może być smutno? Dobrze jest bowiem budować w dziecku przekonanie, że **wszystkie emocje są w porządku**. Jeśli bowiem np. smutek będzie w waszym domu emocją, która jest niemile widziana i wręcz oznaczająca słabość, może okazać się, że dziecko założy na siebie maskę wiecznie radosnego człowieka. Nie ma jednak możliwości, by życie składało się tylko z uśmiechów. Łzy, smutek, żal, złość także są potrzebne.

Ważne, by dziecko czuło, że to, co teraz dzieje się z rodzicem/ wychowawcą nie jest niczym „nie-normalnym” i że w konsekwencji, ono także może w trudnym dla siebie momencie zapłakać, czy się zezłościć. Co więcej, nie zostanie z tymi emocjami odrzucone.

5. Nie mów czegoś, czego nie wiesz

Jeśli nie umiesz odpowiedzieć na jakieś pytanie dziecka, nie udawaj, że jest inaczej. Powiedzenie „nie wiem” pokazuje dziecku, że brak wiedzy nie musi być słabością, a ty jesteś po prostu człowiekiem i jak każdy, masz do tego prawo.

6. Nie stygmatyzuj

Otwarte, wyważone i przemyślane rozmowy z dziećmi o chorobach i zaburzeniach psychicznych pomogą im nie tylko lepiej zrozumieć, co dzieje się w rodzinie w danym momencie, ale też zdejmą (albo chociaż zmniejszą) tabu wciąż panujące w tematach związanych z psychiką. Choroby psychiczne to takie same choroby, jak i każde inne. Psychiatra to lekarz, jak każdy inny. Leki antydepresyjne to leki, jak każde inne. Modeluj dziecku podejście do chorób psychicznych z szacunkiem. Normalizuje je w jego oczach. Dzięki temu będzie miało ono w sobie mniej lęku oraz będzie bardziej otwarte na rozumienie tego, co samo czuje.

Co istotne, jeśli już na wczesnym etapie rozmawiasz z dzieckiem o trudnych sprawach, jest większe prawdopodobieństwo, że to właśnie do ciebie zwróci się w momencie, kiedy nie będzie czegoś rozumiało. Dzięki temu **budujesz bowiem zaufanie oraz pokazujesz, że traktujesz je poważnie.**

INTERWENCJE KIEROWANE DO RODZICÓW – ZESTAWIENIE

1. Kształtowanie pozytywnego rozumienia zdrowia psychicznego
2. Upowszechnianie wiedzy na temat zdrowego stylu życia
 - aktywność fizyczna – bardzo ważny czynnik wpływający na nastrój
 - wzbudzanie i wzmacnianie motywacji do podejmowania zachowań sprzyjających zdrowiu oraz ograniczania tych niewłaściwych
 - korzystanie z komputera i telefonu w rozsądnym wymiarze czasu
 - promowanie nawiązywania i utrzymywania relacji „na żywo”
 - prawidłowe odżywianie
 - wystarczająca ilość snu
 - umiejętność relaksacji, „wyciszania się” i odpoczynku, uczenie technik odprężenia i uważności
3. Rozwój umiejętności komunikacyjnych, umożliwiających efektywny dialog w rodzinie
 - aktywne słuchanie, bez natychmiastowego dawania rad
 - empatia

- życzliwość
- dialog motywujący

4. Budowanie otwartej, budzącej zaufanie postawy w stosunku do dziecka

- szacunek do przekonań i poglądów nastolatka
- próba zrozumienia jego stanowiska
- budowanie kontaktu bez nacisku, że racja rodzica jest jedyną słuszną
- zaproszenie do dialogu na temat różnicy zdań
- zachęcanie dziecka do wypróbowywania własnych pomysłów w granicach bezpieczeństwa
- rozwój refleksyjności i krytycznego podejścia do swojego myślenia
- zaangażowanie w sprawy nastolatka z poszanowaniem jego granic

5. Nauka rozpoznawania myśli, nastrojów, zachowań i reakcji fizjologicznych własnych oraz dziecka

a) Nauka bardziej pozytywnej interpretacji rzeczywistości (poprzez restrukturyzację kognitywną)

- korygowanie niewłaściwych przekonań i wzorców myślenia wpływających na wzrost / pojawienie się depresyjnych objawów
- unikanie etykietowania i sztywnego, dysfunkcjonalnego myślenia

6. Aktywacja behawioralna rodzica/ wychowawcy („aktywacja zachowania”)

- wyodrębnienie czynności, które pozytywnie wpływają na samopoczucie rodzica/ nastolatka
- nauka planowania aktywności sprawiających przyjemność
- umiejętność ustalania celów życiowych
- skuteczne zarządzanie planem dnia
- zaangażowanie się w realizację ważnych zadań

7. Wsparcie rodzica w nawiązywaniu konstruktywnych więzi z innymi ludźmi

- w korzystaniu ze społecznej sieci wsparcia (rodzina, znajomi, przyjaciele) i zaufania
- w radzeniu sobie z wymaganiami społecznymi i trudnymi sytuacjami o takim charakterze
- nauka wchodzenia w pozytywne interakcje ze środowiskiem
- rozwój umiejętności społecznych
- unikanie izolacji w środowisku – podkreślanie istoty wsparcia społecznego
- zachęcanie do różnego typu aktywności
- w tym do działania na rzecz innych

8. Motywowanie do wsparcia dziecka

- w uogólnianiu nabytych w terapii umiejętności
- w edukacji
- w nawiązywaniu satysfakcjonujących relacji społecznych
- w podejmowaniu aktywności pozaszkolnej
- w rozwoju zainteresowań dziecka
- w wyrażaniu całej gamy emocji
- w sięganiu po pomoc / korzystaniu z niej
- w zdrowym stylu życia
- w razie wystąpienia trudnych wydarzeń

9. Radzenie sobie ze skomplikowanymi sytuacjami, stresem i frustracją

- nauka rozwiązywania problemów
 - ◆ wsparcie i otwarta postawa motywująca do wspólnego poszukiwań rozwiązań „produkcja“ jak największej liczby pomysłów na poradzenie sobie z problemem
 - ◆ nauka poszukiwania „za“ i „przeciw“
 - ◆ wybór najlepszego rozwiązania
- ćwiczenie umiejętności formułowania osobistego planu zmian
- strategię radzenia sobie z dużą ich liczbą i związanym z tym stresem

11. Przeciwdziałanie uzależnieniom poprzez budowanie systemu wartości i pozytywnych postaw

- przychylny stosunek do samego siebie i innych członków rodziny/kadry nastolatka
- pozytywne myślenie
- optymistyczna interpretacja rzeczywistości
- świadomość swoich dobrych cech i mocnych stron
- korzystanie z własnych zasobów
- wzmocnianie pozytywnych cech dziecka
- czerpanie radości i satysfakcji z życia

12. Wzrost umiejętności wychowawczych

- rodzicielstwo/ wychowawstwo bez przemocy
- stawianie bezpiecznych granic nastolatкови
- wyważone wyznaczanie wymagań

- radzenie sobie z sytuacjami trudnymi
- konstruktywna krytyka zamiast „podcinania skrzydeł“

13. Przeciwdziałanie stygmatyzacji i dyskryminacji osób cierpiących na zaburzenia lub choroby psychiczne

- promowanie przekazu „choroba psychiczna jest chorobą jak każda inna”

Opracowała Sandra Woźniak

Bibliografia:

Rabe-Jabłońska J. Zaburzenia afektywne u dzieci i młodzieży. W: Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J. red. Psychiatria, t. 2, wyd. 2. Wrocław

Łojko D, Suwalska A, Rybakowski J. Dwubiegunowe zaburzenia nastroju i zaburzenia depresyjne w klasyfikacji DSM-5. Psychiatr. Pol. 2014