



9 Dwubiegunowe zaburzenia afektywne Diagnostyka wg ICD-10 V F31.3

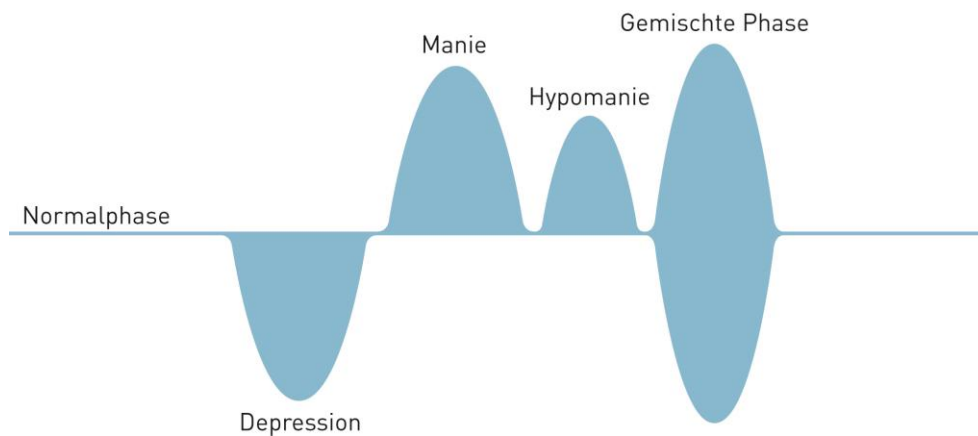
Międzynarodowa klasyfikacja zaburzeń psychicznych ICD-10, rozdział V.

Bipolarne zaburzenia afektywne, obecnie epizod umiarkowanie depresyjny F31.3(Dilling i in. 2011).

Jak opisali Kasper i Hauk (2006), dwubiegunowe zaburzenia afektywne wykazują trzy objawy. Są one zróżnicowane w zależności od ich różnych podstaw nastroju. Pierwsza faza nazywana jest depresją niskofazową, druga mania/hipomania, a trzecia faza fazą normalną, w której nie ma fazy maniakalnej ani depresyjnej. Ten nastrój może przychodzić i odchodzić niezależnie od czasu i zasięgu. Dlatego przypisanie tej choroby jest skomplikowane. Przebieg tych form charakteryzuje się dwoma zmiennymi fazami. Nastrój depresyjny, a nastrój depresyjny - faza wysoka/mania. Wygląd może być również mieszaniną obu faz.

Ta postępową formą charakteryzuje się zmianą przynajmniej jednej fazy depresyjnej, z następującą po niej silną fazą wysoką (mania) lub formą mieszaną obu faz (tamże).

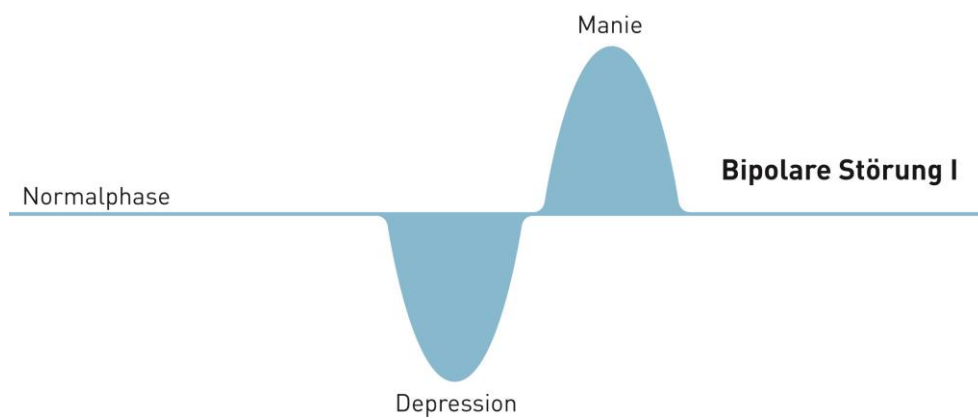
Schematyczna ilustracja przedstawia przegląd różnych faz zaburzeń



Rys.8: Poszczególne fazy choroby dwubiegunowej.

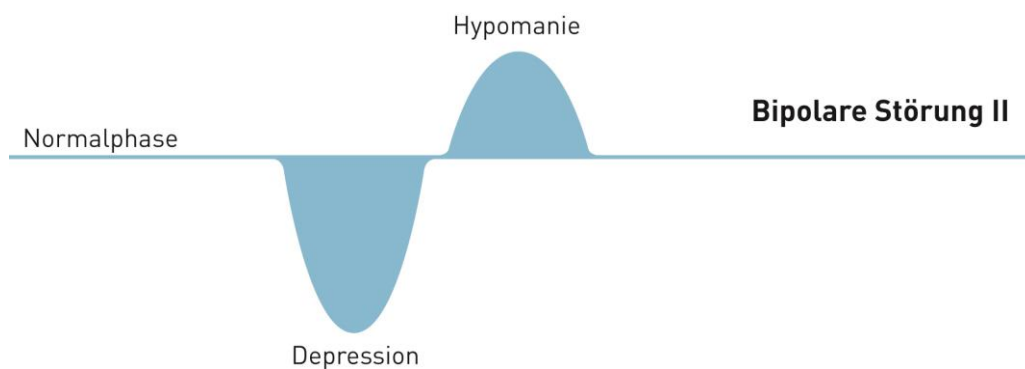
Źródło: (Kasper i Hauk 2006)

Jeśli faza euforii trwa co najmniej 14 dni, proces ten można nazwać manią. Nie mówi się jednak, że pacjent miał wcześniej depresję. Nie oznacza to jednak, że jest to kluczowe dla manii.



Rys.9: Faza II choroby dwubiegunowej.

Źródło: (Kasper i Hauk 2006:12)



Rys.10: Zaburzenia dwubiegunowe fazy III.

Źródło: (Kasper i Hauk 2006:13)

Terapia

Jak opisują to Ebert i Loew (2011), choroba dwubiegunowa wymaga leczenia farmakologicznego, które z pewnością będzie trwało długo, natomiast profilaktyka nawrotów jest nieunikniona jako terapia długoterminowa. Działania te należy rozpocząć w ciągu roku od ustąpienia objawów. W przypadku nawrotu choroby terapie są powtarzane. Epizody mogą być zredukowane i można osiągnąć trwały brak objawów (ibid.).

Depresja jest leczona lekami psychotropowymi i antydepresyjnymi. Jak podkreślił już Frank (2007), zaleca się również skorzystanie z psychoterapii, ale ma to sens dopiero po fazie ostrej. W ostrym epizodzie konieczny jest pobyt w szpitalu, aby zapewnić intensywną terapię i zapobiec ryzyku samobójstwa. W przypadku łagodnych postaci, leczenie ambulatoryjne jest często wystarczające, zwłaszcza jeśli wiarygodni krewni monitorują pacjenta. Sam pacjent nie powinien narażać się na stres zawodowy - nawet na ruch drogowy (tamże).

Po spełnieniu kryteriów diagnostycznych ważne jest, aby rozpocząć badania wewnętrzne i neurologiczne. Jak już opisał Laux, ilość krwi jest określana w laboratorium (wątroba, nerki, elektrolity, cukier we krwi, kal, wartości tarczycy, poziom witaminy B12, poziom żelaza w

surowicy), EEG, CT, ewentualnie NMR, scyntygrafia mózgu, SPECT, rCBF, sonografia dopplerowska. W przypadku remisji depresji należy wykonać test dekstametazonowy. Standardowe skale oceny ułatwiają ocenę ciężkości choroby (Laux 2001).

Dwubiegunowe zaburzenia afektywne związane z postępowaniem choroby

W momencie wyjaśniania dwubiegunowego zaburzenia afektywnego u pacjentki było jasne, że jej stan był niespokojny. Wskazała na silny niepokój wewnętrzny, który wyrażał się również w wyraźnym niepokojach ruchowym, w którym często wstawiała z fotela w trakcie znieczulenia i chodziła w górę i w dół w pokoju. Jej myśli były przyspieszone, gadatliwe, a czasami przeskakiwała od jednej myśli do drugiej. Jej koncentracja i funkcje pamięciowe zostały znacznie zredukowane. Nastroj był bardzo zróżnicowany między euforią a irytacją. Zgłosiła zaburzenia snu, z subiektywnym odczuciem, że ostatnio potrzebuje mniej snu.

W ciągu ostatnich kilku miesięcy pacjentka nie przyjmowała regularnie leków, co doprowadziło do kolejnego wybuchu fazy maniackalnej.

Po tym jak również kilka faz depresyjnych było wybuchowych i znanych, ustalono rozpoznanie afektywnego zaburzenia dwubiegunowego, obecnie umiarkowanego epizodu depresyjnego F31.3.

Prof. DR. Andrawis