

Czym jest choroba afektywna dwubiegunowa?

Choroba afektywna dwubiegunowa (zaburzenie bipolarne, psychoza maniakalno-depresyjna, cyklofrenia) jest chorobą dotykającą w ciągu życia ok. 1.2% populacji ogólnej – oznacza to, że w Polsce choruje na nią ok. 450-500 tysięcy osób, a w samej Warszawie cierpi na nią ok. 15-20 tysięcy ludzi. Gdyby zebrać ich w jednym miejscu byłoby to wcale nie małe osiedle mieszkaniowe. Te informacje epidemiologiczne pomogą Ci zrozumieć, że nie jesteś sam. Jeśli zdiagnozowano u Ciebie chorobę afektywną dwubiegunową to masz prawo wiedzieć maksymalnie dużo o niej, o jej możliwych przyczynach, o jej przebiegu i skutkach, a szczególnie o jej leczeniu.

Co to są zaburzenia afektywne?

Każdy z nas doznaje różnych nastrojów i emocji, od rozpacz, przez smutek, złość do radości i poczucia szczęścia. Zwykle stany te są krótkotrwałe i odpowiadają na wydarzenia w naszym życiu. Zdarza się jednak, że stany podwyższonego lub obniżonego nastroju trwają długo i są nieproporcjonalne do zdarzeń w naszym życiu. Mówimy wtedy, że mogą one być wtedy objawami zaburzeń afektywnych. Mamy dwa typy zaburzeń afektywnych. Wtedy, gdy w życiu osoby chorej występują tylko okresy obniżonego nastroju (depresji) mówimy o zaburzeniu depresyjnym nawracającym, wtedy, gdy w życiu chorego zdarzy się, co najmniej jeden epizod podwyższonego patologicznie nastroju i epizody depresji mówimy o chorobie afektywnej dwubiegunowej. Zaburzenia afektywne nie są zawinione przez nikogo – przez osobę chorą, jej rodzinę. Nie są również przejawem „słabości charakteru”. Znamy dość dobrze ich mechanizm na poziomie pracy mózgu, jeszcze lepiej potrafimy je leczyć.

Jak stawiana jest diagnoza choroby afektywnej dwubiegunowej?

Nie mamy żadnych metod laboratoryjnych diagnozy choroby afektywnej dwubiegunowej, ani badania krwi, ani EEG, ani tomografia komputerowa, czy rezonans magnetyczny nie pozwalają lekarzowi na postawienie diagnozy tej choroby.

Dlatego tak istotne jest zebranie dokładnego wywiadu od pacjenta i jego rodziny nt. dotychczasowego przebiegu i obecnego obrazu choroby.

W przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej wystąpić mogą cztery różne obrazy choroby, w postaci epizodu: manii, hipomanii, depresji i tzw. epizodu mieszanego. Zwykle oddzielone są od siebie długimi okresami zdrowia.

Co to jest mania?

- *Co najmniej przez tydzień czujesz się na „haju”, euforyczny, lub drażliwy i*
 - *Masz co najmniej 4 z podanych niżej objawów:*
 - *Nie potrzebujesz dużo snu i masz pomimo tego dużo energii*
 - *Mówisz szybko i inni nie mogą za tobą nadążyć*
 - *Masz „gonitwę myśli”*
 - *Trudno jest ci się skupić na jednej sprawie na dłużej niż kilka minut*
 - *Masz poczucie znaczenia i ważności*
 - *Wchodzisz łatwo w sytuacje ryzykowne (wydajesz trochę za dużo pieniędzy, zawierasz trochę dziwne związki, planujesz kilka różnych interesów na raz)*

Uwaga! W przebiegu zarówno manii, jak i hipomanii (patrz poniżej) chorzy zwykle nie mają poczucia choroby, uważając te stany za normę, lub chcą bo wyjściu z takiego stanu powrócić do niego. Jest im niestęchanie trudno przyjąć informacje o anormalności swojego stanu, informacje na początku płynące od rodziny, a potem również wynikające z diagnozy psychiatry. Dlatego tak istotna jest analiza zwiastunów nawrotu, czyli tych objawów (często są to zaburzenia snu), które zapowiadają nawrót choroby dwubiegunowej.

Co to jest hipomania?

- *Jest łagodniejszą formą manii – jesteś w podwyższonym nastroju, czujesz się wyraźnie lepiej niż zwykle, wydaje ci się, że możesz zrobić więcej niż zwykle.*

- *Niestety jest często wstępem do manii, szczególnie wtedy, gdy z powodu dobrego samopoczucia przestajesz brać – „przecież wreszcie jestem całkiem zdrowy”.*

Jak mania i hipomania wpływają na życie chorych?

Jednym z codziennych, czy raczej „conocnych”, efektów manii i hipomanii jest zaburzenie rytmu dobowego nadaktywnością w godzinach nocnych i często brakiem potrzeby snu.

Zaburza to funkcjonowanie członków rodzin i bliskich chorych z manią i hipomanią powodując poczucie dyskomfortu i zmęczenia tym, że chory zamiast spać w nocy jest ciągle aktywny.

Postawa wielkościowa w przebiegu manii i hipomanii długotrwale narusza kontakty chorych z innymi ludźmi, szczególnie z ich przełożonymi z powodu skrócenia dystansu, albo nawet traktowania wszystkich, bez względu na ich pozycje społeczną „ z góry”. Tego typu relacje z rodziną dają w efekcie często sytuacje zagrożenia funkcjonowania rodziny z separacją czy rozwodami. Jednym z poważnych społecznie następstw manii i hipomanii jest zanczaco większe ryzyko nadużywania i uzależnienia od substancji psychoaktywnych, zwłaszcza alkoholu.

Co to jest depresja?

- *Od co najmniej 2 tygodni czujesz smutek, przygnębienie, nic nie sprawia ci przyjemności i*
 - *Masz co najmniej cztery z następujących objawów*
 - *śpisz za mało albo za dużo*
 - *Jesz wyraźnie za mało albo za dużo*
 - *Masz wyraźne problemy w koncentracji lub podejmowaniu decyzji*
 - *Poruszasz się wolno lub ciągle jesteś w niepokoju*

- *Masz wrażenie, że jesteś nic nie warty lub nawet wydaje ci się, że zasłużyłeś sobie na tę chorobę*
- *Myślisz o śmierci*

Co to jest stan mieszany?

- *Masz objawy manii przez część dnia, a objawy depresji przez jego resztę, albo jesteś pobudzony jak w manii, a przygnębiony jak w depresji*
- *Uwaga! Stany mieszane wiążą się z wysokim ryzykiem samobójstwa*

Jaki jest typowy przebieg choroby afektywnej dwubiegunowej?

Nie ma typowego przebiegu, ale warto zapamiętać kilka spostrzeżeń nt. jej przebiegu

- *Są ludzie którzy mają równą liczbę epizodów podwyższonego i obniżonego nastroju, są tacy którzy mają więcej faz depresji, są tacy, którzy mają więcej epizodów manii i hipomanii*
- *Przeciętnie w ciągu pierwszej dekady choroby występuje ok. 4 epizodów choroby*
- *Im dłuższe są okresy remisji (zdrowia) pomiędzy pierwszymi dwoma trzema epizodami, tym większe są szanse na mniejszą liczbę epizodów w przyszłości*
- *Mężczyźni mają częściej początek maniakałny, czy hipomaniakałny, kobiet depresyjny*
- *Część pacjentów ma tzw. sezonowy przebieg choroby – mania w lecie, depresja na jesieni lub w zimie*
- *Poszczególne epizody trwają dni, tygodnie, miesiące*
- *Typowy początek tej choroby to okres pomiędzy 15-m a 25-m r.ż., przy czym można zachorować w zasadzie w każdym wieku*

- *U części pacjentów może dochodzić do tzw. szybkiej zmiany fazy, tj. pacjent przechodzi z jednej fazy do przeciwnej, bez okresu remisji, np. z manii od razu wchodzi w depresję..*

Jakie inne zaburzenia psychiczne mogą wystąpić w przebiegu choroby dwubiegunowej?

Osoby cierpiące na chorobę afektywną dwubiegunową często mają liczne zaburzenia psychiczne takie jak zaburzenia lękowe (np. napady panicznego lęku czy nerwicę natręctw) czy zaburzenia odżywiania się (np. bulimię psychiczną). Występowanie tych dodatkowych zaburzeń często jest związane z gorszym rokowaniem i słabszymi efektami leczenia.

Czy w przebiegu depresji lub manii mogą wystąpić urojenia lub omamy?

Tak, mówimy wtedy o depresji psychotycznej czy manii psychotycznej. Tematyka tych przeżyć psychotycznych jest związana z nastrojem, a więc np. w przebiegu manii poczucie szczególnych zdolności, a w depresji poczucie bycia winnym, czy grzesznym.

Dlaczego wczesna diagnoza i wczesna terapia są ważne dla osoby cierpiącej na chorobę afektywną dwubiegunową?

- *Przeciętnie osoba z chorobą afektywną dwubiegunową odwiedza 3-4 psychiatrów w ciągu pierwszych 8 lat trwania choroby, zanim postawiona zostanie właściwa diagnoza rozpoczęte właściwe leczenie. Im wcześniej postawiona będzie właściwa diagnoza, im wcześniej rozpocznie się właściwe leczenie, tym większa jest szansa, że chory uniknie:*
 - *Samobójstwa – ryzyko to jest bardzo wysokie, szczególnie w ciągu pierwszych lat choroby, wynosi jak 1:5*
 - *Nadużywania alkoholu czy narkotyków. Wg danych amerykańskich blisko połowa chorych nadużywa alkoholu lub narkotyków, usiłując się nimi „leczyć”. Szczególnie nadużywanie alkoholu jest związane z pogorszeniami stanu chorych i wyraźnie większym ryzykiem samobójstwa.*

- *Problemów małżeńskich lub zawodowych. Chorzy trzykrotnie częściej, w porównaniu z resztą populacji, rozwodzą się, zmieniają lub tracą pracę. Właściwe leczenie znacząco pozwala zmniejszyć ryzyko wystąpienia tych problemów.*
- *Częstszych nawrotów. Przerwanie terapii aktualnego epizodu powoduje, że kolejny będzie leczyć jeszcze trudniej. Nosi to nazwę „rozniecania”.*

Co powoduje epizody choroby afektywnej dwubiegunowej?

Nie znamy jednej przyczyny tej choroby, wskazuje się, że jest ona związana z zaburzeniami w funkcjonowaniu komórek nerwowych. Osoba, która ma zwiększona podatność na tę chorobę, łatwiej reaguje dużymi wahaniami nastroju na takie sytuacje, jak: stresujące zdarzenia życiowe, nadużywanie alkoholu, brak snu. Ta teoria „podatności na stres” dobrze pozwala zrozumieć kolejne nawroty choroby i metody jej leczenia.

- *Jest to jeszcze łatwiejsze do zrozumienia, jeśli przypomnimy sobie to co wiemy nt. chorób serca. Ludzie, którzy chorują na serce, mają wrodzoną tendencję do wysokiego poziomu cholesterolu i wysokiego ciśnienia. Te dwa czynniki powodują stopniowe pogarszanie ukrwienia serca. Jeśli taka osoba ma za sobą wysiłek fizyczny lub stres psychiczny to ukrwienie serca jest jeszcze gorsze i może mieć w wynik tego zawał serca. Aby zapobiec w przyszłości tego typu sytuacjom, powinna ona brać leki obniżające poziom cholesterolu i redukujące ciśnienie krwi, a także zmienić swój styl życia (umiarkowane ćwiczenia fizyczne, odpowiednia dieta, nauka radzenia sobie ze stresem).*
- *Podobnie zapobiegawczo działają w chorobie afektywnej leki normotymiczne, niektóre leki antypsychotyczne, a także zmiany w stylu życia (unikanie alkoholu, nauka radzenia sobie ze stresem, higiena snu)*

Jak z punktu widzenia biologii można rozumieć chorobę afektywną dwubiegunową?

Obszarami mózgu zaangażowanymi w patomechanizm choroby afektywnej dwubiegunowej są: tzw. układ rąbkowy – odpowiedzialny za nasze emocje, a także płaty czołowe i skroniowe. Np. w przebiegu manii dochodzi do nadaktywności Płatów skroniowych, a w przebiegu depresji płatów czołowych. Jest to związane z zaburzeniami w układach neurotransmiterów (neuroprzekaźników) mózgowych.

Jak koncepcje neuroprzekaźnikowe tłumaczą istotę choroby afektywnej dwubiegunowej? Neuroprzekaźniki mózgowie to cząsteczki odpowiedzialne za przekazywanie sygnałów w naszym mózgu. Oczywiście upraszczając znacznie opis można powiedzieć, że nadczynność dwu układów (dopaminy i noradrenaliny) jest odpowiedzialna za stany podwyższonego nastroju, a niedoczynność trzech układów (serotoniny, noradrenaliny i dopaminy) wiąże się z depresją. Tak więc leki stosowane w terapii choroby afektywnej dwubiegunowej powinny mieć działanie antagonistyczne w odniesieniu do dopaminy (leki przeciwpsychotyczne, wykorzystywane jako antymaniakalne i normotymiczne), agonistyczne w odniesieniu do wszystkich trzech wymienionych układów (leki przeciwdepresyjne), jak i stabilizujące wszystkie trzy układy neurotransmiterów (leki normotymiczne).

Czy choroba afektywna dwubiegunowa jest chorobą dziedziczną?

Zebranie informacji o występowaniu choroby afektywnej dwubiegunowej w rodzinie jest istotne dla postawienia diagnozy u osoby u której występują objawy zapowiadające jej rozwój. Kiedy jeden z rodziców cierpi na chorobę dwubiegunową to ryzyko jej wystąpienia u dziecka tych rodziców wynosi 15-20%. Kiedy oboje rodzice cierpią na tę chorobę to ryzyko jej wystąpienia u ich dziecka wynosi 50-75%. Ten wysoki wskaźnik ryzyka świadczy jednocześnie, że czynniki genetyczne tylko częściowo determinują ryzyko zachorowania na chorobę dwubiegunową.

Jak leczy się chorobę afektywną dwubiegunową?

Są dwie fazy terapii, w zależności od nasilenia objawów. Te dwie fazy terapii to:

- *Leczenie w fazie ostrej – ma na celu zakończenie epizodu, manii, hipomanii, depresji czy epizodu mieszanego*
- *Leczenie podtrzymujące – ma zapobiegać epizodom w przyszłości*

Czy leczenie choroby afektywnej dwubiegunowej to tylko leki?

Nie, stosuje się również inne formy terapii, np. psychoterapię, czy psychoedukację.

Z czego wynika potrzeba stosowania psychoedukacji w chorobie afektywnej dwubiegunowej?

Potrzeba stosowania psychoedukacji w chorobie afektywnej dwubiegunowej wiąże się z co najmniej kilkoma cechami osób cierpiących na zaburzenia dwubiegunowe.

Po pierwsze, leczenie farmakologiczne choroby afektywnej dwubiegunowej jest leczeniem długoterminowym, nie ograniczonym tylko do zaostrzeń tej psychozy (stany manii, hipomanii, depresji czy mieszane), ale również wiąże się potrzebą leczenia profilaktycznego w stanie eutymii (normalnego nastroju).

Po drugie, choroba afektywna dwubiegunowa jest zaburzeń psychicznym o bardzo dużej przewlekłości, co wiąże się z licznymi skutkami psychosocjalnymi, takimi jak: problemy zawodowe i rodzinne, kłopoty ekonomiczne, czy liczne zaburzenia psychiczne współistniejące. Przyczynia się to do obniżenia jakości życia chorych, a jednocześnie te psychosocjalne deficyty nie mogą być wyrównywane, czy odtwarzane tylko przez normotymiczne, antymaniakalne, antydepresyjne, czy przeciwpsychotyczne działanie odpowiednich leków psychotropowych.

Po trzecie, problem braku współpracy (nieprzyjmowanie leków przez chorych) jest wśród chorych z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi, jeszcze częstszy niż wśród osób cierpiących na schizofrenię. Brak współpracy u chorych cierpiących na zaburzenia afektywne dwubiegunowe wiąże się nie tylko z obrazem klinicznym, ale również z licznymi czynnikami pozaklinicznymi, dotyczącymi samego chorego i często jego rodziny. Brak współpracy dotyczy większości chorych cierpiących na zaburzenie afektywne dwubiegunowe, nawet jeśli bierze się

pod uwagę współpracę w okresie eutymii . Efektami braku współpracy w chorobie afektywnej dwubiegunowej są z całą pewnością: bardziej przewlekły przebieg choroby, gorsze funkcjonowanie w okresie remisji, a także większe ryzyko samobójstwa.

Jakie podstawowe leki stosuje się w terapii choroby afektywnej dwubiegunowej?

Podstawowe leki stosowane w chorobie afektywnej dwubiegunowej to:

- *Leki normotymiczne*
- *Leki antypsychotyczne*
- *Leki antydepresyjne*
 - *Uwagi:*
 - *Twój psychiatra może ci zapisać również inne leki, np. uspokajające czy nasenne, ale jest to tylko dodatek do wymienionych powyżej*
ZASADNICZYCH LEKÓW W TERAPII TWOJEJ CHOROBY
 - *Terapia powinna obejmować zarówno leki, jak i psychoedukację i psychoterapię, ale terapia choroby afektywnej dwubiegunowej bez leków jest zdaniem większości lekarzy niemożliwa!*

Co to są leki normotymiczne?

- *Leki normotymiczne muszą spełniać cztery warunki:*
 1. *Być użyteczne w terapii w fazie ostrej jak i podtrzymującej, bez względu na rodzaj epizodu*
 2. *Zapobiegać nawrotom choroby*
 3. *Nie nasilać depresji lub manii*
 4. *Nie powodować „szybkiej zmiany fazy”*
- *Trzy leki są uważane za leki normotymiczne pierwszego rzutu :*
 1. *Węglan litu (lithium carbonicum)*
 2. *Walproinian sodu (depakine depakine chrono)*

3. Karbamazepina (amizepin, tegretol)

Jakie są zalety i wady węglanu litu?

- *ZALETY*
 - *Znany od wielu lat*
 - *Najczęściej stosowany lek normotymiczny*
 - *Li to pierwiastek naturalnie obecny w organizmie człowieka*
 - *Bardzo skuteczny w terapii:*
 - *Manii euforycznej (z „pogodnym” nastrojem)*
 - *Czystej manii*
 - *Depresji (szczególnie w połączeniu z lekami antydepresyjnymi)*
- *WADY*
 - *Mniej skuteczny w terapii:*
 - *Manii dysforycznej (z „gniewnym” nastrojem)*
 - *Epizodów mieszanych*
 - *„szybkiej zmiany fazy”*
 - *Objawy uboczne (ich ryzyko jest minimalizowane przy systematycznym monitorowaniu poziomu leku):*
 - *Wzrost wagi, drżenia, nudności, zwiększona diureza)*
 - *Powikłania: zaburzenia funkcji tarczycy i nerek*
 - *Konieczność częstej kontroli laboratoryjnej*
 - *Możliwe duże wahania poziomu litu*

Uwaga! Opieka nad chorym przyjmującym lit wymaga okresowych oznaczeń stężenia litu w surowicy krwi. Tzw. poziom terapeutyczny to stężenie od 0,5 mmol/dl do 1,0 mmol/dl. Chorzy powinni wiedzieć, że różne czynniki zewnętrzne i wewnętrzne mogą zaburzać ten poziom. Do

czynników zwiększających poziom litu zaliczają się np. : obfite pocenie się, odwodnienie związane z ostrą lub kilkudniową biegunką, przyjmowanie leków moczopędnych. O wszystkich tego typu czynników ryzyka należy zgłaszać lekarzowi, który albo zleci częstsze badanie stężenia litu w surowicy krwi, albo dostosuje dawkę do aktualnego stanu chorego. W miarę typowe objawy mogące świadczyć o zwiększonym stężeniu to: bóle brzucha, wymioty, drżenie rąk.

Jakie są zalety i wady walproinianu?

- **ZALETY**

- Drugie miejsce w rankingu częstości stosowania leków normotymicznych
- Bardzo skuteczny w terapii:
 - Manii euforycznej
 - Epizodów mieszanych
 - „szybkiej zmiany fazy”
 - Współzależnienia

Może być podawany od razu w większych dawkach, i dzięki temu szybciej uzyskuje się efekt terapeutyczny

- Zwykle jedna dawka na dobę, wieczorem
- Mniejsze wymagania (w porównaniu z litem) do monitorowania stężenia leku w surowicy

- **WADY**

- Mniejsze działanie antydepresyjne (w porównaniu z litem)
- Objawy uboczne:
- Powikłania: zaburzenia funkcji wątroby, małopłytkowość

- *Konieczne badania okresowe: próby wątrobowe, liczba płytek krwi*

Jakie są zalety i wady karbamazepiny?

- *ZALETY*

- *Znana od wielu lat*
- *Skuteczna w różnych postaciach choroby afektywnej dwubiegunowej, ale w żadnej fazie nie jest skuteczniejsza albo od litu albo od walproinianu sodu*
- *W minimalnym stopniu wpływa na wagę pacjentów*

- *WADY*

- *Ogólnie mniej skuteczna w leczeniu manii w porównaniu z walproinianem, a depresji w porównaniu z litem*
- *Znacząco wpływa na stężenie innych leków psychotropowych*
- *Objawy uboczne: sedacja, dolegliwości brzuszne*
- *Powikłania: zaburzenia czynności szpiku kostnego*
- *Konieczna okresowa kontrola morfologii krwi*

Jakie inne leki normotymiczne są dostępne w Polsce?

Coraz częściej stosowanym lekiem normotymicznym jest lamotrygina (lamitrin), lek szczególnie pożyteczny w leczeniu i zapobieganiu stanom depresyjnym. Inne, rzadko stosowane leki normotymiczne to gabapentyna, czy topiramet, czy oksykarmazepina.

Czy depresję w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej można leczyć?

Tak, i całkiem skutecznie. Efektywność terapii depresji, zarówno w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej, jak i depresji nawracającej, jest największa ze wszystkich metod leczenia w psychiatrii. Leki antydepresyjne, które zapisze ci lekarz przyniosą pierwsze efekty w ciągu 2-3 tygodni. Leki antydepresyjne nie uzależniają. Pamiętaj, jest tylko jedna postać nieuleczalnej depresji – depresja , której nie zacznie się leczyć.

Co to są leki przeciwdepresyjne, jak działają?

Leki przeciwdepresyjne są znane od ponad 50 lat. Prawie wszystkie z nich wpływają na wzrost wychwytu zwrotnego neuromediatorów mózgowych odpowiedzialnych za nastrój. Decydujący w ich działaniu przeciwdepresyjnym jest wpływ tych leków na dwa neuromediatory: noradrenalinę i serotoninę. Leki przeciwdepresyjne pierwszej generacji, tzw. leki trójpierścieniowe - TLPD (amitryptylina, klomipramina) działają nieselektywnie, a więc na różne neuromediatory. Leki nowszej generacji, np. tzw. selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI) mają wybiórcze działanie serotoninergiczne.

Czym charakteryzują się leki przeciwdepresyjne trójcykliczne?

Są nadal w pierwszej linii walki z depresją z ciężką depresją, wymagającą leczenia szpitalnego. Są równie skuteczne jak najskuteczniejsze leki z innych grup. Są bezpieczne w czasie terapii w warunkach szpitalnych. Mają jednak wiele objawów ubocznych. Do niektórych z nich można się przyzwyczaić, np. do suchości w nosie czy w ustach. Liczne objawy uboczne są niebezpieczne, szczególnie zaburzenia rytmu serca. Niektóre z objawów ubocznych nie są niebezpieczne dla życia, ale mogą być bardzo dolegliwe w życiu codziennym, np. zaparcia. Nie można ich stosować u osób chorujących na jaskrę, czy u mężczyzn z przerostem prostaty. Stosowanie leków trójpierścieniowych u osób w wieku podeszłym niesie ryzyko wystąpienia objawów zaburzeń świadomości w postaci majaczenia. Dlatego ich stosowanie tych leków w warunkach domowych bywa trudne, a przedawkowanie może być niebezpieczne dla życia. Obecnie dostępne leki z tej grupy to: amitryptylina, klomipramina, pramolán i doksepina.

Czym charakteryzują się leki przeciwdepresyjne nowszych generacji?

Ich efektywność jest zbliżona do leków trójpierścieniowych, natomiast mają pewne zalety, które pozwalają je stosować, szczególnie w warunkach domowych. Są bezpieczne, nawet przy wzięciu dużej ilości tabletek. Zwykle przyjmuje się tylko jedną tabletkę dziennie. Objawy

uboczne, np. nudności, czy niepokój ruchowy zwykle przemijają po kilku tygodniach ich przyjmowania.

Czym charakteryzują się leki przeciwdepresyjne z grupy SSRI?

Zostały wprowadzone w połowie lat 90-ch ubiegłego wieku, tak więc doświadczenia z nimi to już około 15 lat. Pierwszych z nich była fluoksetyna w postaci kultowego prozaku, leku, który zdominował leczenie depresji w latach 90-ch XX wieku. Jest to grupa leków o podobnym mechanizmie działania w postaci zwiększania stężenie tylko jednego neuromediatora w przestrzeni synaptycznej – serotoniny, w ten sposób, że blokowany jest wychwyty zwrotny serotoniny z przestrzeni synaptycznej co zwiększa jego stężenie w tej szczelinie i w ten sposób działa antydepresyjnie i przeciwlękowo (skrót SSRI jest angielskim akronimem od terminu selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny). Lekiem najbardziej selektywnym z tej grupy jest citalopram, najmniej selektywnym fluoksetyna. Pozostałe leki z tej grupy to: fluwoksamina, sertralina, paroksetyna i escitalopram, który nieco różni się od pozostałych leków z tej grupy – jego działanie srotoninergiczne jest dużo większe od pozostałych leków. Poniżej w tabeli podano główne zalety i wady leków z grupy SSRI.

Zalety	Wady
<ul style="list-style-type: none">• Brak wpływu lub minimalny wpływ na inne układy neuromediatorów poza serotoniną powoduje brak objawów ubocznych typowych dla leków trójpierścieniowych – patrzy wyżej• Leki te są lepiej tolerowane niż leki trójpierścieniowe przez większość	<ul style="list-style-type: none">• U części chorych mogą powodować, szczególnie na początku terapii, objawy uboczne w postaci nudności i wymiotów• U mężczyzn istnieje pewne ryzyko zaburzeń funkcji seksualnych, u kobiet te objawy są rzadsze• Leki z tej grupy dosyć często wchodzi

<p><i>chorych</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Leki te mają minimalny wpływ, lub nie mają go wcale, na układ krążenia – mogą być więc stosowane u ludzi z nadciśnieniem, po zawałach serca czy udarach</i> • <i>Niewielkie i na pewno niegroźne objawy uboczny powodują to, że ryzyko poważnego lub śmiertelnego zatrucia samobójczego tymi lekami jest minimalne</i> • <i>Zwykle można je stosować w jednej dawce, najczęściej porannej</i> 	<p><i>w interakcje z innymi lekami – podaj swojemu lekarzowi jaki inne leki przyjmujesz obecnie</i></p>
--	---

Czym różni się escitalopram od pozostałych leków z grupy SSRI?

Escitalopram to mówiąc najprościej „lewoskrętna”, bardziej aktywna przeciwdepresyjnie postać citalopramu. Ponieważ citalopram jest najbardziej selektywny lekiem z grupy SSRI, to escitalopram jest najbardziej selektywnym lekiem o działaniu serotonergicznym. Wiąże się to z jego większą skutecznością przeciwdepresyjną i przeciwłękową, a także szybszym działaniem.

Jakie są główne cechy innych nowszych leków przeciwdepresyjnych?

Podano je w tabeli celem łatwiejszego znalezienia właściwego leku i jego głównych cech.

<i>Lek (leki)*</i>	<i>Mechanizm działania</i>	<i>Zalety</i>	<i>Wady</i>
<i>Wenlafaksyna</i>	<i>Selektywny</i>	<i>Silne działanie</i>	<i>Ryzyko wzrostu</i>

<i>Milnacipram (Ixel)</i>	<i>serotoninergericzny i noradrenergiczny</i>	<i>przeciwdepresyjne – wenlafaksyna jest słusznie uważana za jeden z dwu-trzech najsilniejszych leków przeciwdepresyjnych</i>	<i>ciśnienia krwi i nudności na początku terapii</i>
<i>Mirtazapina</i>	<i>Silny noradrenergiczny i serotoninergericzny</i>	<i>Silne działanie przeciwdepresyjne i przeciwlekowe, a także nasenne (dlatego zwykle stosowana w jednej dawce wieczornej)</i>	<i>Pacjenci powinni wiedzieć o działaniu nasennym Ryzyko wzrostu wagi</i>
<i>Mianseryna</i>	<i>Bloker niektórych receptorów serotoninowych</i>	<i>Działanie nasenne i uspokajające Dobrze tolerowana przez osoby starsze</i>	<i>Wzrost wagi Czasami pacjenci wymagają dużych dawek tego leku, tak dużych, że prowadzi to do senności</i>
<i>Bupropion</i>	<i>Lek o działaniu na inny układ neuromediatorów –</i>	<i>Często dołączany do innych leków antydepresyjnych, aby</i>	<i>Zaburzenia snu</i>

	<i>dopaminergiczny</i>	<i>zwiększyć ich siłę</i> <i>Skuteczny u pacjentów</i> <i>ze spowolnieniem</i> <i>ruchowym, ospałością</i> <i>Stosowany również</i> <i>jako lek wspomagający</i> <i>terapię uzależnienia od</i> <i>nikotyny</i>	
<i>Moklobemid</i>	<i>Lek o działaniu</i> <i>serotoninergetycznym i</i> <i>noradrenergicznym</i>	<i>Skuteczny w terapii</i> <i>depresji atypowej</i> <i>Skuteczny w leczeniu</i> <i>jednego z zaburzeń</i> <i>lękowych – fobii</i> <i>społecznej</i>	<i>Mniej skuteczny</i> <i>w leczeniu</i> <i>depresji</i> <i>melancholicznej</i>
<i>Reboksetyna</i> <i>(edronax)</i>	<i>Selektywne działanie</i> <i>noradrenergiczne</i>	<i>Skuteczny u chorych ze</i> <i>spadkiem energii</i>	<i>Ryzyko wzrostu</i> <i>ciśnienia</i>
<i>Tianeptyna</i> <i>(coaxil)</i>	<i>Działanie</i> <i>stabilizujące „oś</i> <i>stresu”, udowodnione</i> <i>działanie</i> <i>neuroprotekcyjne</i> <i>(ochraniające</i> <i>komórki nerwowe)</i>	<i>Działanie</i> <i>przeciwłękowe</i> <i>Bardzo dobra</i> <i>tolerancja leku</i> <i>Brak szkodliwych</i> <i>interakcji z innymi</i> <i>lekami</i>	<i>Mniejsza</i> <i>skuteczność w</i> <i>depresji</i> <i>melancholicznej</i>
<i>Trazodon</i> <i>(trittico cr)</i>	<i>Bloker receptora</i> <i>serotoninowego 5-HT2</i>	<i>Dobre działanie</i> <i>przeciwłękowe i</i>	<i>Mniejsza</i> <i>skuteczność w</i>

		<i>nasenne</i>	<i>depresji melancholicznej</i>
<i>Agomelatyna (valdoxan)</i>	<i>Lek o działaniu na receptory melato nergicznych – odpowiedzialne za rytm okołodobowy</i>	<i>Silne działanie przeciwdepresyjne , przeciwłękowe i normalizujące sen Brak istotnych objawów ubocznych</i>	<i>Lek najnowszy, w związku z tym najmniej znany pacjentom i lekarzom</i>

Które z leków przeciwdepresyjnych są najskuteczniejsze?

Efektywność przeciwdepresyjna większości leków antydepresyjnych jest zbliżona – można założyć, że kuracja dowolnym lekiem przeciwdepresyjnym pomoże dwóm z trzech leczonych pacjentów.

Jakie zagrożenia niesie ze sobą stosowanie leków przeciwdepresyjnych w chorobie afektywnej dwubiegunowej?

Oprócz objawów ubocznych stosowanie leków przeciwdepresyjnych jest w chorobie afektywnej dwubiegunowej związane z ryzykiem zmiany fazy z depresji w manię, hipomanii i stan mieszany. Największe ryzyko jest tutaj związane z lekami trójpierścieniowymi, ale również leki nowszej generacji, np. mirta zapina. Najmniejsze ryzyko dają tutaj leki bardzo selektywne, szczególnie z grupy SSRI – escitalopram.

Co to są elektrowstrząsy?

To jedna ze skuteczniejszych metod terapii depresji, szczególnie głębokich. Są wykonywane w pełnej kilkuminutowej narkozie, a więc nie bolą. Są również bardzo bezpieczne. Świadczyć o tym może to, że są leczeniem z wyboru u kobiet w ciąży z depresją.

Dlaczego chorzy na depresję często przerywają terapię lekami przeciwdepresyjnymi, normotymicznymi czy antypsychotycznymi?

Należy sądzić, iż są cztery podstawowe przyczyny tego zjawiska. Po pierwsze, część chorych ze znacznym nasileniem depresji, szczególnie przy pierwszym epizodzie depresji, uważa, że nic nie jest w stanie im pomóc – zwykle jest to związane z poczuciem braku nadziei na wyleczenie. Po drugie, część chorych, paradoksalnie, w wyniku dobrych efektów leczenia, dochodzi do wniosku, że ich stan aktualny jest już trwałym wyleczeniem i dlatego zaprzestaje terapii. Po trzecie, u niektórych chorych, silne objawy uboczne po lekach zniechęcają ich do dalszej terapii. Po czwarte wreszcie, są chorzy, którzy nie uzyskali od swojego lekarza informacji o tym, że poprawa pojawia się dopiero po kilku tygodniach terapii (zwykle po dwu lub trzech tygodniach) i zaprzestają dalszego leczenia uważając, że jest ono nieskuteczne. Właściwa informacja o chorobie i efektach oraz ryzyku terapii może przeciwdziałać zjawisku przerywania przez pacjentów terapii.

Czy można się uzależnić od leku przeciwdepresyjnego?

To częsta obawa chorych i ich rodzin. Na szczęście leki przeciwdepresyjne nie są środkami, które mogą powodować uzależnienie.

Kiedy i dlaczego w leczeniu choroby afektywnej dwubiegunowej stosuje się leki antypsychotyczne?

Leki antypsychotyczne są lekami przeznaczonymi zasadniczo do terapii psychoz, szczególnie schizofrenii. Jednakże od wielu lat wykorzystuje się je do terapii choroby afektywnej dwubiegunowej, szczególnie w stanie manii. Obecnie stosuje się prawie wyłącznie leki antypsychotyczne drugiej generacji (atypowe). Główne przyczyny stosowania leków drugiej generacji w terapii choroby afektywnej dwubiegunowej to:

- *Leki antypsychotyczne mają szybkie działanie znoszące objawy manii, czy stanu mieszanego – ich działanie jest szybsze od leków normotymicznych*

- *Leki antypsychotyczne drugiej generacji mają rejestracje do terapii manii, stanu mieszanego, a kilka z nich (szczególnie olanzapina i kwetiapina) uzyskały rejestrację do leczenia w fazie podtrzymującej choroby afektywnej dwubiegunowej*
- *Leki antypsychotyczne drugiej generacji nie powodują objawów pozapiramidowych, które po lekach antypsychotycznych typowych występują w czasie leczenia manii częściej niż w terapii tymi lekami w przebiegu schizofrenii*
- *Co najmniej dwa z leków antypsychotycznych drugiej generacji mają pewne działanie antydepresyjne (olanzapina i kwetiapina), a w połączeniu z lekami antydepresyjnymi z grupy SSRI mają silne działanie antydepresyjne*
- *Leki antypsychotyczne drugiej generacji można łączyć z lekami normotymicznymi.*

Co to są leki przeciwpsychotyczne?

Leki przeciwpsychotyczne (przez wiele lat nazywane neuroleptykami – ta nazwa funkcjonuje jeszcze obecnie i jest synonimem leków przeciwpsychotycznych) wprowadzono w latach 50-tych naszego stulecia. Pierwszym z tych leków była chlorpromazyna (w Polsce do tej pory stosowana jako fenactil). Powodują one ustępowanie objawów psychozy (nie tylko schizofrenii, ale i manii), przyjmowane dłużej pozwalają na stabilizację stanu psychicznego chorego, przyjmowane odpowiednio długo w dużej mierze zabezpieczają chorego przed nawrotem psychozy. W wyniku tego, iż leki przeciwpsychotyczne są znane i stosowane już ponad 50 lat, mechanizm ich działania został dobrze poznany. Dobrze, też zostały poznane zasady ich stosowania, bezpieczeństwo dawkowania, wreszcie powodowane przez te leki objawy uboczne.

Dlaczego leki przeciwpsychotyczne powodują ustępowanie objawów psychozy?

Mechanizmy działania tych leków związane są z ich wpływem na różne substancje chemiczne produkowane i działające w ludzkim mózgu (tzw. neuroprzekaźniki), np. serotoninę, czy acetylocholinę. Najistotniejszy jest jednak wpływ tych leków na inny neuroprzekaźnik – dopaminę. Wszystkie leki przeciwpsychotyczne powodują zmniejszenie stymulacji receptorów dopaminowych, zwiększają w ten sposób odporność na stres i zmniejszają objawy schizofrenii, zasadniczo objawy pozytywne schizofrenii. Jednocześnie wiele objawów ubocznych po tych lekach jest też związane z ich wpływem na receptory dopaminowe – dotyczy to szczególnie tzw. klasycznych leków przeciwpsychotycznych (klasycznych neuroleptyków).

Jak dzielą się leki przeciwpsychotyczne?

Zasadniczy podział tych leków jest bardzo prosty – dzielą się one na dwie grupy: leki typowe (klasyczne) i leki atypowe (nowsze).

Porównanie leków przeciwpsychotycznych typowych i atypowych

<i>LEKI PRZECIWPSYCHOTYCZNE TYPOWE (KLASYCZNE)</i>	<i>LEKI PRZECIWPSYCHOTYCZNE ATYPOWE (NOWSZE); LEKI PRZECIWPSYCHOT; LEKI PRZECIWPSYCHOTCZNE DRUGIEJ GENERACJI</i>
<i>Wpływają głównie na redukcję objawów pozytywnych (psychotycznych)</i>	<i>Wpływają w większym stopniu, niż leki typowe, na redukcję objawów negatywnych (schizofrenii) i objawów dezorganizacji, a także mają działanie antydepresyjne i redukują deficyty poznawcze (w manii)</i>
<i>Ich skuteczność jest związana głównie z ich wpływem na receptory dopaminowe</i>	<i>Ich szeroki profil działania (a więc wpływ na ustępowanie różnych typów objawów) wiąże się z tym, że wpływają one również na inne neuroprzekaźniki, np. serotoninę</i>
<i>Powodują typowe objawy</i>	<i>Powodują objawy pozapiramidowe o niewielkim</i>

<i>uboczne – tzw. objawy pozapiramidowe</i>	<i>nasileniu, lub nie powodują ich w ogóle</i>
<i>Rzadko powodują wzrost wagi</i>	<i>Częściej powodują wzrost wagi</i>
<i>Kilka z nich występuje w postaci depot (p. strona)</i>	<i>W postaci depot występuje tylko rispolept consta</i>

Które z leków zaliczają się do typowych leków przeciwpsychotycznych?

Są one na pewno lepiej znane zarówno psychiatrom, jak i ich pacjentom. Są równie skuteczne, jak leki atypowe, ale powodują czasami poważne objawy uboczne, utrudniając, lub uniemożliwiając chorym terapię – zdarza się tak, że objawy uboczne są tak dokuczliwe, że chory wybiera powrót do schizofrenii, zamiast dalszego leczenia i dalszego trwania objawów ubocznych. Można je podzielić na silniejsze (bardziej skuteczne, ale i z większym ryzykiem objawów ubocznych) i słabsze (nieco mniej skuteczne, ale i z mniejszym ryzykiem objawów ubocznych). Dość łatwo można zorientować się, czy stosowany lek przeciwpsychotyczny typowy jest silniejszy czy słabszy – zwykle silniejsze leki są produkowane w tabletkach po jeden, kilka – kilkanaście miligramów (mg), słabsze leki przeciwpsychotyczne zwykle są produkowane po 25 mg lub 100 mg.

Tabela na stronie następnej przedstawia zestawienie słabszych i silniejszych leków przeciwpsychotycznych (podano nazwy handlowe najczęściej stosowanych leków).

Silniejsze i słabsze typowe leki przeciwpsychotyczne (neuroleptyki)

<i>SILNIEJSZE LEKI PRZECIWPSYCHOTYCZNE</i>	<i>SŁABSZE LEKI PRZECIWPSYCHOTYCZNE</i>
<i>Haloperidol</i>	<i>Fenactil</i>
<i>Mirenil</i>	<i>Tisercin</i>
<i>Trilafon</i>	<i>Pernazinum</i>

<i>Trifluoroperazine</i>	<i>Promazin</i>
--------------------------	-----------------

Jakie są typowe objawy uboczne powstające w przebiegu terapii lekami przeciwpsychotycznymi klasycznymi?

U znacznej liczby osób przyjmujących te leki dochodzi do rozwoju tzw. zespołów pozapiramidowych (często używa się skrótu z języka angielskiego – EPS). Pojawiają się one zwykle, albo w fazie podnoszenia dawek, albo w wyniku przewlekłego przyjmowania tych leków. Cztery najczęstsze zespoły pozapiramidowe przedstawia tabela na tej stronie.

<i>ZESPÓŁ POZAPIRAMIDOWY</i>	<i>JEGO OBJAWY</i>
<i>Zespół Parkinsona</i>	<i>Drżenie (zwykle rąk, głowy), sztywność mięśniowa, powolne poruszanie się</i>
<i>Dystonia</i>	<i>Nagłe skurcze mięśni, np. wyginanie szyji, gwałtowne zwracanie oczu do góry, a nawet skurcze utrudniające przełykanie</i>
<i>Akatzja</i>	<i>Nieemożność usiedzenia czy ustania w miejscu, tzw. „niespokojne nogi”</i>
<i>Późne dyskinezy</i>	<i>Dziwne, rytmiczne niekontrolowane ruchy, najczęściej w obrębie twarzy, ciągłe ruchy warg (tzw. zespół królika), rytmiczne ruchy językiem</i>

Co to są atypowe leki przeciwpsychotyczne?

Są to, jak już wcześniej było podane, leki powodujące zwykle minimalne tylko objawy pozapiramidowe. Z drugiej strony, działają one w znaczący sposób na objawy negatywne, depresyjne, kognitywne i objawy dezorganizacji związane z schizofrenią i manią. Zostały wprowadzone w latach 70-ch XX wieku i są coraz częściej stosowane w terapii psychoz, szczególnie w okresie leczenia chorego już po jego pobycie w szpitalu. Obecnie w Polsce

stosuje się z tych leków (w nawiasie podano nazwy handlowe tych leków dostępne w Polsce w czasie pisania tego podręcznika; jeśli dostępnych jest kilka preparatów danego leku to jako pierwszy podawana jest nazwa leku oryginalnego z podkreśleniem, a dopiero potem leki będące lekami odtwórczymi, tzw. genetyki): klozapinę (leponex, klozapol), sulpiryd (sulpiryd), risperidon (rispolept, mepharis, risperon), olanzapinę (zyprexa; zolafren, zalasta), kwetiapinę (seroquel, ketrel) amisuplryd (solian), sertindol (serdolect), aripiprazol (abilify) i ziprasidon (zeldox). Uwaga! Ponieważ na rynku pojawiają się nowe genetyki olanzapiny i risperidonu w nawiasach podano tylko ich przykłady. Od 1.12.2007 wszystkie leki atypowe są dostępne za opłatą ryczałtową u chorych z rozpoznaniem schizofrenii (kod F.20 wg Międzynarodowej klasyfikacji chorób), natomiast w odniesieniu do terapii choroby afektywnej dwubiegunowej leki te są pełnopłatne. Leki te różnią się między sobą w większym stopniu, szczególnie w zakresie objawów ubocznych, niż różnią się między sobą typowe leki przeciwpsychotyczne. Ich charakterystykę terapeutyczną i typowe dla każdego z nich objawy uboczne prezentuje tabela na tej stronie. Uwaga! Kolejność umieszczenia w tabeli nie jest ani alfabetyczna, ani przypadkowa – jest to kolejność wprowadzania poszczególnych leków na rynek w Polsce.

*Oznacza leki antypsychotyczne stosowane w terapii choroby afektywnej dwubiegunowej

LEK	CECHY TYPOWE	OBJAWY NIEPOŻĄDANE
Klozapina * (lekooporna choroba afektywna dwubiegunowa)	Skuteczny w 25-50% przypadków w terapii psychoz lekoopornych na typowe leki przeciwpsychotyczne. Uważany za najskuteczniejszy lek przeciwpsychotyczny,	Poważne powikłanie u co setnej osoby przyjmującej ten lek: uszkodzenie szpiku kostnego – dlatego konieczność kontroli krwi w wyznaczonych terminach; początkowo duża senność; względnie duże (największe w grupie leków przeciwpsychotycznych) ryzyko wzrostu wagi, albo nawet otyłości.

	<p><i>jednocześnie obarczony największym ryzykiem poważnych objawów ubocznych.</i></p>	
<i>risperidon</i>	<p><i>Jest lekiem antypsychotycznym o zrównoważonym mechanizmie działania, szczególnie korzystny jest jego wpływ na deficyty poznawcze, które redukuje. Niektóre standardy wymieniają go jako lek pierwszego rzutu w terapii schizofrenii, szczególnie pierwszego epizodu schizofrenii.</i></p> <p><i>Jest dostępny w postaci iniekcji domięśniowych o przedłużonym działaniu – rispolept consta.</i></p>	<p><i>Pomimo, że jest lekiem nietypowym mogą po nim występować objawy pozapiramidowe (kiedy jest podawany w dawkach przekraczających 6 mg dziennie)</i></p>
<i>Olanzapina*</i>	<p><i>Zrównoważony wpływ na objawy pozytywne i</i></p>	<p><i>Senność w początkowym okresie terapii, częściej niż po innych lekach atypowych, poza kłozapiną, zdarza</i></p>

	<p>ubytkowe, ma silne działanie</p> <p>antymnaniakalne, ale i przeciwdepresyjne.</p> <p>Zwykle stosuje się lek tylko raz dziennie, wieczorem. W dwu dużych badaniach klinicznych w Europie i USA był najrzadziej odstawianym przez chorych i lekarzy lekiem przeciwpsychotycznym.</p>	<p>się po niej wzrost wagi.</p>
Kwetiapina*	<p>Lek antypsychotyczny o nieco słabszym działaniu na objawy pozytywne, ale znaczącym wpływie antydepresyjnym, dlatego wykorzystywane do terapii zarówno manii, jak i depresji.</p>	<p>Nie powoduje znacznego wzrostu wagi, dobrze tolerowany przez osoby w wieku podeszłym.</p>
amisulpryd	<p>Działanie antydepresyjne obok przeciwpsychotycznego,</p>	<p>U części kobiet przyjmujących ten lek mogą się pojawić zaburzenia miesiączkowania miesiączki</p>

	<i>silny wpływ na objawy negatywne</i>	
ziprasidon	<i>Lek o silniejszym wpływie na objawy pozytywne niż negatywne.</i>	<i>Zwykle nie powoduje wzrostu wagi, potrzebna okresowa kontrola EKG.</i>
sertindol	<i>Zrównoważony wpływ na objawy negatywne i pozytywne.</i>	<i>Nie powoduje sedacji, nie powoduje objawów pozapiramidowych. Przy stosowaniu sertindolu konieczna jest okresowa kontrola EKG.</i>
Aripirazol*	<i>Pierwszy z leków przecipsychotycznych, którego działanie polega częściowo na „stymulacji” układu dopaminergicznego. Redukuje objawy pozytywne, ale jego główną domeną jest terapia objawów negatywnych i „uaktywnianie” chorych.</i>	<i>Nie powoduje wzrostu poziomu prolaktyny, dlatego zaburzenia miesiączkowania lub zaburzenia funkcji seksualnych nie występują po tym leku.</i>

W jaki sposób rodzina czy bliscy chorego mogą się dowiedzieć o jego/jej braku współpracy?

Oczywiście najlepiej zapytać, ale często chorzy ukrywają, że nie przyjmują leków. Sygnałami wskazującymi na problemy we współpracy są np. tego typu sytuacje wtedy gdy:

- 1. chory twierdzi, że przerwał leczenie „bo zalecił mu lekarz”*
- 2. chory nie wie czy za leki się płaci, nie wie gdzie jest najbliższa od jego domu apteka*
- 3. chory nie wie jaki jest kolor tabletek, nie wie jaki sposób dawkowania leku.*

Jakie są efekty złej współpracy?

Niestety nie ma pozytywnych skutków rzadszego od zalecanego przyjmowania leków. . Jeśli Ty jako osoba chorująca na schizofrenię nie przyjmujesz leków przeciwpsychotycznych. Jeśli bliska Ci osoba ze chorobą afektywną dwubiegunową nie przyjmuje leków to niestety trzeba się liczyć z:

- szybkim nawrotem psychozy*
- kolejnym pobytem w szpitalu*
- zachowaniami agresywnymi lub samobójczymi*
- utratą pracy*
- koniecznością opuszczenia szkoły*
- gorszym funkcjonowaniem rodziny.*

Co to jest zespół metaboliczny?

Zespół metaboliczny to termin stworzony przez lekarzy internistów dla określenia zaburzeń metabolicznych, szczególnie dotyczących poziomu cukru i poziomu lipidów, w tym cholesterolu. W erze leków przeciwpsychotycznych II generacji okazało się, że wielu chorych na schizofrenię, ale i na chorobę afektywną dwubiegunową, leczonych właśnie tymi lekami może mieć zaburzenia metabolizmu glukozy i lipidów, aż do pełnoobjawowego zespołu metabolicznego, który obejmuje:

- 1. otyłość „trzewną” – obwód w pasie większy niż 102 cm u mężczyzn i 88 cm u kobiet*

2. *znacząco zwiększoną masę ciała z indeksem masy ciała (BMI) równym lub większym od 25 (BMI oblicza się dzieląc masę ciała przez kwadrat wzrostu w metrach, np. masa ciała 99 kg i wzrost 1,85 m to: $99 : 1,85^2 = 99 : 3,42 = 28,9$ – czyli mój BMI wynosi prawie 29)*
3. *obniżony znacząco poziom „złego” cholesterolu (HDL-C)*
4. *podwyższony poziom trój glicerydów*
5. *znacząco podwyższony poziom cukru (hiperglikemia)*

Oczywiście u większości chorych, nawet tych przyjmujących leki przeciwpsychotyczne o największym ryzyku zmian metabolicznych, a więc klozapinę i olanzapinę, mogą występować tylko pojedyncze objawy zespołu metabolicznego, ale u niektórych z może wystąpić pełnoobjawowy zespół metaboliczny.

W jaki sposób można zapobiegać ryzyku wystąpienia zaburzeń metabolicznych, czy zespołu metabolicznego, będących wynikiem działań niepożądanych w wyniku stosowania leków przeciwpsychotycznych?

Oczywiście najprostsza odpowiedź to taka, że przy objawach zaburzeń metabolicznych należy znacząco zmienić dietę i wprowadzić znacząco większy wysiłek fizyczny. Natomiast mam świadomość, że jest to trudne dla każdej osoby, bez względu czy jest to osoba zdrowa, czy chora na schizofrenię. W związku z tym należy przestrzegać pewnych zasad wczesnego wykrywania zaburzeń metabolicznych i związanego z mniejszym lub większym ryzykiem syndromu metabolicznego wyboru leków przeciwpsychotycznych. Zasady monitorowania czynników ryzyka zaburzeń metabolicznych u osób, które przyjmują leki przeciwpsychotyczne podają za konferencją amerykańskich psychiatrów i internistów [Marder i in. 2004].

■ **BMI**

- *Powinien być monitorowany u wszystkich pacjentów przyjmujących leki przeciwpsychotyczne*

- *Ważenie pacjenta na każdej wizycie w ciągu pierwszych 6 miesięcy po rozpoczęciu terapii antypsychotycznej*
- *Wzrost BMI o 1.0 jest wskazaniem do zmiany leku na środek o mniejszym ryzyku wzrostu masy ciała*
- *Obwód pasa*
 - *Ocena podobnie jak BMI*
- *Cukrzyca*
 - *Ocena glikemii na czczo przed rozpoczęciem każdej terapii antypsychotycznej*
 - *Pacjenci o znacznym ryzyku rozwoju cukrzycy powinni być monitorowani (glikemia na czczo lub HbA_{1c}) przez pierwsze 4 miesiące i następnie przynajmniej raz w roku.*

Jednocześnie należy pamiętać, że największe ryzyko wzrostu masy ciała, zaburzeń lipidowych i hiperglikemii, a także czasami cukrzycy dają olanzapine, amisulpryd, kwetiapina, risperidon i sertindol są neutralne dla tych objawów metabolicznych lub dają niewielkie ryzyko tych objawów, a aripiprazol i ziprasidon najrzadziej powodują zaburzenia metaboliczne.

Jakie inne poza stosowaniem leków formy terapii stosuje się w leczeniu psychoz (w tym choroby afektywnej dwubiegunowej)?

Jest tu wiele form pomocy na poziomie psychosocjalnym. Do często wykorzystywanych należą:

- ✓ *Psychoedukacja dla chorych i ich rodzin na temat przyczyn choroby afektywnej dwubiegunowej, jej objawów, i sposobów ich leczenia.*
- ✓ *Terapia systemowa chorych i ich rodzin, opierająca się na leczeniu całej rodziny chorego – choroba jednego członka rodziny odbija się istotnie na funkcjonowaniu całej rodziny (systemu rodzinnego).*

- ✓ *Psychoterapia stawiająca na odbudowywanie związków rodzinnych i zawodowych chorego*
- ✓ *Nauka o zwiastunach nawrotu choroby, np. zaburzeniach snu*
- ✓ *Uczestnictwo w grupach wsparcia osób (grupy samopomocy) z psychozami i innymi zaburzeniami psychicznymi. Często takie grupy wsparcia składają się nie tylko z chorych, ale i członków ich rodzin, czy ich bliskich przyjaciół.*

Kiedy konieczna jest hospitalizacja?

Większość terapii przebiega poza szpitalem, najczęściej w czasie bycia chorego w domu, z rodziną. Czasami, jednak hospitalizacja jest konieczna. Hospitalizacja psychiatryczna dla osób z chorobą afektywną dwubiegunową staje się bardzo wskazana, gdy doszło do epizodu zaostrzenia choroby i:

- ✓ *Chory na tyle nie kontroluje swoich zachowań, że zachodzi wyraźna obawa, iż zachowania te mogą być zagrażające dla niego, lub jego otoczenia (zagrożenie życia, poważne zagrożenie zdrowia)*
- ✓ *Chory, pomimo pogorszenia, zaprzecza mu, nie bierze zaleconych leków, co stwarza poważną obawę, że jego stan będzie się pogarszał*
- ✓ *Chory z powodu pogorszenia przestał zaspakajać swoje podstawowe potrzeby życiowe, np. : śpi pod gołym niebem, nie je, nie pije płynów*
- ✓ *U chorego współistnieje z psychozą poważna choroba fizyczna, albo wystąpiły u niego takie objawy uboczne działania leków, że nie będzie można sobie poradzić z nimi bez pobytu chorego w szpitalu.*

Jeśli jesteś pacjentem, jak możesz zmniejszyć ryzyko nawrotu choroby afektywnej dwubiegunowej?

Powinieneś:

- ✓ **Starać się, jak najwięcej dowiedzieć o swojej chorobie, o sposobach radzenia sobie z nią** – im więcej wiesz o chorobie, tym większe masz szansę na zwycięstwo nad nią.
- ✓ **Unikać narkotyków i alkoholu** – używanie narkotyków i alkoholu jest jedną z najczęstszych przyczyn nawrotu choroby. Jeśli w tym momencie nie radzisz sobie ze swoim uzależnieniem, bierz nadal leki antypsychotyczne. Nie jest to dobre rozwiązanie, ze względu na liczne interakcje pomiędzy alkoholem i narkotykami z jednej strony, a lekami z drugiej. Mimo tego jest to lepsze rozwiązanie, niż zaprzestanie przyjmowania leków i dalsze branie narkotyków lub picie alkoholu – w takiej sytuacji prawie na pewno wystąpi nawrót psychozy.
- ✓ **Być świadomym „zwiastunów nawrotu”** – w czasie remisji należy się zastanowić wraz ze swoimi bliskimi, jakie objawy poprzedziły epizod choroby. Ich ponowne pojawienie się może sygnalizować nawrót psychozy, któremu można zapobiec poprzez zgłoszenie się do lekarza i ewentualną zmianę terapii (dawki leku, jego zmianę).
- ✓ **Nie przerywać leczenia na własną rękę** – pewnie masz albo wrażenie, że jesteś już całkiem zdrowy (szczególnie w manii), albo masz dosyć codziennego tykania tabletek, które przypominają o przebytej psychozie, albo dokuczają Ci objawy uboczne. Jeśli coś takiego się wydarzy, skonsultuj się z lekarzem – razem łatwiej dojdziecie do sposobów rozwiązania tych problemów.

Jak możesz pomóc bliskiej Ci osobie w tym, aby nie nastąpił u niej nawrót psychozy?

Możesz to osiągnąć, gdy:

- ✓ **Pomożesz jej dotrzeć do lekarza psychiatry**, wzmocnisz ją w chwili, gdy będzie załamana nerwowo, z powodu zaostrzenia psychozy, albo gdy przy pierwszym epizodzie psychozy nie będzie miała świadomości, że powinna się leczyć. Pamiętaj, psychiatrzy są lekarzami pierwszego kontaktu – nie jest potrzebne skierowanie do nich. Pamiętaj jednocześnie, że wszystkie usługi związane z leczeniem psychoz w

placówkach służby zdrowia (szpitale, oddziały psychiatryczne, Poradnie Zdrowia Psychicznego), które mają kontrakty z kasami chorych, są bezpłatne. Jednocześnie prawie wszystkie leki normotymiczne, antydepresyjne i antypsychotyczne są za darmo, albo na tzw. Ryczałt.

- ✓ **Nauczysz się jak najwięcej o chorobie afektywnej dwubiegunowej** – będziesz brał udział w sesjach psychoedukacji, przeczytasz ten albo inny podręcznik o chorobie afektywnej dwubiegunowej.
- ✓ **Będziesz zachęcał chorego do przyjmowania leków, lub do konsultacji z lekarzem w razie wątpliwości związanych z terapią.**
- ✓ **Będziesz zauważać „zwiastuny nawrotu”** – nie ignoruj ich, szczególnie zaburzeń snu.
- ✓ **Będziesz starał się zauważać „zwiastuny samobójstwa”** – większość chorych mówi o swoich myślach samobójczych, nie ignoruj ich. Jednocześnie pamiętaj, iż u nawet co piątej osoby z chorobą afektywną dwubiegunową może dojść do samobójstwa. Tendencje samobójcze są efektem nawrotu choroby (depresji, stanu mieszanego) i ustąpią wraz z ustąpieniem objawów choroby. Uświadom choremu, że samobójstwo jest stratą dla wszystkich, a nie rozwiązaniem jego i Twoich problemów. W sytuacji silnych tendencji samobójczych wezwij pogotowie ratunkowe (tel.999), a nie szukaj psychiatry, który opiekuje się chorym.
- ✓ **Negocjuj z chorym sposoby rozwiązywania kryzysów** – zarówno związanych z psychozą, jak i z nią nie związanych.
- ✓ **Nie oczekuj zbyt szybkiej poprawy, ale też nie traktuj choroby, jako nieuleczalnej choroby.** Nie izoluj chorego, ale jednocześnie nie bądź za bardzo opiekuńczy. W czasie remisji większość chorych może funkcjonować w różnych rolach życiowych (członka rodziny, przyjaciela, pracownika, ucznia, studenta) jak normalne, aktywne osoby.

Jeśli tylko możesz uczestnicz w grupach samopomocy dla chorych na choroby afektywne i ich rodzin – na spotkaniach takich grup dowiesz się jak inni poradzili sobie z Twoimi aktualnymi problemami.