

6. Tulburarea bipolară

Tulburarea bipolară este o modificare biologică, cu simptome bine precizate, ce produce suferință atât celor în cauză, cât și apropiaților.

În esență, este rezultatul unei modificări a mecanismelor ce reglează dispoziția.

Tulburarea bipolară este o afecțiune psihică în care persoana trece prin:

- episoade de dispoziție foarte „joasă”- episoade depresive,
- prin episoade de dispoziție crescută, „ridicăta” – episoade maniacale/hipomaniacale.
- Între episoade, adică cea mai mare parte din viața sa, persoana se comportă și se simte normal.

Cu tratamentul adecvat, poate fi împiedicată apariția de noi episoade și menținut un echilibru stabil între stări.

Zona sistemului limbic din creier are rolul unui adevărat „barometru” al dispoziției, similar termostatlui. Păstrează stările în limite constante și activează structurile necesare menținerii echilibrului. Dispoziția unei persoane tinde să fie reglată de sistemul limbic, în concordanță cu mediul în care trăiește. Oamenii suferă de tulburare bipolară atunci când (sistemul limbic) nu funcționează bine; starea lor de dispoziție devine instabilă, variabilă și independentă de mediul în care trăiesc.

Cauze ce pot declanșa tulburarea bipolară:

În prezent putem spune fără nicio îndoială că tulburarea bipolară are o bază biologică și este transmisă genetic. Teoriile care afirmă că tulburarea bipolară este cauzată de diverși factori psihologici sau sociali (traume din copilărie, relații familiale disfuncționale, trăsături de personalitate) nu mai sunt valide. Acum știm că toți acești factori pot declanșa tulburarea sau o pot înrăutăți, dar nu constituie niciodată cauza ei.

O serie de factori contribuie la tulburare bipolară, inclusiv factori genetici, biochimici și de mediu.

Factorii genetici

Tulburarea bipolară, în special de tip bipolar I (BPI), are o componentă genetică majoră, cu implicarea ANK3, CACNA1C, și genele CLOCK.

Factorii biochimici

Există câteva mecanisme fiziologice implicate în tulburarea bipolară, majoritatea lor situându-se la nivelul neurotransmițătorilor.

Factori neurofiziologici

A fost pusă în evidență o activare crescută în sistemul limbic ventral al creierului. Acesta mediază experiența emoțiilor și generarea de răspunsuri emoționale.

Factori de mediu

În unele cazuri, expunerea la solicitări sau presiuni externe poate contribui la exacerbarea unor predispoziții genetice sau biochimice care stau la baza tulburării. De exemplu sarcina. Este un stres deosebit pentru femeile cu o istorie de tulburare bipolară și crește posibilitatea de psihoză postpartum.

Tulburarea bipolară este cronică și recurentă.

Asta înseamnă că o ai toată viața, chiar dacă nu este la fel de gravă în toate etapele vieții tale, și de asemenea, ca episoadele tind să se repete.

Date epidemiologice

Aproape 4% din populatie sufera de tulburare bipolară. Deși mulți oameni cred contrariul, adevărul este că tulburarea bipolară a existat pe tot parcursul istoriei. Asta înseamnă că este la fel de veche ca și omnia. Prevalența acestei tulburări este similară în toate țările. Asta demonstrează că este o tulburare universală, fără nicio legătură cu contextul cultural sau social. Vârsta de debut a tulburării bipolare variază foarte mult. Pentru ambele tipuri, BPI și BPII, intervalul de vârstă este de la copilărie la 50 de ani. Vârsta medie este de aproximativ 21 de ani. Cele mai multe cazuri de tulburare bipolară încep atunci când indivizii sunt în vârstă de 15-19 ani. Cea de-a doua vârstă cea mai frecventă de debut este de 20-24 ani.

Unii pacienți diagnosticați cu depresie majoră recurentă pot avea, într-adevăr, tulburare bipolară. Continuă să dezvolte primul episod maniacal la peste 50 de ani. Aceste persoane pot avea un istoric familial de tulburare bipolară.

Diferențele legate de sexul persoanei

BP I apare în mod egal la ambele sexe. Cu toate acestea, tulburarea bipolară cu ciclare rapidă (4 episoade/an) este mai frecventă la femei decât la bărbați. Incidența BP II este mai mare la femei decât la bărbați. Cele mai multe studii raportează procente aproape egale între sexe în prevalența TB I. Cu toate acestea, cele mai multe studii raportează un risc crescut la femei pentru BP II / hipomanie, ciclism rapid, și episoade mixte.

Aproximativ 40-50 % din cei care au avut un episod maniacal vor avea un al 2-lea în următorii 2 ani. Rata de recădere (reapariție a unui nou episod) la 4 ani variază între 40 și 87%.

Din fericire, în ziua de azi avem tratamente foarte eficiente, ce țin în frâu tulburarea bipolară. Astfel încât mulți oameni care în trecut ar fi fost nevoiți să-și petreacă o mare parte din viața instituționalizați sau la marginea societății, acum pot avea o viață normală. Cu alte cuvinte, nu mai sunt sclavii tulburării lor.

Mulți pacienți bipolari au o viață socială, familială și sentimentală firească și își pastrează slujbele la fel de bine ca restul populației. De fapt, lista oamenilor cu tulburare bipolară care au schimbat istoria este grăitoare: lideri politici precum Churchill; pictori ca Van Gogh, Gauguin sau Pollock; compozitori străluciți precum Schumann sau Ceaikovski; muzicieni de jazz precum Charles Mingus; scriitori de mare profunzime, precum Virginia Woolf, Hemingway, Baudelaire, Herman Hesse ori Edgar Allan Poe.

Trebuie să începem să gândim și să privim tulburarea bipolară ca orice altă boală cronică. Boli precum astmul sau diabetul, nimic mai mult sau mai grav. Asta pentru că în cea mai mare parte, tulburarea poate fi ținută în frâu printr-o medicație adecvată și prin urmărirea cu strictețe a recomandărilor comportamentale.

Factorii declanșatori ai unei tulburări bipolare

Cauzele tulburării bipolare sunt genetice și biologice, însă acestea pot rămâne latente mult timp în absența unor condiții care să le declanșeze. Pe de altă parte, doar prezenta factorilor declanșatori nu este suficientă pentru debutul unui episod, în absența vulnerabilității date de factorii genetici și biologici.

Printre factorii declanșatori se numără:

evenimentele de viață stresante fizic/fiziologic/psihologic; însoțite de pierdere (moartea cuiva drag, pierderea slujbei/casei/statutului economico-social, divorț, etc.) sau nu (născerea unui copil, intrarea la facultate, promovarea la slujbă etc.);

perturbarea ritmului somn – veghe (datorita schimbarii fusului orar, lucratului în schimburi, lucratului de noapte, lucratului în salturi dezordonate, petrecerilor prelungite etc.);
stari fizice/fiziologice deosebite (în sarcina, nastere, consum de substante etc.);
factori psihologici (ostilitatea mediului familial – din copilarie si/sau prezent – manifestata prin critica, agresivitate ori ata?ament sufocant; propriile gânduri, emotii, perceptii, rezultate în urma dezvoltarii într-un mediu negativ etc.);
factori psihosociali (izolarea, lipsa suportului social, perturbarea sau absenta unei vietii sociale ordonate etc.).

Importanta factorilor de stabilizare

Întrucât instabilitatea este disfunctia principala în tulburarea bipolară, factorii de stabilizare devin, practic, un veritabil antidot. Acesta duce la diminuarea recaderilor si la o mai buna calitate a vietii.

Primul factor de stabilizare este medicatia, care are efect reglator asupra cauzelor de fond ale tulburarii. Dar cum factorii declansatori apar la tot pasul în viata, pe lângă medicatie sunt necesare si masuri de natura psihologica si sociala. Asigurarea prezentei factorilor de stabilizare care sa ajute corpul în încercarea sa de a mentine ritmuri organizate ale somnului, apetitului, energiei si tonusului.

Factorii de stabilizare psihosociali si psihologici sunt:

- ordonarea ritmurilor zilnice (somn – veghe; activitate – inactivitate; masa; functii fiziologice);
- împacarea cu sine (parcurerea perioadei de doliu psihologic dupa pierderile semnificative; constientizarea si ameliorarea gândurilor negative).
- refacerea si mentinerea relatiilor interpersonale (suport social, prieteni, parteneri de cuplu etc.).
- exersarea abilitatilor de rezolvare de probleme (gasirea solutiilor individuale);
- managementul stresului (tehnici de relaxare etc.).

Simptomele depresiei în tulburarea bipolară

Caracteristica esentiala a episodului depresiv este:

- implica o perioada de cel putin 2 saptamâni
- în care 5 (sau mai multe) din urmatoarele simptome au fost prezente cea mai mare parte din zi,
- în majoritatea zilelor.
- Ele trebuie sa reprezinte o schimbare fata de nivelul anterior de functionare.
- Cel putin unul dintre simptome este fie (1) dispozitie depresiva sau (2) pierderea interesului sau a placerii.

- Dispozitie depresiva

În cea mai mare parte a zilei, aproape în fiecare zi. Aceasta este indicata fie de relatarea subiectiva (Ex: „ma simt trist sau gol în interior”) sau de observatiile facute de altii (de exemplu: „pare înlacrimat”).

- Interes sau placere marcat diminuate

Fata de toate sau aproape toate activitatile pe aproape toata durata zilei, aproape în fiecare zi (dupa cum indica pacientul sau dupa observatiile altora).

- Pierdere semnificativa în greutate

În absenta unui regim de slabire sau crestere în greutate. Ex: o schimbare de peste 5% din greutatea corporala într-o luna, scaderea sau cresterea apetitului alimentar înregistrata aproape în fiecare zi.

- Insomnie sau hipersomnie aproape în fiecare zi.
- Agitatie sau retard psihomotor aproape în fiecare zi

(observabile si de catre altii, nu doar senzatia subiectiva de neliniste sau lentoare).

- Oboseala sau lipsa de energie aproape în fiecare zi.
- Sentimente de devalorizare sau vinovatie inadecvata

(care poate fi deliranta) aproape în fiecare zi, nu doar auto-reprosuri sau vinovatie în legatura cu starea de boala.

- Capacitate de gândire sau concentrare diminuate

Sau indecizie, aproape în fiecare zi (fie prin relatari subiective sau relatari facute de altii).

- Idei recurente de moarte

Nu doar frica de a muri, ideatie suicidara recurenta fara un plan specific sau o tentativa de suicid, sau un plan specific de a comite suicid.

Simptomele maniei si hipomaniei in tulburarea bipolară

Tulburarea bipolară este o alternanta a episoadelor depresive, cu fazele asimptomatice si cu episoadele de euforie. Cele din urma se numesc „manie” sau „hipomanie”, în functie de intensitatea lor.

Mania este o stare de dispozitie ridicata sau de iritabilitate persistenta si nefireasca. Este caracterizata de urmatoarele simptome: stima de sine crescuta, nevoie de somn scazuta, logoree, gândire rapida; persoana este usor de distras, agitatie psihomotorie; subestimarea riscului si implicarea în activitati placute, ce pot avea consecinte potential grave. Nu este nevoie ca toate aceste simptome sa fie prezente. Asa cum poate exista depresie fara tristete, poate exista si manie în care iritabilitatea si furia sa puna complet în umbra fericirea.

Simptome manie

Cu toate acestea, trebuie sa recunoastem ca unul din cele mai frecvente simptome clasice ale episoadelor maniacale este stima de sine sporita. Poate însemna de la lipsa auto-criticii, pâna la ideea de grandoare evidenta, ce atinge proportii delirante.

Vorbirea este, în mod tipic, logoreica, rapida si greu de întrerupt. Persoana vorbeste de obicei tare. Lucrurile spuse sunt, de obicei, mai multe glume, replici si remarci relativ amuzante. Daca dispozitia este predominant iritabila, discursul va fi plin de plângeri, reclamatii, comentarii ostile. Ideile delirante de grandoare sunt un lucru comun. (convingerea existentei unei relatii personale speciale cu Dumnezeu sau cu o figura politica, religioasa, etc).

Simptome psihotice

În timpul fazelor maniacale tind sa apara simptome psihotice. Acestea sunt de doua tipuri:

halucinatii (percepaii fara un obiect care sa le justifice, adica vederea unor lucruri sau oameni, auzirea de voci etc.);

deliruri (mai mult sau mai putin absurde; ori convingeri nefondate ce sfideaza orice ratiune. Ex. Convingerea ca esti fluent într-o limba pe care n-ai studiat-o niciodata, convingerea ca esti urmarit de KGB, etc).

Întotdeauna tinde sa existe o nevoie scazuta de somn. Persoana afectata se trezeste, de regula, cu câteva ore mai devreme decât de obicei, simtindu-se plina de energie. Când

tulburarea de somn este grava, persoana poate sta câteva zile la rând fara sa doarma si fara sa se simta obosita.

Iritabilitatea sau incapacitatea de a accepta opinii si afirmatii contrare celor proprii nu sunt deloc neobisnuite. Acest lucru poate conduce la abuzuri verbale sau fizice împotriva obiectelor (spargând lucruri) sau a oamenilor.

Viteza de gândire sporita

Un alt simptom clasic este viteza de gândire sporita, pe care unii pacienti au definit-o ca „privitul la doua sau trei canale TV deodata”. Gândurile tind sa apara mai rapid decât pot fi puse în cuvinte sau chiar înțelese, iar gândirea poate fi complet dezorganizata.

Adesea, simptome precum expansivitatea, optimismul fara motiv, grandoarea si slaba judecata pot conduce la implicarea neglijenta în activitati placute, cum ar fi:

- activitati sexuale excesive sau întâmplatoare
- condus cu viteza
- cumparaturile fara limite
- investitii economice nerealiste (precum acumularea multor lucruri deloc necesare: antichitati scumpe, 20 de perechi de pantofi etc.).

Rolul medicatiei si al psihoterapiei

Obiectivele esentiale ale tratamentului tulburarii bipolare sunt reducerea numarului si severitatii episoadelor de orice polaritate, prelungirea perioadelor eutimice si întarirea stabilitatii lor si îmbunatatirea calitatii vietii.

Pentru atingerea acestor obiective contribuie deopotriva farmacoterapia, ca tratament de baza continuu, prin actiunea sa directa si relativ imediata asupra creierului, dar si interventiile psihosociale (psihoeeducatia si psihoterapia). Acestea întaresc efectele medicatiei si ajuta la formarea de abilitati ce permit persoanei sa aiba o viata cât mai satisfacatoare.

Rolul farmacoterapiei

Medicatia are un rol fundamental în tratarea tulburarii bipolare, întrucât actioneaza direct asupra stabilizarii cerebrale. Tipul medicatiei depinde de aria de tratament pe care trebuie sa o acopere:

- tratamentul maniei acute (stabilizatori de dispozitie, benzodiazepine pentru somn, antipsihotice pentru stabilizarea dispozitiei si remisia elementelor psihotice)
- tratamentul maniei acute (stabilizatori de dispozitie, benzodiazepine pentru somn, antipsihotice pentru stabilizarea dispozitiei si remisia elementelor psihotice);

Rolul tratamentului psihologic

Tratamentul medicamentos reprezinta baza interventiilor în tulburarea bipolara. O schimbare importanta a aparut însa în ultimii 10 ani, atunci când vine vorba de recomandarile de tratament din ghidurile internationale. Interventiile psihologice au devenit o parte indispensabila în tratamentul de succes din tulburarea bipolara. Sunt forme specifice validate stiintific de tratament suplimentar, pe lângă cel medicamentos. Un numar mare de studii efectuate în ultimii 10 ani au aratat ca aduc beneficii concrete în toate etapele de tratament ale tulburarii bipolare. mai mult

Psihoeeducatia pentru tulburarea bipolara

- Este cea mai recomandata metoda de interventie psihosociala, aplicabila atât individual, dar si în sesiuni de grup de 9, 12, 21 saptamâni, cu/fara membrii familiei.

- Pacientii afla informatii legate de tulburarea bipolară, cauze, tratament, prevenirea apariției de noi episoade pe baza depistării semnelor precece, regularitatea stilului de viață.

- Cea mai studiată (din 2003) este metoda dezvoltată de profesorii de psihiatrie Dr. Colom și Dr. Vieta, de la Universitatea de Medicină din Barcelona, Spania și care au dezvoltat și un manual standardizat de aplicare, publicat în 2006.

Studii

Numeroase studii și meta-analize au dovedit eficiența metodei în mod repetat. Câteva dintre cele mai importante rezultate:

- Scade numărul de recurențe (23 %, Colom, 2009)
- Crește perioada până la următoarea recădere (Colom, 2009)
- Scade numărul de spitalizări (Candini, 2013)
- Scade numărul de zile de spitalizare (Candini, 2013, Colom, 2013)
- Scade numărul de zile petrecute în episod acut cu 27 % (Colom, 2009)
- Crește aderența la tratament (Rahmani, 2016)
- Reduce stigmatizarea resimțită (Cuhadar, 2014)
- Normalizează activitatea cerebrală (crește activitatea gir. frontal inferior, scade activitatea hipocamp drept) (Favre, 2013)
- Crește nivelul de funcționare (Kurdal, 2014)

Terapia interpersonală și a bioritmurilor sociale (IPSRT)

Este singura formă de psihoterapie dezvoltată specific pentru tratamentul tulburării bipolare de către Dr. Ellen Frank, profesor la Universitatea de medicină din Pittsburgh, SUA. Ea este derivată din terapia interpersonală (Klerman, Weissman) și este bazată pe efectele negative ale dereglărilor ritmului circadian și ale relațiilor interpersonale asupra dispoziției (zeitgeber social). Este o terapie de durată medie (3-6 luni), individuală, cu accent pe automonitorizarea dispoziției și regularizarea stilului de viață, precum și pe rezolvarea problemelor relaționale interpersonale. Istoricul de boală se corelează cu aspecte personale pentru a găsi factorii declanșatori ai episoadelor, specifici fiecărui pacient.

Se completează un jurnal de dispoziție

Un tabel săptămânal care urmărește variația dispoziției, orarul de somn, de relaționare socială, activitatea fizică și evenimentele sociale. Pe baza acestuia, se stabilesc corelații între aspectele interpersonale (dispute/tranzitii de rol, doliu/pierdere, conflicte, izolare), aspecte de bioritm (modificări de orar de somn, supra/substimulare) și modificările de dispoziție săptămânale.

Alături de rolul declanșator al acestor evenimente și variații de bioritm în apariția de episoade din trecut, este analizat și un plan de evităre a unui nou episod, elaborat pentru fiecare situație în parte. Se abordează în terapie strategii de regularizare a stilului de viață, modificare a aspectelor corelate mai sus, reglarea relațiilor interpersonale și cel mai important, se abordează intens acceptarea tulburării și „doliul după Sinele sanatos”.

Deși recomandările internaționale pun accentul pe medicație cronică și pe intervenții psihologice, în România tratamentul acestei tulburări frecvente este aproape exclusiv medicamentos.

Evaluări recente ale eficienței comparative a acestor abordări psihologice (Miklowitz DJ, 2014) au stabilit că cele mai de succes sunt programele de îngrijire sistematică și coordonată, psihoeducația (Colom, Vieta), terapia interpersonală și a bioritmurilor sociale (Ellen Frank

2005), terapia cognitiv-comportamentala si terapia de familie.

Meta-analizele recente (Colom, Vieta, 2007) arata o reducere cu peste 40% a ratei de recadere pentru pacientii cu tulburare bipolară care adauga la tratamentul medicamentos interventii de psihoeducatie si training de depistare si management precoce al episoadelor depresive si maniacale/hipomaniacale.