



Wpływ systemu rodzinnego na proces diagnostyczny pacjentki z chorobą afektywną dwubiegunową

Impact of the family system on the diagnostic process in a patient with bipolar affective disorder

KRZYSZTOF KRYSTA, BARTŁOMIEJ JANAS, EWA GRUDZIŃSKA,
AGNIESZKA SKRZYPULEC, SEWERYN SEGIET, JACEK PRZYBYŁO

Klinika Psychiatrii i Psychoterapii, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice

STRESZCZENIE

Cel. Analiza wpływu systemu rodzinnego na rozpoznanie i terapię pacjentki z chorobą afektywną dwubiegunową (ChAD).

Przypadek. 32-letnia pacjentka cierpiąca z powodu ChAD, pięciokrotnie hospitalizowana psychiatrycznie, jest leczona farmakologicznie oraz bierze udział w psychoterapii grupowej i indywidualnej. Pozostaje pod wpływem systemu rodzinnego opartego na współzależności, który wykształcił u niej cechy osobowości zależnej i jest silnie związany z nawrotami choroby o nietypowym przebiegu, z występowaniem stanów mieszanych. W terapii pacjentki najwłaściwsze okazało się połączenie farmakoterapii z psychoterapią dostosowaną do jej wyjątkowych potrzeb.

Komentarz. Opisany przypadek wskazuje na podstawowe znaczenie indywidualnego podejścia do pacjenta i potrzebę stworzenia elastycznych wytycznych diagnostycznych, uwzględniających stany pośrednie.

SUMMARY

Objective. An analysis of the family system influence on the diagnosis and therapy of a female patient with bipolar affective disorder.

Case report. The 32-year-old woman suffering from bipolar affective disorder, with a history of five previous psychiatric hospitalizations, receives pharmacotherapy and participates in group and individual psychotherapy sessions. Remaining under the influence of her family system based on co-dependence she has developed the dependent personality traits. There is a strong association between the family system influence and relapses of her bipolar disorder with atypical course and occurrence of mixed states. In the management of the patient a combination of pharmacological treatment with psychotherapy tailored to meet her exceptional needs turned out to be most effective.

Commentary. The reported case confirms the importance of individually tailored therapeutic approach and the need for developing flexible diagnostic guidelines that would provide for intermediate conditions.

Słowa kluczowe: choroba afektywna dwubiegunowa / system rodzinny / depresja

Key words: bipolar affective disorder / family system / depression

Zaburzenie dwubiegunowe definiuje się jako nawracające okresy podwyższonego i obniżonego nastroju, przyspieszonego i zwolnionego toku myślenia oraz zmiennej aktywności [1]. Jeśli w czasie tego samego epizodu dochodzi równocześnie do występowania objawów maniakałnych lub hipomaniakałnych z depresyjnymi można mówić o tzw. stanach mieszanych. Klasyfikacja DSM-IV wyróżnia cztery podstawowe typy zaburzeń afektywnych dwubiegunowych [2]. W typie I, klasycznym występujące obok depresji okresy maniakałne cechują się dużym nasileniem objawów i kilkumiesięcznym czasem trwania. Zaburzenie afektywne typu II różni się łagodnym nasileniem objawów (hipomania) i krótkim czasem trwania epizodów (do trzech tygodni). Typ określanej jako *rapid cycling* cechuje się występowaniem 4 lub więcej okresów de-

presji lub manii w ciągu roku. Taki przebieg jest traktowany jako odmiana postaci klasycznych, choroba może w taki sposób przebiegać od samego początku lub z nieznanymi przyczynami – po kilku lub kilkunastu latach przebiegu klasycznego. Ostatnim, czwartym typem jest typ sezonowy – częściej dziś kojarzony z depresją nawracającą sezonowo, choć początkowo został wprowadzony do opisu przebiegu zaburzenia dwubiegunowego, w którym depresje występują w miesiącach jesienno-zimowych a wzmożone samopoczucie wiosną i latem.

Powyższy podział należy uzupełnić o koncepcję spektrum ChAD. Akiskal w 1999 roku przedstawił 7 podtypów spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej (I – IV oraz wartości pośrednie, np. I 1/2), gdzie głównym kryterium było nasilenie objawów

związanych ze wzmożonym nastrojem [3]. Ghaemi i wsp. (2001) zaproponowali koncepcję węższą, gdzie do spektrum ChAD należy zakwalifikować wszystkie przypadki plasujące się pomiędzy ChAD II a okresowo nawracającą depresją. Pierwsze wprowadzone kryterium nawiązuje tu do znanego klinicytom faktu, że zespół depresyjny jest najczęstszym sposobem ekspresji choroby afektywnej dwubiegunowej i głównym powodem zgłaszania się chorego do lekarza. Następne wymogi diagnostyczne to: niespełnienie kryteriów dla ChAD typu I lub II, możliwość predyspozycji do wystąpienia zaburzenia dwubiegunowego (rodzinnej lub wyzwolonej przez leki przeciwdepresyjne) [4].

Ze względu na różnorodny obraz zaburzeń w przebiegu ChAD w procesie diagnostycznym bardzo istotne jest podejście zindywidualizowane, które powinno jednak zachowywać zgodność z międzynarodowymi wytycznymi.

OPIS PRZYPADKU

Obecnie 32-letnia pacjentka została skierowana do oddziału w październiku 2007, w wieku 31 lat. Chora od 11 lat cierpi na powtarzające się, średnio 3-miesięczne epizody depresyjne, stany subdepresyjne i pojawiające się okresowo stany manii i hipomanii. Dotychczasowe epizody manii wiązały się z nasileniem konfliktów w rodzinie, podobnie jak okresy depresji, które często pokrywały się czasowo z trudnościami na studiach i w pracy. Pierwszym odnotowanym epizodem choroby był epizod depresyjny po zakończeniu pierwszego roku studiów. Po ok. 2 miesiącach wystąpił epizod manii, a pacjentkę pierwszy raz hospitalizowano. W 1998 r. rozpoznano ChAD – od tej pory uczęszczała nieregularnie do poradni zdrowia psychicznego, przeważnie w okresach manii. W czasie wieloletniego leczenia pacjentka była pięciokrotnie hospitalizowana, jednokrotnie wystąpiły myśli samobójcze. Przyjmowała regularnie lek normotymiczny (karbamazepina), w przypadku utrzymującego się obniżenia nastroju stosowano lek z grupy SSRI (dobrze tolerowana była paroksetyna). Aktualnie, ze względu na jej mniejszą toksyczność w przypadku ciąży (na której pacjentce zależy), przyjmuje kwetiapinę, natomiast w momencie rozpoczynającego się epizodu manii/hipomanii – olanzapinę. Chora korzystała z psychoterapii indywidualnej. Istotną cechą macierzystego systemu rodzinnego, z którym pacjentka nadal mocno się identyfikuje, są związki oparte na współzależnościach, tak alkoholowym, jak i emocjonalnym. Obecnie mieszka poza domem, wraz z wieloletnim partnerem. Ma 27-letniego brata uzależnionego od alkoholu i substancji narkotycznych oraz matkę, z którą pozostaje w konflikcie, i babcię, która wg pacjentki rozładuje

napięcie w systemie rodzinnym. Ojciec pacjentki był alkoholikiem, zmarł przed 20 laty. Matka jest opisywana przez pacjentkę jako osoba dominująca, autorytatywnie narzucająca swoją wolę. Prawdopodobnie w początkowym stadium małżeństwa pozostawała w silnym współzależności. Jednocześnie można założyć, że po pojawieniu się pierwszego dziecka (pacjentki) w systemie rodzinnym początkowo nastąpiła triangulacja, tzn. ojciec pacjentki przesunął się na pozycję outsidera w stosunku do matki i córki [5, 6]. Istotnym zdarzeniem w systemie rodzinnym pacjentki była śmierć ojca. Pacjentka miała wtedy 12 lat, a jej brat 7. Efektem było zaburzenie specyficznej homeostazy systemu rodzinnego i aktywacja mechanizmów wyrównawczych. Matka pacjentki jako osoba współzależniona przypuszczalnie nadal pozostała w roli, jaką pełniła wobec męża (silna, despotyczna) i pojawiła się u niej silna potrzeba, aby – na poziomie świadomym – opiekować się kimś a jednocześnie podświadomie skierować do tej osoby emocje charakterystyczne dla współzależności, zwłaszcza agresję. Z historii choroby pacjentki wynika, iż potrzeba walki i agresja w stosunku do córki stopniowo zaczęła dominować również na poziomie świadomym. Matka jawi się jako osoba szantażująca pacjentkę emocjonalnie, przyczyniająca się do wzmocnienia w niej poczucia winy. Córka stopniowo zajęła więc miejsce ojca – pozycję outsidera. Nastąpiła kolejna triangulacja i na pozycjach insiderów znalazły się matka i babka, a na pozycji outsidera – córka. Matka demonstrowała także postępujący brak akceptacji wobec syna, więc jej rolę w stosunku do brata coraz wyraźniej przejmowała pacjentka. Tym samym powstał konflikt z matką, od której chora jest jednocześnie uzależniona. Podobną rolę przejęcia odpowiedzialności podjęła pacjentka w stosunku do swojego partnera, którego opisuje jako niedojrzałego emocjonalnie, nieodpowiedzialnego. Według wywiadu mężczyzna jest uzależniony od własnej matki, przez pewien czas był utrzymywany przez pacjentkę, uchyla się od odpowiedzialności (nie jest skłonny do małżeństwa, nie podziela pragnienia pacjentki posiadania dzieci). Matka nie akceptowała związku, przez co chora może czuć podświadomie brak akceptacji (choć w rozmowach często przyznaje, że matce zależy na niej i jej szczęściu). Chora od dłuższego czasu wyraża pragnienie posiadania dziecka, co nie spotyka się z przychylnym nastawieniem matki i partnera. W kwietniu 2008 chora za zgodą lekarza odstawiła leki, gdyż planowała ciążę, niestety pogorszenie nastroju wymusiło powrót do farmakoterapii.

U pacjentki można zaobserwować charakterystyczne cechy ChAD: początek choroby po 20 r.ż., pierwszym udokumentowanym epizodem była depresja, pacjentka ujawnia cechy osobowości cyklotymicznej [2]. Zespoły depresyjne i hipomaniakalne występują

naprzemienne, ze średnią długością fazy depresyjnej ok. 3 miesiące. Występuje rodzinna skłonność do zaburzeń psychicznych – matka jest leczona w z powodu zaburzeń depresyjnych, ojciec cierpiał na zespół uzależnienia od alkoholu, brat podobnie – jest uzależniony od opiatów. Zachodzi nawet możliwość, iż nadużywanie substancji psychoaktywnych jest w jego przypadku próbą samoleczenia ChAD [7]. W przebiegu leczenia udało się uzyskać 8-miesięczną stabilizację stanu psychicznego w 2000 r., zaś w 2008 r. przez 3 miesiące pacjentka czuła się na tyle dobrze, iż obywatła się bez leków, jednak z powodu obniżenia nastroju konieczna była hospitalizacja i ponowne włączenie leków przeciwdepresyjnych, zaś 2 tygodnie po wypisie chora zgłosiła się do poradni z objawami stanu mieszanego (obniżenie nastroju i skłonność do dysforyi połączone ze wzmożonym napędem psychoruchowym i przyspieszeniem toku myślenia). W momencie kończenia obserwacji stan pacjentki poprawił się a wybrana forma psychoterapii (psychodynamiczna) przyniosła dostrzegalną korzyść. Pacjentka pozostaje pod opieką poradni zdrowia psychicznego i przyjmuje leki. Nastąpiła wyraźna poprawa jej relacji interpersonalnych i sytuacji rodzinnej – pacjentka rozstała się z niedojrzałym emocjonalnie partnerem, rozluźniła więź z matką i podjęła stałą pracę.

KOMENTARZ

Istotną, wręcz spajającą cechą rodziny pacjentki – nie pozwalającą na trwałą i realną separację – są powtarzające się uzależnienia emocjonalne kolejnych jej członków. Jednym z założeń systemowego rozumienia rodziny jest, że objaw psychopatologiczny jest jednocześnie konkretnym komunikatem [5, 6]. Występujące u chorej biegunowo różne stany psychiczne mogą pokazywać głęboki konflikt pozostawiania w podwójnych, przeciwstawnych rolach w systemie rodzinnym: outsidera w stosunku do matki i opiekunki dla brata i partnera. Pozostawianie tylko w jednej z tych ról mogłoby spowodować poważne problemy emocjonalne. Pacjentka jest ponadto, mimo prób separacji, nadal mocno związana z matką więzami lojalności rodzinnej, działającymi na nieświadomym poziomie, podczas gdy pacjentka pozostaje z matką w ciągłym konflikcie o zmiennym nasileniu. Kwestia ta mogłaby być przepracowana przez pacjentkę w momencie kiedy sama zostałaby matką, jednakże wybór partnera (uwarunkowany przez aktualną podwójną rolę chorej) ograniczał tę możliwość rozwoju. Wyraźna jest zależność między pogarszaniem się stanu psychicznego pacjentki a sytuacją w rodzinie. Funkcjonowanie pacjentki w tej rodzinie cechował brak poczucia bezpieczeństwa oraz wzmożona czujność. Było to konieczne

do utrzymania poczucia kontroli zapewniającej wystarczającą redukcję lęku. W sytuacjach, gdy konflikt w relacjach w systemie się nasilał, spadało poczucie utrzymywania kontroli, narastał lęk i pojawiają się objawy charakterystyczne dla fazy depresyjnej. Napięcia emocjonalne towarzyszące kryzysom rodzinnym częściej skutkowały obniżeniem nastroju, jednak w pewnych sytuacjach pacjentka uruchamiała prymitywne obrony psychotyczne objawowo zbliżone do fazy maniakalnej. Jednocześnie system rodzinny wykształcił u pacjentki cechy osobowości zależnej: nadmierną obawę przed porzuceniem i osamotnieniem (trudności w przerwaniu związku z partnerem), uległość wobec wymagań innych ludzi, nadwrażliwość na stresy (pogorszenie stanu w okresach egzaminacyjnych), trudności z wypełnianiem codziennych zadań, brak inicjatywy i samodzielności (w fazie depresyjnej). Można też zaobserwować kilka cech osobowości *borderline*: stałe uczucie pustki wewnętrznej, zaburzone poczucie tożsamości przy dobrym ogólnym przystosowaniu społecznym. Należy zauważyć, że zaburzenie dwubiegunowe typu II i osobowość cyklotymiczna (znaczną niestabilność nastroju, myślenia i zachowania) mogą współistnieć, zwiększając częstość występowania samobójczych i ryzykownych zachowań oraz nadużywania substancji psychoaktywnych [1]. Kombinacja ta sprzyja również niestabilnemu przebiegowi ChAD typu II, co powoduje, że można omyłkowo rozpoznać zaburzenia osobowości z pogranicza cechujące się znaczną niestabilnością przebiegu [1]. Koncepcja spektrum ChAD omówiona we wstępie (w którym pacjentka niewątpliwie się mieści) bardzo ułatwia w opisywanym przypadku rozpoznanie, gdy pojawiły się wątpliwości diagnostyczne z powodu skomplikowanego systemu rodzinnego i współwystępowania cech osobowości zależnej. Jak wskazują doniesienia z literatury, nie można wykluczyć, że postaci choroby, które to spektrum obejmuje, mogą stanowić temat rozważań ekspertów przy przygotowywaniu nowej klasyfikacji DSM-V [8]. Opisany przypadek pokazuje jak dużą trudność sprawia zamknięcie konkretnych zaburzeń psychicznych w ramy diagnostyczne i co za tym idzie, wybór właściwej terapii. Na etapie diagnostycznym, ze względu na występowanie charakterystycznych cech osobowości oraz specyfikę systemu rodzinnego, pojawiła się możliwość rozpoznania alternatywnego w stosunku do ChAD – osobowości zależnej. W trakcie dalszej diagnostyki zrezygnowano jednak z tego rozpoznania na korzyść ChAD. Dodatkowymi argumentami przemawiającymi za tą diagnozą była typowa dla ChAD reakcja pacjentki na leki (karbamazepina, leki antydepresyjne) a także powtarzające się cykle depresja – hipomania/mania.

Utrudniające diagnozę nietypowe stany mieszane występujące u pacjentki (objawy obniżonego nastroju

i podwyższonego napędu w tym samym czasie) to częsty element przebiegu zaburzeń, mieszczących się w spektrum ChAD [3, 4, 8]. Mimo jednak rozpoznania ChAD typu II, uwarunkowania rodzinne a także cechy osobowości mają niebagatelny wpływ na terapię. Farmakoterapia pozostaje taka sama jak w przypadku klasycznego przebiegu ChAD, wybór metod psychoterapeutycznego postępowania z pacjentką musiał jednak zostać dostosowany do specyfiki przebiegu jej choroby i różni się zarówno od metod postępowania w klasycznym ChAD, jak i od postępowania zwykle przyjmowanego w przypadku rozpoznaniu zaburzenia osobowości. W przypadku ChAD metodą postępowania psychoterapeutycznego o udowodnionej skuteczności jest terapia behawioralno–poznawcza, dobre efekty przynosi też terapia interpersonalna [1, 5, 9, 10]. W przypadku depresji w przebiegu ChAD typu I i II – odmiennie niż w epizodzie dużej depresji – znacznie częściej występują objawy behawioralne (np. utrata energii, nadmierna senność) niż poznawcze (np. niska samoocena). W trakcie psychoterapii pacjent uczy się, w jaki sposób rozpoznawać nadchodzący epizod manii, co pozwala mu w odpowiednim momencie zgłosić się po niezbędną pomoc lekarską. Ponadto wpaja się pacjentowi wzorce zachowań ograniczających destruktywne skutki epizodu maniakalnego lub hipomanii. Terapia poznawczo-behawioralna nie jest jednak wystarczająca w przypadku zaburzeń osobowości; tacy pacjenci wymagają długoterminowej, głębokiej psychoterapii wglądowej – zorientowanej na dotarcie do przyczyn zaburzonej osobowości, które najczęściej są związane z systemem rodzinnym. Farmakoterapia w przypadku zaburzeń osobowości jest najczęściej ograniczona do leczenia objawowego. Z racji zaburzonego systemu rodzinnego opisywanej pacjentki, zdecydowano się na długoterminową psychoterapię

wglądową zamiast terapii poznawczo-behawioralnej, pomimo rozpoznanego ChAD i zastosowania (z pozytywnym rezultatem) leczenia farmakologicznego odpowiedniego do tego rozpoznania. Analizując problemy diagnostyczne oraz proces leczenia opisywanej pacjentki należy zwrócić uwagę na znaczenie indywidualnego podejścia do chorego i potrzebę uwzględnienia kontekstu społecznego i rodzinnego w diagnostyce i terapii osób chorujących na ChAD.

PIŚMIENNICTWO

1. Benazzi F. Bipolar disorder-focus on bipolar II disorder and mixed depression. *Lancet*. 2007; 369: 935–945.
2. Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J. (red) *Psychiatria*. Tom II. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner; 2003. s.349–350.
3. Akiskal H S. The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders: beyond DSM-IV. *J Clin Psychopharmacol*. 1996; 16: 4–14.
4. Ghaemi SN, Ko JY, Goodwin FK. The bipolar spectrum and the antidepressant view of the world. *J Psychiatric Practice*. 2001; 7: 287–297.
5. *Psychoterapia*. Teoria. Tom I. Grzesiuk L. red. Warszawa: Eneteia – Wydawnictwo Psychologii i Kultury; 2005. s. 133–174, 189–195.
6. De Barbaro M, Drożdżowicz L, Józefik B, Kołbik I, Ostoja-Zawadzka K. W: *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*. de Barbaro B. red. Kraków: Wydawnictwo CMUJ; 1999. s.31–45, 78–85.
7. Sonne SC, Brady KT. *Bipolar Disorder and Alcoholism*. <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh26-2/103-108.htm>; 2002.
8. Rybakowski J. Koncepcja spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej. *Psychiatria*. 2008; 5: 75–82.
9. Lam DH, Watkins ER, Hayward P, Bright J, Wright K, Kerr N, Parr-Davis G, Sham P. A randomized controlled study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder: outcome of the first year. *Arch Gen Psychiatry*. 2003; 60: 145–152.
10. Frank E, Kupfer DJ, Thase ME, Mallinger AG, Schwartz HA, Fagiolini AM, Grochocinski V, Houck P, Scott J, Thompson W, Monk T. Two-year outcomes for interpersonal and social rhythm therapy in individuals with bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 62: 996–1004.

Wpłynęło: 12.01.2010. Zrecenzowano: 08.03.2010. Przyjęto: 01.08.2011.

*Adres: dr Krzysztof Krysta, Katedra i Klinika Psychiatrii i Psychoterapii ŚUM,
ul. Ziółowa 45/47, 40-635 Katowice, tel/fax 32-205 92 60, e-mail: krysta@mp.pl*