

Zaburzenia afektywne – informacje dla rodzin pacjentów

dr n. med. Joanna Borowiecka-Kluza¹, dr n. med. Marcin Siwek^{1,2}
Katedra Psychiatrii CM UJ w Krakowie

Co to jest choroba afektywna?

Zaburzenia afektywne (*affective disorder*) to wspólna nazwa obejmująca wiele różnych zaburzeń psychicznych, w których na pierwszy plan wysuwają się m.in. chorobowe zmiany nastroju, na przykład nadmierne jego obniżenie („depresja”) lub podwyższenie („mania/hipomania”). Zmianom tym towarzyszą liczne inne objawy (np. zaburzenia aktywności, myślenia, zachowania, rytmów biologicznych), które – występując w odpowiednim czasie i konfiguracji – dają obraz choroby afektywnej.

Choroba afektywna jednobiegunowa nazywana jest również zaburzeniem depresyjnym nawracającym lub depresją nawracającą. Rozpoznaje się ją po wystąpieniu co najmniej 2 epizodów depresji (przy pierwszym epizodzie depresji nie rozpoznaje się choroby afektywnej jednobiegunowej). W jej przebiegu występują tylko epizody depresyjne przedzielane okresami remisji, kiedy pacjent nie ma objawów choroby (remisja pełna) lub mają one niewielkie nasilenie (remisja niepełna).

Choroba afektywna dwubiegunowa nazywana jest także zaburzeniem afektywnym dwubiegunowym. W jej przebiegu mogą występować różne rodzaje epizodów chorobowych: depresyjny, maniakalny/hipomaniakalny oraz mieszany (jednocześnie objawy depresyjne i maniakalne/hipomaniakalne). Rozpoznaje się ją, jeśli wystąpią co najmniej 2 epizody chorobowe (w tym co najmniej jeden epizod maniakalny/hipomaniakalny lub mieszany) albo jeden epizod, ale mający postać manii lub hipomanii.

Możliwe czynniki wpływające na rozwój choroby przedstawiono na przykładzie modelu biopsychospołecznego (czynniki biologiczne, psychologiczne, społeczne, środowiskowe) opisanego już w artykułach na temat depresji i choroby afektywnej dwubiegunowej. Wystąpienie i przebieg choroby związane są najczęściej ze współwystępowaniem kilku różnych czynników z wymienionych grup. Dla rodziny i bliskich pacjenta bardzo istotna jest informacja, że nie należy szukać „winnych” czy „odpowiedzialnych” za powstanie choroby afektywnej – nie jest to ani sam chory, ani jego rodzina czy najbliżsi.

Przebieg zaburzeń afektywnych a możliwości radzenia sobie z nimi przez bliskich chorego

Rodziny i bliscy pacjentów z zaburzeniami afektywnymi często pytają lekarza/terapeutę, jak mogliby pomóc choremu w okresie nasilonych objawów chorobowych i w okresie remisji. Chcą wiedzieć, jakie ich wypowiedzi czy zachowania byłyby najbardziej korzystne dla pacjenta. Czasami obawiają się, że ich postępowanie nie tylko nie pomaga, ale wręcz może utrudniać funkcjonowanie chorego. Nie ma jednoznacznych odpowiedzi na tak postawione pytania, zawsze trzeba je odnieść do indywidualnego pacjenta, jego rodziny i konkretnych sytuacji. Poniżej omówiono niektóre z tych problemów w aspekcie wybranych objawów epizodu depresji lub manii/hipomanii, a także okresu remisji po całkowitym lub niemal całkowitym ustąpieniu objawów choroby.

Objawy depresji a możliwości radzenia sobie z nimi przez bliskich pacjenta

W stopniowo nasilającym się epizodzie depresji pacjent zgłasza narastający spadek radości życia aż do jej utraty, smutek, płacz lub niemożność płaczu i obojętność, a także postępujące osłabienie aktywności i energii życiowej, poczucie przewlekłego zmęczenia, trudności z podejmowaniem choćby najprostych decyzji, wykonywaniem prostszych czynności (nawet higienicznych) czy wstaniem z łóżka. Chory skarży się na zaburzenia koncentracji i uwagi, poczucie spowolnienia myślenia, a czasami braku myśli.

Pacjent w depresji to osoba chora, która nie planowała choroby, i nad niektórymi jej aspektami nie jest w stanie samodzielnie zapanować. Cierpi z tego powodu i ma nieadekwatne poczucie winy. To nie jest osoba leniwa, gnuśna, zaniedbująca swoje obowiązki ze złej czy słabej woli, niechętna do współpracy z własnego wyboru, próbująca przerzucić swoje obowiązki na innych, wymawiając się niedyspozycją. To osoba, która naprawdę cierpi z powodu niemożności wykonywania swoich obowiązków i realizacji planów zawodowych, osobistych czy rodzinnych. Słowa: „spróbuj”, „weź się w garść”, „dasz radę”, „jakbyś chciał, to byś mógł” w przypadku nasilonej depresji nie tylko nie pomagają, ale mogą pogłębiać poczucie bezsilności, beznadziejności, niemocy i utraty kontroli nad własnym nastrojem, energią i siłą życiową, nad własnym życiem. Niemożność sprostanania „tak banalnym” wymaganiom stawianym przez rodzinę może pogłębiać i tak już silne depresyjne przekonanie pacjenta o swojej nieudolności, braku umiejętności bycia „przydatnym dla rodziny” i potrzebnym; w konsekwencji może się rozwinąć przekonanie o byciu ciężarem dla bliskich.

Pacjent w depresji to osoba, która nie z własnego wyboru, ale z powodu choroby stopniowo się wycofuje z relacji z innymi ludźmi, zawęża krąg znajomych i najbliższych, z którymi jest jeszcze w stanie utrzymać kontakt, czasami aż do całkowitego unikania kontaktu (internetowego, telefonicznego, słownego czy choćby wzrokowego z kimkolwiek); a jednocześnie, choć często tego w czasie nasilenia objawów choroby nie umie okazać, bardzo tej obecności i wsparcia najbliższych potrzebuje. To bardzo ważna rola rodziny oraz najbliższych, aby ten kontakt z chorym, mimo jego depresyjnej postawy wycofania, utrzymać.

Nie ma „złotej reguły”, jak towarzyszyć choremu w nasilonym epizodzie depresji. W dużym przybliżeniu można przyjąć, że na tym etapie choroby nie jest wskazane ocenianie postępowania pacjenta ani motywowanie go do aktywności, o których mówi, że nie może podjąć (czasami do jakiegokolwiek aktywności), poza pewnymi wyjątkami. Niezależnie od stopnia nasilenia choroby należy motywować pacjenta do kontaktu z lekarzem i podjęcia leczenia farmakologicznego (a stopniowo, wraz z poprawą stanu zdrowia, również innych form leczenia depresji, w zależności od decyzji lekarza prowadzącego). Należy podkreślać swoją obecność przy chorym, zrozumienie sytuacji oraz gotowość do udzielenia mu pomocy.

Czasami w nasilonej, głębokiej depresji konieczna może być pomoc, motywowanie czy nawet nadzorowanie pacjenta w zakresie przyjmowania przez niego leków, posiłków, odpowiedniej ilości płynów czy pomaganie mu w utrzymaniu higieny osobistej. Można także, w zależności od oceny i decyzji lekarza prowadzącego, mówić pacjentowi, że to wszystko, co się teraz z nim dzieje, wynika z choroby, którą można (i należy) leczyć i której skutki są w pełni odwracalne. Jest to o tyle ważne, że bardzo często pacjenci znajdujący się w głębokiej depresji tkwią w przekonaniu, iż zmienili się w sposób trwały i negatywny, że stali się innymi ludźmi i bezpowrotnie utracili swoje wcześniejsze właściwości.

W trakcie leczenia depresji i podczas stopniowej poprawy stanu zdrowia psychicznego lub też w umiarkowanym lub łagodnym nasileniu objawów wskazana jest odpowiednia motywacja pacjenta do podejmowania wybranych form aktywności i ewentualnie towarzyszenie mu w nich. Wskazane może być wówczas uczestnictwo w odpowiednich dla danego poziomu depresji dostępnych zajęciach psychoterapeutycznych czy psychoedukacyjnych i pomocniczych zajęciach aktywizujących czy relaksacyjnych.

Stopień nasilenia objawów, możliwość oraz ewentualna konieczność leczenia i uczestnictwa w zajęciach terapeutycznych (np. w ramach oddziału całodobowego lub dziennego leczenia chorób afektywnych czy oddziału rehabilitacji psychiatrycznej) ocenia lekarz prowadzący. Może on przekazać pacjentowi i jego rodzinie informacje na temat poziomu podejmowanych przez

pacjenta aktywności (w tym m.in. możliwości aktywności zawodowej czy szkolnej).

W nasilającej się depresji u pacjenta mogą się pojawić **tzw. cechy myślenia depresyjnego**, depresyjne widzenie własnej przeszłości, terażniejszości i przyszłości, poczucie własnej bezwartościowości. W ciężkiej depresji takie myślenie bywa znacznie nasilone i mogą wystąpić tzw. urojenia depresyjne (np. urojenia winy, kary, ruiny finansowej, katastrofy). Pacjent jest przekonany, że choroba jest karą za jego decyzje czy postępowanie, czuje się winny, słusznie ukarany. Może być także przekonany, że on i jego rodzina popadli w ruinę finansową, z której się już nie podniosą, że grozi im lub już ich spotkała jakaś katastrofa albo że popełnił rażące błędy, które zaprowadzą go do więzienia albo skończą się wyrzuceniem z pracy w niesławie. Nie widzi nadziei na przyszłość, ma poczucie utraty sensu i celu życia, czasami odczuwa silne pragnienie śmierci. Główną cechą tych myśli jest ich skrajna nieadekwatność, niezgodność z rzeczywistością.

Jeśli pacjent w ciężkiej depresji ma nasilone urojenia depresyjne, to jest przekonany do „swoich racji”, jest ich pewien i jego najbliższym, mimo prób, nie udaje się tego przekonania skorygować, wytłumaczyć mu, że jest inaczej, pocieszyć go. Czasami próby te sprawiają, że pacjent czuje się „niezrozumiany przez nikogo”, samotny „w swoim świecie przekonań”, samotnie „dźwigający ich ciężar” albo staje się wobec bliskich podejrzliwy i jest przekonany, że próbują ukryć przed nim prawdę, pocieszać go w beznadziejnej sytuacji.

W przypadku wystąpienia urojeń depresyjnych również nie ma żadnego „złotego środka”, jednej reguły, jak pomóc pacjentowi. Jedne rodziny próbują przekonywać chorego, że jest inaczej, inne współgrają z jego przekonaniami, jednak nieznacznie je zmieniając („jakoś sobie z tym poradzimy”), jeszcze inne unikają rozmów na dany temat. Niezależnie od sposobu rozmowy i wzajemnej komunikacji dla pacjenta najważniejsza jest przekazana przez najbliższych w jakiegokolwiek formie (niekoniecznie słowami) informacja: „jesteśmy z tobą”, „jestem z tobą”, „jesteś nam potrzebny”. Bardzo ważne jest zachęcanie, motywowanie pacjenta do podjęcia leczenia.

Okres nasilonej depresji to często także, jak już wspomniano, okres braku jakiegokolwiek nadziei na przyszłość, utraty celu i sensu życia, pragnienia śmierci drogą naturalną („chciałbym zasnąć i nigdy więcej się już nie obudzić”). W tym okresie mogą się pojawić również myśli i tendencje samobójcze. Nie zawsze pacjent planuje wcześniej samobójstwo i informuje o tym najbliższych „w swoim wołaniu o pomoc”. Może taką decyzję podjąć impulsywnie, nagle. W takich przypadkach bardzo ważne jest, by został pilnie (ponownie) zbadany przez lekarza (najlepiej psychiatrę, ale niekoniecznie – ważny jest jak

najszybszy kontakt z lekarzem jakiegokolwiek specjalności, a on podejmie dalsze kroki).

W przypadku pojawienia się u członka rodziny myśli i/lub tendencji samobójczych ważne jest, by nie ulegać mitom i stereotypowym przekonaniom na temat samobójstw. Na przykład nie jest prawdą, że pacjent, który chce się naprawdę zabić, nie informuje o tym otoczenia – wiele osób z poważnymi zamiarami samobójczymi daje to do zrozumienia swoim bliskim czy lekarzowi. Nie jest też prawdą, że w przypadku deklarowania przez pacjenta myśli samobójczych nie należy z nim o nich rozmawiać, żeby „nie zaognić” tematu i nie sprowokować go do samobójstwa. Czasem jednak taka rozmowa może być dla członków rodziny zbyt trudna. Wtedy najlepszym rozwiązaniem (jak w każdym przypadku, gdy członkowie rodziny mają wrażenie, że stan pacjenta oraz treść jego myśli stwarzają zagrożenie dla niego lub innych) będzie udanie się razem z pacjentem do lekarza i prośba o pomoc. Nie jest również prawdą, że osoba, która ma za sobą wiele „nieudanych” prób samobójczych lub też historię zachowań samobójczych, będących formą manipulacji czy próbą wywarcia wpływu na otoczenie, tak naprawdę nie chce sobie zrobić krzywdy i można jej zachowanie zignorować. Wszelkie deklaracje samobójcze należy traktować poważnie i konsultować z lekarzem. W przypadku nasilonych myśli i tendencji samobójczych konieczna jest hospitalizacja psychiatryczna; wówczas może się ona odbyć bez zgody pacjenta.

Depresja może się przejawiać również **zaburzeniami koncentracji i uwagi oraz pamięci**. Objawy te mogą wzbudzać niepokój zarówno u chorego, jak i jego najbliższych, którzy próbują czasami „na siłę” zachęcać pacjentów na przykład do czytania gazet czy oglądania filmów, „żeby poprawić ich pamięć”. W przypadku depresji nie ma takiej potrzeby, ponieważ objawy te zazwyczaj mijają całkowicie wraz z poprawą stanu psychicznego. Warto to pacjentowi uświadamiać, zwłaszcza w przypadku głębszej depresji, kiedy może się u niego pojawić ciągle odradzająca się obawa, że utracił bezpowrotnie swój intelekt, że „otępił” i nie będzie mógł powrócić do wcześniejszej kondycji umysłowej, wrócić do pracy i wcześniejszych aktywności.

Depresji może towarzyszyć **zmniejszenie (lub zwiększenie) apetytu** oraz **znaczne osłabienie popędu płciowego**. Również te zaburzenia łaknienia i libido zazwyczaj ustępują wraz z poprawą stanu psychicznego. Niemniej jednak, o ile podejmowanie aktywności seksualnej w przypadku braku ochoty czy nawet niechęci osoby cierpiącej na depresję nie jest wskazane, bardzo ważne jest okazanie przez partnera zrozumienia sytuacji, niemanifestowanie zniecierpliwienia oraz zapewnienie czułości i elementarnej, „niezobowiązującej” seksualnie bliskości fizycznej podtrzymującej ciągłość kontaktu z partnerem (np. przytulenie, wzięcie za rękę, spanie razem itp.).

W przebiegu depresji często występują różnego rodzaju **zaburzenia snu (zaburzenia zasypiania, utrzymania ciągłości snu)**; może jej towarzyszyć również **bezsenność** albo **nadmierna senność**, także w ciągu dnia. Pacjent może się wielokrotnie budzić w ciągu nocy lub, co jest charakterystyczne dla depresji, we wczesnych godzinach porannych. Może wówczas ponownie zasnąć albo – gdy choroba ta się nasila – mieć z tym trudności. Te zaburzenia snu również mijają stopniowo wraz z ustępowaniem objawów depresji w trakcie leczenia lub wraz z włączeniem odpowiednio dobranej, uwzględniającego zaburzenia snu, leczenia przeciwdepresyjnego. W przypadku **bezsenności** rola rodziny może polegać na pomocy w przestrzeganiu **higieny snu**, na przykład pilnowaniu, by pacjent kładł się spać o tej samej porze, unikał (na tyle, na ile pozwala na to głębokość depresji) „zalegania” w łóżku i podsypania oraz drzemania w dzień, unikał podejmowania w łóżku aktywności niezwiązanych ze snem (oglądanie telewizji, czytanie, przeglądanie Internetu czy jedzenie), unikał picia kawy czy napojów energetyzujących w godzinach wieczornych, przebywał w warunkach jasnego oświetlenia nad ranem i w pierwszej połowie dnia, a przed snem w warunkach oświetlenia słabszego, miał komfortowe warunki w sypialni (cisza, umiarkowana temperatura, czysta pościel).

Objawy epizodu manii/hipomanii – jak mogą sobie z nimi radzić bliscy pacjenta

W okresie **manii** znacznie podwyższony nastrój pacjenta, jego wesołość lub drażliwość, zwiększona aktywność psychoruchowa czy silne pobudzenie mogą stanowić bardzo duże wyzwanie dla jego najbliższych. Rodzinie może być trudno porozumieć się z chorym, nawiązać z nim logiczny kontakt słowny; chory może być bezkrytyczny w stosunku do swoich wypowiedzi, mówić dużo, szybko, bez związku, przeskakiwać z tematu na temat, tworzyć nowe słowa lub ciągi słów, które tylko dla niego mają znaczenie. Pacjentowi w manii często trudno „uchwycić i wypowiedzieć swoje myśli”, jego tok myślenia jest przyspieszony, czasami do tzw. gonitwy myśli, chaosu myśli.

Pacjent w manii może mieć poczucie zwiększonej aktywności, siły życiowej, przekonanie, że „może, umie wszystko”, „wszystko mu wolno”. Może wówczas podejmować wiele ryzykownych czy niebezpiecznych czynności, takich jak zbyt szybka jazda samochodem, kontakty seksualne z przypadkowymi osobami (nasilony w manii popęd seksualny), różne zachowania agresywne, kłótnie, bójki. Może także podejmować niekorzystne zobowiązania, w tym finansowe, na przykład brać kredyty. Zachowania te mogą mieć bardzo istotne konsekwencje nie tylko dla niego samego, ale także dla jego najbliższych.

W rozwiniętej manii mogą pojawić się **tzw. urojenia wielkościowe** – pacjent ma wówczas nieadekwatne do rzeczywistości poczucie własnej siły, wszechmocy,

bycia kimś bardzo ważnym, o istotnym znaczeniu społecznym czy politycznym. Może mieć poczucie misji, posłannictwa, na przykład „naprawiania, uzdrawiania świata, osób z otoczenia”. Zwiększonemu chorobowemu bezkrytycznemu poczuciu własnej siły i możliwości może towarzyszyć chęć realizowania swoich potrzeb natychmiast, bez zwłoki. Wówczas tłumaczenie, zakaz czy brak zgody ze strony członków rodziny na podjęcie przez pacjenta tych czynności może wywołać u niego drażliwość, gniew, a nawet agresję (słowną i/lub czynną). Czasami w manii taki drażliwy, gniewliwy nastrój może się pojawiać „sam z siebie”, bez żadnej przyczyny. Może mu towarzyszyć agresja słowna lub czynna wobec innych osób czy przedmiotów z otoczenia, a także autoagresja (agresywne zachowanie wobec siebie samego, samouszkodzenia). Także w okresie manii – kiedy przeradza się ona w tzw. epizod mieszany – u chorego mogą wystąpić myśli i tendencje samobójcze, szczególnie niebezpieczne w nastroju drażliwym, gniewliwym.

W manii najważniejszą, ale często również najtrudniejszą rolą, której może się podjąć rodzina pacjenta, jest zmotywowanie go do jak najszybszego podjęcia psychiatrycznego leczenia farmakologicznego. W przypadku choroby afektywnej dwubiegunowej, a zwłaszcza manii, bardzo ważne jest, by leczenie prowadził lekarz psychiatra (ewentualnie lekarze innych specjalności w przypadku zagrożenia zdrowia i/lub życia pacjenta z zakresu ich specjalności). Jeśli pacjent swoim chorobowym zachowaniem zagraża bezpośrednio własnemu życiu lub zdrowiu albo życiu innych osób, może być poddany hospitalizacji psychiatrycznej bez swojej zgody, w myśl aktualnie obowiązującej w Polsce Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

W przypadku **hipomanii**, w przebiegu której objawy podwyższonego nastroju, aktywności i zaburzeń myślenia są znacznie mniej nasilone niż u osób z manią, pacjent jest przynajmniej częściowo krytyczny wobec swoich wypowiedzi i zachowań. Natomiast w przypadku hipomanii o lekkim nasileniu pacjent zazwyczaj zachowuje krytycyzm (zdaje sobie sprawę, że jest chory lub że zachowuje się inaczej niż zwykle) i jest w stanie kontrolować swoje myśli oraz postępowanie. Zazwyczaj można z nim nawiązać logiczny kontakt, porozmawiać, choć nie zawsze udaje się mu „wytłumaczyć”, że jego zachowanie przekracza jakieś granice (granice rodzinne czy granice własnych wartości pacjenta z okresu jego zdrowia albo remisji). Także w tym przypadku, w zależności od stopnia nasilenia hipomanii, pacjent może przejawiać ryzykowne lub niebezpieczne zachowania, mieć poczucie zwiększonej siły i mocy „do wykonywania rzeczy, czynności, których do tej pory nie miał siły wykonać”. Może również podejmować kilka takich czynności równocześnie.

W przypadku hipomanii w pierwszej kolejności konieczne jest podjęcie psychiatrycznego leczenia farmakologicznego. Jednak tacy pacjenci zazwyczaj

albo sami niepokoją się swoim stanem zdrowia lub są w stanie „usłyszeć i przyjąć do wiadomości” niepokój najbliższych i w związku z tym podejmują leczenie psychiatryczne, albo uważają, że żadnej terapii nie potrzebują. Utrzymują, że „są zdrowi”, że „nic im nie dolega”, że „w końcu czują się dobrze”, „że już dawno nie czuli się tak dobrze, jak teraz”. Bardzo często długo nie podejmują leczenia, aż do czasu nasilenia objawów choroby afektywnej dwubiegunowej.

Nie ma dobrej rady dla rodziny i najbliższych, co robić, co mówić, aby pacjenta do takiego leczenia zmotywować w sytuacji, gdy leczenie uzależnione jest od jego zgody. Czasami objawy czy konsekwencje postępowania w okresie hipomanii są dla pacjenta źródłem takich cierpień psychicznych, że w pewnym momencie sam decyduje się na podjęcie leczenia. Rodzinie również nie zawsze łatwo jest „być razem”, „być blisko” z pacjentem hipomaniakalnym, zwłaszcza gdy jego postępowanie jest źródłem cierpienia i poważnych konsekwencji dla najbliższych, a oni uważają, że „wie przecież, co robi”, „gdyby chciał, to by to zmienił, to by tego nie robił”. Czasami partnerzy, nie mogąc udźwignąć tego brzemienia, decydują się na odejście od pacjenta, rodzina i najbliżsi odsuwają się od niego, dystansują od konsekwencji, odpowiedzialności za jego postępowanie. Warto podkreślić, że wiele niekorzystnych zachowań pacjenta wynika właśnie z choroby – nie są konsekwencją „złego charakteru”, „złośliwości”, „krnąbrności”, „bezmyślności” czy też tego, że pacjent „zmienił się na gorsze”. Ani rodzina, ani pacjent nie są winni wystąpieniu choroby, a okazanie zrozumienia i cierpliwości może czasami powstrzymać spiralę destrukcji wspólnego życia. Warto w takich sytuacjach uświadamiać pacjentowi niestosowność jego zachowań oraz to, co z ich powodu czują jego bliscy, zawsze podkreślając, że wiedzą, iż są to objawy choroby, która wymaga leczenia.

Okres remisji i związane z nim trudności dla bliskich pacjenta

Remisja to okres bez objawów choroby (remisja pełna) lub z objawami o niewielkim stopniu nasilenia (remisja niepełna). Pełna remisja objawów choroby wiąże się najczęściej z możliwością powrotu pacjenta do normalnego funkcjonowania – mówi się wówczas o pełnej remisji funkcjonalnej czy społecznej. Występowanie pojedynczych i słabo nasilonych objawów chorobowych w ramach remisji niepełnej może w różnym stopniu wpływać na zdolność pacjenta do remisji społecznej. Niektórzy pacjenci cieszą się normalnym i satysfakcjonującym funkcjonowaniem, inni mają problemy z podjęciem ról i aktywności sprzed choroby. Należy podkreślić, że remisja to okres powrotu do zdrowia nie tylko pacjenta, ale także okres „powrotu jego zdrowia” w całej jego rodzinie.

W przypadku depresji remisja to czas poprawy nastroju, powrotu radości życia, cieszenia się tym, co cieszyło dawniej. To także poprawa aktywności życiowej, chęci do działania, podejmowania decyzji. W przypadku manii/hipomanii remisja to okres wyrównanego nastroju i aktywności. Jednak część pacjentów po okresie podwyższonego nastroju i aktywności w manii/hipomanii ten wyrównany, „zdrowy” nastrój może odczuwać jako „zaczynającą się depresję” lub jako stan niesatysfakcjonującej „szarości”, „bezbarwności”, „monotonii”, która „przegrywa w konkurencji” z hipomanią. Może to skutkować negatywnym nastawieniem pacjenta do leczenia stabilizującego nastrój, które pozbawiło go tych dodatkowych, wykraczających ponad normę „korzyści”. Remisja to okres bez depresyjnych czy maniackalnych zaburzeń myślenia; pacjent jest wówczas w pełni krytyczny. To także okres stabilizacji rytmów biologicznych, powrotu prawidłowego libido, apetytu i snu.

Jednak remisja to czasami również okres trudnych konfrontacji ze stratami poniesionymi w trakcie epizodu choroby (np. zawodowymi, szkolnymi, czasami niemożnością dalszego rozwijania kariery). Niekiedy nawracające epizody zaburzeń afektywnych skutkują absencją w szkole czy pracy, która może uniemożliwiać lub znacznie utrudniać rozwój zawodowy i pogorszyć sytuację finansową rodziny. Jednocześnie wielu cierpiących na chorobę afektywną dwubiegunową z powodzeniem robi karierę biznesową, artystyczną; szybko awansują i podnoszą swoje kwalifikacje. Wynika to z faktu, że osoby te cechują się często znaczną kreatywnością, pomysłowością i większą skłonnością do podejmowania odważnych, niekiedy ryzykownych decyzji. Zachowania takie, zależnie od ich nasilenia i krytycyzmu pacjenta, mogą być źródłem zarówno kłopotów, jak i sukcesów.

Remisja to także okres konfrontacji pacjenta i jego rodziny z konsekwencjami różnych ryzykownych czy niebezpiecznych zachowań, działań i decyzji podjętych w nasilonym epizodzie chorobowym, zwłaszcza w okresie manii/hipomanii (m.in. konsekwencjami różnych konfliktów, kłótni z okresu chorobowego, konsekwencjami finansowymi związanymi z różnymi pożyczkami, kredytami, zastawem rzeczy wartościowych, konfliktami z prawem). Zazwyczaj dotyczą one nie tylko samego pacjenta, ale także jego rodziny.

Natomiast przy odpowiednim wsparciu najbliższych pacjent, a w rezultacie i jego rodzina, stopniowo mogą poradzić sobie z różnymi trudnościami, konsekwencjami i problemami wynikającymi z zaburzeń afektywnych. Ważne dla członków rodziny jest to, by „nie patrzeć ciągle wstecz”, tylko umieć czerpać satysfakcję z aktualnej remisji pacjenta, a co za tym idzie „remisji w rodzinie”.

Niezwykle ważnym elementem w tym okresie jest motywowanie pacjenta do dalszego przestrzegania zaleceń lekarskich. Zarówno u pacjenta, jak i jego bliskich mogą się pojawić wątpliwości dotyczące konieczności dalszego przyjmowania leków – „po co się truć, skoro jest dobrze?” W takiej sytuacji zawsze należy się kierować zaleceniami lekarza, a w razie konieczności umówić się na wizytę i omówić z lekarzem ten problem. Warto rozważyć wspólną wizytę członków rodziny i pacjenta, aby każdy mógł wyrazić swoje obawy, ale także by lepiej zapamiętać argumenty podawane przez psychiatrę.

Rodzina i bliscy mogą również odegrać kolosalną rolę w wykrywaniu ewentualnych wczesnych objawów nawrotu zaburzeń afektywnych. Jeśli wcześniej poznali specyfikę depresji czy manii/hipomanii oraz przedyskutowali z pacjentem i jego lekarzem indywidualny przebieg tych zaburzeń, mogą zauważyć czasem bardzo dyskretne objawy nawrotu, jeszcze zanim rozwinię się pełnoobjawowy epizod choroby, zwiększając tym samym szansę na wcześniejsze opanowanie nawrotu lub jego łagodniejszy przebieg.

Jeśli pacjentowi i jego bliskim udało się (zazwyczaj we współpracy z lekarzem/terapeutą) zidentyfikować czynniki zwiększające ryzyko nawrotu i zabezpieczające przed pogorszeniem stanu psychicznego, rodzina może odegrać fenomenalną rolę w modyfikacji stylu życia i jego organizacji, która pozwoliłaby w miarę możliwości unikać tych pierwszych (lub łagodzić ich wpływ) oraz promować te drugie. Poza elementami indywidualnymi, zależnymi od trybu życia i przyzwyczajzeń danego pacjenta, są również takie **wskazówki dotyczące stylu życia, które mają charakter uniwersalny, obowiązujący wszystkich pacjentów z zaburzeniami afektywnymi, w przestrzeganiu których rodzina może bardzo pomóc.**

Można do nich zaliczyć m.in.:

- unikanie spożywania alkoholu i przyjmowania substancji psychoaktywnych,
- umiarkowane spożycie kawy,
- regularny cykl dnia i nocy, ze stałymi, zapewniającymi pełny wypoczynek porami kładzenia się do łóżka i wstawania,
- unikanie „zarywania nocy”,
- względnie stałe pory przyjmowania leków,
- unikanie nadmiernego stresu,
- stopniowy, a nie nagły, powrót do codziennej aktywności i obowiązków domowych po chorobie,
- podejmowanie regularnego, ale nie nadmiernego wysiłku fizycznego w ramach ćwiczeń,
- stosowanie diety, która pozwoli uniknąć zwiększenia masy ciała (mogącego nastąpić w wyniku stosowania niektórych leków) i może się

przyczynić do utrzymania stabilności stanu psychicznego oraz trwałości remisji (np. dieta bogata w ryby i owoce morza, nienasycone kwasy tłuszczowe).

Udział rodziny w leczeniu pacjenta z chorobą afektywną

Zarówno choroba afektywna jednobiegunowa, jak i choroba afektywna dwubiegunowa to choroby przewlekłe, wymagające zazwyczaj wieloletniego leczenia, często do końca życia. Czasami konieczne jest długotrwałe podejmowanie nowej roli czy też zmiana ról i obowiązków u poszczególnych członków rodziny.

Zaburzenia afektywne można i należy leczyć. Terapia obejmuje leczenie epizodów/nawrotów choroby oraz leczenie profilaktyczne w okresie remisji (pełnej albo niepełnej) między nawrotami. Leczenie epizodu/nawrotu choroby (depresji w chorobie afektywnej jednobiegunowej oraz depresji, manii/hipomanii lub epizodu mieszanego w chorobie afektywnej dwubiegunowej) ma na celu zmniejszenie nasilenia objawów aż do niemal całkowitego (remisja niepełna) lub całkowitego (pełnego) ich ustąpienia. Profilaktyka rozpoczyna się po ustąpieniu objawów choroby i służy ustabilizowaniu poprawy oraz zapobieganiu kolejnym nawrotom.

Leczenie powinno mieć charakter kompleksowy. Składa się na nie farmakoterapia, psychoedukacja, często psychoterapia lub inne formy zajęć terapeutycznych, a w uzasadnionych przypadkach również fototerapia i elektrowstrząsy.

Farmakoterapia, czyli włączenie leków, jest podstawową formą leczenia zaburzeń afektywnych. W zależności od rodzaju zaburzeń stosuje się monoterapię lekiem podawanym jeden raz dziennie albo leczenie dwoma lub większą liczbą leków z tej samej grupy bądź różnych grup, stosowanych do kilku (najczęściej 2 lub 3) razy dziennie. Zarówno w okresie ostrych i nasilonych objawów depresji, jak i w okresie postępowania profilaktycznego leki należy przyjmować systematycznie, zgodnie z zaleceniami lekarskimi. Często, zwłaszcza w okresie nasilenia objawów chorobowych, niezwykle istotna jest pomoc rodziny przy podawaniu leków, motywowaniu do ich zażywania oraz nadzorowaniu ich przyjmowania.

Psychoterapia i różne inne formy terapii mogą być pomocne w leczeniu chorych z zaburzeniami afektywnymi, czasami są niezbędne, a w bardzo rzadkich i uzasadnionych przypadkach stanowią jedyną formę leczenia. Czasami wskazana jest terapia rodzinna czy małżeńska (przy zgodzie wszystkich uczestniczących w niej osób). Utrzymanie satysfakcjonujących związków z bliskimi może korzystnie wpływać na przebieg choroby.

Psychoedukacja to przekazywanie informacji na temat choroby pacjentowi i/lub członkom jego rodziny. Istnieją różne formy psychoedukacji dla rodziny. Może być prowadzona przez lekarza leczącego pacjenta w trakcie wizyt lekarskich, w których rodzina (za zgodą chorego) może (a niejednokrotnie powinna) uczestniczyć, lub odbywać się w formie oddzielnych spotkań czy zajęć przygotowanych wyłącznie dla rodziny pacjenta albo jednocześnie dla kilku rodzin pacjentów. Psychoedukacja rodziny chorego jest jedną z form kompleksowego leczenia zaburzeń afektywnych. Nie jest konieczna w przebiegu leczenia, ale jest bardzo pomocna zarówno dla pacjenta, jak i samej rodziny.

Bardzo istotna może być także rola rodziny w motywowaniu pacjenta do prowadzenia odpowiedniego stylu życia (a czasami również w jego nadzorowaniu): właściwej diety, aktywności fizycznej, odpoczynku i snu, unikania stosowania substancji psychoaktywnych. Rola tych czynników w leczeniu choroby afektywnej jednobiegunowej i dwubiegunowej została omówiona powyżej oraz w osobnych artykułach dotyczących tych chorób.