

**Epizod maniakalny jako reakcja na wiadomość
o zachorowaniu na nowotwór u chorej
z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi**

**Manic episode as a result of information about breast cancer
in a patient suffering from bipolar affective disorder**

Hubert Wichowicz

Z I Kliniki Chorób Psychiczych Katedry Chorób Psychiczych AM w Gdańsku
Kierownik: prof. dr hab. n. med. S. Smoczyński

Summary: The paper describes a patient who suffered from bipolar affective disorder for 22 years and the following manic episode appeared after getting information about a diagnosis of breast cancer. During mania the patient presented delusions of being healthy which caused a marked delay in introducing the necessary treatment of the tumour. Besides, we discuss different authors' views about the possibility of evoking manic episodes by psychological factors. Some authors agree, that such an event may happen but others do not. This matter requires further studies, but any doctor who takes care of a patient with bipolar affective illness should always remember about the possibility of being evoked manic episode by harmful stress events.

Słowa klucze: epizod maniakalny, czynniki stresowe, nowotwór złośliwy
Key words: manic episode, stress factors, malignant tumour

Wstęp

W myśl obecnych poglądów w każdym przypadku zaostrzenia się zaburzeń afektywnych mamy do czynienia z interakcją predyspozycji biologicznych i czynników stresowych. Przyjmuje się, iż 50%–80% pierwszych epizodów chorobowych poprzedzają wydarzenia stresowe. Literatura dotycząca wpływu urazu psychicznego na wystąpienie zaburzeń depresyjnych jest zawarta w każdym monograficznym czy podręcznikowym opracowaniu dotyczącym depresji [1, 2, 3]. Inaczej ma się sprawa z epizodami maniakalnymi. W dziejach psychiatrii poglądy na temat możliwości prowokowania tych epizodów przez sytuacje stresowe zmieniały się. Kraepelin uważał, że czynniki reaktywne nierzadko prowokują fazy depresyjne i pierwszą maniakalną [4]. Przez dziesiątki lat możliwość reakcji epizodem maniakalnym na smutne wydarzenia dopuszczali psychiatrzy francuscy, wśród których funkcjonowało pojęcie „deuil maniaque” (maniakalnej żałoby). Pogląd ten podzielali psychiatrzy włoscy. Amerykanie

i Anglicy z kolei albo nie dopuszczali w ogóle możliwości wystąpienia manii jako reakcji na czynniki stresujące, albo wypowiadali się na ten temat bardzo ostrożnie i skrótowo (jak np. G. Winokur). Większość z nich uważała jedynie za możliwe wystąpienia tzw. „psychogenic excitement” [5]. Analogiczne poglądy prezentują polscy autorzy. M. Jarosz w rozdziale o psychozach reaktywnych w zbiorowym trzypięciotomowym podręczniku psychiatrii wyróżnia: „reaktywny zespół hipomaniakalno-dysforyczny”, aby potem w bardzo krótkim omówieniu jedynie stwierdzić: „należy do rzadkich postaci psychoz”, „przebiega z cechami odczynu histerycznego”. S. Pużyński, w tym samym podręczniku, w rozdziale o zaburzeniach afektywnych, nie podaje dokładniejszych informacji o charakterze ewentualnych czynników psychogennych, które mogłyby prowokować epizody maniakalne [1].

Może być kilka przyczyn rozbieżności poglądów. Po pierwsze: epizody maniakalne występują rzadziej niż depresyjne i ich psychologiczne przyczyny mogą ująć uwagi. Prac dotyczących ich ewentualnej psychogenezy jest więc niewspółmiernie mniej niż dotyczących depresji. Po drugie: mniej „urażliwe” czynniki wywołujące manie mogą być przez chorych ignorowane bądź pomniejszane w okresie psychozy. Po trzecie: obraz kliniczny tego typu epizodu często jest bardziej dramatyczny niż depresyjnego. Kontakt słowny jest mniej rzeczowy, bywają trudności z umieszczeniem pacjenta w szpitalu. Powoduje to skłonność do zbagatelizowania czynników psychogennych. Po czwarte: czasami występują trudności w odróżnieniu rzeczywistego urazu psychicznego od skutku choroby. Chory w manii może swoim zachowaniem prowokować wrogi wobec siebie zachowania otoczenia. Powstaje pytanie: ile dni czy tygodni psychogenne czynniki wyzwalające powinien wyprzedzać chorobę, aby został potraktowany jako właśnie czynnik wyzwalający kolejny epizod? W przypadku zbyt krótkiego okresu niektóre rzekome urazy psychiczne mogą w gruncie rzeczy być prowokowane przez samego chorego, u którego wystąpił kolejny epizod uwarunkowany samym przebiegiem choroby. Przy zbyt długim okresie związek z zachorowaniem staje się wątpliwy. Wszystkie wymienione trudności w badaniach są w przypadku depresji łatwiejsze do przezwyciężenia, chociażby ze względu na liczniejszy materiał kliniczny.

Nie znalazłem większej liczby badań dotyczących częstotliwości występowania „reaktywnych” manii oraz określających najczęstsze czynniki wyzwalające. Prace zbiorcze Nowakowskiej i Bidzińskiej [6, 7] o czynnikach stresowych w zaburzeniach nastroju cytują nieliczne, nieraz sprzeczne wyniki dotyczące urazów psychicznych wyzwalających epizody maniakalne. Najdokładniejsze wydają się prace Leffa i wsp. oraz Ambelasa. Badanie Leffa i wsp. dotyczyło rozpowszechnienia epizodów maniakalnych w populacji liczącej ponad 600 000 osób. 28–29% przypadków tych epizodów poprzedzały „niezależne wydarzenia”, które mogły być „przyjemne bądź nieprzyjemne”; badacze nie sprecyzowali dokładniej charakteru czynników prowokujących chorobę [8]. Ambelas, badając kilkudziesięciu pacjentów, stwierdził rozpowszechnienie „psychogennych” manii także w 28%, z czego połowa to zachorowania pierwszorazowe. Częstszymi czynnikami wyzwalającymi były wydarzenia negatywne (w proporcji 4:1), głównie śmierć bliskich osób. Nawet jeżeli były to wydarzenia pozytywne, to zawarty był w nich pewien element niepewności, nieokreślonego zagrożenia lub potencjalnej straty (np. ślub ukochanego dziecka, ciąża u żony) [5]. Patric i wsp. z kolei

uważają jednak, że najczęstszym czynnikiem spustowym w epizodach maniakalnych są urazy psychiczne związane z miejscem zatrudnienia [9]. Żaden autor nie podaje, iż czynnikiem wyzwalającym była wiadomość o chorobie nowotworowej, jak w przedstawionym poniżej przypadku.

Opis przypadku

Pacjentka, lat 60, jedynaczka, nie obciążona dziedzicznie. Pochodzi z ciąży i porodu prawidłowego. W dzieciństwie poważniej nie chorowała. Ciotka, z którą była w dzieciństwie bardzo związana uczuciowo (podaje, że bardziej niż z matką), zmarła na raka, gdy chora była dzieckiem. Pacjentka ukończyła studia wyższe. Była czynna zawodowo, w pracy radziła sobie bardzo dobrze, obecnie przebywa na emeryturze. Zamężna, pożycie małżeńskie bardzo udane.

Po raz pierwszy zachorowała w 1977 (38 r.ż.), po śmierci bliskiego przyjaciela domu. Stała się nadmiernie aktywna i towarzyska, nadużywała alkoholu. Była bezkrytyczna, a zachowanie jej nieomal doprowadziło do rozpadu małżeństwa. Hospitalizowana, po leczeniu osiągnięto krótkotrwałą remisję zaburzeń nastroju.

Prawie bezpośrednio po leczeniu szpitalnym zachorowała na depresję. Przewlekłe, jednak o niewielkim nasileniu, zaburzenia nastroju utrzymywały się około roku, potem przez 3 lata chora była w stanie remisji. W czasie pierwszej hospitalizacji była m.in. leczona litem, który w dawce 750 mg dziennie zażywa nieprzerwanie do tej pory. Dawka ta pozwala uzyskać poziom terapeutyczny. Drugi epizod maniakalny wystąpił w 1981 roku (42 r.ż.), tym razem bez czynników reaktywnych. Pacjentka stała się nadmiernie aktywna, bardzo drażliwa, chwilami agresywna, miała znacznie przyspieszony tok myślenia. Przez parę dni nie spała, prawie w ogóle nie jadła. Później była bezkrytyczna, w zachowaniu bez dystansu. Została przyjęta do I Kliniki Chorób Psychiczych AMG. Wypowiadała urojenia posłannicze i wielkościowe, czuła się w pewien sposób związana ze św. Teresą. Pojawiły się elementy myślenia paralogicznego i symbolicznego. Objawy te występowały jedynie w okresie największego nasilenia pobudzenia psychoruchowego, a po już nieznacznym jego wyrównaniu zupełnie mijały. Nie było objawów schneidrowskich, prowadzący ją lekarz nie miał wątpliwości, że mamy do czynienia „tylko” z epizodem maniakalnym.

Po 3 tygodniach remisji nastąpiła depresja, dość uporczywa, z powodu której pacjentka była aż dwukrotnie hospitalizowana. Tym razem osiągnięta remisja trwała aż 17 lat. W tym czasie pacjentka zażywała lit, a nieznaczne wahania nastroju wyrównywano małymi dawkami leków przeciwdepresyjnych. Nawet przebyta operacja usunięcia wola guzkowatego nie pogorszyła stanu psychicznego.

W kwietniu 1999 u pacjentki stwierdzono guzek prawej piersi. Badania rtg i usg potwierdziły jego obecność i rozmiary – 1,8 x 1,6 x 2,2 cm – oraz fakt naciekania otaczających tkanek. Wynik badania histopatologicznego: Cellulae carcinomatose. Chorej nie podano pełnego rozpoznania, jednakże została poinformowana o konieczności amputacji piersi i dość oględnie o poważnej chorobie. Początkowo zareagowała nieznacznym przygnębieniem. Zgłosiła się do psychiatry, który obawiając się wystąpienia kolejnego epizodu depresji zlecił niewielkie dawki imipraminy (50 mg).

Po zaledwie 3 dniach zażywania rozwinął się ciężki epizod maniakalny. Chora stała się pobudzona psychoruchowo, agresywna w stosunku do męża. Nastroj był przede wszystkim drażliwy. W okresie 13.06.–6.08.99 hospitalizowana w I Klinice Chorób Psychiczych AMG. Stan psychiczny przy przyjęciu do kliniki: Pobudzona psychoruchowo, bezkrytyczna, z nadmiernie przerzutną uwagą. Nastroj nieco podwyższony, przy zachowanym kontakcie afektywnym i pojedynczych wstawkach obniżonego nastroju. Osobowość bez objawów rozszczeniowych.

Dość duże pobudzenie zostało opanowane w ciągu kilku dni, pozostał jednak stan hipomanii. Pacjentka konsekwentnie negowała występowanie choroby piersi i potrzebę jakiegokolwiek leczenia chirurgicznego. Biorąc pod uwagę przekazane jej wiadomości o stanie zdrowia i wysoki intelekt, uznane to zostało za urojenia zdrowia. Jakakolwiek próba rozmowy na temat nowotworu wywoływała pogorszenie stanu psychicznego w postaci nasilania się objawów manii i potrzebę zwiększenia dawki neuroleptyku (najpierw leczona klopentiksolem, potem lepiej tolerowaną perazyzną, cały czas utrzymano lit, który – jak wspomniałem – stale zażywała od 22 lat). Ponieważ nasilenie epizodu maniakalnego nie było znaczne, nie można było uznać chorej za niezdolną do wyrażania woli, a tym samym leczyć operacyjnie bez jej zgody. Po mniej więcej miesiącu leczenia główne objawy, tzn. podwyższony nastrój i napęd psychoruchowy, na tyle złagodniały, że pacjentka została przeniesiona na Oddział Dzienny Kliniki, celem aktywniejszej psychoterapii. Stopniowo osiągnięto pełną poprawę: najpierw uznała fakt choroby, ale chciała się leczyć jedynie ziołami O. Szeligi. Z czasem, na początku sierpnia, stan psychiczny uległ wyrównaniu, zgodziła się na leczenie operacyjne, chociaż się go bała. Została wypisana 6.08.99, po 8 tygodniach leczenia, w stanie zbliżonym do remisji, z rzeczową oceną swojego stanu zdrowia. O dalszym losie pacjentki nie miałem wiadomości. Epizod maniakalny opóźnił właściwe leczenie nowotworu piersi o ponad 2 miesiące.

Omówienie

U pacjentki rozpoznanie epizodu maniakalnego nie przedstawiało większego problemu. Zwarta, w pełni dojrzała struktura osobowości, dobre realizowanie się w rolach społecznych jednoznacznie przemawiało przeciw zaburzeniom schizofrenicznym. Zresztą podejrzenie schizofrenii nie zachodziło nawet w okresach dość znacznego pobudzenia, chociaż w czasie drugiego epizodu maniakalnego występowały urojenia nie do końca typowe dla manii. Chciałbym zwrócić uwagę, że już pierwszy epizod maniakalny wywołał czynnik reaktywny, po raz drugi wystąpił więc epizod choroby po urazie psychicznym. O ile pierwszy z czynników reaktywnych jest zgodny z opisanymi we wstępie badaniami Ambelasa (zgon bliskiej osoby), o tyle drugi jest zupełnie nietypowy.

W początkowym okresie nieco obniżonego nastroju pacjentka przyjęła łącznie 150 mg imipraminy w ciągu 3 dni. Z pewnością nie został osiągnięty jeszcze poziom terapeutyczny, jednak nie można zupełnie zanegować możliwości dodatkowej „wyzwalającej” roli przyjętego na początku leczenia leku przeciwdepresyjnego.

W omówionym przypadku czynnik psychogeny wystąpił zaledwie na parę dni przed rozwojem epizodu zaburzeń nastroju, jednak jego silnie stresujący charakter

od razu budzi podejrzenie, że mamy do czynienia z urazem, który wyzwolił manię. Gdyby było to pozytywne wydarzenie w życiu chorej, być może mielibyśmy trudności w potraktowaniu go jako czynnika sprawczego.

S. Pużyński wyraża pogląd, że „w chorobie afektywnej dwubiegunowej większy wpływ na ciężkość przebiegu wydają się mieć czynniki somatyczne, natomiast w jednobiegunowej funkcję taką pełnią czynniki stresowe natury psychicznej” [3]. W naszym przypadku przemawiałoby to przeciwko potencjalnemu rozpoznaniu epizodu maniakalnego „reaktywnego”. Pogląd ten jest niezgodny z – co prawda nielicznymi – przedstawionymi we wstępie wynikami. Trzeba przyjąć, że problem czynników stresowych w manii jest jeszcze nie do końca poznany. Przegląd literatury za pomocą medline’a także nie pozwala odnaleźć nowych, dokładniejszych danych. Nie znalazłem prac badających powyższy problem metodami statystycznymi, nie znalazłem także prac metaanalizycznych. Myślę, że zagadnienie to jest warte dokładniejszej analizy. Dotyczy to zwłaszcza czasu, jaki mija od ewentualnego zadziałania czynnika wyzwalającego do wystąpienia zaburzeń psychicznych. W omówionym przypadku trwał on zaledwie parę dni (być może wpływ imipraminy?), jednak np. w pracy Ambelasa – średnio ok. 3 tygodni. Przy dłuższym okresie już tylko rzeczywiście ciężkie urazy mogłyby być traktowane jako czynnik precypitujący. Niezależnie od wszystkich wątpliwości warto, aby lekarze psychiatrzy badając chorych w manii nieco większą uwagę zwrócili na obecność urazów psychicznych. Podwyższony nastrój, bezkrytycyzm, przesadny optymizm, często występująca nadmierna przerzutność uwagi może nieco to utrudniać, jednak zagadnienie to wydaje się ważne. Może ono nieść pewne implikacje kliniczne związane np. z zapobieganiem nawrotom.

Wnioski

1. Czynniki natury psychopochodnej mogą mieć udział w wyzwalaniu niektórych epizodów maniakalnych u chorych z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi. Zagadnienie to wymaga dalszych badań.
2. Każdy lekarz leczący pacjenta z zaburzeniami nastroju powinien pamiętać o możliwości wystąpienia epizodu maniakalnego po urazach psychicznych.

Éřícřęřęüüüé ýđčęiá ęřę dľřęöč' íř čřřřđřřčřť í áčřřáňňňčđřřřřé čęřęř=łňňáľřřé íđ'óóřéč ó ářęüřé ááóóđřřęňřé řóóľęňčáňé ářęľčřüť

Ńřáľđčřřčľ

Á d'đľäęřřřřé đřáňň řáňóčáľň řřáęťáľčľ ířá đ'řóčľňęřé, ęňňđř' 22 ářř đ'đř' áę' ęř řóóľęňčáľüľ ááóóđřęňřüľ ířđřľč'. Ář í=łđľáňňář ęřícřęřęüüüář ýđčęiář ářřęř đ'ňňéľ đ'řęó=ľřč' čřřřđřřčč í ł, čřářęľářřčč ęęřęř=łňňáľřřé íđ'óóřęüť áđóáňé čľęľčü. Ář áđľé' ęřícřęřęüüüář ýđčęiář đ'ř'áčęčňü áđľáňáüľ ęüňéč í ňňňň' řčč čáđňáü', ęňňđřüľ čřáđčřčč íř=řęř đ'đřáčęüüüář ęľ=ľřč' íđ'óóřęľářé ářęľčřč.

Đđľäęřčľřü řřęčľ ářčđľřč' áđóáčó řáňňđřá, ňňňň' ůčľň' ę ářčęřčřřňňč đ'đřáňđčđřářč' ęřícřęřęüüüó ýđčęiáňá đ'ňčóřáľřřüéč óřęňđřčč. Ýňč ęřľřč' đřčřňđřáľü č ňđľáóťň đ'ňňéľáóťüčó ířáęťáľčč. ęřčáüé áđř=, kotoryj ęľ-it đ'řóčľňř' ń ířđřľč' ęč ířňđřľč', ńňáľřř ááóóđřęňřüéč, ářęčľř, ńářřęř, đ'řęřčňü í ářčęřčřřňňč ęřícřęřęüüüář ýđčęiář đ'ňňéľ ń'č, ęüó đ'ňčöč=łňęčö ńđřáę.

Manische Episode als Reaktion auf die Nachricht über Erkrankung an Geschwulst bei der Kranken mit affektiven zweipoligen Störungen

Zusammenfassung

In der beschriebenen Arbeit wurde der Fall einer Patientin besprochen, die seit 22 Jahren unter affektiven zweipoligen Störungen leidet. Bei ihr kam zur nächsten manischen Episode nach der Mitteilung, dass sie an Brustdrüsenkrebs krank ist. Während die Episode dauerte, traten Gesundheitsdelusionen auf, die die richtige Behandlung der Geschwulst verspäteten. Außerdem wurden die Ansichten verschiedener Autoren vorgestellt, die die Möglichkeiten der Provokation der manischen Episoden durch psychogene Faktoren betreffen. Sie sind differenziert, diese Frage erfordert noch weitere Untersuchungen. Jeder Arzt, der den Patienten mit Stimmungsstörungen, besonders mit zweipoligen, behandelt, soll an die Möglichkeit der maniakalen Episode nach schwerem psychischem Trauma denken.

L'épisode de manie comme résultat de l'information de tomber malade du cancer chez une patiente souffrant des troubles affectifs bipolaires

Résumé

Ce travail présente le cas d'une patiente souffrant des troubles affectifs bipolaires depuis 22 ans qui, après être informée de tomber malade du cancer de la mamelle, subit un épisode suivant de manie. Au cours de cet épisode on note chez la patiente les illusions de la santé qui ont empêché la thérapie nécessaire du tumeur. L'auteur présente encore les opinions de divers auteurs concernant la possibilité de provocation des épisodes de manie par les facteurs psychologiques. Ces opinions diffèrent mais cela exige encore d'autres recherches. Chaque médecin qui traite les patients avec les troubles affectifs bipolaires doit prendre en considération la possibilité d'un épisode de manie après les graves traumatismes psychiques.

Piśmiennictwo

1. Dąbrowski S, Jaroszyński J, Pużyński S, *Psychiatria*, Warszawa: PZWL, 1987.
2. Kępiński A. *Melancholia*, Warszawa: PZWL, 1974.
3. Pużyński S. *Depresje*. Warszawa: PZWL, 1988.
4. Bidzińska E. *Stress factors in affective diseases*. Brit. J. Psychiatry 1984; 144: 161–166.
5. Ambelas A. *Psychologically stressful events in the precipitation of manic episodes*. Brit. J. Psychiatry 1979; 135: 15–21.
6. Nowakowska C. *Udział czynników psychospołecznych w etiopatogenezie endogennych zaburzeń afektywnych*. Psychiatr. Pol. 1979; XIII, 3: 295–301.
7. Bidzińska E. *Czynniki stresowe w chorobach afektywnych*. Psychiatr. Pol. 1984; XVIII, 5: 469–475.
8. Leff JP, Fischer M, Bertelsen A. *A crossnational epidemiological study of mania*. Brit. J. Psychiatry 1976; 129: 428–437.
9. Patric V, Dunner DL, Fieve RR. *Life events and primary affective illness*. Acta Psychiat. Scand. 1978; 58: 48–55.

Otrzymano: 23.03.2000

Zrecenzowano: 3.07.2003

Przyjęto do druku: 10.08.2003

Adres: I Klinika Chorób Psychicznych AMG
80–211 Gdańsk, ul. Dębinki 7, bud. 25