

PORADNIK
DLA OPIEKUNÓW I BLISKICH

Choroba Afektywna Dwubiegunowa



www.odnalezcsiebie.pl



Niniejszy „Poradnik” zawiera tylko ogólne wskazania dla osób dotkniętych chorobą oraz ich opiekunów i w żadnym przypadku nie może on zastąpić porady lekarskiej.
Zalecenia lekarza powinny mieć zawsze pierwszeństwo.

O chorobie

Zaburzenia afektywne dwubiegunowe, zwane też chorobą maniakalno-depresyjną (dawniej cyklofrenią) jest schorzeniem psychicznym, polegającym na występowaniu zaburzeń nastroju, przejawiających się jego obniżeniem (depresja) lub podwyższeniem (mania), albo stanami mieszanymi, w których stany depresyjne i maniakalne występują jednocześnie.

Medycyna opisywała takie przypadki już w starożytności (Hipokrates, IV w. p.n.e.), ale dopiero na przełomie XIX i XX w. niemiecki psychiatra Emil Kraepelin wyodrębnił je jako jednostkę chorobową, nazywając psychozą maniakalno-depresyjną. Z kolei w latach sześćdziesiątych ubiegłego stulecia Karl Leonhard (także niemiecki psychiatra) wprowadził obecną terminologię, czyli właśnie „zaburzenia afektywne dwubiegunowe” oraz sformułował kryteria diagnostyczne.

Przyczyny choroby

Niestety nie są do końca znane i to powoduje, że współczesna medycyna ma problemy z w pełni skutecznym leczeniem. W każdym razie wskazać należy na trzy grupy powodów pojawienia się zaburzeń afektywnych dwubiegunowych:

1. Biologiczne: wskazuje się tu na zmiany biochemiczne w mózgu, głów-

nie w układzie noradrenergicznym, serotonergicznym oraz dopaminergicznym. Niektóre z tych zmian znajdują potwierdzenie w badaniach obrazowych i czynnościowych mózgu (tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, pozytonowa tomografia emisyjna).

2. Predyspozycje genetyczne: odgrywają dużą rolę. Ryzyko zachorowania dla dziecka rodzica chorego sięga kilkunastu procent. Nie udało się wyodrębnić konkretnych genów odpowiedzialnych za chorobę. Obecnie wiadomo, że jest ich wiele.
3. Osobnicze/środowiskowe: wiemy, że częściej schorzenie dotyka osoby ekstrawertywne, czyli otwarte na nowe doświadczenia, łatwo wiążące się z innymi ludźmi. Chorzy i ich bliscy często wiążą wystąpienie objawów z różnego rodzaju trudnymi sytuacjami życiowymi: śmierć bliskich, nieszczęśliwa miłość, utrata pracy, poważna choroba somatyczna (u chorego lub bliskich), np. nowotworowa. Współczesna psychiatria do roli tego czynnika odnosi się jednak sceptycznie.

Epidemiologia

Dane statystyczne są niejednolite: mówi się o wartościach od 0,5 do 1,5% populacji. Niektórzy autorzy piszą nawet o 3–6%. Rozbieżności wynikają głównie z tzw. „czarnej liczby” czyli faktu, że są chorzy, ale nikt ich nie zdiagnozował, nie zarejestrował i nie leczył.

Najczęściej choroba pojawia się u ludzi młodych, pomiędzy 20 a 30 rokiem życia; Bywa, też że występuje u nastolatków oraz ludzi starszych, po 70. roku życia. Kobiety i mężczyźni chorują jednakowo często, ale nie dotyczy to wszystkich postaci choroby. U osób z późniejszym początkiem (po 40. roku życia) przebieg choroby jest zazwyczaj łagodniejszy.

Objawy i przebieg

Syndromy choroby dzieli się na dwie grupy:

1. Objawy depresyjne: chory spowalnia swą aktywność życiową. Przestaje być kreatywny, ma wrażenie intelektualnej pustki. Teraźniejszość i przyszłość widzi w czarnych barwach. Mogą wystąpić lęki i koszmary, zaś w nocy dotkliwa bezsenność. Charakterystyczną cechą objawów depresyjnych jest ich stopniowe, powolne (w ciągu tygodni) nasilanie się, tak że chory i jego otoczenie jakby przyzwyczajają się do tego

stanu, nie widząc potrzeby konsultacji lekarskiej. Przeważnie choroba zaczyna się właśnie od syndromów depresyjnych. Średni czas trwania depresji to 3–6 miesięcy. Przy dużym nasileniu możliwe są próby samobójcze.

2. Objawy maniakalne: Są odwrotnością depresyjnych. Pojawiają się i narastają szybko, zwykle w ciągu kilku dni i trwają krócej (kilka tygodni). Wyrażają się nadzwyczajnie wzmoczoną aktywnością fizyczną i intelektualną. Zanikają lęki, koszmary, zmniejsza się potrzeba snu, odpoczynku. Chory jest ekspansywny, towarzyszy mu poczucie nieuchronnego sukcesu. W skrajnych przypadkach mania może powodować niemal całkowitą dezorganizację postępowania chorego, prowadzącą do zachowań agresywnych, urojeń i halucynacji niebezpiecznych dla otoczenia.

Charakterystyczną cechą zaburzeń afektywnych dwubiegunowych jest mocno zróżnicowany przebieg u poszczególnych chorych oraz ich remisyjność/rzutowość, polegająca na występowaniu okresów bezobjawowych, trwających od kilku miesięcy do nawet kilkunastu lat.

Diagnoza

Zaburzenia afektywne dwubiegunowe należą do grupy wielu chorób (np. psychicznych, neurologicznych) gdzie nie dysponujemy tzw. markerami biologicznymi. Innymi słowy nie ma badań obrazowych (prześwietlenie, ultrasonografia, rezonans magnetyczny) ani też laboratoryjnych (np. badanie krwi, moczu), które pozwoliłyby ją zdiagnozować. W razie podejrzenia ich wystąpienia wykonuje się wprawdzie różne badania diagnostyczne, ale robi się to w celu wykluczenia innych stanów chorobowych, które mogą dawać objawy psychotyczne podobne do afektywnych dwubiegunowych.

Na czym zatem opiera się diagnoza:

Przede wszystkim na poznaniu zachowań chorego poprzez:

1. Rozmowę/wywiad z chorym.
2. Rozmowę/wywiad z rodziną i najbliższym otoczeniem.
3. Obserwację chorego – ambulatoryjną i/lub szpitalną.

Tak więc już na etapie diagnostyki pożądanym i niemal niezbędnym jest

udział najbliższych osoby chorej. Od ich woli i rzetelności w znaczącym stopniu zależy rozpoznanie schorzenia oraz jego leczenie. Pomoc udzielona lekarzowi ma tu pierwszorzędne znaczenie.

W każdym z tych trzech przypadków może dojść do mimowolnej, subiektywnej oceny. Aby temu zapobiec w praktyce medycznej funkcjonują określone standardy/procedury, które umożliwiają i ułatwiają diagnostykę, będąc obowiązującymi dla lekarzy (np. DSM-IV, ICD-10).

Uwaga: nadal jeszcze w potocznej świadomości społecznej choroby, które „nie bolą” a więc przede wszystkim schorzenia psychiczne, nie są uznawane za stan chorobowy, ale za coś, co np. ma usprawiedliwić niezaradność życiową, niedostosowanie społeczne/środowiskowe itp. Jeśli bez uprzedzeń i jawnie udajemy się do lekarza rodzinnego, kardiologa, ginekologa, to wizyta u psychiatry pojmowana bywa jako coś stygmatyzującego i upośledzającego w dalszym życiu. To pogląd całkowicie błędny! Do lekarza psychiatry nie jest wymagane skierowanie, tak więc można udać się do dowolnie wybranej Poradni Zdrowia Psychicznego.

W obowiązującym w Polsce systemie ochrony zdrowia podejrzenie zaburzeń afektywnych dwubiegunowych może sformułować już lekarz rodzinny, chociaż ostateczną diagnozę podejmuje specjalista psychiatra.

Leczenie

We współczesnej psychiatrii stosuje się różne formy leczenia, przy czym dominuje pogląd, że uzupełniają się one wzajemnie, a więc powinny być w odpowiednich proporcjach stosowane łącznie.

1. Farmakoterapia: jest formą podstawową, choć celowo nie piszemy najważniejszą. Opiera się głównie na stosowaniu odpowiednich leków dobieranych w zależności od tego czy chory znajduje się w fazie depresyjnej, czy też maniakalnej. Należy zaznaczyć, że pierwsze, istotne efekty działania leków przeciwdepresyjnych pojawiają się zazwyczaj po 2–3 tygodniach. Z kolei w okresie manii stosuje się leki z grupy neuroleptyków oraz tzw. normotymiczne (węglan litu, karbamazepina, kwas walproinowy). Niestety, chorzy maniakalni bardzo często zapominają o przyjęciu leków, bądź też celowo nie chcą ich zażywać. Przydatne okazują się wtedy leki o przedłużonym działaniu (podaje się np. tylko raz na 48 godzin), albo podawane domięśniowo co 3–4 tygodnie.

2. Profilaktyka farmakologiczna: w okresach remisji czyli ustąpienia objawów choroby zazwyczaj nie ma potrzeby stosowania leków przeciwdepresyjnych i neuroleptyków. Profilaktycznie, aby zapobiegać nawrotom choroby stosuje się sole litu oraz niektóre leki przeciwdrgawkowe, np. karbamazepinę i walproinianę. Uwaga: o tym jaki lek, w jakiej postaci i jakich dawkach decyduje wyłącznie lekarz psychiatra.
3. Psychoterapia: nie ma dotąd badań potwierdzających jej samodzielną skuteczność w leczeniu choroby afektywnej dwubiegunowej. Z drugiej strony mamy naukowe potwierdzenie, że łączenie farmakoterapii i psychoterapii zdecydowanie poprawia wyniki leczenia. Potrzeba psychoterapii wynika ponadto ze zgłaszanych przez pacjentów oczekiwań co do rozmowy, ciepła, zaufania, porady itp. Realizowana jest w formie indywidualnej i grupowej. Chorzy maniakalni z reguły odmawiają uczestnictwa lub poddają się jej bardzo niechętnie.
4. Terapia społeczna: osoby chore na zaburzenia afektywne często „wypadają” i nie radzą sobie z funkcjonowaniem w dotychczasowym środowisku towarzyskim, rodzinnym, zawodowym (np. tracą pracę). Celem tej terapii jest powrotne wprowadzanie chorych w normalne lub w miarę normalne funkcjonowanie społeczne.

Rokowanie

W tej materii należy wyrażać się dość ostrożnie. Nieprzypadkowo nowoczesna psychiatria stara się nie używać określenia „wyleczenie” lecz „zejście choroby”. Oznacza to, że np. przy trwającej kilka lat remisji choroby powinniśmy się mimo wszystko liczyć z ewentualnością powrotu objawów.

Z praktyki klinicznej wiadomo natomiast, że korzystnie na rokowanie wpływają: ostry/nagły początek choroby, późny wiek zachorowania (po 40 r.ż.), brak wcześniejszych problemów ze zdrowiem psychicznym, współpraca pacjenta i rodziny w procesie leczenia. Negatywne przesłanki wypływają z kolei z: wczesnego wieku zachorowania, niesystematycznie prowadzonego leczenia, występowania dodatkowych problemów, złych relacji rodzinnych, uzależnień itp.

Jak podjąć leczenie?

Jest to jeden z trudniejszych problemów. Z reguły bowiem chorzy do lekarza, zwłaszcza psychiatry nie chcą pójść. Warto zatem, aby ktoś z bliskich po zauważeniu niepokojących objawów sam udał się do lekarza psychiatry, który poradzi co dalej robić.

Kto, jak i gdzie prowadzi leczenie?

Jak już wcześniej powiedziano, podejrzenie wystąpienia choroby postawić może już lekarz pierwszego kontaktu/rodzinny lub psycholog.

Właściwą z medycznego punktu diagnozę podejmuje wyłącznie specjalista – lekarz psychiatra. On też kieruje całym procesem leczenia, ordynuje leki i określa zakres wszystkich innych środków terapeutycznych. Może prowadzić psychoterapię. Do psychiatry nie jest wymagane skierowanie.

Niekiedy w procesie diagnostycznym uczestniczą lekarze innych specjalności, np. neurologi, po to aby wykluczyć inne schorzenia o podłożu somatycznym, które mogą dawać objawy podobne do afektywnych dwubiegunowych.

Proces leczenia prowadzi się w warunkach domowych, ambulatoryjnych lub szpitalnych, przy czym jeśli lekarz psychiatra uzna, że stan chorego stanowi zagrożenie dla otoczenia lub jego samego, może podjąć decyzję o przymusowej hospitalizacji (szerzej zob. niżej), zatwierdzonej i uchylanej przez sąd jeśli zagrożenia ustaną.

Leczenie szpitalne całodobowe lub dzienne jest często niezbędne w I fazie. Lekarz musi mieć możliwość obserwacji chorego w celu weryfikacji diagnozy i ustalenia sposobu leczenia. Później można przejść na leczenie ambulatoryjne – pacjent w umówionych terminach udaje się do lekarza, a zalecane leki przyjmuje w domu.

Jeśli chory leczy się u lekarzy innych specjalności powinno się ich poinformować o przyjmowanych lekach psychotropowych. Pozwoli to uniknąć potencjalnie groźnych interakcji lekowych (najlepiej pokazać dołączoną do opakowania ulotkę).

Bardzo ważną rolę odgrywają również psycholodzy, którzy we współpracy z psychiatrą mogą określać i wspomagać działania psychoterapeutyczne, w tym terapię społeczną. Nie mogą natomiast decydować o lekach.

Istotną rolę w terapii zaburzeń afektywnych dwubiegunowych odgrywa najbliższe otoczenie chorego, a w szczególności rodzina. Brak współpracy z jej strony może nawet przesądzić o wynikach leczenia.

W aspekcie terapii społecznej obserwujemy w ostatnich latach coraz większą aktywność różnego rodzaju stowarzyszeń chorych/rodzin, fundacji, organizacji pozarządowych i kościelnych. Trzeba zaznaczyć, iż z organizacjami tymi współpracują psychiatry, psycholodzy, przeszkoleni wolontariusze, dzięki czemu oferowana pomoc spełnia odpowiednie standardy.

Koszty leczenia

Pojawienie się w rodzinie choroby przewlekłej zawsze budzi obawy o koszty leczenia. W przypadku zaburzeń afektywnych dwubiegunowych jest to o tyle istotne, że choroba może powodować czasową niezdolność do pracy albo konieczność zmiany dotychczas wykonywanej.

Obowiązujący w Polsce system powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia zapewnia bezpłatny dostęp do lekarzy wszystkich specjalności biorących udział w leczeniu choroby afektywnej dwubiegunowej, niezbędnych badań i ewentualnej hospitalizacji.

Leki i ich przyjmowanie

Część leków stosowanych w farmakoterapii choroby afektywnej dwubiegunowej poddana jest szczególnemu reżimowi już na etapie ich ordynowania przez lekarza (tzw. recepty Rpw).

Dzieje się tak dlatego, że preparaty te są z reguły bardzo niebezpieczne przy niewłaściwym stosowaniu oraz mogą być wykorzystane jako substancje narkotyczne. Jeśli więc chory przebywa w domu zadbajmy o właściwą ich ochronę, raczej nie powierzając tego zadania choremu.

Można to przecież dyskretnie kontrolować. Leki trzeba przechowywać w warunkach zgodnych z zaleceniami producenta (zawsze opisane są w ulotce dołączonej do opakowania) i nie w miejscu ogólnie dostępnym, tak aby uniknąć przypadkowych pomyłek lub dostania się ich w ręce dzieci.

Szczególny rygor dotyczy również dawkowania i przyjmowania leków. Należy bezwzględnie i ściśle przestrzegać wskazań lekarza (w razie wątpliwości trzeba dokładnie przeczytać ulotkę lub ponownie skontaktować się z lekarzem). Zalecenia te dotyczą wielkości dawek, pór, sposobu i regularności przyjmowania. Odstawienie lub przedawkowanie leku może prowadzić do groźnych następstw.

W zasadzie nie ma leków, włącznie z popularną aspiryną, które nie miałyby tzw. działań niepożądanych. Lekarz ordynujący leki zwykle uprzedzi nas o nich. Więcej informacji znajdziemy w ulotce przylekowej. Nie oznacza to, iż u danej osoby muszą się one pojawić. Jeśli już jednak wystąpią a ich częstotliwość bądź nasilenie są niepokojące należy bezwzględnie skontaktować się z lekarzem.

Zaburzenia afektywne dwubiegunowe jako choroba społeczna

W kategoriach tzw. zdrowia publicznego o chorobach społecznych możemy mówić, gdy występuje/a:

1. Wysoka zachorowalność.
2. Długotrwałość choroby.
3. Eliminacja lub znaczące ograniczenia w społecznym funkcjonowaniu chorego.
4. Skutki choroby dotykające osób najbliższych chorych, np. w postaci koniecznych działań opiekuńczych, powstałych w wyniku całkowitej/ częściowej utraty możliwości samodzielnego funkcjonowania.
5. Wysokie obciążenie finansowe publicznego systemu ubezpieczeniowego.

Nietrudno zauważyć, że zaburzenia afektywne spełniają każde z pięciu wymienionych kryteriów. Są one bardzo sformalizowane, niemniej w praktyce oznaczają rozpady rodzin, konflikty, a często tragedie przenoszące się na dzieci. Depresja i mania to nie jedyne choroby społeczne – podobny charakter posiadają np. niektóre schorzenia somatyczne: epilepsja, cukrzyca, choroba Alzheimera i inne.

Odpowiedzią na skutki chorób społecznych są nie tylko intensyfikacja badań naukowych nad nowymi lekami, doskonalenie procedur medycznych, ale również działania społeczne uwrażliwiające „zdrową” część społeczeństwa na problemy chorych i ich bliskich.

W przypadku chorób psychicznych Światowe Stowarzyszenie Psychiatryczne (WPA) zainicjowało akcję społeczną, mającą na celu przekonanie społeczeństwa, polityków i decydentów do działań mających na celu społeczną aktywację chorych.

Zagrożenia dla chorego i otoczenia. Aspekty prawne

W przebiegu zaburzeń afektywnych dwubiegunowych bywa, iż osoba chora zagraża zdrowiu, życiu, mieniu własnemu i/lub otoczenia. W stereotypowych przekonaniach zagrożenie to jest często wyolbrzymiane, niemniej jest ono realne i dlatego niezbędne są odpowiednie rozwiązania prawne zabezpieczające chorego i osoby trzecie.

Uwaga: do wdrożenia środków przymusu nie wystarczy zdiagnozowanie choroby, czyjaś obawa, ale wystąpić musi rzeczywiste zagrożenie lub co najmniej wysokie prawdopodobieństwo jego powstania!

W ostrej fazie maniakalnej chorzy mogą nabrać przekonania o grożącym im niebezpieczeństwie i niejako „w obronie własnej” dokonać zniszczeń, okaleczyć, a nawet zabić. Z kolei w depresji istnieje ryzyko prób samobójczych.

Wybrane problemy życiowe chorych i ich rodzin

Czy rozmawiać z chorym o jego chorobie?

Z pewnością tak, zwłaszcza jeśli nasz bliski tego sobie życzy, wręcz oczekuje. Z reguły wszakże chorzy unikają takich rozmów, a przy próbie ich podjęcia okazują agresję (np. słowną). Może minąć dużo czasu, zanim bliski uzna swoją niewydolność za chorobę. Jeżeli zatem zauważymy chęć kontaktu, to wykorzystajmy ten moment – a podczas rozmowy okażmy zrozumienie i serdeczność.

Pierwszą okazją bywają zwykle zauważone przez rodzinę niepokojące zmiany zachowania. Jeśli nasz bliski jest gotów na współpracę i wizytę u lekarza, należy nie zwlekać. Im szybciej podjęte będzie leczenie, tym lepsze rokowanie.

W fazie depresyjnej ważne jest dyskretne aktywowanie chorego. Zdarza się, że chorzy wzbudzają wtedy więcej zainteresowania, są odciążani od obowiązków, co w konsekwencji prowadzi do podtrzymania objawów. Warto w tym zakresie zasięgnąć porady psychoterapeuty.

W stanie maniakalnym możliwości oddziaływania rodziny na chorego są dość ograniczone. Wszelkie uwagi, próby pomocy mogą być odbierane jako nieuzasadnione ingerowanie, przeszkadzanie przez co konflikty będą się nasilać. W ostrzejszych stanach zadbajmy o zablokowanie konta bankowego, kart płatniczych, telefonu itp. W skrajnych przypadkach należy wziąć pod uwagę złożenie wniosku o przymusową hospitalizację.

Każdą życzliwą postawę bliskiego starajmy się spożytkować terapeutycznie.

Czy informować środowisko rodzinne/towarzyskie o chorobie?

Nie ma tu jednoznacznej odpowiedzi. Z pewnością kontynuacja, nawet tylko częściowa, dotychczasowej aktywności społecznej i rodzinnej jest pożądana i może być ważnym składnikiem psychoterapii. W takim więc kontekście dyskretne uprzedzenie rodziny i znajomych o „pewnych problemach” naszego bliskiego będzie pożądanym. Nawet jeśli dojdzie do „niezręcznej sytuacji”, będziemy mogli oczekiwać zrozumienia.

Aktywność edukacyjna i zawodowa

Zwróćmy uwagę, że zaburzenia afektywne dotyczą przede wszystkim ludzi młodych pomiędzy 20 a 30 rokiem życia, a więc w okresie, kiedy kończą edukację i budują karierę zawodową. Choroba powoduje z reguły jej przerwanie lub wręcz załamanie oraz bardzo często utratę środków utrzymania. W ogólnych założeniach psychoterapeutycznych podtrzymanie bądź przywrócenie aktywności edukacyjnej i zawodowej uznawane jest za istotny środek terapeutyczny.

Z drugiej strony wiadomo, że u podłoża choroby leżą różnego rodzaju czynniki środowiskowe, w tym np. stres na uczelni lub w miejscu pracy. Może zatem zaistnieć potrzeba zmiany środowiska, szkoły, uczelni i pracy. Jeśli tak jest, powinniśmy problem skonsultować z lekarzem albo psychologiem.

Innym czynnikiem, który powoduje konieczność zmiany dotychczasowej formy aktywności zawodowej, mogą być objawy choroby oraz stosowane leki, a ściślej ich działania uboczne. Tak więc stan manii utrudnia (często uniemożliwia) kontakty interpersonalne, co wyklucza pracę w charakterze nauczyciela/wykładowcy, bezpośrednią obsługę klientów i wszędzie tam, gdzie wymagana jest stabilność emocjonalna. Zauważmy, że niestabilny emocjonalnie sędzia, urzędnik wydadzą tylko błędne decyzje, ale obciążony tą przypadłością lekarz, kierowca, operator maszyn mogą zaszkodzić innym lub spowodować katastrofę. Również stosowane w leczeniu zaburzeń afektywnych leki powodują zazwyczaj senność, osłabienie koncentracji itp., a przez to chory powinien powstrzymać

się od prowadzenia pojazdów, obsługi maszyn, urządzeń, po to aby nie stwarzać zagrożenia dla osób trzecich. Jeżeli zatem dotychczasowy charakter zajęć wymagał takiej aktywności, należałoby jej przynajmniej czasowo zaniechać.

W fazie depresyjnej zagrożenia są zdecydowanie mniejsze. Przy łagodnym przebiegu podtrzymanie aktywności zawodowej/edukacyjnej może mieć istotne znaczenie terapeutyczne. Należałoby jednak nie stawiać nazbyt wygórowanych wymagań w tym okresie, ponieważ niepodołanie im przez chorego sprzyja pogłębieniu się nastroju depresyjnego.

W przypadku aktywności edukacyjno-zawodowej znów pojawia się pytanie: czy informować pracodawcę o chorobie? Tak jak poprzednio, nie sposób sformułować jednoznacznej odpowiedzi. Być może uprzedzająca rozmowa z pracodawcą pozwoli na jego życzliwość, która później wyrazi się np. zgodą na zmianę zadań/stanowiska uwzględniającego uwarunkowania choroby.

Prawo jazdy. Prowadzenie samochodu

W Polsce nie ma obowiązku zwrotu prawa jazdy, gdy wystąpią okoliczności uniemożliwiające prowadzenie samochodu (tak jest np. w Wielkiej Brytanii), niemniej w okresach nawrotu choroby chorzy powinni bezwzględnie powstrzymać się od kierowania pojazdami i to nie tylko z powodu objawów choroby, ale również z uwagi na działania uboczne przyjmowanych leków (senność, osłabienie koncentracji itp.). Informacje w tej materii znajdziemy na dołączonej do leku ulotce, a w razie wątpliwości należy zapytać lekarza lub farmaceutę.

Czy osoba dotknięta zaburzeniami afektywnymi może ubiegać się o prawo jazdy? Z formalnoprawnego punktu widzenia nie ma tu przeszkód – oczywiście w okresach remisji choroby. Musimy się jednak liczyć z poważnymi utrudnieniami. Otóż w myśl obowiązujących obecnie przepisów prawnych choroby psychiczne stanowią jedną z głównych przesłanek negatywnych (choć nie bezwzględnych), a ponadto ustawodawca nie sformułował jednoznacznych kryteriów, które pozwoliłyby lekarzom orzekającym na wydawanie pozytywnych decyzji. Dodatkowo są oni krępowani zaleceniami różnych jednostek opiniodawczych, które

obiektywnie wydają się nazbyt rygorystyczne. Tak więc powinniśmy się liczyć z długotrwałą i uciążliwą procedurą bez gwarancji na powodzenie.

Samodzielność finansowa

W przebiegu zaburzeń afektywnych zdarza się, iż pod wpływem niektórych objawów choroby podejmują nieodpowiedzialne decyzje finansowe bądź też są podatni na sugestie osób trzecich co do ich dokonania. Dzisiaj, gdy w powszechnym użytku znajdują się karty płatnicze, komputerowy dostęp do kont bankowych, operacje takie są szczególnie łatwe i szybkie do wykonania. Jeśli zatem mamy uzasadnione obawy, że takie sytuacje mogą zaistnieć lub już wcześniej się zdarzały, a nasz bliski nie jest ubezpieczony, warto zastosować pewne środki ostrożności, które powinniśmy uzgodnić w kręgu najbliższej rodziny. Mogą to być np.: dyskretna obserwacja, zmniejszenie limitów transakcyjnych na koncie i kartach płatniczych.

W okresach remisji choroby dobrze byłoby przekonać bliskiego do udzielenia pełnomocnictwa do bieżącego zarządzania majątkiem na wypadek nawrotu objawów.

Problemy ubezpieczeniowe

Wymagania współczesnego życia sprawiają, że coraz więcej osób wykupuje różnego rodzaju ubezpieczenia, tzw. życiowe lub emerytalno-rentowe. Jeżeli zatem osoba chora posiada już jakiegokolwiek ubezpieczenia życiowe, emerytalne, zdrowotne bądź środki zaangażowane w funduszach inwestycyjnych, zaleca się, aby tuż po stwierdzeniu choroby przejrzeć ogólne i szczegółowe warunki zawartych często przed laty umów z co najmniej dwóch powodów:

1. Bywa tak, że z chwilą wystąpienia choroby przewlekłej uzyskujemy prawo do pewnych świadczeń finansowych.
2. Niekiedy w umowach znajdują się klauzule, w myśl których nieopowiadanie ubezpieczyciela o wystąpieniu takich zdarzeń, jak np. choroba przewlekła, może stanowić podstawę do zerwania umowy, obniżenia należnych świadczeń itp.

W przypadku gdy mamy jakiegokolwiek wątpliwości, najlepiej udać się do

właściwej firmy ubezpieczeniowej i poprosić o wyjaśnienia. Zawsze natomiast przy zawieraniu nowych umów ubezpieczeniowych dotyczących chorego należy poinformować o jego chorobie, aby nie narażać się na odmowę wypłaty świadczenia.

Opieka w warunkach domowych

W zasadzie osoby chore na zaburzenia afektywne dwubiegunowe są „samoobstugowe”, jeśli oczywiście nie występują inne schorzenia ograniczające tę zdolność. Przy nasilonych objawach depresyjnych zdarza się jednak apatia i przygnębienie, które powodują, że chorzy zaniedbują się pod względem higienicznym, ubioru itp. Należy pod tym względem aktywować chorych, a w razie trudności z osiągnięciem celu poprosić o poradę lekarza/psychologa.

Aktywność fizyczna, dieta

Choroba nie powoduje żadnych przeciwwskazań do kontynuacji dotychczasowej aktywności fizycznej. Wręcz przeciwnie – jest to ważny element terapeutyczny. W fazie maniakalnej warto jednak zaniechać/uniemożliwić choremu takich form aktywności, które niosą ryzyko urazów fizycznych. Pojawiające się wówczas przekonanie o „własnych, nieograniczonych możliwościach” może powodować przekroczenie normalnych zasad bezpieczeństwa.

Należy zaznaczyć, że nie ma wyników badań naukowych, wskazujących na związek zaburzeń afektywnych z dietą. W każdym bądź razie radzimy zadbać o ogólnie pojęte zdrowe odżywianie, obfitujące w warzywa, owoce i unikanie tzw. „fast foodów”. Wydaje się to mieć znaczenie przy dominacji objawów depresyjnych. To co potocznie nazywamy „ciężkim jedzeniem” będzie przecież powodowało senność, ociężałość ruchową, a więc przyczyni się do wzmocnienia np. apatii.

Palenie tytoniu, alkohol

O powszechnie znanej szkodliwości palenia papierosów wszyscy wiemy. Rzucenie palenia byłoby ze względów zdrowotnych bardzo

pożądane, aczkolwiek w okresach nawrotu choroby pojawiają się o wiele znaczniejsze problemy i to zdaje się przesądzać, iż nie jest to najlepszy czas do nakłaniania chorego do zerwania z nałogiem. Chyba że sam chce i np. prosi o pomoc. Należałoby się raczej skupić na tym, aby palenie nie zakończyło się pożarem. Chorzy zazwyczaj mają tendencję do dużej lekkomyślności w kwestiach bezpieczeństwa.

Inaczej rzecz ma się w przypadku alkoholu. Już w stosunkowo niewielkich dawkach wpływa on na nastrój człowieka i jego psychikę (bezzasadne dowartościowanie, krótkotrwała eliminacja problemów życiowych), a ponadto z reguły koliduje z przyjmowanymi lekami. W tym aspekcie skutki mogą być groźne.

Czy zaburzenia afektywne dwubiegunowe wpływają na ogólny stan zdrowia?

Jak już powiedziano, nie jest to schorzenie somatyczne, czyli takie, przy którym możemy wskazać jako przyczynę niedomaganie konkretnego organu ustrojowego. Czy zatem choroba może negatywnie rzutować/powodować somatyczne stany chorobowe? Nie ma na to jednoznacznych dowodów naukowych, jednak statystycznie zauważa się u chorych zwiększoną o kilkanaście procent zachorowalność, np. na choroby serca i układu krążenia.

Małżeństwo, potomstwo

Jeżeli osoba dotknięta zaburzeniami afektywnymi nie jest ubezwłasnowolniona, a objawy choroby ustąpiły, to nie ma przeszkód prawnych i medycznych do zawarcia małżeństwa. Dotyczy to również posiadania potomstwa. Ryzyko, że w przyszłości dziecko zachoruje wprawdzie jest, ale nie szczególnie wysokie. W razie wątpliwości należy poradzić się lekarza.

Trzeba też pamiętać, że większość leków stosowanych w leczeniu zaburzeń afektywnych jest teratogenna czyli negatywnie wpływa na płód. Dlatego decyzja o ciąży powinna być świadoma i zaplanowana tak, aby zminimalizować konieczność przyjmowania leków w okresie jej trwania i późniejszego karmienia piersią.

Pojawia się tutaj jeszcze jeden problem natury moralnej – bardzo osobisty, a mianowicie czy informować partnera/kę o chorobie? Niestety nie da się udzielić w tej materii jednoznacznej odpowiedzi. Musimy wszakże pamiętać, iż zatajenie tego faktu może stać się okolicznością obciążającą w ewentualnym postępowaniu rozwodowym bądź też w staraniach o kanoniczne unieważnienie małżeństwa.

Instytucjami, w których uzyskać możemy pomoc oraz informacje o niej, są: Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS), miejskie, gminne i dzielnicowe ośrodki pomocy społecznej oraz stowarzyszenia chorych i ich rodzin oraz organizacje pozarządowe.

Oferowana pomoc ma różną postać. Są to świadczenia medyczne, pieniężne, rzeczowe oraz pomoc w opiece nad chorym. Niektóre z nich zależą od sytuacji materialnej, inne nie są z nią powiązane. Jeżeli chory nie jest samodzielny, wówczas pewne ulgi przysługują również opiekunowi, np. w opłatach za przejazdy środkami transportu publicznego czy pobyt wraz z podopiecznym na leczeniu sanatoryjno-rehabilitacyjnym.

- Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS): przede wszystkim uzyskamy świadczenie emerytalne lub rentowe, zasiłek opiekuńczy i chorobowy. W przypadku długotrwałej choroby, uniemożliwiającej wykonywanie pracy zawodowej powyżej 6 miesięcy, przyznawane jest świadczenie rentowe; za pierwszym razem czasowe, później w zależności od stanu zdrowia może być bezterminowe.
- Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ): w przypadku chorób psychicznych są to: bezpłatne wizyty u lekarzy, bezpłatny pobyt w szpitalu, całkowita lub częściowa refundacja leków oraz leczenie sanatoryjne.
- Miejskie/dielnicowe i gminne ośrodki pomocy społeczne: spodziewać możemy się wypłaty comiesięcznego zasiłku pielęgnacyjnego (nie jest uzależniony od dochodu), jednorazowych bądź okresowych zapomóg. Liczyć można również na pomoc pracownika socjalnego w opiece nad chorym czy robieniu zakupów. Ta forma pomocy jest zazwyczaj płatna, z wyjątkiem osób o najniższych dochodach. Wysokość opłat ustalają lokalne samorządy.

Kompleksowe i szczegółowe informacje o przysługującej nam pomocy, świadczeniach i zasadach ich udzielania uzyskamy we właściwym ze względu na miejsce zamieszkania Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie. Udając się tam, warto zabrać ze sobą dokumentację medyczną

i socjalną chorego.

Organizacje społeczne, kościelne, fundacje, stowarzyszenia, wolontariat: jest to coraz bardziej liczny, rozbudowujący się i efektywny segment pomocy dla osób przewlekle chorych. Najogólniej rzecz biorąc, są to organizacje niezależne od administracji państwowej i samorządowej, które fundusze na swą działalność pozyskują z różnych źródeł: dotacji państwowych, samorządowych, darowizn, odpisów podatkowych w ramach tzw. 1%, zbiórek itp. Spodziewać się możemy głównie pomocy rzeczowej i pomocy w opiece nad chorym. Jej uzyskanie z reguły nie zależy od naszego statusu majątkowego, a od strony „biurokratycznej” jest ona maksymalnie uproszczona. O zakresie tej pomocy decyduje pracownik/wolontariusz (w ramach możliwości danej organizacji), który ocenia nasze potrzeby. Niestety jest to w Polsce stosunkowo nowa forma działalności pomocowej i dlatego dostępna jest przeważnie tylko w większych miastach.

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ (DPS)

Decyzja o umieszczeniu chorego w domu opieki jest szczególnie trudna, bowiem prawie zawsze dotyczy ona osoby bliskiej. Powinna być zatem poprzedzona staranną oceną stanu chorego, jego potrzeb oraz naszych/rodzinnych możliwości w zakresie zapewnienia mu właściwej opieki. Z drugiej strony miejsca w ośrodkach publicznych nie są dostępne „od zaraz”, trzeba czekać, a więc warto złożyć odpowiedni wniosek wcześniej.

W chorobach psychicznych pobyt chorych w DPS dotyczy głównie osób w podeszłym wieku, obciążonych dodatkowo innymi schorzeniami przewlekłymi (np. zespoły otępienne, choroba Alzheimera) oraz takich, które z różnych powodów nie są w stanie funkcjonować samodzielnie, nie mają rodziny albo ta nie jest w stanie zapewnić im właściwej opieki.

Z uwagi na formę własności, sposób finansowania i zarządzania domy opieki społecznej można podzielić na trzy rodzaje:

- publiczne, zarządzane i finansowane przez samorządy.
- społeczne, zarządzane i finansowane przez organizacje społeczne, kościelne, fundacje itp.
- prywatne, zakładane i zarządzane jako forma działalności gospodarczej.

GDZIE JESZCZE SZUKAĆ POMOCY?

Zaburzenia afektywne dwubiegunowe to nie tylko problem kilkuset tysięcy chorych w Polsce, ale również olbrzymie wyzwanie dla 2–3-krotnie liczniejszej grupy opiekunów, członków rodzin itp. Dzięki ich wysiłkowi powstały liczne stowarzyszenia, fundacje, grupy wsparcia, zrzeszające ludzi opiekujących się chorymi. Istnieją zarówno organizacje ogólnopolskie, jak i regionalne lub tylko lokalne. O wielu innych można uzyskać informacje w poradni psychiatrycznej albo w Internecie.

Na co możemy liczyć: Przede wszystkim na wsparcie psychiczne, wymianę doświadczeń, informację oraz niekiedy na pewną pomoc materialną w postaci np.: turnusów rehabilitacyjnych, wyjazdów plenerowych itp.

Notatki



ADAMED

Adamed Pharma S.A.
Pieńków, ul. Mariana Adamkiewicza 6A
05-152 Czosnów