

## TULBURAREA AFECTIVĂ BIPOLARĂ TIP I – O ABORDARE CLINICĂ

ADELA MAGDALENA CIOBANU, MONICA CLAUDIA BOER,  
LUMINIȚA DOBRE

**Bipolar Disorder Type I – a Clinical Approach.** Type I bipolar disorder is characterized by ample fluctuations in disposal of the person. This can change from one extreme to another in a fast way and/or unexpectedly from a depressive mood at one manic. Many people occasionally shows dispositional variations, but for people with this mood disorder changes are so pronounced that they interfere with daily activities and can disrupt relationships with others. We present further clinical approach to a case of bipolar disorder type I.

**Key words:** bipolar disorder, manic-depressive illness, case report, clinical features.

Tulburarea afectivă bipolară, manifestată prin episoade depresive sau maniacale, poate conduce la probleme de somn, de apetit și de gândire. De obicei, o persoană cu dispoziție maniacală se simte fericită sau încântată de orice, plină de energie, are o nevoie scăzută de somn, vorbește repede, are un ritm accelerat al gândirii (tahipsihie), face gesturi riscante – cheltuiește foarte mulți bani, are activități sexuale inadecvate, abuzează de alcool sau de substanțe psihoactive (Frank, 2005; Fava, 2002). De cealaltă parte, o persoană cu dispoziție depresivă se simte tristă, are gânduri suicidare, este negativistă în legătură cu orice, obosită, vinovată și fără de valoare (Ciobanu, Popa, 2014). Câteodată, o persoană aflată în episod maniacal poate să prezinte și simptome depresive, simultan cu simptomele maniacale sau fluctuând față de acestea. De asemenea, în episodul depresiv pot fi prezente simptome maniacale. Scopul tratamentului tulburării afective bipolare tip I este de a controla și de a reduce severitatea simptomelor și de a preveni apariția de noi episoade. O persoană care urmează tratament prezintă episoade mai puțin severe și mai rare ale tulburării.

### Prezentare de caz

Pacienta I.O., în vârstă de 32 de ani, necăsătorită, din mediul urban, este adusă la Camera de Gardă a Spitalului Clinic de Psihiatrie „Prof. Dr. Alex. Obregia” în data de 9.04.2014, de către Salvare și Poliție. Acestea au fost sesizate de vecini, întrucât pacienta se afla în agitație psihomotorie; încuiată în casă fiind, ea țipa foarte tare și își distrusese multe dintre picturile la care lucra, lovindu-le de pereți.

La examinare, pacienta era agitată și prezenta: idei delirante de persecuție („Sora fostului meu concubin lucrează la SRI și s-a infiltrat peste tot”), idei delirante de grandoare („Cazul meu are legătură cu Mădălina Manole”; „Ea crede că mă fentează pe mine, dar și eu lucrez la SRI și raportează despre toți și de cine trebuie să raportează”), iritabilitate, polipragmazie și nevoie scăzută de somn. Din aceste motive s-a efectuat procedura de internare nonvoluntară.

Din istoricul personal al pacientei am reținut că aceasta provine dintr-o familie cu studii superioare, cu doi copii, pacienta fiind primul copil. Părinții sunt divorțați de când pacienta avea vârsta de 11 ani. Ambii soți s-au recăsătorit, pacienta fiind crescută de mamă. I.O. este absolventă a unei facultăți în urma căreia a dobândit diploma de asistentă de farmacie și are o vechime medie în muncă de aproximativ 12 ani. În momentul internării, pacienta era fără loc de muncă, deoarece în ianuarie 2014 aceasta și-a dat demisia, aflându-se în timpul unui episod maniacal cu elemente psihotice. Ea relatează: „Mi-am dat demisia de la Farmacie pentru că sora fostului meu concubin a pus SRI să mă urmărească și să îmi facă probleme la locul de muncă. Fostul meu patron era îndrăgostit de mine și, pentru că nu îi răspundeam avansurilor, nu mă mai lăsa să lucrez noaptea, complicându-mi situația profesională. Eu am de pictat un pub englezesc și, dacă lucrez ziua, nu am cum să mai și pictez”.

Din antecedentele heredocolaterale, antecedentele personale fiziologice și cele patologice personale nu a reieșit niciun element semnificativ din punct de vedere clinic.

Pacienta locuiește singură într-un apartament cumpărat cu credit bancar cu 2 ani înaintea internării. Are un copil în vârstă de 4 ani cu o persoană cu care a avut o relație de 4 ani, anterioară sarcinii. Tatăl copilului nu a vrut să recunoască copilul; în prezent, acesta conviețuiește cu o altă persoană. Copilul este crescut de bunica maternă iar pacienta îl vede o dată pe lună.

I.O. este fumătoare, consumă 2-3 cafele pe zi, își recunoaște consumul de marijuana din timpul facultății, în scop recreativ („Am fumat de vreo două-trei ori când mi s-a oferit, când eram la petreceri, dar asta s-a întâmplat în facultate”).

Debutul simptomatologiei actuale a fost cu trei luni înaintea internării, anterior demisiei de la locul de muncă. De menționat că I.O. a fost diagnosticată în urmă cu 4 ani, după nașterea copilului, cu depresie postpartum pentru care nu a primit tratament. Mama pacientei a afirmat despre episodul respectiv: „Nu a vrut să ia medicamente pentru că alăpta. A mers la un psiholog, am fost și noi alături de ea și a trecut acel episod. Acum ne dăm seama cât de grav era; atunci am zis că orice femeie trece prin depresia de după naștere. Ne gândeam că are și motive să fie supărată, nu se mai înțelegea cu concubinul, acesta nu vroia să recunoască fetița, era normal în mintea noastră să fie așa cum era”.

Din examenul obiectiv am reținut că pacienta prezenta un tatuaj în zona ombilicală (un soare) și un cerceș în nara dreaptă. Nu avea urme de puncție venoasă. Pe parcursul internării s-au efectuat o serie de investigații paraclinice și testări psihologice, dintre care putem enumera: analize biochimice, hemoleucogramă, testul HIV etc., cu rezultate în limite normale, teste toxicologice urinare – cu rezultate negative, EEG, EKG – în limite normale, CT cerebral – în limite normale. Pe Scala de Cotare a Mâniei Young a obținut un scor de 38 – mânie severă.

Examenul psihic a relevat că: pacienta are o ținută îngrijită și o vestimentație corespunzătoare, este parțial cooperantă, contactul vizual și psihic sunt realizabile, mimica și gestică prezente sunt concordante cu dispoziția; de asemenea, pacienta era orientată temporo-spațial, auto și allopsihiac. Pacienta a negat prezența tulburărilor cantitative și calitative perceptuale. În ceea ce privește atenția și voința s-au consemnat: hiperprosexie spontană, hipoprosexie voluntară; hiperbulie pozitivă, impulsivitate; memoria a fost în limite normale.

În aria gândirii au fost evidențiate: tahipsihie, logoree, o tonalitate a vocii ridicată și un discurs axat pe idei delirante **de persecuție** („*Când eram însărcinată cu Sara (copilul pacientei – n.n.) lucram pe un șantier de arheologie și acolo era o profesoară care mă trimitea să lucrez numai unde erau substanțe toxice, deși știa că sunt însărcinată. Știu că era pusă de sora fostului meu concubin, care a pus-o și pe ea și SRI-ul pe urmele mele să mă facă să pierd sarcina*”); „*Pictesz într-un pub englezesc, dar nu va spun mai multe pentru că e secret și nu vreau să mă găsească nimeni*”); „*Pe tatăl copilului meu l-au omorât arabii, i-au tăiat gâtul și acum vor să îmi omoare și fata*”); **de grandoare** („*Cazul meu are legătură cu cel al Mădălinei Manole*”); „*Fostul meu șef era îndrăgostit de mine și mi-am dat demisia de la Farmacie ca să nu mai am de-a face cu el*”). Totuși, pacienta și-a păstrat capacitatea de abstractizare și generalizare iar asociațiile logice sunt prezente.

În sfera afectivității, a fost remarcată o dispoziție iritabilă, arțăgoasă și revendicativă, iar în cea a activității s-au constatat polipragmazia și dezinhibiția în cheltuirea banilor. Mama pacientei a declarat că în locuința fiicei sale a găsit foarte multe picturi începute și niciuna terminată: „*De ceva vreme începe multe lucruri și nimic nu duce la capăt. Vrea să facă multe și nu termină nimic; cred că așa a făcut și cu picturile*”.

În ceea ce privește viața instinctuală, au fost consemnate: apetitul alimentar diminuat, comportamentul sexual cu risc crescut („*După ce m-a părăsit concubinul, am mai avut aventuri de o noapte cu persoane pe care nu le cunoșteam*”) și lipsa ideii de suicidare. Referitor la ritmul nictemeral, a fost menționată nevoia scăzută de somn („*Nu am nevoie de somn, dorm 3-4 ore în 24 de ore și sunt fresh; de asta puteam să lucrez și noaptea la Farmacie, nu mă deranja deloc lipsa de somn, eu mă simt bine așa cum sunt acum*”).

Conștiința bolii este absentă iar evaluarea personalității a arătat prezența unor tendințe paranoide în momentul internării. Diagnosticul a fost de **Tulburare afectivă bipolară tip I, Episod actual maniacal sever cu elemente psihotice**.

Dintre criteriile DSM IV pentru **Episod maniacal sever cu simptome psihotice**, pacienta le-a întrunit pe următoarele:

- perioadă distinctă de dispoziție crescută, expansivă sau iritabilă anormală și persistentă, durând cel puțin o săptămână;
- persistența următoarelor simptome în timpul perioadei de perturbare a dispoziției – stimă de sine exagerată sau grandoare; scăderea necesității de somn; mai loquace decât în mod uzual; distractibilitate; agitație psihomotorie; impli-

- care excesivă în activități plăcute, dar care au un înalt potențial de consecințe nedorite;
- deteriorare semnificativă în funcționarea profesională sau în activitățile sociale uzuale ori în relațiile cu alții; necesitatea spitalizării pentru a preveni vătămarea sa sau a altora; existența elementelor psihotice;
- toate aceste simptome nu au drept cauze efectele fiziologice directe ale unei substanțe ori o condiție medicală generală.

Dintre criteriile DSM IV pentru *Tulburare afectivă bipolară tip I*, pacienta le-a întrunit pe următoarele:

- actualmente este prezent un episod maniacal;
- anterior a existat cel puțin un episod depresiv major;
- episoadele afective de la criteriile A și B nu sunt explicate mai bine de tulburarea schizoafectivă și nu sunt suprapuse peste schizofrenie, tulburarea schizofreniformă, tulburarea delirantă sau tulburarea psihotică fără altă specificație.

*Tulburarea afectivă bipolară, Episod actual maniacal sever cu elemente psihotice* a fost diferențiată de următoarele tulburări:

- tulburarea afectivă indusă de o condiție generală medicală – examenul clinic și investigațiile paraclinice au exclus prezența unei condiții generale medicale; de asemenea, au fost excluse acele condiții generale medicale care pot prezenta episoade maniacale – maladia Parkinson, maladia Huntington, scleroza multiplă, ictus, sindromul de lob frontal, demențele subcorticale, deficiența de vitamină B12, hipotiroidism, hipertiroidism, hipoparatiroidism, hiper- și hipoadrenocorticism, lupus eritematos sistemic, infecții virale sau de altă natură; hepatită, mononucleoză infecțioasă, HIV; cancer pancreatic;
- tulburarea afectivă indusă de o substanță – examenul toxicologic a fost negativ;
- tulburarea depresivă majoră și tulburarea distimică – a fost prezent un episod maniacal pe perioada tulburării;
- tulburările psihotice (schizofrenie, tulburare schizoafectivă, tulburare delirantă) – caracterizate prin perioade de simptome psihotice, care survin în absența unor simptome afective proeminente etc.

Pacienta a primit tratament injectabil în timpul spitalizării și tratament farmacologic de întreținere. Din punct de vedere psihologic s-a considerat că în momentul decompensării psihotice nu este indicată nici o formă de psihoterapie. Ulterior, după stabilizarea tulburării, se poate urma o terapie suportivă și de familie.

Din punct de vedere al evoluției tulburării, trebuie să precizăm că fără tratament adecvat perioadele simptomatice cresc în durată iar cele asimptomatice scad, evoluția bolii înrăutățindu-se. Ca posibile complicații ale episodului maniacal, pe parcursul evoluției bolii, putem întâlni abuzul de substanțe psihoactive.

Particularitatea acestui caz o reprezintă faptul că, deși în urmă cu 4 ani pacienta a prezentat depresie postpartum, aceasta a necesitat tratament medicamentos doar în momentul declanșării episodului maniacal.

### Bibliografie

- Ciobanu, A.M., Popa, C., *Managementul episoadelor depresive din tulburarea afectivă bipolară*, în „Revista de Psihologie“ nr. 3/2014, Editura Academiei Române.
- DSM-IV. *Manual pentru Diagnosticul și Statistica Tulburărilor Mintale*, Editat de Asociația Psihiatrilor Liberi din România, București, 2000.
- Frank, E., *Treating Bipolar Disorder: A Clinician's Guide to Interpersonal and Social Rhythm Therapy*, New York, The Guilford Press, 2005.
- Fava M., Farabaugh, A. H, Sickinger, A. H., Wright, E. et al., *Personality disorders and depression*, în „Psychological Medicine”, 32, 6, 2002, p. 1049-57.
- Lakshmi, N., Yatham, G., Malhi, S., *Bipolar Disorder*, Oxford University Press, Lundbeck Institute, 2011.

Acest studiu a fost realizat în cadrul Acordului de Parteneriat încheiat între Institutul de Filosofie și Psihologie „Constantin Rădulescu Motru“ al Academiei Române și Spitalul Clinic de Psihiatrie „Prof. Dr. Al. Obregia” din București (Programul de cercetare nr. 2 „Sănătate mentală și stare de bine: implicații și modalități de intervenție moderne”, Departamentul de Psihologie).