

TULBURAREA BIPOLARĂ CU CICLICITATE RAPIDĂ – PREZENTARE DE CAZ

MONICA CLAUDIA BOER, ADELA CIOBANU,
LAURA GHERMAN, IRINA GHINEA

Rapid-Cycling Bipolar Disorder – A Case Study. According to DSM IV, the prevalence rate of Bipolar Affective Disorder is 0.5–1.2% (a chronic mental illness characterised by numerous episodes and a high suicide risk). There are two types of Bipolar Disorder: Bipolar I Disorder with one or more Manic Episodes that can be preceded or followed by one or more Major Depressive Episodes; Bipolar II Disorder with one or more Major Depressive Episodes that can be followed or preceded by one or more Hypomanic Episodes. In the following article we shall present a case report of Rapid-Cycling Bipolar I Disorder (the occurrence of a minimum of 4 mood episodes – Manic, Hypomanic or Major Depressive Episode during the previous 12 months). This pattern is a predictor of a more severe prognosis in the long term. We emphasize on the treatment resistance and the worsening course of the Manic Episodes during hospitalization.

Key words: rapid-cycling bipolar disorder, case report, manic episode, depressive episode.

Potrivit DSM-IV¹, specificantul cu ciclare rapidă poate fi aplicat tulburării bipolare I sau tulburării bipolare II. Ciclarea rapidă este caracterizată prin apariția a patru sau mai multe episoade afective în ultimele 12 luni. Episoadele din cadrul ciclării rapide sunt aceleași cu cele din cadrul tulburării bipolare fără pattern de ciclare rapidă. Boala este mai frecventă la femei decât la bărbați. La ora actuală, depresia bipolară cu ciclare rapidă are o prevalență pe perioada vieții de 5-15% din persoanele cu tulburare bipolară².

Prezentare de caz

Pacienta S.T. în vârstă de 43 ani a fost adusă de ambulanță la Camera de garda a Spitalului Clinic de Psihiatrie „Prof. Dr. Alexandru Obregia”, prezentând: irascibilitate, iritabilitate marcată, dispoziție disforică, comportament expansiv.

Pacienta afirmă că: „m-a luat Poliția de la aeroport, am vrut să plec din țară, m-am certat cu părinții, mi-am adunat toate lucrurile și am plecat”.

Ca antecedente heredocolaterale se poate observa o posibilă etiologie cu transmitere genetică: o verișoară diagnosticată cu tulburare afectivă bipolară. În antece-

¹ DSM-IV. *Manual pentru Diagnosticul și Statistica Tulburărilor Mintale*, Editat de Asociația Psihiatrilor Liberi din România, București, 2000.

² Sadock, B.J., Sadock, V.A., *Kaplan & Sadock's Concise Textbook of Clinical Psychiatry*, Lippincott Williams & Wilkins, 2008.

dente, pacienta a suferit un traumatism cranio-cerebral la vârstă de 10 ani cu intervenție neurochirurgicală.

Condiții de viață și muncă: pensionată medical, a lucrat ca asistentă medicală până în august 2011, a urmat Facultatea de Management, a absolvit Școala postliceală sanitară. Locuiește în mediul urban, la bloc, într-un apartament cu 3 camere cu părinții; relațiile familiale sunt echilibrate. Este divorțată, a fost căsătorită timp de 5 ani.

Istoricul îndepărtat al bolii

Boala a debutat la vârstă de 18 ani, în 1990, când a avut loc și prima internare în Spitalul Clinic de Psihiatrie „Prof. Dr. Alexandru Obregia” cu diagnosticul de „Psihoză Afectivă Expansivă”. Motivele internării au fost: agitație psihomotorie, logoree, euforie, ideatie de grandoare, hipermnzie, ideatie autolitică. Tratamentul urmat a fost unul specific, în combinație de mai multe clase de medicamente și în doze variabile. Ulterior, pacienta a avut multiple internări în perioada 1991-2006 (13 internări), cu aproximativ aceleași simptome care au necesitat modificarea schemei și a dozelor de tratament; pacienta a prezentat atât episoade maniacale, cât și depresive. Ultimele 4 episoade s-au desfășurat pe o perioadă de 12 luni.

În toamna anului 2014, pacienta a prezentat comportament psihotic, halucinații auditive, tulburări de comportament, irascibilitate, discurs spontan dezorganizat, ironic, interpretativitate, suspiciozitate, ideatie delirantă de persecuție și grandoare afirmând că: „aici eu sunt purtător de cuvânt”, „sunt soția Contelui de Manciuira”, „o să vă arăt eu ce vă fac”, „aici eu comand”.

După aproximativ 50 zile de spitalizare, starea pacientei s-a ameliorat și a fost externată. Pacienta a revenit la control periodic, fiind aderentă la tratamentul prescris, prezentând o evoluție favorabilă cu o remisiune completă.

În primăvara anului 2015, pacienta a venit singură la spital pentru: dispoziție depresivă, labilitate emoțională, tulburări mnezico-prosexice, iritabilitate, irascibilitate, anxietate, tulburări hipnice. Pacienta afirmă: „uit de la mână până la gură ce trebuie să fac”, „plâng foarte ușor”, „mă simt foarte tristă”. Înainte de internare, pacienta s-a prezentat cu regularitate la consultații pentru reevaluarea clinică și a schemei de tratament, fiind aderentă la tratamentul psihiatric recomandat.

Examenul psihiatric a evidențiat o pacientă liniștită, conștientă, cooperantă. Ținută și vestimentație în acord cu dispoziția, mimica și gestică hipomobile, contact psihic, vizual și verbal posibil. Nu se decelează tulburări psihice de intensitate psihotică la momentul examinării, pacienta orientată temporo-spațial auto și allopsihic, hipoprosexie spontană și voluntară, hipomnezie de fixare și evocare ușoară, ritm și flux ideoverbal încetinit. Discurs spontan coerent centrat pe problemele de sănătate, lamentativ. Asociații logice posibile, dispoziție depresivă. Stare de anxietate, plâns facil, somn cu intermitențe, insight prezent.

Evoluție și tratament

Se menține tratamentul recomandat. Pacienta prezintă o evoluție favorabilă cu dispoziție eutimică și ușoară logoree. După aproximativ 2 săptămâni, dispoziția pacientei devine ușor expansivă cu logoree și comportament ușor dezinhibat. Se hotărăște creșterea dozei de antidepressiv. În doar câteva zile pacienta devine neliniștită, cu

dispoziție expansivă, euforică, cu ritm și flux ideoverbal accelerat, ideație de persecuție și stare de anxietate. Se oprește antidepresivul.

Starea psihică a pacientei se agravează prezentând agitație psihomotorie, ideație de persecuție, ideație delirantă cu caracter erotoman centrată pe tema violului, ideație delirantă de grandoare, tangențialitate, confabulații, comportament sexual dezinhibat, insight absent. Atitudinea pacientei devine revendicativă, recalcitrantă, prezintă hetero-agresivitate fizică și verbală.

În urma tratamentului cu antipsihotice și timostabilizatoare, la o lună de la internare, pacienta devine liniștită, cooperantă, dispoziție eutimică, mimică și gestică în limite normale. Nu se mai decelează tulburări de intensitate psihotică. Discursul este spontan, coerent, centrat pe problemele de sănătate. Insightul este prezent. Evoluția pacientei este favorabilă. Pacienta intră în remisiune parțială.

Particularitatea episodului

Particularitatea acestei internări a fost prezența celor 2 episoade succesive, la internare pacienta având un tablou de *Episod Depresiv* iar la aproximativ o săptămână trecând în *Episod Maniacal cu Elemente Psihotice*. Tratamentul antidepresiv a fost inițiat cu câteva luni înainte de această internare datorită dispoziției depresive a pacientei. Chiar și sub acest tratament pacienta a prezentat o stare afectivă care a oscilat între depresie și eutimie, timp de câteva luni. Se poate lua în discuție dacă episodul maniacal ar fi fost declanșat de prezența antidepresivului în doză de inițiere sau dacă oricum ar fi survenit în mod natural. De asemenea ar fi de discutat ce altă abordare terapeutică ar fi putut fi aleasă pentru tratamentul depresiei pacientei.

Studiile clinice care au comparat tulburarea bipolară cu ciclare rapidă cu tulburarea bipolară fără ciclare rapidă au arătat că există o prevalență a ciclării rapide de 16,3%, acesta fiind asociată semnificativ cu sexul feminin și tulburarea bipolară tip II.

Ultimul episod, episodul actual, s-a declanșat în vara anului 2015. Motivele internării au fost irascibilitate, iritabilitate marcată, dispoziție disforică, comportament expansiv. Examenul psihiatric a evidențiat o pacientă liniștită, conștientă, cooperantă. Ținută și vestimentație îngrijite, în acord cu dispoziția, mimica și gestică mobile, pacienta orientată temporo-spațial auto- și allopsihic. Nu s-au decelat tulburări psihice de intensitate psihotică la momentul examinării. Hiperprosexie spontană și hipoprosexie voluntară, hipomnezie de fixare și evocare. Ritm și flux ideoverbal ușor accelerat, logoree, discurs spontan coerent centrat pe problemele de sănătate, asociații logice posibile. Dispoziție expansivă, instabilitate emoțională. Somn cu intermitențe, insight prezent.

Evoluție și tratament

Pe parcursul internării pacienta a necesitat modificarea schemei de tratament de mai multe ori, cu administrarea a diferite antipsihotice.

Pacienta prezintă o evoluție favorabilă sub tratament fără recăderi până în momentul de față. Diagnosticul diferențial se face cu:

- Tulburări afective datorate unei condiții medicale generale – istoricul pacientei, date de laborator și examenul somatic au exclus această posibilitate;

- Tulburare afectivă indusă de o substanță – istoricul pacientei și anamneza acesteia exclud consumul de substanțe (drog de abuz, expunerea la un toxic, alte tratamente în afară de cele psihiatrice urmate de pacientă);
- Tulburare bipolară II – pacienta a prezentat numeroase episoade maniacale și mixte ce au necesitat internare;
- Tulburarea depresivă majoră – pacienta a prezentat numeroase episoade maniacale și mixte ce au necesitat internare;
- Tulburarea distimică - pacienta a prezentat numeroase episoade maniacale și mixte ce au necesitat internare;
- Tulburarea ciclotimică – pacienta a prezentat atât episoade depresive majore cât și episoade maniacale;
- Tulburările psihotice (de ex. tulburarea schizoafectivă, schizofrenia și tulburarea delirantă) – elementele psihotice au fost congruente cu dispoziția și au apărut în cadrul episoadelor depresive sau maniacale. Nu au existat perioade de simptome psihotice în absența simptomelor afective. De asemenea, pacienta a prezentat evoluții cu remisiune totală;
- Episodul hipomaniacal – simptomatologia a fost extrem de severă necesitând internare;
- Episodul mixt – nu sunt satisfăcute criteriile pentru episodul depresiv major;
- Episodul depresiv major cu dispoziție iritabilă notabilă – simptomele maniacale sunt în mod evident prezente;
- Tulburarea hiperactivitate / deficit de atenție – debutul patologiei este la 18 ani, evoluția este episodică.

Diagnosticul pozitiv:

Axa I: Tulburare Afectivă Bipolară Tip 1, cel mai recent episod maniacal sever cu elemente psihotice cu pattern de Ciclare Rapidă.

Axa II: personalitate fără accentuări de intensitate psihopatologică.

Susținerea diagnosticului:

Pacienta îndeplinește criteriile DSM pentru tulburare afectivă bipolară tip 1, cel mai recent episod maniacal. Pacienta a prezentat în istoric numeroase episoade depresive majore, episoade maniacale și mixte. Episodul prezent îndeplinește criteriile DSM IV pentru *Episod Maniacal*, pacienta având o perioadă discintă de dispoziție crescută, expansivă sau iritabilă anormală și persistentă, durând cel puțin o săptămână și fiind necesară și spitalizarea. În timpul acestei perioade au persistat mai mult de 3 simptome dintre cele necesare pentru a satisface criteriul pentru episodul maniacal: stimă de sine exagerată sau grandoare, scăderea necesității de somn, fugă de idei, distractibilitate, pacienta mai lovace decât în mod uzual, agitație psihomotorie. Patternul cu ciclare rapidă a fost introdus deoarece pacienta a prezentat 4 episoade de perturbare afectivă în 12 luni – episodul maniacal din toamna remis complet, episodul depresiv din iarnă – primăvară care în timpul spitalizării s-a comutat la polul opus devenind un episod maniacal și episodul maniacal din vară.

Examenul psihologic relevă o personalitate bazală ce poate fi caracterizată prin: prag scăzut de reactivitate emoțională, sociabilitate, entuziasmare facilă, tendința de a

se pune într-o lumină favorabilă, impresionabilitate, rezonanță emoțională bogată, conștiinciozitate, extroversie. Se constată nevoia de a fi valorizată, nevoia de afecțiune și suport.

Factori de prognostic. Particularitatea cazului

Particularitatea cazului este dată de apariția patternului de ciclare rapidă care determină un prognostic mai sever pe termen lung. Trebuie observată rezistența la tratament a episoadelor maniacale în timpul spitalizării și agravarea acestora în timpul spitalizării. Pacienta s-a internat de multe ori cu insight prezent; în timpul spitalizării, sub tratament psihiatric adecvat, starea acesteia s-a înrăutățit cu apariția elementelor psihotice, pacienta pierzându-și critica asupra bolii. De asemenea, trebuie luat în considerare și faptul că pacienta a fost aderentă la tratamentul prescris la domiciliu iar recăderile au debutat în ciuda acestei compliance. O altă particularitate este dată de necesitatea instituirii tratamentului antidepresiv pentru a trata episodul depresiv major și virarea bruscă la câteva luni după inițierea antidepresivului, în timpul spitalizării, în episod maniacal. Totodată trebuie observat că, de cele mai multe ori, pacienta a intrat în remisiune completă, având o evoluție foarte bună între episoade.

Bibliografie

- DSM-IV. *Manual pentru Diagnosticul și Statistica Tulburărilor Mintale*, Editat de Asociația Psihiatrilor Liberi din România, București, 2000.
- Sadock, B.J., Sadock, V.A., *Kaplan & Sadock's Concise Textbook of Clinical Psychiatry*, Lippincott Williams & Wilkins, 2008.

* 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. Alexandru Obregia” din București (Programul de cercetare nr. 2 „Sănătate mentală și stare de bine: implicații și modalități de intervenție moderne”, Departamentul de Psihologie).