

Bipoláris zavar

Dr. Kapornai Krisztina

Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar
Gyermek és Ifjúságpszichiátriai Osztály

Előadásomat az előttem szólókkal ellentétben nem a kórkép, hanem az osztályunkon kezelt érdekes eset bemutatásával kezdeném.

16 éves serdülő fiú sürgősséggel érkezett ambulanciánkra fokozódó irritabilitás, az elmúlt néhány napban súlyos agresszivitásig fajuló viselkedés miatt. Agresszivitása elsősorban autoagresszív formában nyilvánult meg, de verbálisan a környezettel szemben is agresszív, hosztilis magatartást mutatott, az addig csak esetleg oppozíciós viselkedésű fiatal. Az agresszivitás mellett a bizarréria uralta az elmúlt napokban a megnyilvánulásait: éjjel az udvaron katonákat vezényel, furcsa nem odaillő nevetgélés, elszökött otthonról és éjjel nem tért haza. Mater elmondása szerint gyógyszereit egyre rendszertelenebbül szedte az addig depresszió és oppozíciós magatartászavar miatt kezelt fiú.

Családi anamnesisből kiemelendő, hogy otthon, elsősorban az apával rendszeresen a konfliktusok és családban előfordult alkoholbetegség. Gyermekpszichiátriai anamnesisében kétszeri hospitalizáció szerepel. Első alkalommal iskolai magatartásproblémák miatt történt kivizsgálás 13 éves korában. Ekkor gyermekkori érzelemzavart állapítottak meg. Családi tanácsadás és szupportív pszichoterápia mellett a gyermek hosszabb ideig egyensúlyban volt.

Ezt követően 15 éves korában akut pszichotikus tünetek jelentkezése mellett ismételt hospitalizáció, melynek során Haloperidol átmeneti alkalmazása mellett a pszichotikus tünetek oldódtak és a további hosszabb kivizsgálás és obszerváció során depressziós zavar volt megállapítható, szorongásos tünetekkel. Antidepresszívum terápia beállítást követően

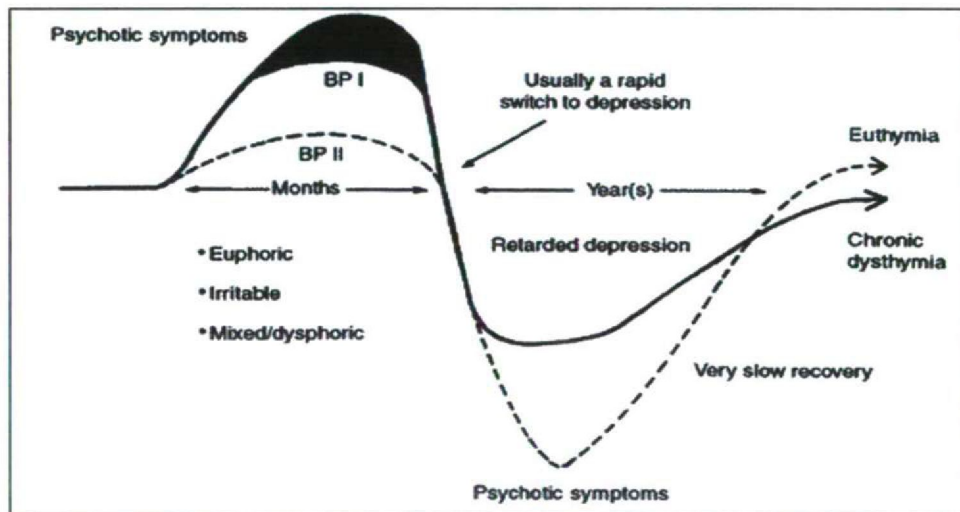
rendszeres gyógyszereszedés és ambuláns gondozás mellett rövid idő után a depresszív tünetek elmélyülése miatt az SSRI szert SNRI szerre váltottuk, jelen felvételét megelőzően 1 hónapja.

Felvételekor autoanamnesis szerint:

- jobb oldali zsibbadás mellett ismeretlen eredetű dudort érez a hasán
 - nagyon feszült, és dühös, amiért nem kapta meg a pénzét;
- Jó dolgok is történtek vele:
- franciából és németből nyelvvizsgázott le, most az angolt kezdi
 - látott vonatot és egy ikerpárt, akik rá hasonlítottak

Pszychés statusában: agitált, hostilis, auto és heteroagresszív magatartás, időben dezorientált felgyorsult pszichomotorium, inkoherens beszéd és gondolkodás, emelkedett alaphangulat mellett, hirtelen hangulátváltások, csökkent érzelmi igénybevehetőség, lacrimáció, mérgeztetéses, megaloman doxasmák, cönesztéziába hajló szomatizációs panaszok. Az anamnesis alapján felmerült a bipoláris zavar diagnózisa.

Bipoláris zavar: Epizódokban zajló, krónikus lefolyású, gyakran életen át tartó kezelést igénylő, a hangulatzavarok kategóriájába sorolandó kórkép. Lefolyását tekintve emelkedett és deprimált hangulati epizódok váltakozása (1. ábra). Bipoláris I-es zavarról beszélünk, amennyiben az emelkedett hangulati epizód eléri a mánia szintjét. Bipoláris II-es altípus, amennyiben legalább 1 hypomániás epizód diagnosztizálható.



1. ábra

Mind a mániás, mind a depressziós epizódok járhatnak pszichotikus tünetekkel, mely a szomatikus háttér kizárását követően a sürgős pszichiátriai kezelést indikálja, többek között az esetenként súlyos suicid veszély miatt. Ez különösen jelentős serdülőkorban az emelkedett hangulat (pl. mánia) hirtelen depresszívbe való átcsapása esetén.

Az epizódok DSM-IV szerinti kritériumai a következők:

Mánia

- abnormálisan emelkedett/expanzív hangulat (+3) vagy
- ingerlékeny hangulat (+4)
- felfokozott önértékelés vagy grandiozitás
- csökkent alvásigény
- szokatlan beszédesség, ill. folyamatos beszédkényszer
- gondolatrohanás, vagy a gondolatloródás szubjektív élménye
- disztraktibilitás
- a célirányos aktivitás markáns felfokozódása
- túlzott mértékű részvétel örömszerző tevékenységekben (vásárlás, szex)

További DSM-IV kritériumok

- legalább 7 napig fennálló tünetek, vagy hospitalizáció
- funkciókárosodás
- nem kémiai anyag vagy általános egészségi állapot okozta zavar

Hypománia

- tünetek ugyanazok, mint a mániánál
- nem teljesül a funkcióromlás kritérium (D)
- nincs hospitalizáció

Fontos említést tennünk e bipoláris zavaroknál a *kevert epizód jelenségéről*, mely gyermek- serdülőkorban igen gyakori. Lényege, hogy a mániás/hypomániás epizód tünetei egy időben jelentkeznek. Veszélye a suicid viselkedés emelkedett rizikója. Szintén gyakori jelenség serdülőkorban a rapid ciklus, melynek diagnosztikus kritériuma a legalább 4 vagy több epizód (mánia, hypománia, depresszió)/12 hónap alatt. A betegség etiológiai jellemzői közül kiemelendő az igen erőteljes öröklődési hajlam.

Gyermek- és serdülőkori jellegzetességei a már említettek mellett

- ritkább a hirtelen kezdet
- gyakori a kevert és rapid ciklusú/ultradian epizód
- az ultradian típusra jellemző hirtelen eufória átmehet súlyos depresszív hangulatba suicid készlettel

- az epizódok között szubklinikus tünetek jellemzőbbek
- ritkább a grandiozitás
- gyakoribb az irritabilitás

Gyakori a miszdiagnózis (ADHD, magatartászavar)

A diagnosztika során megfontolást igénylő tényezők, melyek segítséget nyújthatnak

- BP-re emelkedett rizikót jelent: pszichotikus MDD, gyógyszer-indukálta hypománia/mánia, bipoláris betegség az anamnesisben, illetve előfordulása a családban.
- *utalok a bemutatott esetre:* pszichotikus epizód, depresszió és SNRI szerre váltás az anamnesisben
- gyermek serdülő korban gyakori a rapid ciklusú zavar és kevert epizód, kevésbé jellemző a grandiozitás, inkább irritábilisek, emelkedett rizikó a suicidiumra, terápiás nehézségek
- BPII gyakoribb serdülőknél

Akut terápia

Súlyos, pszichotikus, agresszív állapot

- *antipszichotikum* (Haloperidol csepp/tabl/im; Risperdal szirup v. tabl., benzodiazepinek)
- hangulatstabilizálók: lithium, antikonvulzív szerek (valproate, carbamazepine, lamotigrine) + antipszichotikumok
- kevés randomizált klinikai vizsgálat, csak előzetes eredményeknek tekinthető egyéb vizsgálatok
- további eredményekig a felnőtt ajánlások érvényesek (de alacsonyabb kezdő dózis, óvatosabb titrálás)
- lithiumnál lehet, hogy kicsit magasabb dózis szükséges

Mánia/kevert epizód

- pszichotikus tünetek nélkül; lithium, valproate, vagy carbamazepine monoterápia
- antipszichotikumok monoterápiában (hasonló hatékonyság, gyorsabban)
- kombináció (2 hangulatstabilizáló; hangulatstabilizáló+antipszichotikum) – jobb, mint a monoterápia

- súlyos, rezisztens serdülőknél: ECT

Depresszió

- nincsenek RCT tanulmányok gyerekkorban

Felnőtt ajánlás

- stabilizáló monoterápiában-lamotigrine/lithium/valproate
- stabilizáló/antipszichotikum+SSRI/bupropion
- mániás, hypomániás tünetek megszűnése után az antidepresszív szert kis dózissal!
- figyelni: agitáció, suicid magatartás, szerotonerg szindróma

Esetünkben a serdülő akut terápiája során az osztályos felvételt követően Haloperidol és Rivotril alkalmazása mellett a tünetek enyhülését követően a súlyos hangulatingadozások és irritabilitás fennállására tekintettel atípusos antipszichotikum beállítást végeztünk. Carbamazepine kiegészítés mellett jelenleg is egyensúlyban van a beteg.