

TULBURAREA BIPOLARĂ REZISTENTĂ LA MEDICAȚIE – PREZENTARE DE CAZ

MONICA CLAUDIA BOER, ADELA MAGDALENA CIOBANU,
RALUCA LUPAȘCU, BOGDAN IONESCU

Medication-Resistant Bipolar Disorder – A Case Study. At the present, bipolar affective disorder represents one of the biggest challenges of modern psychiatry. There are diagnosed as having such a disorder persons recording extreme mood changes. This affects their daily, family, social and professional functioning from severe depressive episodes to manic episodes. In this article we present a case of bipolar disorder treatment resistance.

Key words: bipolar disorder, treatment resistance, social impairment, clinical case.

Tulburarea depresivă și cea bipolară fac parte din marele grup al tulburărilor afective (DSM-IV). Elementul esențial al acestui grup de tulburări este „o perturbare de dispoziție acompaniată de un sindrom maniacal sau depresiv, complet sau parțial”; „dispoziția se referă la o emoție prelungită care colorează întreaga viață psihică, ea implică în general fie depresie, fie manie”.

Potrivit DSM-IV¹, între 0,5 și 1,2% din populație suferă de tulburare bipolară (o maladie episodică, manifestată pe termen lung, cu un risc crescut de suicid). Există două tulburări bipolare: *tulburarea bipolară cu unul sau mai multe episoade maniacale* și, de regulă, cu unul sau mai multe episoade depresive majore și *ciclotimia*, cu numeroase episoade hipomaniacale și numeroase perioade cu simptome depresive.

La ora actuală, depresia bipolară reprezintă una dintre cele mai mari provocări ale psihiatriei moderne². Sunt diagnosticate ca având o tulburare afectivă bipolară persoanele care înregistrează schimbări extreme de dispoziție, care le afectează funcționarea zilnică, familială, socială și profesională, trecând de la depresii severe la episoade maniacale³.

Prezentare de caz

Pacienta D.M, în vârstă de 41 ani, a absolvit un liceu cu profil economic și doi ani de facultate. A lucrat 20 de ani ca vânzătoare și casieră. În prezent este pensionată

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.

³ C. Popa, A.M. Ciobanu, *Tulburarea depresivă – elemente de psihodiagnostic, terapii moderne și studii de caz* (vol. II), Editura Academiei Române, București, 2014.

medical cu gradul II. A divorțat acum 10 ani, după 4 ani de căsătorie; în prezent locuiește singură.

Episodul actual

Pacienta este adusă la Spitalul Clinic de Psihiatrie „Prof. Dr. Al Obregia” de Ambulanță. Este internată în urgență, nonvoluntar, pentru următoarele motive: neliniște psihomotorie, heteroagresivitate fizică și verbală față de familie, crize clastice, tulburări hipnice, simptomatologie accentuată în contextul neaderenței la tratament.

Istoricul cazului

Pacienta are multiple internări la psihiatrie (27 de internări), prima având loc în 1997, la vârsta de 22 de ani. La vremea respectivă, boala a debutat brusc, cu euforie, logoree și agitație psiho-motorie; heteroagresivitate, fugă de idei. Tratamentul a fost unul specific, în combinații și doze variabile de la episod la episod, ținându-se cont că tratamentul cel mai eficient în tulburarea bipolară rezistentă constă în diverse combinații terapeutice.

Examenul psihic actual

Pacienta, în ținută de spital, este îngrijită (igiena păstrată), cooperantă, coerentă, conștientă, orientată temporo-spațial, auto și allopsihic. Mimica și gestică ei sunt hipermobile. Contactul vizual și psihic s-a realizat cu ușurință. A negat tulburările calitative și cantitative în sfera perceptuală. Au mai fost remarcate: o hiperprosexie spontană cu hipoprosexie voluntară și o hipomnezie de fixare și de evocare.

În sfera gândirii s-au constatat: un ritm și un flux ideoverbal accentuate, un discurs spontan narativ, prezența asociațiilor logice, existența capacității de generalizare și de abstractizare.

Ideația de persecuție și de prejudiciu a fost raportată la familie: „*Au chei și îmi furau banii din casă*”. Ideația de grandoare s-a asociat cu limbajul dezinhibat: „*Eu am vaginul nobil! Poate să fie de la asta boala mea? Sau de la ovariectomie? Sau de la faptul că nu am avut o viață sexuală cum trebuie?*”; „*M-am tuns pentru că este un obicei hindus să alungi relele*”. Pacienta a negat ideația autolitică.

În sfera voinței, examenul psihic a relevat o abulie iar în ceea ce privește afectivitatea pacienta s-a caracterizat prin dispoziție ușor expansivă, iritabilitate și toleranță scăzută la frustrare.

În sfera activității s-au notat: randamentul util mult diminuat și izolarea socială, iar în ceea ce privește viața instinctuală au fost remarcate apetitul alimentar crescut și relațiile sexuale cu parteneri multipli.

Examinarea ritmului nictemeral a relevat un necesar redus de somn. Pacienta a mai prezentat un comportament dezinhibat, heteroagresivitate verbală, coprolalie, ideație delirantă de persecuție, de grandoare, de filiație și de graviditate. Sub tratament, toată această simptomatologie i s-a remis parțial.

Diagnosticul pozitiv

Pe axa I: Tulburare bipolară. Episod actual maniacal sever.

Pe axa II: Tulburare de personalitate paranoidă.

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

- A. O perioadă distinctă de dispoziție crescută, expansivă sau iritabilă anormală și persistentă, durând cel puțin o săptămână;
- B. În timpul perioadei de perturbare a dispoziției mai mult de trei dintre următoarele simptome au persistat și au fost prezente într-un grad semnificativ: stimă de sine exagerată sau grandoare, scăderea necesității de somn (se simte refăcută după numai trei ore de somn), mai loconvace decât în mod uzual sau se simte presată să vorbească continuu, distractibilitate, agitație psihomotorie, implicare excesivă în activități plăcute, dar cu un înalt potențial de consecințe nedorite;
- C. Simptomele prezentate nu au satisfăcut criteriile pentru un episod mixt;
- D. Perturbarea de dispoziție este suficient de severă pentru a cauza o deteriorare semnificativă în funcționarea profesională sau în activitățile sociale uzuale și în relațiile cu ceilalți;
- E. Simptomele nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe.

Diagnosticul diferențial

Acesta s-a făcut cu: *tulburarea afectivă datorată unei condiții medicale generale* (istoricul, datele de laborator și examenul somatic nu au indicat faptul că simptomatologia pacientei ar fi consecința fiziologică directă a unei condiții medicale generale cum ar fi scleroza multiplă, maladia Huntington, ictusul, maladia Parkinson, hipoparatiroidismul, hipertirodismul, hiper- și hipoadrenocorticismul, demențele subcorticale, sindromul de lob frontal, deficiența de vitamina B12, infecțiile virale sau de altă natură, hepatita, HIV, mononucleoza infecțioasă, cancerul pancreatic, lupusul eritematos sistemic); *tulburarea afectivă indusă de o substanță* (istoricul pacientei și anamneza acesteia au exclus consumul de substanțe); *episodul hipomaniacal* (simptomatologia acestui caz a fost extrem de severă, necesitând internare); *episodul mixt* (nu sunt satisfăcute criteriile pentru episodul depresiv major); *episodul depresiv major cu dispoziție iritabilă notabilă* (în cazul nostru simptomele maniacale au fost în mod evident prezente); *tulburarea bipolară II*; *tulburarea distimică* și *tulburarea depresivă majoră* (pacienta a prezentat numeroase episoade maniacale și mixte ce au necesitat internare); *tulburarea ciclotimică* (pacienta a prezentat episoade maniacale și mixte de-a lungul tuturor celor 27 de internări); *tulburările psihotice* (schizofrenie, tulburare schizoafectivă, tulburare delirantă, dat fiind că acestea sunt caracterizate prin perioade de simptome psihotice în absența unor simptome afective proeminente).

Tratamentul episodului actual

Schemele terapeutice au fost ajustate/modificate din cauza persistenței agitației psihomotorii și a heteroagresivității, fiind un caz cunoscut de tulburare bipolară rezistentă la medicație. Pe parcursul fiecărei internări pacienta a necesitat modificarea schemei de tratament de mai multe ori, cu administrarea a diferite antipsihotice, episoadele de agitație psihomotorie și heteroagresivitate cedând foarte greu sub tratament.

Tratamentul psihologic a constat în terapie cognitiv-comportamentală, terapie suportivă, terapie de grup, terapie de familie și terapie ocupațională.

S-a apreciat că prognosticul acestui caz este unul nefavorabil. Tulburarea a avut o evoluție cronică, cu numeroase recăderi atât din cauza rezistenței, cât și a necomplianței la tratament.

Bibliografie

- DSM-IV. Manual pentru Diagnosticul și Statistica Tulburărilor Mintale, Editat de Asociația Psihiatrilor Liberi din România, București, 2000.
- Popa, C., Ciobanu, A.M., Tulburarea depresivă – elemente de psihodiagnostic, terapii moderne și studii de caz (vol. II), Editura Academiei Române, București, 2014.
- 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. Al. Obregia” din București (Programul de cercetare nr. 2 „Sănătate mentală și stare de bine: implicații și modalități de intervenție moderne”, Departamentul de Psihologie).