

PROTOCOL CLINIC STANDARDIZAT PENTRU MEDICII DE FAMILIE
Tulburarea afectivă bipolară

Codul bolii (CIM 10): F30 – F39

Tulburare afectivă bipolară este o tulburare caracterizată prin episoade repetate (cel puțin 2) în care nivelele de dispoziție și activitate ale subiectului sunt semnificativ perturbate. Această perturbare constă în unele episoade de elevare a dispoziției, energie și activitate crescută (manie sau hipomanie) și în altele de scădere a dispoziției precum și o scădere a energiei și activității (depresie). Recuperarea sindroamelor este de obicei completă între episoade. [CIM – 10]

MANAGEMENTUL PACIENTULUI CU TULBURARE AFECTIVĂ BIPOLARĂ
LA NIVEL DE AMP

Cine acordă îngrijiri	Scop	Intervenția
Medicul de familie, asistentul medical de familie	Recunoașterea tulburărilor afective bipolare și evaluarea stării pacientului	• Evaluarea persoanelor cu risc înalt și a semnelor prodromale ce permit suspectarea tulburării afective bipolare. • Screening-ul persoanelor cu tulburării bipolare prin Chestionarul tulburărilor dispoziției (MDQ QIDS-RR, IMRS). • Referirea la CCSM pentru diagnostic și tratament specializat. • Prevenirea recidivelor prin evaluarea stării pacientului și monitorizarea sănătății fizice a cazurilor tratate, inclusiv la cele din CCSM.

PROFILAXIA (recomandări generale)

• Profilaxia primară – depistarea/atenuarea/excluderea acțiunii unor factori de risc din mediul înconjurător, care pot produce îmbolnăvirea. Se realizează prin screening-urile care se fac în populație.
• Profilaxia secundară - depistarea acutizărilor/riscului de recidivă în stadiul precoce, pentru a reduce durata și severitatea episoadelor, prevenirea complicațiilor/recidivelor. Se aplică în stadiul de boală deja diagnosticată.
• Profilaxia terțiară - recuperarea și readaptarea pacientului ajuns într-o stare avansată de boală și reintegrarea în familie, la locul de muncă, în societate.

FACTORI DE RISC

• Risc crescut când sun prezente antecedente familiale de manie/boală bipolară [Kaplan Sadock]. • Riscul estimativ morbid de 3-8% la rudele de generația I a probandului cu TAB.[Kaplan Sadock]; • Copilul cu un părinte bipolar are un risc de 10-25% de a face boala [Kaplan Sadock]. • Copilul cu ambii părinți bipolari are un risc de 20-50% de a face boala [Kaplan Sadock]. • Concordanță gemeni MZ bipolari=40-70%. Concordanță gemeni BZ bipolari=20% [Kaplan Sadock]. • Peste 90% din indivizii care au prezentat un singur episod maniacal vor prezenta ulterior episoade depresive recurente. • Aproximativ 60% din episoadele maniacale apar cu puțin timp înaintea unui episod depresiv major. • Femeile au o probabilitate mai mare să prezinte ciclicitate rapidă și stări mixte și să aibă un tipar de comorbidități diferit de cel al bărbaților, printre care frecvența mai ridicată a tulburărilor de comportament alimentar, pe tot parcursul vieții. • Femeile cu tulburare bipolară tip I sau tip II au o probabilitate mai mare să sufere de simptome depresive, comparativ cu bărbații. Acestea au, de asemenea, un risc mai mare pe tot parcursul vieții pentru tulburări ale consumului de alcool comparativ cu bărbații și o probabilitate mult mai ridicată de a asocia acest tip de tulburări decât femeile din populația generală. • Aproximativ 5-15% din indivizii cu tulburare bipolară tip II vor dezvolta în final un episod maniacal care va schimba diagnosticul în tulburare bipolară tip I, indiferent de evoluția ulterioară. • Prevalența tulburării ciclotimice în serviciile clinice specializate în TA poate fi cuprinsă între 3- 5%. • Există un risc de 15-50% ca un individ cu tulburare ciclotimică să dezvolte ulterior o tulburare bipolară de tip I sau II. • La copiii cu tulburare ciclotimică, vârsta medie de debut a simptomelor este de 6,5 ani. [DSM - 5].

SCREENING-UL

Se efectuează prin intermediul mai multor instrumente recomandate, la nivel de AMP în special Chestionarul tulburărilor dispoziției (MDQ, Scala Young se evaluează a maniei, QIDS) (vezi Anexele 11,12,15 din PCN Tulburarea afectivă bipolară).

ANAMNESTIC

A. Depistarea simptomelor specifice episodului Depresiv	
1. Informații obținute din istoric	
- Dispoziție depresivă – sentiment subiectiv de tristețe, pentru o perioadă prelungită de timp. - Anhedonie – incapacitatea de a resimți plăcere. - Retrageră socială. - Lipsa motivației, toleranță la frustrare redusă. - Semne vegetative. - Pierderea libidoului. - Pierdere în greutate și anorexie. - Creștere în greutate și hiperfagie	- Nivel scăzut al energiei; fatigabilitate. - Tulburări menstruale. - Treziri matinale (insomnie terminală – trezire mai devreme decât î-și poate permite să doarmă); aproximativ 75% dintre pacienții depresivi au tulburări de somn – fie insomnie, fie hipersomnie, - Variație diurnă (circadiană) a dispoziției (simptomele depresiei fiind mai intense dimineața). - Constipație. - Uscăciunea gurii. - Cefalee.
2. Date obținute din examinarea stării mintale prezente	
- Aspectul și comportamentul general – inhibiție sau agitație psihomotorie, contact ocular deficitar, plâns spontan, deprimare, inatenție vis-a-vis de aspectul personal. - Afect – conștientizat sau labil. - Dispoziție – deprimată, iritată, frustrată, tristă. - Vorbire – spontanietate redusă sau absentă, monosilabică, pauze lungi, voce slabă, lipsită de forță, monotona. - Conținutul gândirii – ideea suicidară afectează 60% dintre pacienții depresivi, iar 15% încearcă să se	sinucidă; ruminații obsesive; sentimente atotcuprinzătoare [pervazive] de lipsă de speranță, de lipsă de valoare, de vinovăție; preocupări somatice; indecizie; sărăcie a conținutului gândirii și sărăcie a vorbirii; halucinații și deliruri congruente cu dispoziția. - Cogniție – distractibilitate, dificultăți de concentrare, acuze de memorie, aparentă dezorientare; poate fi dereglată gândirea abstractă. - Critica vis-a-vis de boală și judecata – sunt modificate din cauza distorsiunilor cognitive în sensul devalorizării personale (pacientul î-și poate privi boala ca pe o pedeapsă meritată; frecvent se consideră incurabil).
B. Depistarea simptomelor specifice episodului maniacal	
1. Informații obținute din istoric	
- Comportament dezordonat (dezorganizat) și dezinhibat: - Cheltuire excesivă a banilor sau jocuri de noroc excesive. - Călătorie impulsivă. - Hipersexualitate, promiscuitate. - Extindere excesivă a activităților și responsabilităților.	- Intoleranță la frustrare cu iritabilitate, izbucniri de mânie. - Semne vegetative: - Libido crescut. - Pierdere în greutate, anorexie. - Insomnie (manifestată prin lipsa necesității de a dormi). - Energie excesivă.
2. Date obținute din examinarea stării mintale prezente	
a. Prezentare și comportament general – agitație psihomotorie; seductivitate, îmbrăcăminte colorată, machiaj excesiv, inatenție față de aspectul personal sau combinații vestimentare bizare; intruziv;	(tematici congruente cu dispoziția – valoare de sineși putere inflaționată; cel mai adesea grandioase și paranoide). f. Procesele de gândire – fugă de idei (dacă este severă, poate să conducă la incoerență); gânduri care

distractiv; amenințător; hiperexcitat. b. Afectul – labil, intens (poate avea treceri rapide la depresie). c. Dispoziția – euforică, expansivă, iritabilă, solicitantă [exagerat de prietenoasă], flirtantă. d. Vorbirea – logoreică, zgomotoasă, dramatică, exagerată, poate deveni și incoerentă. e. Conținutul gândirii – stimă de sine intens crescută, grandiozitate, egocentrism intens; deliruri și, - mai puțin frecvent, - halucinații	“aleargă”, neologisme, asociații, asociații prin asonanță, circumstanțialitate, tangențialitate. g. Sensorism – foarte distractiv, dificultate de a se concentra; memoria, dacă bolnavul nu este prea distractiv, este în general intactă; analizează situațiile, fenomenele, etc. doar superficial; gândirea abstractă este în general intactă. h. Critica și judecata – extrem de deteriorate; adesea există negarea totală a bolii și incapacitatea de a lua orice fel de decizii organizate sau raționale.
--	---

MANIFESTĂRI CLINICE

Manii	Tulburări persistente ale dispoziției (afective)	Tulburarea afectivă bipolară
- Hipomanie - Episod maniacal cu sau fără simptome psihotice	- Ciclotimia - Distimia	- Psihoza - Reacția maniaco-depresivă

EXAMENUL FIZIC

• Examine de bază: - examenul clinic somatic și neurologic complet; - colectarea informației din surse obiective suplimentare (rude, prieteni, colegi etc.); - examenul clinico-psihologic.	• Examine suplimentare: - examenul paraclinic, - consultul medical în funcție de simptomele somatice prevalente.
---	---

INVESTIGAȚIILE PARACLINICE

- Se vor efectua investigații paraclinice ținând cont de simptomele fizice ale tulburării bipolare.
- Scopul investigației este de a confirma sau infirma prezența patologiei somatice asociate.

DIAGNOSTICUL

• Când adulți cu depresie se prezintă la serviciile de asistență medicală primară, întrebați-i dacă n-au avut anterior perioade de dispoziție ridicată, hiperactivitate sau de comportament dezinhibat. • Dacă hiperactivitatea sau comportamentul dezinhibat au durat 4 zile sau mai mult, referiți pacientul la specialiștii în sănătatea mintală. • Chestionarul tulburărilor dispoziției (MDQ) poate fi utilizat pentru screening-ul tulburării bipolare. Un rezultat pozitiv al testului nu indică cu certitudine prezența TAB, însă este un semnal pentru o evaluare ulterioară în scop de diagnostic. Un rezultat negativ la test implică neapărat absența tulburării și face stabilirea diagnosticului de TAB mai puțin probabil. • Inventar rapid al simptomatologiei depresive (auto-raportare) – QIDS – este cel mai des utilizat pentru evaluarea depresiei în cadrul TAB.

TRATAMENTUL

Medicul de familie nu prescrie tratament pacientului cu Tulburare afectivă bipolară!

Obiectivele tratamentului

- Obținerea remiterii simptomelor
- Reducerea recidivelor, recăderilor și recurențelor tulburări bipolare
- Reîntoarcerea la nivelul precedent al funcțiilor ocupaționale și psihosociale

CRITERII DE CONDUITĂ A PACIENȚILOR CU TULBURARE BIPOLARE

Diagnosticul și tratamentul tulburării bipolare trebuie să se efectueze în cadrul unui serviciu specializat de sănătate mintală!

• **În cazul când tratamentul se supraveghează de medicul de familie, se vor lua în considerare următoarele aspecte:**

- Dispoziția este stabilă cel puțin timp de doi ani (pacienții nu au avut episoade maniacale, hipomaniacale sau depresive și nu manifestă deteriorări psihosociale sau cognitive progresive legate de tulburarea survenită).
- Pentru a obține aceasta, pe parcursul acestor 2 ani n-au fost efectuate intervenții importante, așa ca modificarea semnificativă a tratamentului medicamentos de menținere, adăugarea altor medicamente din cauza riscului unui nou episod, începerea unei psihoterapii legate de tulburare sau intensificarea îngrijirilor de nursing.
- Întâlnirile bianuale de menținere s-au dovedit a fi suficiente pentru a menține o situație stabilă pentru pacient
- Atât gradul de înțelegere a bolii, cât și auto-gestionarea se află la un așa nivel, care îi permite pacientului să identifice schimbările în dispoziție la o etapă timpurie și să solicite ajutor.
- Nu există o comorbiditate psihiatrică care influențează asupra bunăstării și funcționării pacientului (de exemplu, tulburare de anxietate, abuz de substanțe sau tulburare de personalitate).
- Nu există probleme psiho-sociale care necesită supraveghere din partea serviciilor specializate de sănătate mintală (de exemplu, legate de relație, copii, loc de muncă, loc de trai, finanțe, etc.).
- Pacientul nu utilizează medicamente complexe, așa ca litium, clozapinum, tranilciprominum sau fenelzinum.

CRITERII PENTRU REFERIRE LA CCSM

- Prestare de consultații, prescriere de medicamente și servicii de recuperare psiho-socială.
- Intervenție activă în criză, în caz de ineficiență, pericol pentru persoană și societate.
- **Un pacient cu tulburare bipolară care este tratat doar de către medicul de familie este referit din nou către serviciile specializate de sănătate mintală în caz de:**
 - lipsa răspunsului sau răspuns parțial la tratament;
 - deteriorarea progresivă a funcționalității;
 - suspectarea comorbidității (abuz de substanțe);
 - dorința pacientului de a reduce sau înceta tratamentul medicamentos după o perioadă de relativă stabilitate în dispoziție și funcționare;
 - dorința de a avea copii sau sarcină.

CRITERII DE SPITALIZARE

- Comportament auto - (suicidal) sau/și heteroagresiv la pacienți psihotici.
- Necesitatea tratamentului farmacologic intensiv și altor metode invazive după caz.

SUPRAVEGHEREA

Scop: menținerea remisiei și prevenirea recidivei.

- Medicul de familie monitorizează starea somatică a pacientului care se află în tratament de susținere, pentru a evita dezvoltarea efectelor adverse ale remediilor antipsihotice, timostabilizatoare administrate de către pacient.

Notă: Bolnavii cu TAB pot frecvent dezvoltă tulburări endocrine (diabet zaharat tip 2, hiperprolactinemie simptomatică etc.), de aceea, la necesitate, se recomandă consultația endocrinologului.