


e-ISSN: 2345-0592 Online issue Indexed in <i>Index Copernicus</i>	Medical Sciences Official website: www.medicsscience.com	
--	--	---

The symptoms and diagnosis of bipolar disorder: a literature review

Ieva Radzevičiūtė¹

¹*Lithuanian University of Health Sciences, Faculty of Medicine, Kaunas, Lithuania*

Abstract

Bipolar disorder (BD) is a mental health condition that causes extreme mood swings that include emotional highs (mania or hypomania) and lows (depression). The illness affects about 1-2% of the population. The mean age of onset is 25 years. Scientists believe that BD is caused by multiple genes. Its phenotypic expression is a result of interacting genetic and environmental factors. Life events and chronic stressors are important in precipitating and perpetuating mood episodes. There are several types of BD. Bipolar I disorder involves periods of severe mood episodes from mania to depression. Bipolar II disorder is a milder form of mood elevation, involving milder episodes of hypomania that alternate with periods of severe depression. Manic symptoms: elevated, expansive or irritable mood, increased activity, reduced need of sleep, excessive involvement in pleasurable activities, inflated self esteem or grandiosity, increased or pressured speech, racing thoughts. Hypomania is a milder form of mania. Depressive symptoms: depressed mood, markedly reduced interest in nearly all activities, increased or decreased appetite or weight, insomnia or hypersomnia, psychomotor retardation or agitation, fatigue or loss of energy, feelings of excessive worthlessness or guilt, recurrent thoughts or actions of death or suicide. Cyclothymia refers to a subset of milder disorders with repeated short cycles of hypomania and mildly lowered mood occurring regularly over two or more years. Besides a thorough psychiatric and neurological examination, further clinical tests should be performed in order to exclude differential diagnosis. The key to diagnosis is the presence or history of hypomania or mania. It is important to take a full history of depressive and manic symptoms in current and previous episodes and perform a mental state examination. After all the prognosis of BD is depending on the individual course of the illness.

Keywords: bipolar disorder, mania, hypomania, depression

Bipolinio sutrikimo klinika ir diagnostika: literatūros apžvalga

Ieva Radzevičiūtė¹

¹ Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Medicinos fakultetas, Kaunas, Lietuva

Santrauka

Bipolinis sindromas (BS) yra psichiatrinė liga, pasireiškianti stipriais nuotaikos svyravimais, kurie apima depresiją, maniją ir hipomaniją. Šia liga serga apie 1-2% pasaulio populiacijos. Vidutinis BS pasireiškimo amžius yra 25 gyvenimo metai. Stebimas genetinis BS paveldėjimas. BS lemiančių genų fenotipinė išraiška yra sąveikaujančių genetinių ir aplinkos veiksnių rezultatas. Traumuojantys gyvenimo įvykiai ir lėtiniai stresoriai gali išprovokuoti ligą. Yra keli BS tipai. I tipo sutrikimui būdingi nuotaikos svyravimai nuo manijos iki depresijos, II tipui būdingi ne tokie ryškūs nuotaikos svyravimai - hipomanijos, nesunkios depresijos epizodai. Manijai būdingi simptomai - pakili, ekspansyvi ar dirgli nuotaika, padidėjęs aktyvumas, sumažėjęs miego poreikis, perdėtas įsitraukimas į malonias veiklas, išpūstas pasitikėjimas savimi ar grandioziškumas, nuolatinis kalbėjimas, minčių šokinėjimas. Hipomanijos metu nuotaikos pakilimas yra ne toks stiprus kaip manijos metu. Depresijos simptomai - prislėgta nuotaika, sumažėjęs susidomėjimas dalykais, kurie anksčiau teikė džiaugsmą, sumažėjęs arba padidėjęs apetitas/svoris, nemiga arba mieguistumas, silpnumas ar energijos praradimas, kaltės ar beviltiškumo jausmas, mintys apie mirtį ar savižudybę, psichomotorinis sulėtėjimas ar sujaudinimas. Ciklotimija - tai švelnesnė ligos forma, kuomet reguliariai kartojasi hipomanijos ir žemesnės nuotaikos epizodai dvejus ar daugiau metų. Diagnozuojant BS svarbu ne tik nuodugnus psichiatrinis ir neurologinis ištyrimas, bet ir kitų klinikinių testų atlikimas, nes ligą būtina diferencijuoti tarp kitų psichiatrinų, neurologinių ir somatinių patologijų. BS diagnozės pagrindas yra hipomanijos ar manijos epizodas šiuo metu ar praityje. Vertinant paciento elgesį reiktų surinkti išsamią depresijos ir manijos epizodų anamnezę bei atlikti protinės būklės tyrimą. Nepaisant įvairių bipolinio sutrikimo prognozių, šios ligos eiga ir prognozė labai individuali.

Raktažodžiai: bipolinis sutrikimas, manija, hipomanija, depresija.

Ivadas

BS yra lėtinė psichiatrinė liga, pasireiškianti ryškiu nuotaikos nestabilumu (1). Šia liga serga apie 1-2% pasaulio populiacijos (2). Liga skirstoma į I ir II tipus (3). Paskaičiuota, jog pasaulyje BS I tipo paplitimas yra 0,6% visų gyventojų, o BS II tipo - 0,4% (4). Vieni šaltiniai nurodo, kad I tipu dažniau serga vyrai, kiti teigia, kad šiuo tipu vienodai dažnai serga abi lytys, tačiau visuose pažymima, kad BS II tipas dažniau būdingas moterims (2,4). Švelnesnių simptomų paplitimas yra 1,4% pasaulio populiacijos (4). Aukščiausi sergamumo rodikliai fiksuojami JAV; čia 1,0% gyventojų turi I tipo sutrikimą, 1,1% - II tipo ir 2,4% jaučia silpnesnius BS simptomus (5). Manija paauglystėje yra retai sutinkama būklė; dažniausiai neryškūs nuotaikos sutrikimai paauglystėje progresuoja iki depresijos epizodų ir vėliau atsirandančių manijos epizodų vyresniame amžiuje (6). 11 pasaulio šalių vykdytame tyrime nustatyta, kad vidutinis BS pasireiškimo amžius yra apie 25 gyvenimo metus (5). Diagnozuojant BS svarbu ne tik nuodugnus psichiatrinis ir neurologinis ištyrimas, bet ir kitų klinikinių testų atlikimas, nes ligą būtina diferencijuoti tarp kitų psichiatrinų, neurologinių ir somatinių patologijų. Nepaisant įvairių bipolinio sutrikimo prognozių, šios ligos eiga ir prognozė labai individuali (2). Nors šis sutrikimas susijęs su išaugusiu kūrybingumu, turi ir neigiamą pusę - daugiau nei 6% pacientų nusižudo per du dešimtmečius nuo diagnozės nustatymo (7).

Truputis istorijos

Pirmieji įrašai apie tai, ką šiandien vadiname BS, atlikti dar senovės žmonių ir viduramžių rašytojų (8). 1864 metais, remdamasis savo klinikiniais stebėjimais, prancūzų psichiatras Julis Bailargeris (1809-1890), dirbęs Saltpêtrière ligoninėje, pirmą kartą pristatė savo „dvigubos formos beprotybės“ koncepciją, kuri apibūdino sujaudinimo ir depresijos periodus (9,10). Julis Bailargeris apibūdino ligos atvejus su manijos ir melancholijos epizodais, kurių trukmė varijuodavo nuo kelių dienų iki metų, o vidutiniškai trukdavo apie šešis mėnesius; taip pat pažymėjo, kad perėjimai tarp būsenų gali būti labai staigūs, įvykti net per naktį, nors dažniausiai trunka ilgiau (9). XIX amžiaus pabaigoje psichiatrijos profesorius Heiderlbergo vėliau Miuncheno universitete Emilis Krepelinas (1856-1926) sukūrė „manijos-depresijos beprotybės“ koncepciją, kuri yra artima šių dienų BS supratimui (11). Dabartinė bipolinio sutrikimo koncepcija atsirado XX amžiaus viduryje (12,13). Praeito

amžiaus aštuntajame dešimtmetyje buvo aprašyti BS sergančių pacientų I ir II tipai (14).

Genetinis paveldėjimas

Stebimas genetinis BS paveldėjimas, o dalis BS lemiančių genų sutampa su šizofrenijos (15). Šių genų fenotipinė išraiška yra sąveikaujančių genų ir aplinkos veiksnių rezultatas (4). Traumuojantys gyvenimo įvykiai ir lėtiniai stresoriai gali išprovokuoti ligą (16). Fiksuojama, kad BS sergančiųjų tarpe fizinė ar seksualinė prievarta vaikystėje maždaug du kartus dažnesnė nei tarp sveikų žmonių ir yra susijusi su anksčiau prasidėjusia ir sunkesne ligos eiga (17).

Klasifikacija

BS yra charakterizuojamas kaip pasikartojantys pakilios nuotaikos ir depresijos epizodai, kuriuos lydi aktyvumo pokyčiai bei kognityviniai, fiziniai, elgesio sutrikimai (4). BS yra skirstomas į bipolinį I tipo sutrikimą, kurio metu pasireiškia manijos epizodai, ir bipolinį II tipo sutrikimą, kurio metu stebimi hipomanijos epizodai; ciklotimija - tai švelnesnė ligos forma, kuomet reguliariai kartojasi hipomanijos ir žemesnės nuotaikos epizodai dvejus ar daugiau metų (2). Literatūroje sutinkami skirtingi manijos ir depresijos epizodų trukmės aprašymai. 5 metus JAV vykusios studijos išvados buvo, jog manijos epizodas vidutiniškai trunka 6 savaites, depresijos epizodas - 11 savaičių, mišrus depresijos-manijos periodas - 17 savaičių (18). Ciuriche atliktos studijos išvados, jog manijos, depresijos ir mišrių epizodų trukmė panaši ir jų vidurkis 12-16 savaičių (19). Apibendrinus prieinamus šaltinius prieita prie išvadų, kad depresijos epizodas trunka vidutiniškai 15,8 savaitės, mišrus epizodas - 15,5 savaitės, o manijos-hipomanijos epizodas - 13,3 savaitės (20).

Manijos epizodas

Manijai būdingi simptomai - pakili, ekspansyvi ar dirgli nuotaika, padidėjęs aktyvumas, sumažėjęs miego poreikis, perdėtas įsitraukimas į malonias veiklas, išpūstas pasitikėjimas savimi ar grandioziškumas, nuolatinis kalbėjimas, minčių šokinėjimas. Manijos epizodas fiksuojamas tuomet, kai pacientui pasireiškia bent 4 manijos simptomai, pakitusi nuotaika išlieka mažiausiai savaitę ir lemia funkcinius sutrikimus bei reikalauja gydymo ligoninėje arba kai pasireiškia psichotiniai simptomai (4). Pastebėta, kad manijos epizodą dažnai lydi išsekimo laikotarpis (11).

Hipomanijos epizodas

Hipomanijos metu nuotaikos pakilimas yra ne toks stiprus kaip manijos metu ir paprastai hipomanija neatveda paciento pas gydytoją, tačiau hipomanija gali peraugti į maniją. Diagnozuojant hipomanijos epizodą pacientui turi pasireikšti manijos simptomai, tačiau ne tokiais išreikšti; požymiai tęsiasi mažiausiai 4 dienas; pasireiškiantys funkciniai sutrikimai nėra taip stipriai išreikšti, nereikalauja hospitalizavimo, nepasireiškia psichotiniai simptomai (4).

Depresinis epizodas

Depresijos simptomai - prislėgta nuotaika, sumažėjęs susidomėjimas dalykais, kurie anksčiau teikė džiaugsmą, sumažėjęs arba padidėjęs apetitas/svoris, nemiga arba mieguistumas, silpnumas ar energijos praradimas, kaltės ar beviltiškumo jausmas, mintys apie mirtį ar savižudybę, psichomotorinis sulėtėjimas ar sujaudinimas (4). Depresija yra dažnesnė ir ilgiau trunkanti nei manija (20). Diagnozuojant depresijos epizodą turi būti fiksuojam bent 5 depresijos simptomai (tarp kurių būtinai turi būti prislėgta nuotaika arba interesų neturėjimas) ir epizodas tęsiasi mažiausiai dvi savaites (4).

Mišrus epizodas ir psichoziniai simptomai

Mišrų epizodą galima diagnozuoti tuomet, kai mažiausiai savaitę pasireiškia manijos ir depresijos epizodai, kurie staigiai vienas kitą pakeičia (20). Tuo tarpu psichotiniai simptomai gali atsirasti manijos epizode, kai pacientas serga BS I tipu arba depresijos epizodo metu sergant tiek BS I tipu, tiek BS II tipu (4). Ryškių psichozinių bruožų buvimas susijęs su ilgesne BS ligos epizodų trukme ir didesniu jų pasikartojimo dažniu (20).

Diagnostika

BS diagnozės pagrindas yra hipomanijos ar manijos epizodas šiuo metu ar praityje (4). Pažymėtina, kad dirglus pacientas iš tikrųjų gali būti užslėptame manijos ar hipomanijos epizode, taip pat pacientas gali sąmoningai bandyti neišsuduoti arba neigti pakilios nuotaikos epizodus (21). Specialistas turėtų atidžiai stebėti paciento kūno kalbą, nes ji gali nemažai pasufleruoti - manijos ar hipomanijos epizode esantis pacientas bus nenustygstantis vietoje, aktyviai gestikuliuos, greitai ir daug kalbės, šokinėdamas tarp skirtingų temų, neleis įsiterpti, o depresijos metu pacientas bus nuleidęs akis, verksmingas, lėtai judės ir kalbės, kalbos turinys bus negatyvus t.y. neigiamai atsiliepiama apie save, santykius, pasaulį (4). Vertinant paciento elgesį reiktų surinkti išsamią depresijos ir manijos epizodų

anamnezę bei atlikti protinės būklės tyrimą (21). Literatūroje išskiriami diagnostiniai klausimai. Manijai ar hipomanijai diagnozuoti reiktų paciento paklausti, ar šiuo metu ar kada nors anksčiau teko jausti daug pakilesnę nuotaiką nei įprastai, ar pacientas jaučiasi ar jautėsi dirglesnis nei anksčiau ir aplinkiniai tai pastebėjo, ar pacientas yra daug aktyvesnis ir mažiau miega; norint diagnozuoti depresiją galima paklausti, ar pastaruoju metu pacientas jautėsi prislėgtas ar liūdnas, ar jaučia mažesnį susidomėjimą aplinka ir veiklomis, kurios anksčiau teikė malonumą (4).

Išvados

BS yra psichiatrinė liga, pasireiškianti depresijos, manijos ir mišriais epizodais. I tipo BS yra sunkesnis nei II tipo. Traumuojantys gyvenimo įvykiai ir lėtiniai stresoriai gali išprovokuoti šią ligą. Svarbu teisingai diferencijuoti BS tarp kitų psichiatrinių, neurologinių ir somatinių patologijų, nes ženkliai skiriasi jų gydymas. Nepaisant įvairių bipolinio sutrikimo prognozių, šios ligos eiga labai individuali.

Literatūros sąrašas

1. [Sanghani HR, Jagannath A, Humberstone T, Ebrahimjee F, Thomas JM, Churchill GC](#) et al. Patient fibroblast circadian rhythms predict lithium sensitivity in bipolar disorder. *Mol Psychiatry*. 2020 May 13. doi: 10.1038/s41380-020-0769-6.
2. [Müller JK, Leweke FM](#). Bipolar disorder: clinical overview. *Med Monatsschr Pharm*. 2016 Sep;39(9):363-9.
3. [Goodwin GM, Anderson I, Arango C, Bowden CL, Henry C, Mitchell PB](#) et al. ECNP consensus meeting. Bipolar depression. Nice, March 2007. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2008 Jul;18(7):535-49. doi: 10.1016/j.euroneuro.2008.03.003. Epub 2008 May 23.
4. [Anderson IM, Haddad PM, Scott J](#). Bipolar disorder. *BMJ*. 2012 Dec 27;345:e8508. doi: 10.1136/bmj.e8508.
5. Merikangas KR, Jin R, He JP, Kessler RC, Lee S, Sampson NA et al. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68:241-51.

6. Duffy A, Alda M, Hajek T, Sherry SB, Grof P. Early stages in the development of bipolar disorder. *J Affect Disord* 2010;121:127-35.
7. Nordentoft M, Mortensen PB, Pedersen CB. Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68:1058-64.
8. Baldessarini RJ, Pérez J, Salvatore P, Trede K, Maggini C. History of bipolar manic-depressive disorder. In: Yildiz A., Ruiz P., Nemeroff C.B., York N., editors. *The Bipolar Book: History, Neurobiology, and Treatment*. New York: Oxford University Press; 2015. pp. 3–20.
9. Baillarger J. Notes on a type of insanity in which attacks are characterised by two regular periods, one of depression, the other of excitation (French): Académie de Médecine, 30 January 1854. *Acad. Med. Bull. (Paris)* 1854;19:340–352.
10. Cousin F-R. In: Jules Baillarger (1809-1890). *Anthology of French Language Texts*. Cousin, F.-R.; Garrabe J. Morozov D., editor. Paris: Le Plessis-Robinson; 1999.
11. Kraepelin. E. *Manic Depressive Insanity and Paranoia*. Edinburgh: E. & S. Edinburgh: Livingstone; 1921.
12. Goodwin F.K., Jamison K.R. *Manic Depressive Illness*. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2007.
13. Yildiz A., Ruiz P., Nemeroff C.B., editors. *The Bipolar Book: History, Neurobiology, and Treatment*. New York: Oxford University Press; 2015.
14. Dunner D.L., Stallone F., Fieve R.R. Lithium carbonate and affective disorders. V: A double-blind study of prophylaxis of depression in bipolar illness. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1976;33(1):117–120.
15. Sullivan PF, Daly MJ, O'Donovan M. Genetic architectures of psychiatric disorders: the emerging picture and its implications. *Nat Rev Genet* 2012;13:537-51.
16. Martinowich K, Schloesser RJ, Manji HK. Bipolar disorder: from genes to behavior pathways. *J Clin Invest* 2009;119:726-36.
17. Etain B, Henry C, Bellivier F, Mathieu F, Leboyer M. Beyond genetics: childhood affective trauma in bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2008;10:867-76.
18. Coryell W, Endicott J, Keller M. Outcome of patients with chronic affective disorder: a five-year follow-up. *Am. J. Psychiatry*. 1990;147(12):1627–1633.
19. Angst J., Preisig M. Course of a clinical cohort of unipolar, bipolar and schizo affective patients. Results of a prospective study from 1959 to 1985. *Schweiz. Arch. Neurol. Psychiatr.* 1995;146(1):5–16.
20. Tondo L, Vázquez G.H, Baldessarini R.J, *Depression and Mania in Bipolar Disorder. Curr Neuropharmacol.* 2017 Apr; 15(3): 353–358.
21. Phillips ML, Kupfer DJ. Bipolar disorder diagnosis: challenges and future directions. *Lancet*. 2013 May 11;381(9878):1663-71. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60989-7.