

Prof. Dr. Rihmer Zoltán, Gonda Xénia

A bipoláris betegségek diagnózisa és kezelése

Összefoglalás

A bipoláris (mániás-depressziós) betegség a leggyakoribb pszichiátriai kórképek közé tartozik, amely kezelés nélkül visszatérő és számos egyéni és társadalmi komplikációval jár. A szerzők jelen közleményükben áttekintést nyújtanak a bipoláris betegség különböző formáinak korszerű diagnosztikai és terápiás elveiről. A közlemény végén kitérnek a betegek hosszútávú kezelésének és gondozásának speciális problémáira is.

I. Bevezetés

A bipoláris (mániás-depressziós) betegség az unipoláris depresszió, a szorongásos betegségek és a kóros szerhasználat után a pszichiátriában a negyedik leggyakoribb kórkép, mely a világon a leggyakrabban keresőképtelenséget okozó első tíz betegség között szerepel. A bipoláris betegségre a különböző súlyosságú depressziós és mániás epizódok váltakozása jellemző, hosszabb-rövidebb tünetmentes periódusok közbeiktatódásával. A betegséget a mániás állapotok súlyossága alapján két klinikai megjelenési formába soroljuk: 1/, a depressziós és mániás állapotok váltakozásával járó ún. bipoláris I, 2/, a depressziós és hipomániás epizódok formájában megnyilvánuló ún. bipoláris II csoportba.

A bipoláris betegség diagnózisához a betegség hosszmetzeti képében depressziós és (hipo)mániás periódusoknak egyaránt jelen kell lenniük. A mániás epizód diagnózisa akkor állítható fel, ha a legalább 1 hétig tartó abnormálisan emelkedett vagy ingerlékeny hangulat mellett az alábbi 7 tünetből legalább három (ha a hangulat ingerlékeny akkor legalább négy) fennáll: 1/, fokozott önértékelés, 2/ csökkent alvásigény, 3/ fokozott beszédkezletés, 4/

gondolatrohanás, 5/ szórt figyelem, 6/ szokatlanul felfokozott aktivitás, nyugtalanság, 7/ kritikátlan, meg-gondolatlan cselekedetek (anyagi és szexuális téren egyaránt). A diagnózis felállításához szükséges továbbá, hogy az állapot elég súlyos legyen ahhoz, hogy észrevehető károsodást okozzon a munkaképességben illetve szociális tevékenységekben, és hogy a tünetek nem kémiai anyag vagy ismert testi betegség (pl. hipertireózis) következményei. Jellemző tünet még, (bár nem kötelező) a betegségtudat hiánya. A mániás epizód során a beteg gyakorlatilag mindig hospitalizációra kerül, az esetek többségében mások kezdeményezésére.

A hipománia a mániával szemben enyhébb állapot: a diagnosztikai kritériumok a mániától abban különböznek, hogy 1/ a minimális időtartam-kritérium négy nap, és 2/ az állapot nem okoz lényeges károsodást a munkaképességben és szociális alkalmazkodásban, illetve nem vezet hospitalizációhoz. A **mániás és hipomániás epizód**on kívül a harmadik klinikai manifesztáció az ún. **kevert affektív epizód**, amikor a beteg egyidőben meríti ki mind a mániás, mind a major depressziós epizód kritériumait. Amennyiben a mániás epizódon belül 2-4 depressziós tünet jelenik meg, kevert (diszfóriás) mániáról, ha a depresszióhoz 2 vagy több hipomániás tünet társul, depressziós kevert állapotról beszélünk.^{1,2,3}

A bipoláris betegségen belül jelentkező különböző súlyosságú depressziós epizódok tünettani leírását illetve egyéb klinikai vonatkozásait illetően a depressziós epizód alatt leírtak érvényesek.^{1,4} Az igen enyhe (szubklinikus) depressziós illetve hipomániás állapotok váltakozásával jellemzett **ciklotímia** a bipoláris betegség minor illetve krónikus formájának felel meg, kezelést többnyire nem igényel, jelentősége abban áll, hogy talaján gyakran alakul ki bipoláris I, de főleg bipoláris II betegség.^{1,2,5}

Nemzetközileg elfogadott diagnosztikai kritériumok alapján tör-tént felmérés szerint a bipoláris

betegségek előfordulása Magyaror-szág felnőtt lakosságában a világon a legmagasabbak közé tartozik: a bipoláris I és II betegség együt-tes élettartam, 1 éves és 1 hónapos **prevalenciái** 5,0%, 2,7% és 1,4%.^{2,6} Szemben az unipoláris depresszió-val (amely a nőket kétszer gyakrabban érinti), bipoláris betegségben a **nemi megoszlás** egyforma, bár bizonyos diagnosztikai kategóriákban (bipoláris II, kevert affektív epizód) a betegek kb. 60-65 százaléka nő. A kórkép leggyakrabban a 17-18 életévek táján kezdődik (az esetek több mint felében depressziós epizóddal), de nem számít ritkaságnak az ennél korábbi **kezd**et sem. A megbetegedési rizikó 40 év felett csökken és idős korban a bipoláris betegség ritkán indul. Az életkor előrehaladtával a mániás epizódok száma csökken, a depressziós epizódoké viszont megnő. A mániás és depressziós epizódok gyakran **szezonális** jelleggel térnek vissza: a depressziós epizód gyakoribb tavasszal és ősszel, a mániás fázis leggyakrabban nyáron jelentkezik.²

Bipoláris betegséghez az esetek több mint felében társul szorongá-sos betegség és/vagy alkohol illetve drog-abúzus (dependencia), amely gyakran megnehezíti a felismerést és rontja a prognózist. Ugyancsak gyakori a komorbid személyiség-zavar (gyakran borderline típusú) és a betegség a vártnál gyakrabban társul hipertóniával, diabéteszsel és migrénnel.^{2,5,6}

Az összes pszichiátriai betegség közül a bipoláris betegség rendel-kezik a legkifejezettebb genetikai komponenssel. A betegek több mint 60 százalékában pozitív a család-i anamnézis (elsőfokú rokonok) bipoláris betegséget illetően, és unipoláris depresszió esetén a bipoláris **családi anamnézis** nagyon nagy valószínűséggel jelzi előre a későbbi bipoláris transzformációt. A bipoláris betegség **rizikótényezői** a pozitív család-i anamnézis, a kora-gyermek-kori illetve felnőttkori negatív élet-események, posztpartum periódus (többnyire a bipoláris depressziós epizód tekintetében), valamint a drog-abúzus (amfetamin származé-

Prof. Dr. Rihmer Zoltán, Gonda Xénia
Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet
III. Pszichiátria
1021 Budapest, Hűvösvölgyi út 116.

kok illetve egyéb dopamin-agonista szerek).^{2,5}

A bipoláris betegség, (mind az I, mind a II típust illetően) kezelés nélkül az esetek több mint 90 százalékában visszatérően zajló betegség. Az aktuális epizódok gyakorisága nagy egyedi különbségeket mutat, az esetek kb. 10-15 százalékában ún. rapid ciklusú lefolyás alakul ki (évente négy vagy több affektív epizód), ez gyakrabban észlelhető nőbetegeknél és sokszor a hangulatstabilizáló nélkül adott antidepresszívum oki szerepe is igazolható. A nem kezelt bipoláris betegeknél a leggyakrabban észlelhető komplikációk a tartós munkaképtelenség, korai rokkanatosítás, másodlagos alkohol, illetve drog-betegség, családok széthullása, fokozott szomatikus (főleg kardiovaszkuláris és cerebrovaszkuláris) morbiditás és mortalitás.^{2,4,6}

A nem kezelt bipoláris betegség legsúlyosabb szövődménye az öngyilkossági kísérlet és a befejezett öngyilkosság. A bipoláris betegek több mint egyharmadának volt már legalább egy szuicid kísérlete és a bipoláris betegek aránya a befejezett öngyilkosságot elkövetők között kb. hússzorosan haladja meg a populációban észlelhető prevalenciát. Az összes pszichiátriai kórkép közül a bipoláris betegség, és különösen a bipoláris II típus esetén a legmagasabb a befejezett öngyilkosság rizikója, és sajnálatos módon a bipoláris zavaroknak éppen ez a formája a leginkább aluldiagnosztizált.^{2,5,7} Ugyanakkor meggyőző adatok vannak arra vonatkozólag, hogy a profilaktikus kezelésben részesülő bipoláris betegek szuicid halálózása szignifikánsan csökken.^{2,5,7}

A súlyos (hospitalizált), de tartós kezelésben nem részesülő bipoláris betegek 15-19 százaléka öngyilkosságban hal meg, és az öngyilkosok 65-75 százaléka (többnyire nem kezelt) bipoláris vagy unipoláris major depresszióban szenved halála idején.

Mivel a bipoláris betegség fiatalabb korban kezdődik, mint az unipoláris depresszió, a gyermekkori major depressziók jelentős része potenciálisan bipoláris, amelynek jó klinikai markere a szülőknél esetlegesen előforduló bipoláris betegség.^{3,5} Ilyen esetekben az antidepresszívumot mindig hangulatstabilizáló gyógyszerekkel együtt (vagy azok bevezetése után) illetve szük-

ség esetén anxiolitikumokkal kombinálva kell alkalmazni, és a betegek állapotának alakulására a szülők bevonásával különös figyelmet kell fordítani.

II. Diagnózis

A bipoláris betegség diagnózisának megállapításához alapvető fontosságú a részletes, szomatikus előzményekre is kiterjedő anamnézis és klinikai vizsgálat. A tudomány mai állása szerint olyan biológiai marker, vagy agyi képalkotó eljárás, amely a bipoláris betegségek diagnózisát egyértelműen (magas szenzitivitással és specificitással) bizonyítaná, nincsen, illetve a rutin klinikai gyakorlatban nem érhető el.

A bipoláris betegség különböző formáinak diagnózisa és kódolása a WHO által kiadott BNO-10 kritériumai szerint történik. A diagnózis alapvető szempontja, hogy az aktuális epizód depressziós vagy mániás-e, illetve milyen súlyosságú. A betegség hosszmetzeti lefolyása alapján különítjük el a bipoláris betegséget az unipoláris depressziótól, ezen belül pedig a bipoláris I illetve bipoláris II depressziót.

A bipoláris betegség további differenciáldiagnózisa fontos terápiás és prognosztikai konzekvenciákat von maga után. Mániás vagy major depressziós epizód esetén differenciáldiagnosztikai probléma többnyire a pszichotikus súlyosságú mánia és depresszió illetve az idős korban jelentkező bipoláris depresszió és mánia esetén merül fel. Előbbieket a **schizophreniától** illetve paranoid pszichózistól, és a **pszichoaktív szerek** okozta állapotoktól, utóbbiakat a **demenciától** illetve egyéb organikus kórképektől kell elkülöníteni. A mániás-depressziós kevert epizódok (amikor a beteg egyidőben kimeríti mind a mánia mind a major depresszió kritériumait) elkülönítendőek a schizophreniától illetve a schizoaffectív betegségtől. Bipoláris betegség depressziós epizódjának észlelésekor fontos differenciáldiagnosztikai szempont az unipoláris depressziótól való elhatárolás: az anamnézisben szereplő mániás vagy hipomániás epizódok (amelyek sokszor csak részletes auto- illetve heteroanamnézissel, illetve célzott biográfiai analízissel tárhatók fel) valamint az esetlegesen antidep-

resszívum által indukált rövidebb hosszabb (hipo)mániás időszakok bipoláris betegség depressziós epizódját igazolják. Abban az esetben, ha major depressziós beteg elsőfokú rokonai között bipoláris betegség fordult elő, a depresszió bipolárisnak tekintendő. Az agított depresszió az esetek döntő többségében depressziós kevert állapotnak felel meg (=major depresszió+2 vagy több hipomániás tünet). Ennek jelentőségese az antidepresszív farmakoterápia szempontjából alapvető fontosságú: bipoláris betegség depressziós fázisának hangulatstabilizáló nélküli kezelése (hipo)mániás fázisváltást, rapid ciklusú lefolyást, illetve depressziós kevert állapotot (illetve agított depressziót) eredményezhet, rontva ezáltal a rövid és hosszútávú prognózist.^{3,8} A bipoláris betegség enyhébb formáit (pl. ciklotímia) az alkalmazkodási és személyiségzavaroktól kell leggyakrabban elkülöníteni, bár a két (illetve három) állapot ugyanannál a betegnél egyszerre is előfordulhat.

III. Terápia

Az antidepresszív farmakoterápia általános szempontjait illetően az unipoláris depressziók kezelésével kapcsolatos elvek itt is érvényesek, annak ismételt hangsúlyozásával, hogy bipoláris depresszióban az antidepresszívum mellett mindig hangulatstabilizátort is kell alkalmazni, mivel a hangulatstabilizátorok egyidejű alkalmazása nélkül végzett akut antidepresszív farmakoterápia bipoláris depresszióban gyakran hipomániás / mániás fázisváltást, depressziós kevert állapotot, illetve rapid ciklusú lefolyást indukál.⁵

Mániás illetve hipomániás epizód során a **hangulatstabilizáló** kezelés mindenképpen indokolt, részben a későbbi profilaktikus kezelés bevezetéseként, de elsősorban azért, mert az összes hangulatstabilizáló készítménynek (legkifejezettebben a lithiumnak) egyben antimániás hatása is van. Mivel az antimániás hatás csak 8-10 nap múlva jelentkezik (a hipomániás epizódok kivételével) gyakorlatilag minden esetben szükséges antipszichotikumok vagy nagy potenciálú benzodiazepinek (sokszor kombinált) együttadása is.^{5,6,9} Tekintettel arra, hogy a bipoláris betegek különösen érzé-

kenyek a hagyományos (típusos) antipszichotikumok extrapiramidális mellékhatásaira az új, atípusos antipszichotikumok preferálandók. Az atípusos antipszichotikumoknak a típusos szerekkel szembeni másik nagy előnyük, hogy nem indukálnak depressziós fázisváltást, amely még a legmondosabb terápiavezetés mellett is gyakran fordul elő.⁶

Ha a bipoláris depressziós beteg az akut kezelés hatására remiszióba került, a bevált kombinációt a hangulatstabilizáló gyógyszer(ek) megtartásával (az antidepresszívum nagyon lassú, fokozatos csökkentésével) még több hétig vagy hónapig kell alkalmazni, fokozottan figyelve az esetleges (enyhe) hipomániás tünetekre. Ezek jelentkezése esetén az antidepresszívum azonnali elhagyása és a hangulatstabilizátor (átmeneti) megemlése, manifeszt hipománia / mánia esetén klonazepam vagy akár kis dózisu (atípusos) antipszichotikum átmeneti hozzáadása szükséges. Ugyanakkor, ha az antidepresszívum adását túl korán szüntetik meg, a beteg a depressziós epizódba visszaeshet, mivel a hangulatstabilizáló gyógyszer rövidtávon relatíve kevésbé hatékony és elsősorban az újabb epizódokat előzi meg.^{6,9}

A bipoláris depresszió antidepresszív farmakoterápiájának **fenntartó fázisa** általában rövidebb ideig tart, mint unipoláris depresszióban. Ekkor az antidepresszívum fokozatos elhagyása után csak hangulatstabilizálókat alkalmazunk. A bipoláris betegség mániás epizódjának kezelésében és a profilaktikus terápiában a lithium arany standardnak tekinthető. A lithium mellett a lamotrigin, a valproát és a carbamazepin rendelkezik definitív hangulatstabilizáló (profilaktikus) hatással, a lamotriginnek emellett kifejezett antidepresszív hatása is van és főleg a bipoláris II (akár rapid ciklusú) betegségben hatékony.⁶

A terhesség illetve a szoptatás alatt a nők jelentős hányadában észlelhető rövidebb-hosszabb ideig tartó hangulatzavar, gyakran bipoláris betegség. Szemben a hangulatstabilizálókkal, a triciklusos és SSRI antidepresszívumok és a hagyományos, nagy-potenciálú antipszichotikumok az eddig rendelkezésre álló adatok szerint nem növelik szignifikánsan a fejlődési rendellenességek illetve a koraszülések gyakoriságát,

de néhány esetben kisebb születési súlyról illetve a csecsemőnél jelentkező enyhe megvonási tünetekről számoltak be. A lithium kardiovaszkuláris fejlődési zavart (Ebstein-anómália) okozó hatása sokkal ritkább, mint régebben hitték, a karbamazepin kb. 1, a valproát származékok kb. 3-5 százalékban okoznak velőcsőzáródási anomáliákat.^{10,11}

A terhesség alatt jelentkező bipoláris depresszió kezelésére enyhébb (nem szűcidális) esetekben elsősorban célzott pszichoterápia javasolt, téli depresszióban fényterápia, nem komplikált terhességben esetleg részleges alvásmegvonás (figyelembe véve az alvásmegvonás napján néha jelentkező szimpatikotóniát) is alkalmazható. Súlyos esetekben a terhesség alatt is nagy biztonsággal alkalmazhatók a korszerű (SSRI és egyéb) antidepresszívumok és néha relaxációs elektrokonvulzív kezelés is szükséges lehet.^{6,9,10,11} Ha a beteg hangulatstabilizátor (főleg lithium) szedése mellett esett teherbe, ez nem jelent feltétlenül indikációt annak megszakítására, bár antiepileptikumok szedése esetén a kockázat az átlagosnál nagyobb.^{6,10} A bipoláris betegség kezelésében használatos gyógyszerek többnyire megjelennek az anyatejben, de szerencsére igen alacsony koncentrációban. A triciklusos antidepresszívumok, SSRI készítmények és a moklobemid esetében a csecsemőben mérhető szérumszintek az anyai szérumszintek 1-6 százalékának felelnek meg, vagy ki sem mutathatók. A lithium és a karbamazepin viszonylag magas (40-60%), a valproát relatíve kisebb (5-10%) koncentrációban jelenik meg az anyatejben, ezért ilyen gyógyszereket szedő anya esetében (ha a nagy visszaesési rizikó miatt az említett szerek még néhány hónapra sem hagyhatók ki) a szoptatást célszerű mellőzni.¹¹

Időskorú bipoláris betegek gyógyszeres és nem gyógyszeres kezelésének irányelvei nagy részben megegyeznek az eddig tárgyaltakkal. Idős korban is a hangulatstabilizátorok képezik a bipoláris betegség kezelésének tengelyét. Ha nem kerülhető el az antidepresszív farmakoterápia, idős korban kerüljük a tri- vagy tetraciklusos készítményeket, és előnyösebb mellékhatás-profiljuk miatt válasszunk új-generációs (SSRI, SSRE, SNRI, RIMA illetve, kettős hatású) szere-

ket, esetleg részleges alvásmegvonást. A többnyire mindig jelenlévő komorbid testi betegségekre, illetve az azokra alkalmazott gyógyszerekkel való interakciókra figyelemmel kell lenni. Farmakoterápia-rezisztens, illetve súlyos, szűcid veszéllyel járó depressziós esetekben az altatásban és relaxációban végzett elektrokonvulzív kezelést is mérlegelni kell. Idős bipoláris beteg kezelése során különös figyelmet kell fordítani a gondozásra és a kellő szociális támogatás megszervezésére. Nagyon fontos, hogy az idős bipoláris beteg depressziós epizódját ne tévesszük össze az időskori demenciával; az időskori major depresszió ugyanis gyakran pszeudodemenciával jár.

IV. Gondozás

A remiszióba került bipoláris betegnél az akut fázis terápiájában bevált kezelést a korai visszaesés megelőzése végett még egy ideig folytatni kell. Ezen időtartam hossza általánosságban nem adható meg, leginkább attól függ, hogy a beteg a depressziós (illetve mániás) fázisának korai vagy relatíve késői szakában került-e kezelésbe és hogy az adott epizód terápiája során észleltünk-e az ellenkező fázisba való átváltásra utaló gyanújeleket. Ha túl korán abbahagyjuk az antidepresszívum vagy antimániás farmakoterápiát, a beteg a még le nem zajlott (tehát ugyanazon) depressziós vagy mániás epizódba visszaeshet. Az akut epizód kezelése során beállított hangulatstabilizátor megtartása mellett az antidepresszívum (illetve egyéb antimániás) szerek fokozatos csökkentésével hetek, de többnyire hónapok alatt elérhető, hogy a beteg csak a hangulatstabilizáló gyógyszerrel (esetleg este altatót) szedjen. Bipoláris betegségben a depressziós és mániás fázisok ismétlődése olyan nagy, hogy gyakorlatilag minden esetben javasolt a hosszútávú (profilaktikus) kezelés. Ritka esetekben (reális betegségtudat illetve a beteg és családtagjainak kiváló együttműködése) mellőzhető a profilaktikus gyógyszeres kezelés, azzal a megszorítással, hogy az esetleges újabb epizódok prodromális tünetei esetén azonnali kontaktus-felvétel szükséges a terápia minél korábbi megkezdése végett.⁹

Mivel az első vagy második affek-

tív epizód után még az intelligens, magas iskolázottságú betegek sem hiszik el mindig, hogy a bipoláris zavar nagyon nagy visszatérési hajlamot mutat, magyarázzuk el részletesen a betegség kezelés nélküli spontán lefolyását és szövődményeit, ügyelve arra, hogy ne fessünk túlzottan pesszimista képet a jövőről, és azt is el kell mondani, hogy a szakszerű kezelés a szövődmények esélyét a minimálisra csökkenti.

A beteget (és családtagjait) mindenképpen fel kell világosítani az alkalmazott gyógyszerek lehetséges mellékhatásairól, és az ezzel kapcsolatos teendőkről. Állapotromlás vagy komorbid egyéb (testi) betegség jelentkezése esetén a klinikai állapot illetve a gyógyszerelés felülvizsgálata aktuálisan is szükséges. A hosszútávú gondozás mechanikus jellegének elkerülése végett mindig alkalmazni kell a szupportív elemeket is integráló pszichoterápiás megközelítést, és azon depressziós betegeknél, akik gyógyszeres és pszichoterápiás kezelés kombinált alkalmazására gyógyultak, a pszichoterápiát is hosszútávon kell alkalmazni. A bipoláris betegség kezelésében használatos gyógyszerekhez nem alakul ki addikció, és tudatosítsuk a betegekben és hozzá-

tartozóikban, hogy nem jelent hozzászokást az, hogyha a betegnek (akár pl. hipertónia vagy diabéteszes esetén) a gyógyszereket éveken-évtizedekig szedni kell. Nagyon fontos, hogy a beteg kerülje a rendszertelen életmódot, lehetőleg ne éjszakázzon, mert az „alvásmegvonás” bipoláris betegeknél nem depressziós epizód során hipomániát/mániát provokálhat. Alkalmanként kis mennyiségű szeszes ital fogyasztása megengedhető. Ha hosszútávú kezelés során a hangulatstabilizálót mégis valamilyen okból abbahagyjuk (vagy a beteg önkényesen szakítja meg a terápiát), mindenképpen lassú, fokozatos gyógyszer-elhagyás szükséges.^{6,9} A bipoláris betegek hosszútávú gyógyszeres kezelése és rendszeres gondozása nemcsak a visszaeséseket előzi meg, hanem lényegesen javítja a beteg életminőségét, és szignifikánsan csökkenti a további szuicid kísérletek számát és a befejezett öngyilkosságok gyakoriságát is.

Irodalomjegyzék:

1. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. (DSM-IV)*. American Psychiatric Association, Washington, DC, 1994.
2. Rihmer Z, Angst J: *Epidemiology of bipolar disorder*: in: Kasper S, Hirschfeld RMA: *Handbook of Bipolar Disorder*. Marcel Dekker, New York, 2005.

3. Akiskal HS, Benazzi F, Perugi G, Rihmer Z: *Agitated „unipolar” depression reconceptualised as a depressive mixed state: implications for the antidepressant-suicide controversy*. *Journal of Affective Disorder* 2005; 85: 245-268
4. Füredi J, Németh A, Tariska P: *A Pszichiátria Magyar Kézikönyve. III. kiadás*. Medicina, Budapest, 2003.
5. Goodwin FK, Jamison KR: *Manic Depressive Illness*. Oxford University Press, New York, 1990.
6. American Psychiatric Association. *Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder (Revision)*. *American Journal of Psychiatry* 2002; 159, (Suppl. 1) 1-50.
7. Rihmer Z, Kiss K: *Bipolar disorders and suicidal behaviour*. *Bipolar Disorders* 2002; 4, (Suppl. 1), 21-25.
8. Rihmer Z: *(F)okozzák-e az antidepresszívumok a szuicid rizikót?* *Psychiatria Hungarica* 2005; 20, 380-387.
9. Rihmer Z, Pestaloty P: *A depressziók biológiai terápiája*. In: Szádóczky E, Rihmer Z: *Hangulatzavarok* (pp 320-353) Medicina, Budapest 2005
10. Szádóczky E, Németh A: *Hangulatzavarok kezelése terheség alatt*. *Psychiatria Hungarica* 2002; 17, 259-272.
11. Szádóczky E, Németh A: *Hangulatzavarok kezelése a szoptatás időszakában*. *Psychiatria Hungarica* 2002; 17, 273-286.

Bipoláris elvarázsolt kastély

A mániás depresszió kétarcú betegség. Janus maszkjának egyszer fekete, másszor csillogóan színes oldalát mutatja meg. Hegycsúcsok és szakadékok között nagyon nehéz a betegnek visszatérnie a hétköznapi életet jelentő arany ösvényre.

A mániás depresszió úgy kísérte végig az emberiség történetét, hogy a huszadik századig nem volt megfelelő gyógy módja, sőt még a felismerése sem volt lehetséges.

A gének sorsszerű ismétlődése révén sokszor olyan családokban fordult elő a kór, ahol gyakori volt a közeli rokonságba történő beházasodás, így például a brit uralkodócsalád, a Windsor-ház tagjai V. Károlytól kezdve (XV. század) Erzsébet királynőig (XIX. század) hordozták magukban súlyosabb-enyhébb formában e betegséget. Anglia királyai milliók felett uralkodtak, országuk és Európa sorsát számtalan esetben befolyásolta a betegség, amikor – az egyéni katasztrófán túlmutatva – egy földrész sorsára nyomta rá a bélyegét.

A Bipoláris Kastély szobái a mániás depresszió stációit mutatták be az érdeklődő látogatók számára. A különböző szobák hangulata, a bennük rejlő impressziók híven mutatták be a bipoláris betegek érzékelési, viselkedésbeli problémáit. Az installáció felhívta a

figyelmet a betegség fontosságára, annak korai felismerésének és kezelésének jelentőségére.

Bipoláris zavarban szenvedő embertársaink állapota javítható, panaszai enyhíthetőek, illetve megszüntethetőek. Fontos cél volt, hogy érthetővé váljék, hogy az ezzel a problémával küzdők sem mások, sikeresen reintegrálhatók a társadalomba, hiszen a korszerű pszichiátria arra törekszik, hogy a mentális zavarral küzdők kirekesztettségé enyhüljön, stigmatizációjuk feloldódjon.

A Bipoláris Elvarázsolt Kastély szakmai tanácsadója:
Dr. Belső Nóra

A Bipoláris Elvarázsolt Kastély ötletgazdája: „Sötét nappalok, fényes éjszakák” A Bipoláris Betegekért Egyesület, Kevin Jackson elnök

A Bipoláris Kastély a Lilly Hungária Kft. támogatásával jött létre. A bipoláris kastélyt különböző pszichiátriai szakmai fórumok résztvevői tekinthették meg az év folyamán.

A Bipoláris Elvarázsolt Kastély szobái:

- Várborstón – Depressziós fázis
- Kétarcú Szalon – Kevert fázis
- Bálterem – Mániás fázis
- Panoráma Szoba – Vissza a normális élethez