

NIE WIDAĆ, A PŁYNĘ



FUNDACJA

NIE WIDAĆ PO MNIE

Tytuł:

Nie widać, a płynie

Autor:

**Joanna Kamer,
Ewa Narkiewicz-Nejno,
Urszula Szybowicz**

Nadzór merytoryczny:

**dr Joanna Szczerba,
lekarz specjalista psychiatrii**

Skład, korekta, grafika, opieka red.:

markomedia.pl



MARKOMEDIA.PL

komunikacja . wizerunek . kryzys

Spis treści

Czym jest choroba afektywna dwubiegunowa?

Objawy- ogólna charakterystyka epizodów

Leczenie i perspektywy dla pacjentów z ChAD

Sebastian Szubski – Wywiad

Typy choroby afektywnej dwubiegunowej

Przyczyny ChAD

Wyzwania diagnostyczne

Z czym mierzą się osoby z ChAD?

Częstotliwość występowania ChAD

Zaproszenie na konferencję

Czym jest choroba afektywna dwubiegunowa?



Choroba afektywna dwubiegunowa (ChAD) zalicza się do zaburzeń nastroju. Charakteryzuje się występowaniem objawów manii, hipomanii z epizodami depresyjnymi. [1] Występują one w różnym nasileniu i częstotliwości, nawet kilkakrotnie w ciągu jednej doby, chociaż należy to do rzadkości. Do rozpoznania choroby wystarczy jeden epizod maniakalny / jeden epizod mieszan / jeden epizod hipomaniakalny + jeden epizod depresyjny. Warto tu zaznaczyć, że niekoniecznie występują na przemian, co jest istotnym utrudnieniem w rozpoznaniu zaburzenia.

Pierwsze opisy naprzemiennie występujących okresów zaburzeń nastroju pojawiły się już w Starożytności. Hipokrates (460-337 p.n.e.), bazując na pracach Pitagorasa i innych filozofów i lekarzy, opisał manie i melancholie oraz zakwalifikował je jako chorobę psychiczną.

W 1851 r. Jean-Pierre Falret opisał oddzielne zaburzenie psychiczne, obejmujące zarówno manie, jaki i depresje („folie circulaire”). Koncepcje francuskich psychiatrów nadawały ton badaniom nad Chorobą dwubiegunową w XIX w. Pod koniec XIX w., Emil Kraepelin stworzył koncepcje psychozy maniakalno-depresyjnej. [2].

W latach 50. XX wieku Karl Leonhard dokonał podziału chorób afektywnych na depresję jednobiegunową i chorobę afektywną dwubiegunową. Spektrum dwubiegunowości

ci występuje u 2,4% populacji, a dla ChAD rozpowszechnienie w ciągu całego życia szacuje się na 0,4% -1,1% [3].

Jest to zaburzenie dość często występujące, ale zbyt rzadko rozpoznawane. Ze względu na dużą współchorobowość psychiatryczną zdarza się, że pacjenci pierwotnie zgłaszają się do psychiatry z objawami depresji, lęku lub uzależnienia od substancji psychoaktywnych.

Choroba zaczyna się z reguły dość wcześnie (około 20-30. r.ż.), ale zdarzają się przypadki zachorowań o późnym początku (około 50. r.ż.). Przebieg jest epizodyczny, przewlekły, o dużej nawrotowości. Epizody zaburzeń nastroju trwają od kilku dni do kilku, a nawet kilkunastu miesięcy. Epizody maniakalne są zazwyczaj znacznie krótsze, a z powodu dużego nasilenia objawów są zazwyczaj szybko diagnozowane i leczone.

Choroba afektywna dwubiegunowa jest zaburzeniem złożonym i niejednorodnym. W obecnie wdrażanej Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Zaburzeń ICD-11 zastosowano nazwę “zaburzenia afektywne dwubiegunowe i pokrewne”, a wśród nich wyróżniono chorobę afektywną dwubiegunową typu I, typu II, zaburzenia cyklotymiczne, inne, określone zaburzenia afektywne dwubiegunowe i pokrewne oraz inne zaburzenia afektywne dwubiegunowe i pokrewne nieokreślone. [4,5]. Różnorodność i indywidualny przebieg często utrudniają diagnostykę, która może być opóźniona nawet o 5-8 lat.

Początkowo sądzono, że ChAD dotyka w równym stopniu mężczyzn, jak i kobiety. Jednak najnowsze badania wykazują, że bardziej narażone są kobiety.

Co więcej, w ich przypadku epizod depresyjny ma ostrzejszy przebieg, co wiąże się ze zwiększonym ryzykiem zdarzeń suicydalnych. [2]. Warto zaznaczyć, że ChAD jest jedną z 10 najczęstszych przyczyn niepełnosprawności i wyłączenia z życia zawodowego, a czasem też społecznego [1].



Mania

Charakterystyczny dla niej jest wzrost energii, poczucia radości i euforii, których stopień odczuwania jest nieadekwatny do sytuacji życiowej. Nie każdy epizod manii przebiega z euforią. U części pacjentów dominującą cechą może być drażliwość, rozdrażnienie, lub pobudzenie i wybuchowość.

Często pojawia się chęć dominacji nad otoczeniem, przekonanie o swojej wyższości a także agresywne próby przekonywania do swoich racji.

W epizodzie manii u pacjenta występują też takie objawy, jak:

- nadmierne poczucie własnej wartości,
- wyraźnie zawyżone poczucie własnych możliwości i umiejętności, często w stopniu urojeniowym
- nierozsądne decyzje np. zaciąganie pożyczek, nadmierne wydatki, hazard
- ryzykowne i impulsywne zachowania bez względu na konsekwencje, np.

Objawy: ogólna charakterystyka epizodów

Zaburzenie afektywne dwubiegunowe charakteryzuje się cyklicznym występowaniem epizodów depresyjnych i/lub maniakalnych + hipomaniakalnych/mieszanych. Najczęściej zmiany nastrojów się przeplatają (choć nie zawsze synergicznie, czyli po jednym epizodzie depresyjnym nie następuje etap manii). Szacuje się, że okresy depresyjne stanowią ok 70% zaburzeń nastroju w ChAD, a pozostałe 30% to mania lub hipomania.

przekraczanie prędkości, nadmierne spożywanie alkoholu lub substancji psychoaktywnych, nierozsądne wydawanie pieniędzy, zaciąganie pożyczek, przypadkowa aktywność seksualna także bez zabezpieczenia, co rodzi ryzyko zakażenia chorobami przenoszonymi drogą płciową,

- przyspieszona mowa, często trudna lub wręcz niemożliwa do zrozumienia,
- gonitwa myśli,
- trudności w utrzymaniu uwagi z powodu natłoku myśli, skrajne rozkojarzenie,
- mniejsze zapotrzebowanie na sen, bez uczucia zmęczenia,
- możliwe są także objawy psychotyczne.

Często pacjenci w epizodzie manii wykazują nadmierną frustrację, irytację, gniew, co skutkuje pojawieniem się agresji zarówno werbalnej, jak i fizycznej.

Hipomania

Objawy są podobne jak przy manii, jednak łagodniejsze, a pacjent wykazuje większą ich kontrolę. W hipomanii nie występują objawy psychiatryczne, a epizod nie powoduje znacznego upośledzenia funkcjonowania społecznego.

Epizod depresyjny

Objawy są takie same jak w przypadku depresji jednobiegunowej. Pojawia się spadek nastroju, apatia i przygnębienie. Charakterystyczna dla depresji jest również utrata zdolności odczuwania przyjemności, tzw. anhedonia oraz zmniejszenie energii prowadzące do wzmożonej męczliwości, zmniejszenia aktywności.



Wśród objawów wymienia się też, m.in.:

- niskie poczucie własnej wartości,
- brak nadziei i poczucia kontroli nad własnym życiem,
- spowolnienie lub pobudzenie psychoruchowe,
- nieracjonalne wyrzuty sumienia lub nadmierne, nieuzasadnione poczucie winy,
- spadek koncentracji,
- trudności w zapamiętywaniu,
- zaburzenia snu (zarówno długie spanie, jak i bezsenność),
- zaburzenia łaknienia (nadmierny apetyt lub jego zmniejszenie),
- myśli o śmierci, samobójstwie,
- jakiegokolwiek zachowania samobójczego.



Leczenie i perspektywy dla pacjentów z ChAD

Chociaż ChAD jest zaburzeniem, które wpływa na funkcjonowanie pacjenta we wszystkich sferach, nie oznacza to, że powrót do “normalnego życia” nie jest możliwy. Odpowiednio dobrana farmakoterapia, wsparta psychoterapią i psychoedukacją, której celem jest zwiększenie uważności i świadomości dotyczącej rozpoznanej choroby, to skuteczne metody prowadzące do łagodzenia objawów, a nawet do wydłużenia okresów całkowitej remisji choroby. W procesie terapeutycznym ChAD niezwykle istotne jest regularne stosowanie leków w dawkach i częstotliwości zalecanej przez lekarza prowadzącego.

W ogólnym procesie terapeutycznym ważna jest też psychoedukacja rodziny pacjenta, aby wyczulić jej członków na objawy nawracających epizodów oraz przygotować do wsparcia i życia z osobą z ChAD. Niezwykle istotne jest też utrzymanie ich ścisłej współpracy z zespołem medycznym w celu jak najlepszej pomocy choremu.



**Sebastian Szubski
jest doskonałym przykładem,
że z ChAD można żyć,
łamać stereotypy
i bić kolejne rekordy.**

Współcześnie wyzwaniem jest także psychoedukacja ogółu społeczeństwa, gdyż wiedza o zaburzeniu nadal jest stosunkowo niewielka. To prowadzi do ostracyzmu i wykluczenia osób z ChAD z pełnienia funkcji zawodowych i rodzinnych, co w znaczący sposób może przekładać się na natężenie objawów.

Wywiad

Nie widać, a płynę – Sebastian Szubski zmienia spojrzenie na chorobę dwubiegunową.

Sebastian Szubski to człowiek pełen pasji i determinacji – trener personalny, sportowiec, rekordzista Guinnessa, który mierzy się z chorobą afektywną dwubiegunową. Podjął się kajakowego wyzwania, którym jest przepłynięcie dookoła Wielkiej Brytanii już tego lata! Podejmie próbę ustanowienia nowego rekordu Guinnessa, pokonując trasę o długości około 3000 km w mniej niż 40 dni. Razem z Fundacją Nie Widać Po Mnie wyrusza na wodny szlak, by zwiększać świadomość na temat zaburzeń psychicznych, ze szczególnym uwzględnieniem choroby afektywnej dwubiegunowej.

“Nie widać, a płynę” to coś więcej niż wyzwanie sportowe. **To walka o siebie, o dobrostan, budowanie społecznej świadomości i wsparcie osób zmagających się z zaburzeniami psychicznymi**, a także ich bliskich.

Motywacja do działania

– “Chcę pomóc innym osobom, które borykają się z tą samą chorobą, co ja. Ten pomysł chodził za mną już od dłuższego czasu” – mówi Sebastian.

Choć od lat mierzy się z trudnościami związanymi z chorobą, to nie pozwolił, by powstrzymały go przed realizacją marzeń. Wręcz przeciwnie. Projekt “Nie widać, a płynę” to nie tylko wyścig kajakowy. To symbol walki z niewidzialnym wrogiem – chorobą, która często naprzemiennie skrywa się za kreatywnością, ogromną energią i pasją do działania, ale także tą drugą stroną - wyczerpaniem, depresją.

W fazie manii osoby dotknięte chorobą afektywną dwubiegunową mogą wykazywać wyjątkową twórczość, błyskotliwość i niespożytą energię, co sprawia, że ich pomysły i projekty nabierają niezwykłego rozmachu. Jednak za tą intensywną aktywnością często kryją się chwile wyczerpania, depresji i walki z własnymi emocjami.

Choć ta kreatywność daje skrzydła, to czasem potrafi je brutalnie podciąć. Właśnie dlatego tak ważne jest zrozumienie, że za pozorną siłą i charyzmą może kryć się cicha walka z samym sobą.

Trudne początki

Diagnoza choroby dwubiegunowej w 2009 roku była dla Sebastiana jak cios w brzuch.

– **“To było jak wrzucenie do pralki. Nie wiedziałem, co się dzieje.** Pracowałem intensywnie jako menadżer w firmie pro-



dukującej kajaki, a jednocześnie przygotowywałem się do ślubu” – wspomina. Pierwsze kroki w leczeniu były pełne frustracji i zawodu.

– **“Lekarz nawet mnie nie wysłuchał, tylko wypisał receptę w dwie minuty.** To było bardzo trudne doświadczenie” – opowiada Sebastian. Źle dobrane leki odbiły się mocno na jego stanie zdrowia.

Przełom nastąpił dopiero, **gdy przy wsparciu najbliższych udało się znaleźć lekarza, który trafnie dobrał optymalne leczenie.**

– “To dzięki wsparciu żony i rodziny udało mi się przetrwać najtrudniejsze chwile” – mówi z wdzięcznością.

Rola wsparcia i sportu

Sebastian podkreśla, że **sport stał się jego najlepszą terapią.**

– “Sport, obok farmakoterapii, pomógł mi wyjść z depresji i utrzymać stabilność emocjonalną. To moja równowaga” – mówi.

W chwilach zwątpienia motywacją stał się filmik amerykańskiego aktora, który walczył z chorobą również dzięki aktywności fizycznej.

– “Zrozumiałem, że muszę coś zrobić, żeby się ruszyć. To był początek mojej drogi, która mi pomogła, znalazłem coś, co pozwala mi utrzymywać równowagę. Pomyślałem, że jeśli ktoś zobaczy co robię, moje filmy, na których pokazuję i mówię, co mi pomaga w walce z chorobą, to może i ja będę dla kogoś inspiracją” – wspomina i dodaje:

– **“Jeśli przynajmniej jednej osobie na świecie pomogę w podobny sposób – zmotywuję ją, żeby znalazła swój sposób na to, jak sobie radzić – to już będę spełniony.”**

Jednocześnie Sebastian **nie zapomina o bliskich osobach zmagających się z chorobą afektywną dwubiegunową.**

– “Osoby wspierające chorych również potrzebują pomocy. To trudne żyć z kimś, kto zmagają się z tą chorobą. **Bliscy też powinni mieć dostęp do psychologa, żeby porozmawiać i po prostu dostać wsparcie**” – podkreśla.

Budowanie świadomości

Projekt “Nie widać, a płynę” to nie tylko wyścig, ale i ogromna akcja społeczna mająca na celu zmniejszenie stygmatyzacji zaburzeń psychicznych. W ramach wydarzenia organizowane będą warsztaty dla pacjentów i ich rodzin, które prowadzą specjaliści w zakresie zdrowia psychicznego. Akcja kładzie nacisk na edukację społeczną oraz integrację osób dotkniętych chorobą z resztą społeczeństwa.

Sebastian apeluje o większą świadomość wśród społeczeństwa.

– “Społeczeństwo powinno wiedzieć, na co zwracać uwagę – nagłe zmiany w ilości snu, nadmiar energii czy skrajne emocje mogą być sygnałem ostrzegawczym. Warto reagować i szukać pomocy” – mówi.

Siła w działaniu

Projekt “Nie widać, a płynę” to manifest siły i odwagi w walce z niewidzialnymi wrogami.

– **“Chciałbym, aby mój przykład pokazał, że nawet z chorobą można sięgać po marzenia i realizować wielkie cele”** – mówi Sebastian Szubski. Jego determinacja inspirowa i udowadnia, że warto walczyć o zdrowie psychiczne oraz budować społeczną świadomość w społeczeństwie.

Rozmawiała: Nina Nowak

Sebastian Szubski

kiedy miał 7 lat wyjechał do Portugalii, gdzie jego rodzice trenowali kadrę kajakarzy. Jako 16-latek wyprowadził się do Brazylii. Reprezentował ten kraj na igrzyskach olimpijskich w Atenach w 2004 roku. Na swoim koncie ma już kajakowe rekordy Guinnessa. W 2019 roku pobił rekord dystansu pokonanego w 24 godziny kajakiem na wodach stojących.



Typy choroby afektywnej dwubiegunowej



W najnowszej Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Zaburzeń ICD wyróżniono:

- zaburzenie afektywne dwubiegunowe typu I
- zaburzenie afektywne dwubiegunowe typu II
- zaburzenia cyklotymiczne
- inne, określone zaburzenia afektywne dwubiegunowe i pokrewne
- inne zaburzenia afektywne dwubiegunowe i pokrewne, nieokreślone

Zaburzenie afektywne dwubiegunowe typu I

Charakteryzuje się wystąpieniem przynajmniej jednego epizodu maniakalnego lub mieszanego. Zazwyczaj w przebiegu choroby epizody maniakalne lub mieszane przeplatają się epizodami depresyjnymi. [6]

Dla wyjaśnienia: **epizod mieszany** charakteryzuje się obecnością kilku

wyraźnych objawów maniakalnych i kilku wyraźnych objawów depresyjnych. Mogą one występować jednocześnie lub szybko naprzemiennie (z dnia na dzień lub nawet w ciągu tego samego dnia). W diagnostyce ważne jest też, że objawy te muszą utrzymywać się prawie codziennie, przez większość dnia w okresie co najmniej 2 tygodni. [6]

Choroba afektywna dwubiegunowa typu I nazywana jest „klasyczną”. Przebieg choroby (o ile nie dojdzie do jej skutecznego leczenia) jest zazwyczaj ciężki. Nasilenie obu biegunów chorobowych może być silne. Występują depresje i pełnoobjawowe manie, te drugie często wymagają leczenia w szpitalu. Długość manii wynosi typowo od 2 tygodni do 5 miesięcy, depresje są dłuższe: 4-9 miesięcy. Zazwyczaj przewaga długości okresów depresji nad okresami manii jest kilkukrotna. Między rzutami choroby występują okresy bez objawów choroby (remisje) o długości od kilku miesięcy do kilku lat. Najnowsze badania wskazują, że częściej chorują kobiety.

Zaburzenie afektywne dwubiegunowe typu II

W tym zaburzeniu jeden lub więcej epizodów hipomaniakalnych "przełamuje" wystąpienie co najmniej jednego epizodu depresyjnego. Epizod hipomanii musi trwać co najmniej kilka dni, natomiast epizod depresyjny minimum 2 tygodnie. [6]

W chorobie afektywnej dwubiegunowej typu II epizody depresyjne mogą być ciężkie. Przeplatają się z epizodami hipomaniakalnymi, które trwać mogą od kilku tygodni do kilku miesięcy. Występują też wyraźne okresy pełnej remisji objawów. Postać ta nie wykazuje tendencji przechodzenia w typ I. Jednak u 5-7% pacjentów nieletnich w wieku dorosłym przechodzi w ChAD typu I [7]. U części osób może natomiast przejść w ChAD z szybką zmianą faz. Kobiety chorują częściej niż mężczyźni.

Zaburzenie cyklotymiczne

Jest to długa niestabilność nastroju, w której pojawiają się liczne okresy objawów hipomaniakalnych i depresyjnych, ale nie spełniających kryteriów dla rozpoznania pełnych epizodów hipomaniakalnych / depresyjnych. Dla procesu diagnostycznego w kierunku zaburzeń cyklotymicznych ważny jest też czas ich

trwania. Objawy niestabilności nastroju muszą utrzymywać się co najmniej 2 lata. [6]

Inne, określone zaburzenia afektywne dwubiegunowe i pokrewne

Diagnoza w kierunku określonych zaburzeń afektywnych dwubiegunowych i pokrewnych wymaga wystąpienia objawów, takich jak w przypadku ChAD typu I, II lub cyklotymii. Jednak nie spełniają one wszystkich dla nich kryteriów, a w szczególności nasilenia i czasu trwania (objawy trwają krócej niż w przypadku wcześniejszych rodzajów ChAD). [1]

Nieokreślone zaburzenia afektywne dwubiegunowe i pokrewne

Charakteryzują się występowaniem objawów typowych dla zaburzeń afektywnych dwubiegunowych powodujących istotny niepokój lub wywołujących trudności w funkcjonowaniu na płaszczyźnie społecznej, zawodowej lub w innych obszarach życia, które jednak nie spełniają pełnych kryteriów dla żadnej z wcześniej wymienionych kategorii. [1]

Przyczyny ChAD

Obecnie uważa się, że wystąpienie choroby afektywnej dwubiegunowej następuje w wyniku współoddziaływania czynników środowiskowych, biologicznych i neurobiologicznych.

Wiadomo, że zaburzenie charakteryzuje się jednym z najwyższych stopni dziedziczności wynoszącym 60-85% [8]. Inne badania mówią nawet o 90% ryzyku dziedziczenia. O dużym wpływie genetyki świadczą także badania nad bliźniętami, które wykazały wskaźnik zgodności na poziomie 45-75% [9] w przypadku bliźniąt jednojajowych, a przy 4,5-5,6% w przypadku dwujajowych. [10] Obecne badania idą w kierunku odnalezienia genomów odpowiedzialnych za chorobę, co stanowiłoby istotny element w postępie w leczeniu zaburzenia. Wyniki opublikowane w 2019 r. wskazują na silną korelację ChAD z aż 30 genami. [1]

Choć ChAD wykazuje wysoki stopień dziedziczenia, to brak 100% zgodności u bliźniąt jednojajowych jasno wskazuje, że nie jest to jedyne uwarunkowanie.

Obecnie podkreśla się także związek pomiędzy występowaniem ChAD a uszkodzeniem sieci limbicznej w mózgu, produkcji i stężenia neuroprzekaźników (serotoniny i dopaminy) odpowiedzialnych, m.in. za stany emocjonalne, nastrój i działanie. Podłużne badania neuroobrazowe wykazały, że zaburzenia afektywne dwubiegunowe są związane z postępującymi zmianami w mózgu, w tym ścieńczeniem kory i zmniejszoną objętością istoty szarej, szcze-



gólnie w korze przedczołowej, skroniowej i ciemieniowej, ciele migdałowatym i hipokampie. co sugeruje ich udział w patogenezie ChAD, jednocześnie zaburzenia transmisji serotoninerгіcznej, dopaminergicznej oraz glutaminianowej są powiązane z regulacją nastroju i mogą odgrywać kluczową rolę w przebiegu zaburzenia [8,9] Trwają też badania nad powiązaniem zaburzeń pracy tarczycy z prawdopodobieństwem wystąpienia ChAD.

Ryzyko zaburzeń afektywnych dwubiegunowych zwiększają również czynniki biologiczne i środowiskowe, takie jak:

- **infekcje matki podczas ciąży**
- **traumatyczne wydarzenia w dzieciństwie**
- **nadużywanie substancji psychoaktywnych**
- **przewlekły stres prowadzący do deregulacji osi podwzgorze-przysadka-nadnercze**
- **zaburzenia rytmów dobowych w tym zmieniona ekspozycja na światło, które mogą wyzwać kolejne epizody zaburzenia [3]**



Wyzwania diagnostyczne

Pierwsze objawy ChAD pojawiają się zazwyczaj w wieku adolescencji lub wczesnej młodości. Większość przypadków (45%) ma wczesny początek, ze średnim wiekiem 17 lat, z dwoma innymi średnimi szczytami w wieku 26 lat (średni początek) i 42 lat (późny początek).

W większości przypadków pierwszym epizodem jest depresja. Co więcej, może nastąpić kilka jej nawrotów po sobie bez wystąpienia manii. Czasem pojawia się epizod hipomaniakalny o łagodnym przebiegu, który pacjent i otoczenie może potraktować jako naturalny stan i objaw remisji depresji. Jest to jedną z głównych przyczyn często błędnej diagnozy w kierunku depresji jednobiegunowej zamiast dwubiegunowej.

Z czym mierzą się osoby z ChAD?

ChAD wpływa zazwyczaj na całe życie pacjenta oraz jego najbliższych. W epizodzie manii skłonny jest on podejmować ryzykowne, nieprzemyślane decyzje, a agresywne zachowanie w stosunku do otoczenia powoduje ostracyzm i istotne upośledzenie w nawiązywaniu relacji z otoczeniem. W tym okresie często osoby z ChAD zaciągają pożyczki, zadłużają się u znajomych, co ma poważne konsekwencje ekonomiczne dla całej rodziny.

W epizodzie depresyjnym wraz ze spadkiem nastroju i apatią pojawia się izolacja od otoczenia - od kolegów, znajomych, przyjaciół, a także od rodziny. Znacząco rośnie ryzyko zdarzeń suicydalnych, które jest nawet 20-30 razy większe niż w populacji ogólnej [1].

ChAD wpływa nie tylko na jakość życia. Często towarzyszą mu inne zaburzenia i choroby:

- **ponad 50% pacjentów z ChAD ma nadwagę, co może być konsekwencją m.in. działań niepożądanych leków, jednak nie tylko**
- **Około 65% osób z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi cierpi na co najmniej jedną chorobę współistniejącą, w tym zaburzenia lękowe, używanie substancji psychoaktywnych, zaburzenia osobowości, zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD) i zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (OCD)**
- **30-70% pacjentów wykazuje niebezpieczne spożywanie alkoholu i innych substancji psychoaktywnych**
- **ok. 50% pacjentów ma zaburzenia osobowości, np. typu borderline**

Osoby z ChAD doświadczają krótszego o 13 lat życia w porównaniu do populacji ogólnej [1]. Ryzyko wcześniejszej śmierci wynika nie tylko z większego prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzeń suicydalnych, ale także chorób sercowo-naczyniowych, w tym wieńcowych, zaburzeń układu sercowo-naczyniowego, zespołu metabolicznego.

Częstość występowania ChAD?

Dostępne dane co do zapadalności znacząco się różnią. Według WHO zaburzenie afektywne dwubiegunowe występuje u 0,53% ogółu populacji, co oznacza, że na świecie zмага się z nim ok. 40 mln osób [12]. Jednak badanie przeprowadzone na grupie 61 392 osób z 11 krajów wykazało częstotliwość występowania spektrum dwubiegunowości na poziomie 2,4%. [13]

Jednocześnie widocznie zaznacza się duży wzrost zapadalności. Od 1990 r. częstotliwość występowania ChAD zwiększyła się o 59,3% [3].

W Polsce w 2017 r. z zaburzeniem zmagало się ok. 288 tys. osób. Należy jednak zaznaczyć, że często choroba jest błędnie diagnozowana ze względu na jej różnorodność oraz występowanie po sobie np. kilku epizodów depresji bez epizodu manii, co błędnie przypisuje ją do depresji jednobiegunowej.

Zaproszenie

Wszyscy, którzy chcą dowiedzieć się więcej o zaburzeniach afektywnych dwubiegunowych zapraszamy na naszą wrześniową konferencję NIE WIDAĆ, A PŁYNĘ.

W planach mamy:

- spotkania ze specjalistami,
- pogadanki,
- warsztaty edukacyjne,
- materiały edukacyjne dla każdego uczestnika.

Dlaczego warto?

- Pogłębisz swoją wiedzę na temat ChAD.
- Nauczysz się wspierać i pomagać, jeśli w Twoim otoczeniu jest osoba z zaburzeniem.
- Wzmocnisz swoją czujność i uważność na objawy ChAD.
- Lepiej zrozumiesz sytuację, w jakiej znajdują się pacjenci.

Konferencja będzie przede wszystkim okazją do uczczenia kolejnego sukcesu Sebastiana Szubskiego, jakim jest wyzwanie opłynięcia samotnie kajakiem Wielkiej Brytanii w mniej niż 40 dni. Wiерzymy, że mu się uda.

To osoba, która udowadnia, że ChAD można okiełznać niczym fale na morzu.

ŹRÓDŁA

[1] Jain A, Mitra P. Choroba afektywna dwubiegunowa. [Zaktualizowano 20 lutego 2023 r.]. W: StatPearls [Internet]. Wyspa skarbów (Floryda): Wydawnictwo StatPearls; 2025 styczeń. Dostępne od: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK558998/>

[2] https://www.ksiazki-medyczne.eu/psychiatria-tom-1.html?source=googleps&gad_source=1&gclid=EALalQobChMIm4ufysWYjAMVOguiAx3WaSdxEAQY-ByABEgLN-PD_BwE

[3] Oliva V, Fico G, De Prisco M, Gonda X, Rosa AR, Vieta E. Zaburzenia afektywne dwubiegunowe: aktualizacja krytycznych aspektów. Lancet Reg Health Eur. 2024 29 listopada;48:101135. DOI: 10.1016/j.lanepe.2024.101135. PMID: 39811787; PMCID: PMC11732062.

[4] Severus, E., Bauer, M. Diagnozowanie zaburzeń afektywnych dwubiegunowych: ICD-11 i nie tylko. Int J Bipolar Disord 8, 4 (2020). <https://doi.org/10.1186/s40345-019-0177-5>

[5] Klasyfikacja ICD-10 - RSK

[6] ICD-11 Szczegóły, strona ezdrowie.gov.pl

[7] Alloy LB, Urošević S, Abramson LY, Jager-Hyman S, Nusslock R, Whitehouse WG, Hogan M. Postęp wzdłuż spektrum dwubiegunowego: podłużne badanie predyktorów konwersji z warunków spektrum dwubiegunowego do zaburzeń dwubiegunowych I i II. J Abnorm. 2012 Luty; 121(1):16-27. DOI: 10.1037/A0023973. EPUB 2011 Czerwiec 13. PMID: 21668080; PMCID: PMC3192298.

[8] Smoller JW, Finn CT. Badania rodzinne, bliźniaków i adopcji choroby afektywnej dwubiegunowej. Am J Med Genet C Semin Med Genet. 15 listopada 2003; 123C(1):48-58. DOI: 10.1002/ajmg.c.20013. PMID: 14601036. adopcji choroby afektywnej dwubiegunowej. Am J Med Genet C Semin Med Genet. 15 listopada 2003; 123C(1):48-58. DOI: 10.1002/ajmg.c.20013. PMID: 14601036.

[9] Consuelo Walss-Bass, Chapter 11 - Genetic factors in the etiology of bipolar disorder, Editor(s): Joao Quevedo, Andre Ferrer Carvalho, Eduard Vieta, Neurobiology of Bipolar Disorder, Academic Press, 2021, Pages 129-134, ISBN 9780128191828, <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-819182-8.00011-9>.

[10] Barnett J.H., Smoller J.W. Genetyka choroby afektywnej dwubiegunowej. Neuroscience. 24 listopada 2009; 164(1):331-43. doi: 10.1016/j.neuroscience.2009.03.080. EPUB 2009 7 kwietnia. PMID: 19358880; PMCID: PMC3637882.

[11] Plany L, Barrot C, Nieto E, Rios J, Schulze TG, Papiol S, Mitjans M, Vieta E, Benabarre A. Związek między zakończonym samobójstwem a chorobą afektywną dwubiegunową: systematyczny przegląd literatury. J Wpływa na niezgodę. 2019 Sty 1;242:111-122. doi: 10.1016/j.jad.2018.08.054. EPUB 2018 sierpnia 23. PMID: 30173059.

[12] WHO, Choroba afektywna dwubiegunowa

[13] Merikangas KR, Jin R, He JP, Kessler RC, Lee S, Sampson NA, Viana MC, Andrade LH, Hu C, Karam EG, Ladea M, Medina-Mora ME, Ono Y, Posada-Villa J, Sagar R, Wells JE, Zarkov Z. Rozpowszechnienie i korelaty zaburzenia ze spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej w światowej inicjatywie badania zdrowia psychicznego. Psychiatria Arch Gen. 2011 marca; 68(3):241-51. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.12. PMID: 21383262; PMCID: PMC3486639.

O Autorach

Joanna Kamer

Doktor nauk społecznych, Specjalista Psycholog
Kliniczny,

Certyfikowany Psychoterapeuta

Ukończyła studia psychologiczne magisterskie na Uniwersytecie Jagiellońskim, tytuł doktora nauk społecznych zdobyła na Uniwersytecie Wrocławskim. Zawodowo związana jest z Mazowieckim Specjalistycznym Centrum Zdrowia w Pruszkowie gdzie pracuje na oddziale ogólnopsychiatrycznym i zajmuję się diagnozą kliniczną i wsparciem psychologicznym pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. Pracuje również jako psychoterapeuta, prowadzi psychoterapię indywidualną, par w nurcie integratywnym. Głównie pomaga osobom dorosłym i młodzieży. Swoje kompetencje psychoterapeutyczne zdobyła w studium psychoterapii integratywnej w SPCH, uzyskując certyfikat psychoterapeuty. Pracuję pod stałą superwizją.

Prywatnie jest żoną i matką. Swoój wolny czas spędza aktywnie na bieganiu, wspinaczce, nartach, rowerze lub słuchając dobrej muzyki.



Ewa Narkiewicz-Nejno

Ukończyła psychologię na Uniwersytecie Wrocławskim. Po studiach odbyła 4-letni kurs psychoterapii organizowany przy Katedrze Psychoterapii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego akredytowany przez Polskie Towarzystwo Psychiatryczne oraz Kurs Racjonalnej Terapii Zachowań.

Specjalizację z psychologii klinicznej ukończyła w Szpitalu Tworowskim. Doświadczenie zawodowe zdobywała w Szpitalu Bielańskim, Szpitalu Nowowiejskim oraz Mazowieckim Specjalistycznym Centrum Zdrowia w Pruszkowie na oddziale ogólnopsychiatrycznym, gdzie zajmowała się psychologiczną diagnostyką kliniczną oraz psychoterapią. W prywatnym gabinecie pomaga pacjentom lepiej zrozumieć siebie samych, stawiać czoła różnym problemom, zmotywować się do zmian. Pracuje też z rodzinami, prowadzi terapię par i pomaga rodzicom w trudnościach wychowawczych. W pracy integruje nurty psychoterapii psychodynamicznej oraz poznawczo-behawioralnej.

W myśl powiedzenia – „lepiej zapobiegać niż leczyć” - jest przekonana o niezwykle ważnej roli psychoedukacji. W 2021 roku prowadziła program „Zrób coś z tym dzieckiem” w stacji TVN Style.



Urszula Szybowicz

Absolwentka kierunku zdrowie publiczne zarządzanie w opiece zdrowotnej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Pomysłodawczyni i prezes Fundacji Nie Widać Po Mnie, koordynatorka projektów dotyczących profilaktyki zdrowia psychicznego kadry medycznej, dzieci i młodzieży oraz seniorów. Propagatorka zdrowego stylu życia oraz wsparcia psychologicznego. W Polskim Towarzystwie Koordynowanej Ochrony Zdrowia pełni funkcję wiceprezesa, a w Polskiej Federacji Szpitali – dyrektor operacyjnej. Wyróżniona w konkursie Lider Roku 2022, Działalność Charytatywna organizowanym przez wydawnictwo Termedia, Bronze Winner w kategorii dobrostanu pracowników medycznych podczas IHF Awards organizowanego przez Światową Federację Szpitali. Jest na Liście 100 najbardziej wpływowych osób w ochronie zdrowia organizowanej przez Puls Medycyny i liście 50 wpływowych kobiet Rynku Zdrowia.



FUNDACJA

NIE WIDĄĆ PO MNIE



FUNDACJA

NIE WIDĄĆ PO MNIE





OFFICIAL
ATTEMPT

KAYAK AROUND GREAT BRITAIN

SEBASTIAN SZUBSKI

START
SUMMER 2025

DYSTANS
~ 3000 KM

CEL
< 40 DNI

Sushi Garden
FUSION RESTAURANT

AMBASADOR WYDARZENIA



WARTESPOCZECZ

FUNDACJA WYDARZENIA



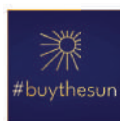
FUNDACJA NIE MIEDAJ KOWINE

FUNDACJA



NIE WIDĄĆ, A PŁYNĘ

SPONSORZY STRATEGICZNI



BUY THE SUN



SELENKA



APIS



V2R INVEST



MARBRO

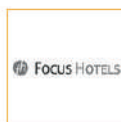
PARTNERZY PREMIUM



OFTALMIKA



DERMAG



FOCUS HOTELS



IMMOBILE



SOLANO



ERP



SPORT KOCHO RECYKLING

PARTNERZY WSPIERAJĄCY



RIO SPORT



QPOWER



PLATTEX BOATS



POLKOS



STUDIO SIERCZKO



CB163



RED BULL



SUSHI GARDEN



HOPPE PHOTO



MONDE



NOWATES

PRZYJACIELE WYDARZENIA