

Bipolarni afektivni poremećaj

Černi, Sanela

Undergraduate thesis / Završni rad

2011

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Humanities and Social Sciences / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Filozofski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:142:104560>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-10**



FILOZOFSKI FAKULTET
SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

Repository / Repozitorij:

[FFOS-repository - Repository of the Faculty of Humanities and Social Sciences Osijek](#)



Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku
Filozofski fakultet
Preddiplomski studij psihologije

Sanela Černi

Bipolarni afektivni poremećaj

Završni rad

Mentor: doc.dr.sc. Slavka Galić

Osijek, 2011.

SAŽETAK

Bipolarni afektivni poremećaj jedan je od poremećaja raspoloženja za koji su karakteristične jasne izmjene epizoda sniženog i povišenog raspoloženja, tj. depresivne i manične epizode te stanja remisije. Cilj ovoga rada je prikazati sve relevantne činjenice vezane uz navedeni poremećaj. Navedeni su glavni epidemiološki nalazi te objašnjenja etiologije bipolarnog afektivnog poremećaja u okviru biološke, psihodinamske, socijalne i bihevioralne teorije. Detaljno je prikazana klinička slika poremećaja s opisima i dijagnostičkim kriterijima manične, depresivne i miješane epizode te hipomanije. U skladu sa DSM-IV klasifikacijom bipolarnog afektivnog poremećaja na bipolarni I poremećaj, bipolarni II poremećaj, ciklotimija i bipolarni poremećaj, neodređen opisane su njihove karakteristike i značajke. Budući da se bipolarni poremećaj često puta zamjenjuje sa unipolarnim, prikazane su osnovne razlike u tijeku, simptomima, epidemiologiji, liječenju i prognozi tih dvaju poremećaja. Na kraju, u radu je dan osvrt na najčešće korištenu metodu u liječenju ovog poremećaja, tj. na psihofarmakološku metodu liječenja. Opisana je i važnost psihoterapije u liječenju bipolarnog poremećaja.

Ključne riječi: bipolarni afektivni poremećaj, manična epizoda, depresivna epizoda, psihofarmaci, psihoterapija.

SADRŽAJ

1. UVOD	4
2. ODREĐENJE BIPOLARNOG AFEKTIVNOG POREMEĆAJA	5
3. EPIDEMIOLOGIJA	6
4. ETIOLOGIJA BIPOLARNOG AFEKTIVNOG POREMEĆAJA	7
4.1. Psihodinamsko razumijevanje bipolarnog poremećaja	7
4.2. Biološka tumačenja bipolarnog poremećaja	7
4.3. Socijalna teorija bipolarnog poremećaja	9
4.4. Bihevioralna teorija bipolarnog poremećaja	9
5. KLINIČKA SLIKA	10
5.1. Manična epizoda	10
5.2. Depresivna epizoda	12
5.3. Hipomanična epizoda	14
5.4. Miješana epizoda	14
6. KLASIFIKACIJA BIPOLARNOG POREMEĆAJA	15
6.1. Bipolarni I poremećaj	15
6.2. Bipolarni II poremećaj	15
6.3. Ciklotimični poremećaj	16
7. RAZLIKA IZMEĐU BIPOLARNOG I UNIPOLARNOG POREMEĆAJA	17
8. LIJEČENJE BIPOLARNOG AFEKTIVNOG POREMEĆAJA	18
8.1. Liječenje depresivne epizode	18
8.1.1. Antidepresivi	18
8.1.2. Stabilizatori raspoloženja	19
8.1.3. Antipsihotici	19
8.2. Liječenje manične epizode	20
8.2.1. Litij	20
8.2.2. Antikonvulzivi (antiepileptici)	20
8.2.3. Antipsihotici	21
8.3. Psihoterapija bipolarnog poremećaja	21
9. ZAKLJUČAK	23
10. LITERATURA	24

1. UVOD

Bipolarni afektivni poremećaj je poremećaj raspoloženja s jasnim izmjenama epizoda depresije i manije, odnosno sniženog i povišenog raspoloženja te stanja remisije. U ovome radu nastojat će se detaljno opisati bipolarni afektivni poremećaj osvrnuvši se na temeljne karakteristike, činjenice i značajke vezane za tu vrstu poremećaja.

U prvome redu biti će prikazana definicija bipolarnog afektivnog poremećaja s epidemiološkim nalazima s obzirom na spol, sociokulturalne faktore te početak i prosjek dobi javljanja poremećaja. Iako još uvijek nema točno definiranog uzroka bipolarnog poremećaja, prikazat će se na koji način psihodinamska, biološka, socijalna i bihevioralna teorija objašnjavaju etiologiju tog poremećaja.

Za točno definiranje i određenje bipolarnog afektivnog poremećaja bit će prikazana detaljna slika tijeka poremećaja s depresivnom, maničnom i miješanom epizodom te hipomanijom. U skladu s time, navest će se i dijagnostički kriteriji za pojedine faze poremećaja. Odredit će se značajke pojedinih vrsta bipolarnog poremećaja u skladu s DSM-IV klasifikacijom: bipolarni poremećaj tipa I, bipolarni poremećaj tipa II, ciklotimija te bipolarni poremećaj, neodređen. S obzirom na simptome, tijek, epidemiologiju, liječenje i prognozu biti će prikazane temeljne razlike između unipolarnog i bipolarnog poremećaja.

Na kraju rada dan je osvrt na mogućnost liječenja depresivne (antidepresivi, stabilizatori raspoloženja, antipsihotici) i manične epizode (litij, antiepileptici, antipsihotici) te je opisana važnost i značaj psihoterapije u liječenju bipolarnog afektivnog poremećaja.

2. ODREĐENJE BIPOLARNOG AFEKTIVNOG POREMEĆAJA

Bipolarni afektivni poremećaj jedan je od poremećaja raspoloženja. Za poremećaje raspoloženja karakteristične su psihopatološke promjene koje se odvijaju na razini raspoloženja, ali su praćene i promjenama u drugim psihičkim i tjelesnim funkcijama (Kaplan i Sadock, 1998). Raspoloženje predstavlja blago čuvstvo koje perzistira neko vrijeme, a čiji se uzroci ponekad mogu, a ponekad ne mogu odrediti (Petz, 2005). U normalnome se kontinuumu raspoloženje kreće od tužnog do sretnog, dok u patološkom obliku kontinuum seže od depresije do euforije (Kaplan i Sadock, 1998).

Općenito, postoje dvije vrste poremećaja raspoloženja, unipolarni i bipolarni. Bipolarni afektivni poremećaj je psihički poremećaj za koji su karakteristične jasne izmjene epizoda sniženog i povišenog raspoloženja te stanja remisije. U literaturi je poznat pod nazivima manično-depresivni poremećaj, manično-depresivna psihoza, manična depresija, bipolarni afektivni poremećaj, bipolarna depresija itd. (Frančišković i Moro, 2009).

U Međunarodnoj klasifikaciji bolesti poremećaji raspoloženja označeni su šiframa od F30 do F39, pri čemu bipolarni afektivni poremećaj F31 predstavlja subkategoriju poremećaja raspoloženja. Prema DSM-IV razlikuju se bipolarni poremećaj I, bipolarni poremećaj II, ciklotimični poremećaj i bipolarni poremećaj, neodređen (Thackery i Harris, 2003).

3. EPIDEMIOLOGIJA

Za razliku od unipolarnog poremećaja, bipolarni poremećaj se rjeđe javlja, čineći 10 do 20% svih poremećaja raspoloženja (Kaplan i Sadock, 1998). Bipolarni poremećaj jedan je od deset najčešćih poremećaja u svijetu koji dovode do disfunkcionalnosti osobe koja od njega boluje. Prevalencija klasičnog bipolarnog afektivnog poremećaja iznosi 1% u svim populacijama bez obzira na nacionalnost, rasu i socioekonomski status (Kozarić-Kovačić, 2007; prema Hotujac i sur., 2007).

Postoje brojni nesukladni rezultati u istraživanju učestalosti bipolarnog poremećaja ljudi različitoga spola. U nekim istraživanjima rezultati pokazuju kako ne postoje spolne razlike u učestalosti bipolarnog afektivnog poremećaja (Hendrick, Altshuler, Gitlin, Delrahim, Hammen, 2000), dok su provedena i neka istraživanja čiji rezultati ukazuju na veću učestalost bipolarnog poremećaja kod žena. Na 100 muškaraca pojavljuje se 2 do 3, a na 100 žena 5 do 10 slučajeva bipolarnog afektivnog poremećaja (Kaplan i Sadock, 1998).

Istraživanja su pokazala kako sociokulturalni faktori ne utječu na razvoj bipolarnog poremećaja. U skladu s time pripadnici različitih rasa, nacionalnosti te ljudi s različitim primanjima ne razlikuju se u učestalosti bipolarnog poremećaja. Kao važan čimbenik koji djeluje na učestalost bipolarnog afektivnog poremećaja pokazao se bračni status. Naime poremećaj je učestaliji kod razvedenih, nego li kod ljudi koji su u braku (Merikangas, Akiskal, Angst, Greenberg, Hirschfeld, Petukhova i Kessler, 2002).

Prosječna dob prvog pojavljivanja bipolarnog afektivnog poremećaja je oko 30. godine. Određeni broj slučajeva bipolarnog afektivnog poremećaja nije dijagnosticiran, posebice ukoliko se pojavljuje zajedno s konzumacijom psihoaktivnih tvari (Kozarić-Kovačić, 2007; Hotujac i sur., 2007). Liječenje započinje obično 3 do 10 godina nakon pojave prve epizode zbog komorbidnosti ili specifične pojavnosti zbog dobi (Hotujac i sur., 2007).

U Hrvatskoj do sada nije provedeno niti jedno epidemiološko istraživanje bipolarnog spektra poremećaja, međutim na raspolaganju su podaci koji se odnose na hospitalizaciju u psihijatrijskim ustanovama. Uz dijagnozu bipolarnog afektivnog poremećaja u razdoblju od 1995. do 2004. godine hospitalizirano je gotovo dvostruko više žena nego li muškaraca (Kozarić-Kovačić, 2007; Hotujac i sur., 2007).

4. ETIOLOGIJA BIPOLARNOG AFEKTIVNOG POREMEĆAJA

Na razvoj i tijek bipolarnog afektivnog poremećaja utječu psihološki, socijalni i biološki čimbenici. Potpuna etiologija bipolarnog afektivnog poremećaja još uvijek nije poznata kao i kod većine psihičkih poremećaja. Ipak postoje teorije koje nastoje objasniti porijeklo bipolarnog afektivnog poremećaja kako bi se omogućilo uspješnije liječenje (Hotujac i sur., 2006).

4.1. Psihodinamsko razumijevanje bipolarnog poremećaja

Istraživanja pokazuju da se mnogi psihički poremećaji poput shizofrenije, depresije i bipolarnog poremećaja javljaju nakon značajnih stresnih životnih situacija poput gubitka važne osobe u životu, najčešće roditelja (Agid, Shapira, Zislin, Ritsner, Hanin, Murad, Troudart, Bloch, Heresco-Levy i Lerer, 1999). Psihodinamske teorije o etiologiji psihičkih poremećaja naglašavaju važnost odnosa djeteta i roditelja, a posebice majke. Ukoliko majka ne prepoznaje niti ne zadovoljava djetetove potrebe na prikladan način, dijete postaje anksiozno i nezadovoljeno te može razviti ranjivi self i deficitarni ego. Freud (1963; prema Hotujac i sur., 2007) smatra da depresija predstavlja ljutnju koja se okreće „prema unutra“, a zapravo se odnosi na ljutnju prema objektu koji nije zadovoljio potrebe te osobe. U tom smislu depresija se odnosi na gubitak značajnog objekta koji ne mora biti stvaran, fizički gubitak. Uz Freuda, mnogi drugi psihodinamski teoretičari nastoje objasniti etiologiju depresije, stavljajući naglasak na rano djetinjstvo kao kritičko razdoblje za kasniji razvoj depresije.

Manija predstavlja obranu od postojeće depresije ili pak bijeg od tiranskog superega, a samopodcjenjivanje i kriticizam zamjenjuju se euforičnim osjećajem više vrijednosti i većih mogućnosti. Prema psihoanalitičarima manične obrane od postojeće depresije su nužne budući da popravljaju narušene odnose koji su oštećeni u depresivnoj epizodi. U maničnoj epizodi oboljela osoba negira tugu i osjećaj bespomoćnosti (Frančišković, 2007; prema Hotujac i sur., 2007).

4.2. Biološka tumačenja bipolarnog poremećaja

Genetička istraživanja ukazuju na važnost biološke podloge u razvijanju velike depresije i bipolarnog poremećaja. Gotovo 50% bolesnika oboljelih od bipolarnog poremećaja imaju barem jednog roditelja s afektivnim poremećajem, najčešće depresijom. U slučaju da oba roditelja

boluju od bipolarnog poremećaja, rizik da će dijete oboljeti od nekog od oblika bipolarnog poremećaja iznosi 50-70% , a u slučaju da jedan roditelj boluje, rizik za dijete iznosi manje, 27% (Hotujac i sur., 2006). U jednom istraživanju hospitaliziranih osoba s bipolarnim poremećajem rezultati su pokazali kako je više od 50% pacijenata imalo pozitivan hereditet u obitelji, tj. barem jednog oboljelog rođaka od bipolarnog poremećaja (Kaličanin i Timotijević-Marković, 2000). Na veliku ulogu genetičkih čimbenika u nastajanju bipolarnog afektivnog poremećaja upućuju i studije posvojene djece i blizanaca. Učestalost bipolarnog afektivnog poremećaja kod adoptivnih roditelja posvojene djece (djece koja boluju od te vrste poremećaja) jednaka je onoj u općoj populaciji, međutim učestalost tog poremećaja kod bioloških roditelja oboljele djece je veća (Taylor, Faraone i Tsuang, 2002). Rizik od obolijevanja od bipolarnog poremećaja kod srodnika iznosi: 40-70% kod jednojajčanih blizanaca, kod 5-10% srodnika u prvome stupnju, 0,5-1,5% kod nesrodnih osoba (Craddock i Jones, 1999).

Rezultati neurobioloških istraživanja zajedno s genetičkim istraživanjima ukazuju na značajnu ulogu bioloških faktora u etiologiji bipolarnog afektivnog poremećaja. Naime, razvojem neuroanatomije i neurofiziologije istraživanja su se usmjerila na definiranje uloge postsinaptičkih receptora te abnormalnosti određenih dijelova mozga u razvoju bipolarnog afektivnog poremećaja. Kod nekih osoba s bipolarnim poremećajem nađene su određene abnormalnosti u amigdalama, bazalnim ganglijima, hipokampusu i regijama prefrontalnog korteksa (Strakowski, 2000, Bearden 2001; prema Hotujac i sur., 2007). Neka istraživanja ukazala su da smanjivanje razine noradrenalina, serotonina i dopamina u sinaptičkim vezikulama dovodi do depresije kod ljudi. Uzimanjem antidepresiva, povećava se razina neurotransmitera serotonina, noradrenalina i dopamina, što dovodi do smanjivanja depresivnih simptoma (Ackenheil, 2001: prema Hotujac i sur., 2007). S druge pak strane, opaženo je da triciklički antidepresivi kod depresivnih bipolarnih pacijenata mogu potaknuti prebacivanje u manično stanje (Sernyak, 1993; prema Hotujac i sur., 2007). Važnu ulogu u nastajanju bipolarnog afektivnog poremećaja ima i acetilkolinergički neurotransmitterski sustav. Svi neurotransmitterski sustavi međusobno su funkcionalno povezani stoga promjene u depresiji i maniji ne uzrokuje samo jedan neurotransmitterski sustav, nego se na te promjene treba gledati kao na jedan dinamički proces (Hotujac i sur., 2006).

U skladu s navedenim može se zaključiti kako je etiologija bipolarnog poremećaja složena te uz genetske faktore veliku i važnu ulogu imaju strukturalne promjene u mozgu i radu pojedinih neurotransmitterskih sustava.

4.3. Socijalna teorija bipolarnog poremećaja

Socijalna teorija naglašava važnost stresnih događaja u životu pojedinca na pojavu bipolarnog afektivnog poremećaja. Stresni životni događaji, posebice separacije, dovode do poremećaja psihičke i neurohormonalne homeostaze što uvjetuje razvoj depresije. Rezultati nekih istraživanja pokazali su da je u razdoblju od 8 mjeseci prije pojave depresije čak 85% oboljelih doživjelo neki od stresnih događaja (Frančišković i Moro, 2009). Osobe koje su u ranom djetinjstvu doživjele gubitak jednog roditelja, posebice majke, imaju veći rizik za pojavu bipolarnog afektivnog poremećaja nego li osobe koje nisu doživjele takav gubitak (Mortensen, Pedersen, Melbye, Mors i Ewald, 2003).

4.4. Bihevioralna teorija bipolarnog poremećaja

Bihevioralna teorija govori o bipolarnom poremećaju kao o naučenoj bespomoćnosti (Muačević, 1995). „Naučena bespomoćnost je pasivno prihvaćanje neugode, bez pokušaja bijega iz situacije ili suprotstavljanja izvoru neugode. Stanje naučene bespomoćnosti proizlazi iz ranijih iskustava živoga bića, koje je izlaganjem bolnoj i/ili neugodnoj bezizlaznoj situaciji naučilo da nad njom nema nikakve kontrole.“(Petz, 2005, str. 289). Fenomen naučene bespomoćnosti veoma je sličan depresiji budući da se depresivna osoba osjeća nesposobnom da kontrolira događaje u svome životu. Naučena reakcija koja se odnosi na činjenicu da osoba ne može kontrolirati određeni događaj generalizira se i na one situacije u kojima postoji mogućnost kontrole. Krivo naučene reakcije suočavanja s poteškoćama stoga mogu dovesti do depresije (Petz, 2005).

5. KLINIČKA SLIKA

Bipolarni afektivni poremećaj uključuje prisutnost manične epizode, miješane epizode ili hipomanične epizode, obično povezane s pojavom depresivne epizode (Američka psihijatrijska udruga, 1996). Simptomi bipolarnog afektivnog poremećaja su razdražljivo ili povišeno raspoloženje, razgovorljivost i hiperaktivnost ili manija te epizode depresije (Davidson i Neale, 2002). Epizode depresije i manije razlikuju se od osobe do osobe i izmjenjuju se prema individualnom ritmu koji može biti pravilan, naizmjeničan ili se nakon nekoliko uzastopnih depresivnih pojava manična epizoda. Epizode bolesti mogu neprestano prelaziti jedna u drugu u vrlo kratkom vremenu ili je tijekom bolesti s fazama različito dugih remisija između pojedinih epizoda (Hotujac i sur., 2007). Navedeni poremećaj povezuje se sa izmjenjivanjem maničnih i depresivnih epizoda, međutim samo jedna trećina slučajeva protiče u znaku bipolarnosti, odnosno u izmjenjivanju manične i depresivne faze. U gotovo dvije trećine slučajeva poremećaj se manifestira periodičnim pojavama samo depresivnih faza, dok kod najmanjeg broja bipolarnih bolesnika (do 5%) bolest ima samo unipolarni manični karakter (Kecmanović, 1989).

Nedovoljno izraženi simptomi manije i depresije, miješane epizode, komorbidnost i neujednačeni kriteriji prema kojima se označava početak bolesti mogu dovesti do poteškoća u dijagnosticiranju bipolarnog poremećaja. U većini slučajeva prođe od 3 do čak 10 godina između pojave prvih simptoma depresivne i manične epizode i dijagnoze bipolarnog poremećaja što u krajnjem slučaju otežava i sam postupak liječenja (Hotujac i sur., 2007).

5.1. Manična epizoda

Manična epizoda predstavlja razdoblje tijekom kojeg postoji nenormalno i trajno povišeno, ekspanzivno ili razdražljivo razdoblje koje mora trajati barem tjedan dana. Smetnja u raspoloženju mora biti praćena s barem tri dodatna simptoma kao što su napuhano samopoštovanje, smanjena potreba za snom, potreba da se stalno govori, bijeg ideja, povećana uključenost u aktivnosti usmjerene k cilju te veći interes za uključivanje u aktivnosti s velikom mogućnošću bolnih posljedica. Za maničnu epizodu karakteristično je povišeno raspoloženje koje se može opisati kao euforično, neuobičajeno dobro ili radosno raspoloženje. Ljudi, koji dobro poznaju oboljelu osobu, takvo raspoloženje mogu prepoznati kao pretjerano (Američka psihijatrijska udruga, 1996). Samopoštovanje oboljele osobe obično je napuhano te varira od

nekritične samouvjerenosti do uočljive grandioznosti (Američka psihijatrijska udruga, 1996). Gotovo uvijek postoji smanjena potreba za snom (Miklowitz, 1997).

Bolesnici imaju brz, glasan govor koji se teško prekida. Mišljenje im je ubrzano s brzim protokom ideja koje su često nelogične. U maničnoj epizodi oboljeli često preskaču s teme na temu, ne mogu osnovnu ideju izložiti do kraja te imaju poteškoća sa završavanjem započetih aktivnosti.

Volja im oscilira što dovodi do stalnih promjena planova i aktivnosti (Muačević, 1995). Za maničnu epizodu karakteristično je pretjerano planiranje i pretjerano sudjelovanje u mnogobrojnim aktivnostima. Pojačan je seksualni nagon i socijabilnost (Američka psihijatrijska udruga, 1996). Manični pacijenti skloni su sebi pripisivati veliku ulogu te sudjelovati u odgovornim i značajnim poslovima. Dvije trećine maničnih bolesnika ima sumanute ideje s prekomjernim osjećajem snage i sposobnosti te s halucinacijama. Njihova odjeća često je upadljive, jarke boje i neobičnih kombinacija s bogatim nakitom i blještavom šminkom (Muačević, 1995).

Tablica 1

DSM-IV dijagnostički kriteriji za maničnu epizodu (Američka psihijatrijska udruga, 1996).

A	<ul style="list-style-type: none"> • Određeno razdoblje nenormalnog i stalno povišenog, ekspanzivnog ili razdražljivog raspoloženja, koje traje najmanje tjedan dana (ili bilo kojeg trajanja ako je bila potrebna hospitalizacija).
B	<ul style="list-style-type: none"> • Tijekom razdoblja smetnji u raspoloženju, bilo je prisutno tri (ili više) od sljedećih simptoma (četiri, ako je raspoloženje samo razdražljivo) u značajnom stupnju: <ol style="list-style-type: none"> 1. Preuveličano samopoštovanje ili grandioznost, 2. Smanjena potreba za spavanjem 3. Pričljivost veća nego obično ili potreba da se stalno govori, 4. Gubitak ideja ili subjektivni osjećaj da misli brzaju, 5. Rastresenost 6. Intenziviranje aktivnosti usmjerenih ka cilju ili psihomotorna agitacija 7. Pretjerano uključanje u aktivnosti koje imaju veliku mogućnost bolnih posljedica
C	<ul style="list-style-type: none"> • Simptomi ne zadovoljavaju kriterije za miješanu epizodu.
D	<ul style="list-style-type: none"> • Promjene raspoloženja dovoljno su teške da mogu uzrokovati oštećenje u radnom funkcioniranju, uobičajenim socijalnim aktivnostima, vezama sa drugim osobama ili mogu zahtijevati hospitalizaciju kako bi se spriječilo nanošenje zla sebi ili drugima, ili su prisutna psihotična obilježja.
E	<ul style="list-style-type: none"> • Simptomi nisu posljedica neposrednih fizioloških učinaka psihoaktivnih supstanci ili nekog općeg zdravstvenog stanja.

5.2. *Depresivna epizoda*

Velika depresivna epizoda jest razdoblje od najmanje dva tjedna depresivnog raspoloženja ili gubitka zanimanja ili uživanja u gotovo svim aktivnostima. Osoba mora doživjeti najmanje četiri dodatna simptoma iz popisa kao što je promjena apetita, tjelesne težine, spavanja te psihomotoričkih aktivnosti da bi joj se dijagnosticirala Velika depresivna epizoda (Američka psihijatrijska udruga, 1996). Depresivni bolesnici sa očuvanim uvidom u vlastito stanje opisuju svoje emocionalno stanje kao iznimnu patnju i duševnu bol. To je izrazito složen poremećaj raspoloženja koji je izražen mnogobrojnim simptomima različitih kombinacija i intenziteta, a očituje se u gotovo svim psihičkim i tjelesnim funkcijama, negativno djelujući na socijalno funkcioniranje osobe. Depresivna faza može se pojaviti naglo ili se pak razvija tijekom nekoliko dana ili tjedana.

Raspoloženje u depresivnoj epizodi je sniženo, sa nizom neugodnih emocionalnih doživljavanja u obliku potištenosti, utučenosti, očaja, anksioznosti, zabrinutosti, bespomoćnosti, tuge. Depresivne osobe izražavaju strah od budućnosti, gube sposobnosti uživanja i interes za uobičajene aktivnosti te ih ništa ne može razveseliti i obradovati (Dodig, 2007; prema Hotujac i sur., 2007). Interes, volja i inicijativa depresivnih osoba su smanjene. Pojedine oboljele osobe zanemaruju vanjski izgled i osobnu higijenu (Muačević, 1995). Prisutna je značajna promjena apetita. Neke oboljele osobe imaju smanjeni apetit pa moraju biti prisiljene da jedu. Drugi pak depresivni pojedinci mogu imati povećani apetit te žudjeti za određenom hranom. Pojavljuju se i smetnje spavanja, najčešće u obliku insomnije (Američka psihijatrijska udruga, 1996). Psihomotorika je inhibirana sa usporenim pokretima, oskudnom mimikom, gestikulacijom i spontanim kretnjama, uz monoton i spor govor. Mišljenje osobe u depresivnoj fazi je usporeno. Katkada je potrebno pričekati i nekoliko minuta da se dobije odgovor na postavljeno pitanje (Hotujac i sur., 2006). Pažnja je usmjerena samo na depresivne sadržaje (Muačević, 1995). Svijest i orijentacija kod depresivne osobe u pravilu su očuvane. Najčešća slika depresivne osobe je osoba tužnog lica, klonute glave, pogleda usmjerenog na pod. Polovica bolesnika negira postojanje depresivnih osjećaja, međutim njihova socijalna okolina zamjećuje njihovo socijalno povlačenje i smanjenu razinu funkcioniranja (Hotujac i sur., 2006). Pamćenje i inteligencija uglavnom su očuvani, međutim ponekad bolesnici, pod utjecajem depresivnog raspoloženja, mogu falsificirati prošlost, negativno je interpretirajući. Kod 10% depresivnih osoba pojavljuje se poremećaj pamćenja koji karakterizira zaboravljivost, nesposobnost osobe da se prisjeti uobičajenih svakodnevnih aktivnosti poput kuhanja i spremanja (Muačević, 1995). Moguće su

smetnje kardiovaskularnog, gastrointestinalnog i genitalnog sustava te respiracije (Dodig, 2007; prema Hotujac i sur., 2007).

Dvije trećine bipolarnih bolesnika u depresivnoj epizodi pomišlja na suicid, a 10-15% njih izvršava taj čin (Hotujac i sur., 2006). U jednom istraživanju djece i adolescenata rezultati su pokazali kako oboljeli od bipolarnog poremećaja imaju veću stopu suicidalnih ponašanja u usporedbi sa skupinom oboljelih od unipolarne depresije i skupinom bez poremećaja (Lewinsohn, Klein i Seeley, 1995; Geller i DelBello, 2003). Posebno rizično razdoblje započinje kada se tijekom liječenja počinje vraćati snaga i energija osobe, a još uvijek su prisutne suicidalne misli. Tada je potrebno obratiti posebnu pažnju na bolesnika budući da u tom razdoblju bolesnici krenu prema realizaciji suicidalnih misli (Dodig, 2007; prema Hotujac i sur., 2007).

Tablica 2

DSM-IV dijagnostički kriteriji za depresivnu epizodu (Američka psihijatrijska udruga, 1996).

A	<ul style="list-style-type: none"> • Pet (ili više) od sljedećih simptoma prisutni su tijekom dvotjednog razdoblja i predstavljaju promjenu od ranijeg funkcioniranja: <ol style="list-style-type: none"> 1. Depresivno raspoloženje veći dio dana, gotovo svaki dan, 2. Značajno smanjeno zanimanje ili uživanje u svim ili gotovo svim aktivnostima veći dio dana, gotovo svaki dan, 3. Značajan gubitak tjelesne težine bez dijete ili dobivanje na težini, 4. Nesanica ili hypersomnija gotovo svakog dan,. 5. Psihomotorna agitacija ili retardacija gotovo svakog dana, 6. Umor ili gubitak energije gotovo svakog dana, 7. Osjećaj bezvrijednosti ili velike ili neprimjerene krivnje, 8. Smanjena sposobnost mišljenja ili koncentriranja, ili neodlučnost, gotovo svakog dana, 9. Ponavljano razmišljanje o smrti (ne samo strah od smrti), ponavljane suicidalne ideje bez posebnog plana, ili pokušaj samoubojstva ili poseban plan za izvršenje samoubojstva.
B	<ul style="list-style-type: none"> • Simptomi ne zadovoljavaju kriterije za miješanu epizodu.
C	<ul style="list-style-type: none"> • Simptomi uzrokuju klinički značajne smetnje ili oštećenja u socijalnom, radnom ili drugim važnim područjima funkcioniranja.
D	<ul style="list-style-type: none"> • Poremećaj ne nastaje zbog neposrednih fizioloških učinaka, psihoaktivne supstance ili zbog općeg zdravstvenog stanja.
E	<ul style="list-style-type: none"> • Simptomi se ne mogu opisati kao žalovanje, tj. ne nastaju nakon gubitka voljene osobe, traju duže od dva mjeseca ili su obilježeni značajnim funkcionalnim oštećenjem, bolesnom zaokupljenošću bezvrijednošću, suicidalnim idejama, psihotičnim simptomima ili psihomotornom usporenošću.

5.3. Hipomanična epizoda

Osobe u hipomaniji imaju trajno neprikladno i povišeno raspoloženje koje traje najmanje 4 dana. Simptomi su slični simptomima manije, ali su manjeg intenziteta i različitog djelovanja na oboljelu osobu. Povećana je energija i aktivnosti, društvenost, govornost, seksualna energija, smanjena je potreba za snom, dolazi do bijega ideja, neodgovornog ponašanja. Kod bolesnika se može javiti i razdražljivost s agresivnim ponašanjem. Navedene promjene u raspoloženju i funkcioniranju značajno se razlikuju od uobičajenog funkcioniranja osobe tako da ih okolina primjećuje, međutim za razliku od manije, promjene u hipomaniji ne dovode do velikih oštećenja u radnom i socijalnom životu, ne karakteriziraju je halucinacije niti sumanutosti te ne zahtijeva hospitalizaciju (Hotujac i sur., 2007).

5.4. Miješana epizoda

Za miješanu epizodu karakteristično je brzo izmjenjivanje ili istovremeno pojavljivanje maničnih, hipomaničnih i depresivnih simptoma. Opisani simptomi mogu imati širok raspon u intenzitetu, pojavnosti i kvaliteti (Dodig, 2007; prema Hotujac i sur., 2007). Pojavljuju se u trećini ili čak polovini bipolarnih pacijenata (Frančišković i Moro, 2009).

Tablica 3

DSM-IV dijagnostički kriteriji za miješanu epizodu (Američka psihijatrijska udruga, 1996).

A	<ul style="list-style-type: none">• Zadovoljeni su kriteriji i za maničnu i za veliku depresivnu epizodu (osim trajanja), skoro svakog dana tijekom razdoblja od barem tjedan dana.
B	<ul style="list-style-type: none">• Promjene raspoloženja dovoljno su teške da mogu uzrokovati oštećenje u radnom funkcioniranju, uobičajenim socijalnim aktivnostima, vezama sa drugim osobama ili mogu zahtijevati hospitalizaciju, kako bi se spriječilo nanošenje zla sebi ili drugima, ili su prisutna psihotična obilježja.
C	<ul style="list-style-type: none">• Simptomi nisu posljedica neposrednih fizioloških učinaka psihoaktivnih supstanci ili nekog općeg zdravstvenog stanja.

6. KLASIFIKACIJA BIPOLARNOG POREMEĆAJA

Prema DSM-IV postoje četiri tipa bipolarnog afektivnog poremećaja: bipolarni I poremećaj, bipolarni II poremećaj, ciklotimični poremećaj i nespecificirani bipolarni poremećaj (Američka psihijatrijska udruga, 1996). Različite vrste bipolarnog poremećaja različito i utječu na funkcioniranje bolesnika, njegove obitelji i okoline (Miklowitz, 1997). Bipolarni I poremećaj karakterizira barem jedna ili više maničnih ili miješanih epizoda tijekom života, te najmanje jedna velika epizoda depresije koja nije nužna za dijagnozu. Bipolarni II poremećaj karakterizira barem jedna ili više depresivnih epizoda i hipomanija. U ciklotimičnom poremećaju pojavljuju se epizode hipomaničnog ponašanja te simptomi depresije, ali sa slabijim intenzitetom, koji ne ispunjavaju kriterije za veliku depresivnu epizodu (Miklowitz, 2002).

6.1. Bipolarni I poremećaj

Bipolarni poremećaj raspoloženja tipa I uključuje barem jednu maničnu ili miješanu epizodu i obično epizode teže depresije koje nisu nužne za dijagnozu. Prevalencija bipolarnog poremećaja tipa I tijekom života je oko 1% (Kessler i sur., 2005; prema Vuksan-Ćusa, 2010). Da bi se dijagnosticirao ovaj tip poremećaja potrebna je barem jedna manična ili miješana epizoda sa ushićenim raspoloženjem i s barem tri simptoma manije (bujica ideja, brz govor, povećana aktivnost i energija, smanjena potreba za snom, impulzivno ponašanje itd.). Navedeni simptomi moraju biti prisutni barem jedan tjedan te zahtijevaju hospitalizaciju osobe. Kod manjeg broja ljudi depresivna epizoda se ne javlja, međutim u takvim slučajevima ipak se dijagnosticira bipolarni poremećaj tipa I s pretpostavkom da će se depresivni simptomi pojaviti (Miklowitz, 2002).

6.2. Bipolarni II poremećaj

Bipolarni poremećaj tipa II karakterizira barem jedna velika depresivna epizoda koja se izmjenjuje s najmanje jednom hipomaničnom epizodom (Šagud, 2007). Hipomanični simptomi u obliku poremećaja spavanja, iritabilnosti, povećane aktivnosti i sl. moraju biti prisutni najmanje četiri dana te nisu toliko intenzivni kao manični simptomi. Hipomanična epizoda ne dovodi do poremećenog funkcioniranja na poslu, u obitelji i u socijalnom životu, ali ipak uzrokuje neke interpersonalne poteškoće (Miklowitz, 2002).

6.3. Ciklotimični poremećaj

Ciklotimija je poremećaj raspoloženja koji uključuje brojne epizode hipomaničnog ponašanja i blage ili umjerene depresije koji traju najmanje dvije godine. Simptomi su slabijeg intenziteta tako da se nikada ne može dijagnosticirati bipolarni afektivni poremećaj. Klinička slika ciklotimije slična je bipolarnom poremećaju, međutim razlikuje se od njega po smanjenom intenzitetu, ciklusi su kratki i alterirajući, pojavljuje se inhibirana depresija i razdoblje povišene labilne iritabilnosti. Ciklotimični poremećaj može pridonijeti uspjehu na poslu, rukovođenju, upravljanju, postignućima i u kreativnosti, međutim, kod nekih pojedinaca dovodi do neuspjeha u svakodnevnom životu. Često se ne primjećuje zbog interpersonalnih i socijalnih problema, kao što je ponovljeni neuspjeh u braku, promiskuitetno ponašanje, česte promjene škole, posla i mjesta boravka, zlouporaba alkohola i/ili droga. U postavljanju dijagnoze pomaže pozitivna obiteljska anamneza za bipolarni (Frančičković i Moro, 2009) i unipolarni poremećaj (Kaplan i Sadock, 1998).

Tablica 4

Podjela bipolarnog afektivnog poremećaja prema DSM-IV (Američka psihijatrijska udruga, 1996).

Bipolarni poremećaj tip I	<ul style="list-style-type: none">• Obilježen s jednom ili više maničnih ili miješanih epizoda obično povezanih s velikom depresivnom epizodom
Bipolarni poremećaj tip II	<ul style="list-style-type: none">• Obilježen s jednom ili više velikih depresivnih epizoda povezanih s najmanje jednom hipomaničnom epizodom.
Ciklotimični poremećaj	<ul style="list-style-type: none">▪ Obilježen s najmanje dvije godine mnogobrojnih razdoblja hipomaničnih simptoma koji ne zadovoljavaju kriterije za maničnu epizodu i s mnogobrojnim razdobljima depresivnih simptoma koji ne zadovoljavaju kriterije za veliku depresivnu epizodu.
Bipolarni poremećaj, neodređen	<ul style="list-style-type: none">• Obilježen bipolarnim obilježjima koji ne zadovoljavaju kriterije za bilo koji od specifičnih bipolarnih poremećaja.

7. RAZLIKA IZMEĐU BIPOLARNOG I UNIPOLARNOG POREMEĆAJA

S ciljem boljeg razumijevanja bipolarnog poremećaja, važno je istaknuti neke od temeljnih razlika između bipolarnog i unipolarnog poremećaja. Unipolarni poremećaj predstavlja emocionalno stanje s neugodnim osjećajima tuge i očaja, praćeno osjećajem bezvrijednosti, obeshrabrenosti, otežanim i usporenim mišljenjem te smanjenom psihofiziološkom aktivnošću (Petz, 2005). Osoba s depresijom ima osjećaj krivnje, povlači se od drugih, ima poteškoća sa spavanjem, probleme s apetitom, gubi interes za svakodnevne aktivnosti te spolnu želju (Muačević, 1995). Najistaknutija razlika između unipolarnog i bipolarnog poremećaja je izostanak manične epizode kod unipolarnog poremećaja. Za dijagnozu bipolarnog afektivnog poremećaja potrebna je prisutnost manične epizode (Muačević, 1995). Depresija se najčešće pojavljuje između 40. i 50. godine te je češća kod žena nego li u muškaraca (Petz, 2005), čak dva puta (Muačević, 1995). Simptomi bipolarnog poremećaja prosječno se javljaju oko 30-e godine. Jednako pogađa i žene i muškarce (Petz, 2005). Problemi sa spavanjem kod unipolarnog poremećaja javljaju se u obliku nesanice uz koju je često puta prisutna i agitiranost, dok se kod depresivne epizode bipolarnog poremećaja javlja hipersomnija i letargičnost (Kaplan i Sadock, 1998). Kod liječenja unipolarne depresije učinkovitiji su triciklički antidepresivi, dok je kod liječenja bipolarnog poremećaja učinkovitija terapija litijem. Bipolarni poremećaj ima lošiju prognozu u usporedbi s Velikim depresivnim poremećajem. Bolesnici sa samim maničnim epizodama imaju bolju prognozu od bolesnika s depresivnim ili miješanim epizodama (Hotujac i sur., 2006).

8. LIJEČENJE BIPOLARNOG AFEKTIVNOG POREMEĆAJA

U liječenju oboljelih od bipolarnog poremećaja potrebno je ne samo otkloniti simptome poremećaja, već postići stabilnu remisiju (stanje odsutnosti aktivne faze bolesti ili prolazno popuštanje nekih simptoma u pacijenata) i prevenciju nove epizode (relapsa) bolesti. Cilj je uspostaviti stanje normalnog funkcioniranja na razini prije pojave same bolesti. Liječenje bipolarnog poremećaja najčešće se odvija uz pomoć lijekova. U fazama depresije i manije bolesnicima se propisuju psihofarmaci: antipsihotici, antidepresivi, anksiolitici, sedativi i stabilizatori raspoloženja. Moguć pristup liječenju bipolarnog poremećaja je i kombinacijom psihoterapije i psihofarmakološke terapije (Jukić i Herceg, 2007; Hotujac i sur., 2007).

U 35 do 60% bolesnika prva epizoda bipolarnog poremećaja je depresivna epizoda. Bolesnici oboljeli od bipolarnog poremećaja provode više vremena u depresivnoj nego li u maničnoj epizodi. Zbog depresivnih simptoma moguća je pogrešna dijagnoza depresivnog poremećaja umjesto bipolarnog. Kliničkom evaluacijom potrebno je razmotriti mogućnost dijagnoze bipolarnog poremećaja: pitanje bolesniku o tome da li je imao razdoblje povišenog raspoloženja, smanjene potrebe za snom i osjećaj beskrajne energije, pitanje upućeno članovima obitelji o maničnim epizodama kod bolesnika, pitanje koje se odnosi na obiteljsku anamnezu o pojavi bipolarnog poremećaja ili ponavljajućeg depresivnog poremećaja te se preporučuje primjena MDQ-a, Upitnika za afektivni poremećaj kojim se identificiraju bipolarni bolesnici (Mihaljević-Paleš i Šagud, 2007; Hotujac i sur., 2007).

8.1. Liječenje depresivne epizode

Depresivna epizoda je teški i potencijalno smrtni poremećaj budući da dio oboljelih pomišlja na samoubojstvo te ga u konačnici i počinu. U liječenju depresivne epizode bipolarnog afektivnog poremećaja koriste se farmakološki postupci i psihoterapija. Ciljevi uspješnog liječenja depresivnih bolesnika su: smanjivanje depresivnih simptoma i suicidalnih misli, oporavak socijalnog funkcioniranja, sprečavanje prebacivanja u maniju ili brze izmjene faza bolesti te uspostava terapijskog saveza s bolesnikom.

8.1.1. Antidepresivi

Antidepresivi su skupina lijekova koja se koristi u liječenju depresije i depresivnih simptoma. Kod visokog postotka depresivnih osoba antidepresivi dovode do potpunog ili

djelomičnog povlačenja depresivnih simptoma (Američka psihijatrijska udruga, 2002). Kod njihove primjene potrebno je upozoriti pacijenta da se poboljšanje stanja očekuju tek za 3-4 tjedna zbog zakašnjela djelovanja antidepresiva (Frančišković i Moro, 2009). Poznato je da su antidepresivi nedovoljno učinkoviti u liječenju bipolarnog depresivnog poremećaja. Naime, oni uzrokuju prebacivanje u maničnu epizodu kod 25-40% bolesnika, uzrokuju brze izmjene faza bolesti te je moguća i suicidalnost (Ghaemi, Hsu, Soldani i Goodwin, 2003). Ne preporučuju se u monoterapiji, već uvijek u kombinaciji s nekim od stabilizatora raspoloženja. Najviše se koriste SSRI-selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (citalopram, escitalopram, fluoksetin, fluvoksamin, paroksetin, sertralin) te MAO inhibitori (Mihaljević-Paleš i Šagud, 2007; prema Hotujac i sur., 2007).

8.1.2. Stabilizatori raspoloženja

Stabilizatori raspoloženja (litij, valproati, karbamazepin, lamotrigin) koriste se u liječenju depresivne faze bipolarnog poremećaja. Najprije su bili istraživani učinci stabilizatora raspoloženja u liječenju manične faze, a zatim i u liječenju depresivne faze zbog velike pozornosti na depresivnu fazu u kojoj bipolarni bolesnici provedu u prosjeku najviše vremena (Mihaljević-Paleš i Šagud, 2007; prema Hotujac i sur., 2007). Litij počinje djelovati nakon 6-8 tjedana, s pozitivnim učinkom kod čak 80% pacijenata. Jedini je psihofarmak za kojeg postoje dokazi da nedvojbeno ima antisuicidalni učinak (Baldessarini, Tondo i Hennen, 1998). Ipak, neka istraživanja pokazuju da litij negativno djeluje na pamćenje, naročito verbalno, vjerojatno zbog toga što smanjuje brzinu obrade informacija (Homing, Arts, Ponds, Riedel, 1999), te negativno djeluje na psihomotornu brzinu (Pachet, Wisniewski, 2003), a kod nekih pacijenata uzrokuje probleme sa štitnjačom. S obzirom na spolne razlike, kod ženskih pacijenata najčešće dovodi do debljanja, a kod muških uzrokuje tremor (Chantal, 2002). Također, terapija litijem kod nekih pacijenata uzrokuje dermatološke bolesti poput psorijaze i akni (Yeung, Lee Chan, 2004).

8.1.3. Antipsihotici

U liječenju bipolarnog depresivnog poremećaja koriste se i antipsihotici. Oni djeluju na serotoninsku transmisiju, a njihov antipsihotični učinak putem mezolimbike blokade dopaminskih D2 receptora čini ih prikladnim u liječenju bipolarnog depresivnog poremećaja. Važna prednost antipsihotika u odnosu na antidepresive jest što njihovo djelovanje daje manji rizik za prebacivanje u maničnu

epizodu. Postoje dvije vrste antipsihotika: tipični i atipični. U liječenju depresivne epizode bipolarnog poremećaja najčešće se koriste atipični antipsihotici olanzapin, kvetiapin i risperidon budući da u manjoj mjeri izazivaju ekstrapiramidne nuspojave poput zakočenosti tijela, usporenog hoda, tremora i dr. (Mihaljević-Paleš i Šagud, 2007; prema Hotujac i sur., 2007).

8.2. Liječenje manične epizode

Lijekovi koji se koriste u liječenju manične faze bipolarnog poremećaja smanjuju ili modificiraju staničnu aktivnost kojom se ponovno uspostavlja ravnoteža unutar stanice te se normalizira poremećeno ponašanje i umanjuju se prisutni simptomi. Cilj je umanjivanje simptoma poput agitacije, impulzivnosti i agresije kako bi bolesnik mogao normalno funkcionirati. Smanjivanjem simptoma poboljšava se san i koncentracija, a iritabilnost nestaje (Ljubičić, 2007; prema Hotujac i sur., 2007).

8.2.1. Litij

Litij se pokazao učinkovitim u liječenju bolesnika s povišenim ili klasičnim maničnim epizodama koji su bez povijesti čestih poremećaja raspoloženja. Lijek je manje učinkovit kod pacijenata s miješanim epizodama te kod onih s brzim izmjenjivanjem. Danas se litij rjeđe propisuje za razliku od nekih drugih lijekova kao što je npr. valproat. Naime liječenje litijem je zahtjevno i za psihijatra i za bolesnika. Prije primjene potreban je detaljan pregled bolesnika kako bi se ustanovilo stanje organa i organskih sustava na koje litij može štetno djelovati (Ljubičić, 2007; prema Hotujac i sur., 2007). Ipak, on ima pozitivne učinke kod liječenja bipolarnog poremećaja, smanjuje rizik od pojave relapsa te ima preventivno djelovanje u liječenju manične epizode (Geddes, Burgess, Hawton, Jamison, Goodwin i Phil, 2004).

8.2.2. Antikonvulzivi (antiepileptici)

Istraživanjima je utvrđeno da antikonvulzivi valproat, karbamazepin, okskarbazepin i lamotrigin imaju pozitivan učinak na stabiliziranje raspoloženja.

Valproat je učinkovit u monoterapiji manije i miješanih stanja (Ljubičić, 2007; prema Hotujac i sur., 2007). Za razliku od litija, bolesnici s miješanim epizodama i s poviješću poremećaja raspoloženja imaju bolji odgovor na valproat (Freeman, Clothier, Pazzaglia, Lesem i Swann, 1992).

Karbamazepin je također učinkovit kada se za vrijeme manije pojave simptomi depresije. Zbog malog broja provedenih studija o njegovom učinku u liječenju manije, on se često smatra lijekom drugoga reda te se može zamijeniti okskarbazepinom.

Lamotrigin se koristi u terapiji kod trenutno stabilnih pacijenata koji boluju od bipolarnog poremećaja tipa I kako bi se smanjila mogućnost pojave novih maničnih i depresivnih epizoda. Učinkovit je u prevenciji depresivnih epizoda, a njegova korist u liječenju akutne manije još nije utvrđena (Ljubičić, 2007; prema Hotujac i sur., 2007).

8.2.3. Antipsihotici

U liječenju manične epizode bipolarnog poremećaja koriste se tipični i atipični antipsihotici. U tipične antipsihotike spadaju haloperidol, klorpromazin, flufenazin i tioridazin koji imaju antimanični učinak, međutim nuspojave koje izazivaju ograničavaju njihovu dugotrajnu upotrebu. U skladu s time, zamjenjuju se atipičnim antipsihoticima u čiju skupinu pripadaju najnoviji psihotropni lijekovi koji ne izazivaju toliko nuspojava. Olanzapin je najbolje istraženi atipični antipsihotik. Djeluje na serotoninske, dopaminske, histaminske, muskarinske i alfa-adrenergičke receptore u liječenju akutne manije i miješanih epizoda (Ljubičić, 2007; prema Hotujac i sur., 2007). Učinkovitiji je od placeba te valproata i litija u liječenju akutne manije te je uspješan u terapiji održavanja (Vieta, 2004). U liječenju manične epizode od antipsihotika upotrebljavaju se i kvetiapin, risperidon, ziprasidon, aripiprazol, klozapin, sulpirid, zotepin i dr. (Ljubičić, 2007; prema Hotujac i sur., 2007).

8.3. Psihoterapija bipolarnog poremećaja

Bipolarni afektivni poremećaj je kronična i povratna bolest. Stres i neke životne situacije mogu utjecati na pogoršanja epizoda manije i depresije i na povratak same bolesti (Ellicott, Hammen, Gitlin, Brown i Jamison, 1990). Farmakološke terapijske mogućnosti omogućuju osobama oboljelim od bipolarnog poremećaja da žive relativno normalno, prihvatljivim životom, da se izbjegnu epizode depresije i povišenog raspoloženja, sukobi s obitelji i prijateljima te da se ostvare adekvatnije socijalne interakcije. Ipak, oboljelima je potrebna pomoć u ponovnom vraćanju u društvo i u popravljaju narušenih interpersonalnih odnosa koji su rezultat njihova ponašanja. Upravo u tim aspektima života psihoterapija pomaže oboljelima od bipolarnog poremećaja. Osnovni cilj psihoterapije je smanjivanje akutnih simptoma, oporavak psihosocijalnog funkcioniranja i prevencija relapsa bolesti. U većini je slučajeva psihoterapija

kombinirana s medikamentoznim pristupom. Učinkovitija je tijekom depresivne nego li tijekom manične epizode zbog poteškoća bolesnika da u maničnoj epizodi aktivno sudjeluju u psihoterapijskom procesu. Psihoedukacija kao psihoterapijski pristup važna je u informiranju bolesnika i članova njihove obitelji o bolesti, načinu liječenja, terapijskim efektima i nuspojavama liječenja (Gregurek, 2007; prema Hotujac i sur.,2007). Psihoterapija pomaže u smanjivanju socijalne i radne disfunkcije, uči bolesnika da se aktivno nosi s životnim problemima te da bolje razumije efekte liječenja na odnose s obitelji i okolinom (Joffe, 2002; prema Hotujac i sur., 2007). U liječenju bipolarnog poremećaja najčešće se koristi kognitivno-bihevioralna terapija, obiteljska terapija te grupna terapija.

Kognitivno-bihevioralna terapija nastoji modificirati neprilagođeno ponašanje osobe oboljele od bipolarnog afektivnog poremećaja djelujući na njezinu kogniciju (uvjerenja, sheme, strategije rješavanja problema i tvrdnje koje sebi govori). Kognitivno-bihevioralni terapeuti smatraju da misli imaju značajnu ulogu u uzrokovanju vanjskog ponašanja te da su kognicije, a naročito misli o sebi značajne u nastanku poremećaja (Salovey i Singer, 1991; prema Nietzel, Bernstein i Milich, 2001).

Obiteljska terapija usmjerena je na mijenjanje interaktivnih obrazaca u obitelji oboljele osobe, kako bi se na taj način ispravili obiteljski poremećaji (Gurman, Kniskern i Pinosof, 1986; prema Nietzel, Bernstein i Milich, 2001). Kao uzrok neprilagođenog ponašanja ističe se obiteljska okolina i interakcija djeteta-roditelj. Terapija obično započinje usmjerenošću na jednog člana obitelji koji ima problem. Tijekom terapije terapeut pokušava preformulirati problem te ga nastoji izraziti kao poremećeni obiteljski proces ili kao lošu obiteljsku komunikaciju. Na taj način terapeut motivira članove obitelji da razmotre vlastiti doprinos problemu i potiče ih na moguće pozitivne promjene koje svaki član može učiniti (Patterson, 1982; prema Nietzel, Bernstein i Milich, 2001).

Grupna psihoterapija odnosi se na psihosocijalni proces u kojem psihoterapeut koristi emocionalne interakcije unutar male, pomno planirane grupe, koja ima određeni zajednički psihički problem, za poboljšanje u psihičkom zdravlju i za ublažavanje psihosocijalnih poteškoća kod pojedinaca, pripadnika te grupe (Scheidlinger, 1982; Gurman i Messer; 1995). Grupnom psihoterapijom članovi grupe, dijeleći međusobna iskustva, dobivaju nove informacije o svojim poteškoćama. U grupi postoji mogućnost opažanja poboljšanja kod drugih članova grupe što pruža nadu članovima grupe i povećava njihova pozitivna očekivanja za oporavkom. Također, članovi grupe mogu uvidjeti da njihov problem nije jedinstven, već da postoje i drugi ljudi s takvim problemom. U skladu s time grupna terapija izrazito je važna budući da pruža potporu članovima grupe (Nietzel, Bernstein i Milich, 2001).

9. ZAKLJUČAK

Bipolarni afektivni poremećaj je poremećaj raspoloženja koji, kako smo mogli vidjeti, utječe na cjelokupno funkcioniranje oboljele osobe. Poremećaj dovodi do problema u obiteljskom, društvenom i radnom okruženju udaljavajući osobu od drugih te uništavajući kvalitetu cjelokupnoga života. Iako etiologija poremećaja nije točno utvrđena, u istraživanjima je vidljiva značajna uloga bioloških faktora u nastanku bipolarnog afektivnog poremećaja. Danas se povećava zanimanje za istraživanja bipolarnog poremećaja kako bi se otkrila njegova etiologija koja bi omogućila detaljnije i poboljšano liječenje ove vrste poremećaja. Napredak u neuroznanosti i tehnikama liječenja ukazuju na sve više uspjeha u liječenju bipolarnog poremećaja psihofarmacima, omogućavajući bolji život oboljelima, a psihoterapija pomaže u oporavaku psihosocijalnog funkcioniranja i prevenciji relapsa bolesti.

10. LITERATURA

- Agid, O., Shapira, B., Zislin, J., Ritsner, M., Hanin, B., Murad, H., Troudart, T., Bloch, M., Heresco-Levy, U. & Lerer, B. (1999). Environment and vulnerability to major psychiatric illness: a case control study of early parental loss in major depression, bipolar disorder and schizophrenia. *Molecular Psychiatry*, 4(2), 163-172.
- Američka psihijatrijska udruga, (2002). Psihijatrijski rječnik. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Američka psihijatrijska udruga (stručni urednik hrvatskog izdanja-Folnegović-Šmalc, V.) (1996). *DSM – IV: Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Baldessarini, R. J., Tondo, L. & Hennen, J. (1998). Lithium treatment and risk of suicidal behavior in bipolar disorder patients. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59(8), 405-414.
- Chantal, H. (2002). Lithium side-effects and predictors of hypothyroidism in patients with bipolar disorder: sex differences. *Journal Psychiatry Neuroscience*, 27(2), 104-107.
- Craddock, N. & Jones, I. (1999). Genetics of bipolar disorder. *Journal of Medical Genetics*, 36(8), 585-594.
- Davidson, G. C., Neale, J. M. (2002). *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Ellicott, A., Hammen, C., Gitlin, M., Brown, G. & Jamison, K. (1990). Life events and the course of bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1194-1198.
- Frančičković, T. i Moro, Lj. (2009). *Psihijatrija*. Zagreb: Medicinska naklada.
- Freeman, T. W., Clothier, J.L., Pazzaglia, P., Lesem, M.D. & Swann, A.C. (1992). A double-blind comparison of valproate and lithium in the treatment of acute mania. *American Journal of Psychiatry*, 149, 108-111.
- Geddes, J.R., Burgess, S., Hawton, K., Jamison, K., Goodwin, M. G. & Phil, D. (2004). Long-Term Lithium Therapy for Bipolar Disorder: Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *American Journal of Psychiatry*, 161, 217-222.
- Geller, B. & DelBello, P. M. (2003). *Bipolar disorder in childhood and early adolescence*. New York; London: The Guilford Press.
- Ghaemi, N., Hsu, D. J. Soldani, F. & Goodwin, F. K. (2003). Antidepressants in bipolar disorder: The case for caution. *Bipolar Disorder*, 5, 421-433.
- Gurman, A. S. i Messer, S.B. (1995). *Essential Psychotherapies: Theory and practice*. New York: The Guilford Press.

- Hendrick, V., Altshuler, L. L., Gitlin, M. J., Delrahim, S. & Hammen, C. (2000). Gender and bipolar illness. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 61(5), 393-396.
- Homing, A., Arts, B. M., Ponds, R. W. & Riedel, W. J. (1999). Lithium induced cognitive side-effects in bipolar disorder: a qualitative analysis and implications for daily practise. *International Clinical Psychopharmacology*, 14(3), 139-198.
- Hotujac, Lj. i sur. (2007). *Bipolarni afektivni poremećaj*. Zagreb: Hrvatsko psihijatrijsko društvo, Hrvatsko društvo za kliničku psihijatriju Hrvatskog liječničkog zbora, Hrvatsko društvo za biologijsku psihijatriju Hrvatskog liječničkog zbora.
- Hotujac, Lj. i sur. (2006). *Psihijatrija*. Zagreb: Medicinska naklada.
- Kaličanin, J. i Timotijević-Marković, I. (2000). Genetička epidemiologija shizoafektivnih i bipolarnih poremećaja. *Psihijatrija danas*, 32(1), 41-54.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J. (1998). *Priručnik kliničke psihijatrije*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Kecmanović, D. (1989). *Psihijatrija*. Beograd, Zagreb: Medicinska knjiga.
- Merikangas, K. R., Akiskal, H. S., Angst, J., Greenberg, P. E., Hirschfeld, R., Petukhova, M., Kessler, R. C. (2007). Lifetime and 12-Month Prevalence of Bipolar Spectrum Disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 64(5), 543-552.
- Mertensen, P., Pedersen, C. B., Melbye, M., Mors, O. & Ewald, H. (2003). Individual and familial risk factor for bipolar affective disorder in Denmark. *Archives of General Psychiatry*, 60(12), 1209-1215.
- Miklowitz, D. J. (2002). *The Bipolar Disorder Survival Guide: What You and Your family need to know*. New York: Guilford Press.
- Miklowitz, D. J. (1997). *Bipolar disorder: A family-focused treatment approach*. New York: Guilford Press.
- Muačević, V. i sur. (1995). *Psihijatrija*. Zagreb: Medicinska naklada.
- Nietzel, M. T., Bernstein, D.A. i Milich, R. (2001). *Uvod u kliničku psihologiju*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Pachet, A. K. i Wisniewski, A. M. (2003). The effects of lithium on cognition: an updated review. *Psychopharmacology*, 170 (3), 225-234.
- Petz, B. (2005). *Psihologijski rječnik*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Šagud, M. (2007). *Trombocitni serotonin, trombocitna monoamino oksidaza i serumski lipidi u dijagnostici i liječenju poremećaja raspoloženja*. Doktorska disertacija, Sveučilište u Zagrebu: Medicinski fakultet.

- Taylor, L., Faraone, S. V. & Tsuang, M. T. (2002). Family, twin, and adoption studie of bipolar disorder. *Current Psychiatry Reports*, 4(2), 130-133.
- Thackery, E., Harris, M. (ur) (2003). *The Gale Encyclopedia of Mental Disorders – Volume 2*. Thomson Learning Inc.
- Vieta, E. (2004). Olanzapine in bipolar disorder. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 5, 1613-1619.
- Vuksan-Ćusa, B. (2010). *Bipolarni poremećaj raspoloženja, metabolički sindrom i alostatsko opterećenje-multidimenzionalna analiza*. Doktorska disertacija, Sveučilište u Zagrebu: Medicinski fakultet.
- Yeung, C.K. i Lee Chan, H. H. (2004). Cutaneous adverse effects of lithium: Epidemiology and management. *American Journal of Clinical Dermatology*, 5(1), 3-6.