

# VODIČ ZA POREMEĆAJE RASPOLOŽENJA

**Prijevod na hrvatski: Ivan Urlić**

Original cover :



## AUTORI :

*Giuseppe Tavormina (Psychiatric Studies Centre – Provaglio d’Iseo, Italy),*

*Marcello Nardini, Antonella Vacca (University “Aldo Moro” of Bari, Italy),*

*Leonardo Mendolicchio (Università of Foggia, Italy),*

*Maurilio Giuseppe Maria Tavormina (Mental Health Dept. Torre del Greco, Italy).*

**Sva prava pridržana za „Talijanska udruga za depresiju“ („EDA Italia Onlus“)**



## EDA Italia - ONLUS

*Associazione Italiana sulla Depressione*

**piazza Portici, 11 - 25050 Provaglio d’Iseo (BS) - Italy**  
tel. / fax: +39 030 9882061 - e-mail: segreteria@edaitalia.org  
web: www.edaitalia.org  
P.IVA: 02897990988

# VODIČ ZA PROMJENE RASPOLOŽENJA

## SADRŽAJ

**Predgovor**, Sergio Angeletti

**Uvod**, Vincenzo Costigliola

1. Što su poremećaji raspoloženja ?
2. Što je bipolarni poremećaj?
3. Kako se manifestira bipolarni poremećaj?
4. Koji su simptomi bipolarnog poremećaja?
5. Koji su najvažniji simptomi koje treba uočiti kod ranog prepoznavanja psihopatoloških promjena?
6. Što predstavlja poteškoću u prepoznavanju i liječenju poremećaja?
7. Mogu li djeca i adolescenti patiti od takvog poremećaja?
8. Koji su uzroci bipolarnog poremećaja?
9. Može li se liječiti bipolarni poremećaj?
10. Lijekovi koji se primjenjuju u liječenju
11. Psihosocijalne i psihoterapijske intervencije
12. Kako izgledaju grupe samopomoći?
13. Gdje se obratiti za liječenje depresije i bipolarnog afektivnog poremećaja?
14. Bibliografija



EDA Italia ONLUS

## ***Predgovor***

Naslov ove publikacije je suptilna igra riječi koja stimulira psihološke, slikovite i biokemijske ideje vezane za depresiju kao za tamni problem.

Ova publikacija namijenjena pacijentima i onima koji se skrbe za njih, koji trebaju dijeliti iskustva sa bolešću opterećenim osobama, razvila se iz iskustava međunarodnih stručnjaka koji su je nazvali „Osvijetliti tamni problem“.

„Ako te poznajem znam kako ću se suočiti s tobom“, i vjerojatno kako ću prevladati poteškoće.

Radi se o tome kako se suočiti korak po korak i dan za danom sa porastom i blijedenjem simptoma depresije.

Sada ova značajna publikacija donosi najsuvremenija znanstvena saznanja o depresiji, nudeći ih onima koji boluju od depresivnog poremećaja ili ga se boje.

Kao što je poznato, depresija je sveprisutna. Stoga ova korisna publikacija treba biti široko dostupna. U stvari, već je dostupna na međunarodnoj razini.

*Sergio Angeletti*

## **Uvod**

Uvijek smo impresionirani događajima koji se odnose na mlade majke i njihovu djecu, događaje poput samoubojstava i ubojstava, često neobjašnjivim, na stare osobe, odrasle i adolescente koji se ne susprežu od ekstremnih ponašanja. Možda nismo uočili njihove patnje i nismo razumjeli njihove pozive u pomoć, nerazumijevajući da su zahvaćeni vrtlogom depresije.

Što je depresija, ta zloćudna i oštećujuća snaga koja nas prožima bez jasnih vanjskih signala.

Oni koji su njome zahvaćeni stigmatizirani su kao slabi, što nije teško u svijetu koji je prepun natjecanja.

Svjetska zdravstvena organizacija predviđa da će depresija biti treći najvažniji uzrok pobola i da će njezina pojavnost naglo rasti, posebno među ženama između 15-te i 44-te godine života.

Prije 10 godina pitali smo se što bismo mogli napraviti da konkretno pomognemo osobe zahvaćene depresijom. Lijekovi pomažu, ali sami nisu dovoljni. Neophodno je presjeći nepovoljan krug straha, zbunjenosti, srama i socijalne izolacije, što neumoljivo iscrpljuje depresivnu osobu koja se osjeća nesposobnom da odgovori na zahtjeve suvremene kompetitivne kulture, koja osjeća da ne može imati normalne spolne odnose, koja ne može imati konstruktivne odnose sa svojom djecom i koja nije sposobna nositi se sa svakodnevnim stresnim situacijama na radnom mjestu.

Neophodno je podučiti osobe o depresiji opisujući navedenu patologiju, što se može vidjeti kao izraz slabosti.

Neophodno je pokazati da je depresija bolest poput drugih i da se može liječiti.

Zbog toga smo ustanovili Dan borbe protiv depresije – dan posvećen informiranju zdravstvenih radnika i široke publike o toj patologiji koja je sve više prisutna u našem društvu.

Zajedno sa kolegama iz 10 europskih zemalja izabrali smo 1.listopada svake godine da bude taj dan.

Ako vam je noga slomljena lako je da vas se shvati kao bolesnu osobu. Sa neprepoznom depresivnom patologijom puno je teže dobiti takav status!

Ako depresija nije prepoznata ne može biti liječena!

Poslijeporođajna depresija je očit primjer. Sigurno je da to stanje uključuje hormonalne faktore, ali je također istina da su simptomi tjeskobe i stresa često podcijenjeni jer se smatraju normalnim vezano za brigu o novorođenčetu.

Što možemo učiniti? Možemo prepoznati uzroke depresije i čimbenike koji je produžavaju.

Možemo nastojati na adekvatnoj edukaciji zdravstvenih radnika.

Trebamo intenzivirati edukaciju i informiranje o bolesti.

Ova publikacija predstavlja doprinos proširenju znanja o bolesti i nazivima i uzrocima, kao i pomoć zdravstvenim radnicima i zvijezda vodilja u tamnom zavojitom tunelu poremećaja raspoloženja.

Treba ih bolje razumijeti da bi ih se moglo pobijediti.

*Vincenzo Costigliola*

*Predsjednik EDA*

## **VODIČ ZA POREMEĆAJE RASPOLOŽENJA**

### **1) Što su poremećaji raspoloženja?**

Poremećaji raspoloženja su promjene u području osjećaja i ponašanja koji se mogu razumjeti kao pretjerani odgovor u odnosu na emocije koje se svakodnevno susreću.

Danas najprihvaćenija znanstvena stajališta pristupaju poremećajima raspoloženja na sveobuhvatan način, što podrazumijeva da „poremećaj raspoloženja znači da je ono nestabilno“. Prosječno jedna od pet osoba pokazuje tendenciju „nestabilnog raspoloženja“.

Ta nestabilnost se pokazuje naizmjenično kao depresivne faze, zatim faze uznemirenosti i razdražljivosti, sve do faza manije, odnosno euforije. Ta stanja praćena su različitim drugim simptomima, i svrstavaju se u područje „bipolarnog poremećaja raspoloženja“ ili „bipolarnog spektra“.

Da bismo mogli bolje razumjeti nestabilnost i promjenjivost raspoloženja možemo zamisliti da se ono sastoji od tri elementa: raspoloženja, protoka i sadržaja misli i motoričkog ponašanja. Ako zamislimo navedena tri elementa usmjerena na niže raspoloženje će biti depresivno, uz usporenost misli i slabu volju i energiju za pokrenuti se, tj. – depresivno stanje.

Međutim, ako zamislimo navedena tri elementa u smislu povišenosti dobit ćemo pretjerano raspoloženje uz bujanje ideja i motoričku pretjeranu aktivnost, tj. stanje raspoloženja koje se naziva maničnim.

### **2) Što je bipolarni poremećaj?**

*Bipolarni poremećaj karakterizira izmjena depresivnog i maničnog (ili hipomaničnog) stanja. Kada osoba prolazi kroz navedena stanja u kojima se ne može duže zadržati (ne postaje sasvim depresivna ili sasvim manična) može nastati miješana slika poremećaja.*

U velikom broju slučajeva poremećaj se ne prepoznaje lako i te osobe mogu se ne osjećati dobro godinama prije nego što im se odredi točna dijagnoza i prikladno liječenje.

Početak poremećaja je najčešće između 20-te i 30-te godine života, ali se može pojaviti u svim životnim dobima. Nema razlike između muškaraca i žena, iako žene više pokazuju depresivne nego manične epizode.

Prva pojava poremećaja može biti ili manična ili depresivna. Kad je prva pojava manična pokazuje se tendencija češćim pojavama maničnih u odnosu na depresivne faze, i obratno.

Ipak, ne treba zamijeniti ono što se obično vidi kao faze dobrog i lošeg raspoloženja što se svakome događa u svakodnevnom životu s izrazitim manifestacijama bipolarnog poremećaja koji može narušiti međuljudske odnose, prouzročiti gubitak posla, a u krajnjim slučajevima i dovesti do suicidalnog ponašanja.

Za razliku od uobičajenih svakodnevnih promjena raspoloženja koja se svima događaju simptomi bipolarnog poremećaja se odlikuju značajnim intenzitetom, trajanjem i upornim ponavljanjem, što često daje sliku teškog poremećaja.

*„Manično-depresivni poremećaj mijenja osjećanje i razmišljanje, dovodi do teško podnošljivih ponašanja, razara osnove racionalnog razmišljanja i često podriva želju i volju za životom. Poremećaj je biološkog podrijetla ali se manifestira na psihološkoj razini. Poremećaj je jedinstven u smislu utjecaja na osjećaje, u izrazitom obliku uzrokuje gotovo nepodnošljive patnje, a nerijetko i suicid. Sretna sam da od ovog poremećaja nisam umrla, da mi je omogućeno dobro liječenje, i da imam svoje prijatelje, kolege i obitelj.“ (Kay*

### 3) Kako se manifestira bipolarni poremećaj?

There are many ways in which bipolar Affective Disorder can present, because the symptoms may vary across the whole spectrum of mood [from manic to depressed] and may also vary in quality and number of symptoms as well as in intensity. This has led experts to propose the concept of the bipolar spectrum, implying a large number of symptoms, of which the typical bipolar picture is only the tip of the iceberg. The most common presentations are as follows;

- **Bipolar I Affective disorder:** this used in the past to be called Manic Depressive Psychosis; It mainly affects men and is characterised by manic and depressive episodes of equal seriousness.
- **Bipolar II Affective Disorder:** this is the most common. It mainly affects women and is characterised by depressive episodes which are more severe than the manic episodes.
- **Cyclothymia:** These patients suffer continual variation in mood of an intensity and duration which are greater than is to be expected physiologically.
- **Mixed States** (mixed depressive states or dysphoria): there is the contemporaneous presence of irritability, tension, sadness and emotional lability, with frequent somatic symptoms (headaches-migraine, colitis, muscular tension)
- **Depressive Episodes** (major or recurrent): long and persistent (or recurrent, often seasonal) depressive episodes which can be severe.

### 4) Koji su simptomi bipolarnog poremećaja?

Bipolarni poremećaj uzrokuje nagle promjene raspoloženja, od euforičnih stanja sa ili bez razdražljivosti do teške tuge s potpunim gubitkom nade. Uz te nagle promjene raspoloženja javljaju se i izrazite promjene u razini energije i promjenama raspoloženja.

Periodi euforije nazivaju se **maničnim epizodama**, a periodi tuge **depresivnim epizodama**. Kada se istovremeno pojavljuju euforija i razdražljivost, napetost i tuga, takva stanja se nazivaju **miješanim**.

Između manične i depresivne epizode raspoloženje može biti normalno, što se naziva **eutimičnom fazom**.

#### **Depresivna faza**

U depresivnoj fazi raspoloženje je tužno, indiferentno, beznadno, melankolično. Energija je slaba, zamor se brzo pokazuje. Motivacija slabi, rijetko se pokazuju inicijative u koje se nema povjerenja, često je odustajanje zbog straha od neuspjeha ili osjećaj da se ne može dogoditi ništa dobrog. Postoje poteškoće u oblikovanju misli, projekata, javlja se doživljaj nedoraslosti zadacima i nepostojanja energije za se pokrenuti.

Najčešći simptomi depresivnog stanja su:

- Tuga, pesimizam i očaj;
- Slabo samopoštovanje: postoje osjećaji promašenosti i izgubljenosti;
- Dosada i osamljenost: općenito se gube interesi. Doživljava se gubitak osjećaja za drage osobe;

- Gubitak motivacije, gubitak volje za bilo kakvu aktivnost;
- Seksualne želje postaju slabe ili ih se ne osjeća;
- Poteškoće koncentracije, osjećaj umora i nedostatka energije;
- Poremećaji spavanja (nesanice) i apetita (osoba jede slabo ili pretjerano).
- U najtežim slučajevima uočavaju se tendencije suicidu ili želja da se život završi.

### **Manična faza**

Manična faza pokazuje suprotne simptome od depresivne epizode. Tijekom depresivne faze osoba se osjeća nesretnom, bez samopoštovanja i energije, dok se u maničnoj fazi doživljavaju potpuno suprotni osjećaji. Osoba se osjeća pretjerano sretnom, posebnom, izuzetnom i bez granica. Uslijed uzbuđenosti pokazuje višak energije, brzi slijed misli koje su često neobične, optimističnost te ekshibicionističko ili provokativno držanje. Gubi se distanciranost, ciljevi se čine dohvatljivim, uspjeh vjerojatan ili siguran, zapreke kao nešto nerazumno, a osobe koje ne prihvaćaju takve stavove postaju podložne kritici ili čak napadu. U nekim slučajevima uočavaju se i epizode interpretativnih sumanutosti vezano za osjećaj grandioznosti, proganjanja, ili mistike.

Najčešći simptomi manične epizode su:

- Pretjerani optimizam, sjajan osjećaj sebe, uz doživljaj svemoći i mogućnosti da se u svemu uspije;
- Misli i govor su ubrzani: u maničnoj fazi osoba govori jako brzo i teško ju je razumjeti;
- Slušalac često teško slijedi sadržaje (manična osoba često mijenja sadržaje bez logične povezanosti) a povremeno govori i u rimama;
- San je reduciran na svega par sati bez osjećaja umora, što daje dojam neiscrpane energije;
- Pojačana perceptivnost: zvukovi se pojačano razlikuju a boje postaju jače;
- Iznose se grandiozni ali nerealni projekti pri čemu osoba ima dojam da posjeduje posebne talente, da će uspjeti, i stoga često otpočinje brojne projekte od kojih nijedan ne dovršava;
- Manična osoba osjeća se sasvim dezinhbirano iako se ranije osjećala opreznom i odmjerenom;
- Ne pokazuje kočnica, govori ono što misli bez razmišljanja, a preslobodno je i ponašanje u seksualnom pogledu (što može dovesti do neumjesnih i neugodnih ponašanja);
- Takva osoba može prekomjerno trošiti i pretjerivati u kupovini: u toj fazi često se nakupe veliki dugovi ili se investira novac u pogrešne poslove;
- U najtežim slučajevima može se pojaviti izrazita agresivnost: osoba postaje svadljiva, osvetoljubiva, i može postati fizički nasilna;
- Također u najtežim slučajevima mogu se uočiti sumanutosti veličine: to je povezano s osjećajem specijalnih moći, izvanrednih sposobnosti, voljenja od strane uspješne i poznate osobe, itd.

## 5) *Koji su najvažniji simptomi koje treba uočiti kod ranog prepoznavanja psihopatoloških promjena?*

Točno dijagnosticiranje predstavlja osnovnu poteškoću u području mentalnog zdravlja. Navedene psihopatološke poteškoće često se ne vrednuju, podijagnosticirane su, nisu liječene ili su loše liječene, uz značajne komplikacije kao posljedice. To se odnosi na pogoršavanje interpersonalnih odnosa, gubitak radnog mjesta, krizu u partnerskim odnosima, zlouporabu psihoaktivnih supstanci, te na auto i hetero agresivnost (ubojstva članova obitelji, samoubojstva, silovanja itd.).

Rana dijagnoza je od osnovne vrijednosti za uvođenje efikasnog liječenja. U postavljanju dijagnoze poremećaja vrijednu pomoć predstavlja prepoznavanje neke od varijanti tog poremećaja u barem jednog člana obitelji.

Da bi se postavila dijagnoza **manije ili hipomanije** treba postojati izraziti period abnormalnog i perzistentnog povišenog raspoloženja, karakteriziranog pretjeranošću ili razdražljivošću. Poremećaji raspoloženja moraju biti toliko izraziti da remete proces učenja, rada i sposobnosti za socijalne odnose.

Da bi se postavila dijagnoza **depresije** potrebno je da postoji period od barem dva tjedna gubitka interesa ili zadovoljstva za sve ili za veći dio aktivnosti. Depresija treba biti dovoljno izražena da utječe na apetit, tjelesnu težinu, spavanje, ili na mogućnost koncentracije, uz osjećaj krivnje, neadekvatnosti ili očaja. Mogu se javiti i razmišljanja o smrti i samoubojstvu. Važno je isključiti mogućnost da su navedeni simptomi prouzročeni lijekovima ili somatskim poremećajima. Liječnik treba isključiti takvu mogućnost pomoću pretraga. Nekada je potreban i neurološki pregled. Ponekad osoba može doživljavati samo epizode euforije, hipomanije ili manije, ili samo epizode depresije, između kojih se javljaju periodi adekvatnog raspoloženja. Ukoliko se javljaju samo simptomi depresije bolest se naziva **velikom depresijom**.

## 6) *Što predstavlja poteškoću u prepoznavanju i liječenju poremećaja ?*

Poteškoće u prepoznavanju i liječenju poremećaja posebno su izražene u vrijeme manične faze. Uobičajeno je da osoba koja proživljava maničnu fazu obija liječenje. Ne prihvaća da je bolesna. Naprotiv doživljava da se nikada u životu nije osjećala bolje. One osobe koje boluju od bipolarnog poremećaja često navode za vrijeme manične faze da imaju doživljaj oslobođenja.

Tijekom depresivne faze osobe se osjećaju zakočeno, promašeno, bez perspektive, da bi u jednom trenutku takva proživljavanja nestala. Tijekom maničnih stanja bolesnici se osjećaju sigurnim u sebe i slobodnim da izvedu sve što žele bez osjećaja za granice. Sve izgleda moguće i lako za postići, pa čak i vrlo ambiciozne pothvate izgleda kao da je lako ostvariti.

Tijekom manične faze oslabljena je mogućnost procjene, kao i kritičnost, a nestaju i mehanizmi kontrole, a na taj način nestaju i sumnje i nesigurnosti. Kada ovo pretjerano psihološko stanje završi bolesnik koji boluje od bipolarnog poremećaja mora se suočiti sa posljedicama svojih neugodnih i nepromišljenih pothvata (npr. sa zaduženjima, otkazom na poslu, seksualno promiskuitetnim ponašanjem bez primjene ikakve zaštite, itd.).

Depresivne faze često slijede manične faze i tu se pokazuje potpuno obrnuta klinička slika. Raspoloženje je jako sniženo s osjećajem nezainteresiranosti i gubitkom osjećaja zadovoljstva. Gubi se značenje života, što se može pretvoriti u bolno iskustvo. Spavanje i apetit mogu se povećati ili smanjiti. Prevladava osjećaj gubitka energije i lakog zamaranja, uz velike poteškoće u mogućnosti koncentracije. Depresivne faze mogu postati



toliko teške da vode prema suicidu ili samoozljeđivanju. Pretjerana upotreba alkohola i/ili droga često prati bipolarni poremećaj i može ga značajno pogoršati.

**Dijagnoza bipolarnog poremećaja** ne može se postaviti putem analize krvi ili pretraga mozga. Dijagnoza se osniva na simptomima, trajanju i razvoja poremećaja, i obiteljskoj anamnezi. Stoga je vrlo važno kazati psihijatru sve simptome, razmišljanja, ponašanja i eventualne poremećaje kod članova vlastite obitelji. Zbog toga je preporučljivo javiti se liječniku u pratnji člana obitelji ili prijatelja koji može kazati o stavovima i ponašanjima u posljednje vrijeme.

#### **Sagledavajući izneseno treba obratiti pažnju na slijedeće:**

- sklonost bipolarnim poremećajima (ili suicidu);
- prethodne epizode hipomanije, euforije, ili produženih perioda razdražljivosti;
- tri ili više depresivnih epizoda posljednjih godina;
- akutni nastanak (ili pogoršanje) vezano za godišnje doba (zimsko ili ljetno);
- prethodne ciklotimne epizode (stalne oscilacije raspoloženja);
- udruženost simptoma sa simptomima anksioznosti panično-opsesivnog karaktera;
- česte pritužbe na glavobolju, mišićnu napetost, somatizacije u području probavnog sustava, promjene apetita;
- zlouporaba psihoaktivnih supstanci (povremena ili trajna).

Ponekad tijekom izrazitih epizoda manije ili depresije mogu se javiti **simptomi psihoze**. Najčešći su:

- obmane osjetila (slušne ili vidne halucinacije ...);
- sumanute misli (kriva razmišljanja nepovezana s logikom i neobjašnjiva za razinu kulture pacijenta).

Osoba s bipolarnim poremećajem koje pokazuju psihotične simptome mogu biti krivo dijagnosticirane kao da boluje od shizofrenije.

### **7) Mogu li djeca i adolescenti patiti od takvog poremećaja ?**

Bipolarni poremećaj se može pojaviti vrlo rano, čak u dječjoj ili adolescentnoj dobi.

U razvojnoj fazi važno je razlikovati normalne razvojne poteškoće i nastanak stvarnog poremećaja raspoloženja. Ta pojava češća je u koliko jedan od roditelja boluje od tog poremećaja.

Za razliku od pojave poremećaja u zreloj dobi tijekom djetinjstva i početka adolescencije poremećaj se manifestira s brzim, iznenadnim i neobjašnjivim promjenama raspoloženja, što se može opaziti i više puta tijekom jednog dana. Djeca su vrlo razdražljiva i agresivna i pokazuju čas destruktivne tendencije, čas silnu radost i sreću, bez vidljivog razloga. U drugoj fazi adolescencije poremećaj slični na simptome kod odraslih. Uočava se traženje rizičnih situacija i stalni izazov autoritetima (roditelji, učitelji, itd.). Poremećaj je često povezan sa uporabom alkohola i nelegalnih psihoaktivnih supstanci da bi se ublažila intenzivna moralna bol kojoj adolescenti ne razumiju razlog i o čemu teško govore s odraslima.

Često se susreću razmišljanja o suicidu, što se ne smije podcjenjivati. Odmah treba potražiti pomoć specijaliste, dječjeg psihijatra. Razmišljanje da „onaj koji govori da će se ubiti najčešće to ne čini“, a njegova je prava namjera da privuče pažnju, može se u osnovi smatrati pogrešnim. Podcjenjuje se poruka za pomoć koju nam draga osoba upućuje, a treba uzeti u obzir i opasnosti koje nosi. Ako takva osoba ostane sama obično manifestira da je neshvaćena, razdražljiva, razočarana. U osnovi treba ponuditi pažljivo slušanje, ponuditi podršku o povjerenje.

Ako netko osjeti hrabrost da povjeri svoja negativna osjećanja znači da je već prešao vlastite granice za toleranciju i rješavanje problema, te da ima potrebu za pomoći. Međutim, najviše ima potrebu da se osjeti vrijednim da ga/je se čuje.

## **8) Koji su uzroci bipolarnog poremećaja?**

Točni uzroci bipolarnog poremećaja nisu poznati.

Istraživanja ukazuju na značajan udio biokemijske neuravnoteženosti određenih dijelova mozga u nastajanju simptoma, jer te promjene utječu na sustave komunikacije između moždanih struktura.

Da bi živčane stanice, neuroni, mogli biti međusobno povezani potrebni su neurotransmitori, prijenosnici signala.

Monoaminski neurotransmitori (serotonin, noradrenalin i dopamin) i ekscitatorna aminokiselina – glutaminska kiselina, ili onaj s inhibitornim djelovanjem, gama amino maslačna kiselina (GABA).

Upravo na te sustave djeluju lijekovi za liječenje bipolarnog poremećaja, a nazivaju se stabilizatorima raspoloženja.

Druga istraživanja ukazuju da je bipolarni poremećaj posljedica lošeg funkcioniranja sustava povezivanje između stanica unutar određenih područja mozga.

Moguće je da je razvoj bipolarnog poremećaja povezan s procesom „senzibilizacije“.

To razmišljanje pretpostavlja da se prve epizode poremećaja javljaju uslijed stresnih događaja (žalovanje, gubitak posla, kronične oštećujuće bolesti, itd.) te da svaka epizoda ostavlja promjene u mozgu koje olakšavaju nastanak nove epizode do razine na kojoj se epizode počinju javljati spontano.

Takav proces u početku se povezivao s epilepsijom i objašnjava razloge zbog kojih su antiepileptički lijekovi učinkoviti i u liječenju bipolarnog poremećaja.

Traumatski događaji u životu kao što su teški gubitci, kronične bolesti, zlouporaba droga ili teški financijski problemi mogu stimulirati nastanak epizoda tog poremećaja kod predisponiranih osoba.

Kod bipolarnih bolesnika postoje i dokazi o genetskoj predispoziciji: bipolarni poremećaj pokazuje se povezanim sa određenim sklonostima u obitelji. Preko 2/3 bolesnika koji pokazuju te simptome imaju barem jednog člana obitelji koji pokazuje patološke oscilacije raspoloženja ili velike depresije.

## 9) Može li se liječiti bipolarni poremećaj?

Poremećaj raspoloženja je kronična bolest. Ipak, najveći broj osoba koje pokazuju takav poremećaj može uz adekvatno liječenje postići dosta stabilno raspoloženje.

**Dugotrajno preventivno liječenje se preporuča jer je gotovo uvijek neophodno.**

Važno je napomenuti da u liječenju poremećaja nije potrebno samo liječiti depresivno ili manično stanje nego samu bolest.

Kao najbolji terapijski pristup preporuča se primjena lijekova, te psihoterapijskih i psihosocijalnih metoda za praćenje poremećaja.

*Unatoč korektnom liječenju mogu se dogoditi promijene raspoloženja.* U tim slučajevima kod prvih znakova treba se odmah javiti psihijatru koji će uskladiti terapiju u cilju sprječavanja potpunog razvoja određene epizode. Također određeni faktori mogu igrati značajnu ulogu kao neuspjesi i drugi stresni životni događaji, pretjerano uzimanje kave, alkohola, droga ili drugih stimulirajućih sredstava, teški poremećaj spavanja, vrlo loš kvalitet života, određeni lijekovi, prateće bolesti, trauma i žalovanja.

**Psihoterapijske metode** su usmjerene da pomognu pacijentu da bolje upozna način kako funkcionira i da to prihvati, da se nauči razlikovati sebe kao osobu i samu bolest, da poboljša odnos prema stresu, i da na taj način smanji utjecaj faktora rizika i recidiva.

*„Psihoterapija pomaže na način koji je teško objasniti. Na neki način daje smisao konfuziji, obuzdava strašljive misli i osjećaje, ponovno uspostavlja određenu kontrolu, nadu i mogućnost da se iz svega nešto nauči ... Nikakva tableta ne može mi pomoći da se suočim s problemom da ne želim uzeti tablete. Na isti način nijedan psihoterapijski način sam po sebi ne može prevenirati moju maničnost ili depresivnost. Trebaju mi obje vrste terapije“.* (Kay Redfield Jamison, Uznemirena psiha, TEA, 1995).

## 10-11) Lijekovi i terapijske intervencije koje se primjenjuju u liječenju .

### 10. - Koji se lijekovi primjenjuju u liječenju?

Lijekove za liječenje bipolarnih poremećaja prepisuje psihijatar. U liječenju se upotrebljavaju:

- **stabilizatori raspoloženja** (oni predstavljaju osnovne lijekove za kontrolu poremećaja i za oscilacije poremećaja u oba smjera. U ovu grupu spadaju litijeve soli i antiepileptici);
- **atipični antipsihotici** (ti lijekovi se udružuju u svom djelovanju sa stabilizatorima raspoloženja);
- **antidepresivi**, koji se upotrebljavaju u depresivnim fazama zajedno sa stabilizatorima raspoloženja u cilju smanjenja rizika prelaza u manično stanje i sprječavanja razvoja u smislu skraćivanja perioda između epizoda slobodnih od simptoma, s posljedicom učestalijih ciklusa poremećaja.

### 11. - Psihosocijalne i psihoterapijske metode liječenja poremećaja

Psihosocijalne i psihoterapijske metode najčešće primjenjuju psiholozi ili drugi terapeuti s posebnom izobrazbom, uvijek u skladu s nadležnim psihijatrom.

U liječenju bipolarnog poremećaja najčešće se primjenjuju:

- **kognitivno bihevioralna psihoterapija,**
- **psihoedukacija,**
- **kognitivno-konstruktivna psihoterapija,**
- **obiteljska terapija,**
- **psihosocijalna rehabilitacija.**

**Kognitivno-bihevioralna psihoterapija** predstavlja jedan od najefikasnijih načina liječenja poremećaja. Pomaže pacijentu da proširi svijest o vlastitom poremećaju i o mogućnosti liječenja, a liječniku da bolje razumije pojavu simptoma i da primjeni što efikasnije liječenje.

Kognitivno-bihevioralni pristup uključuje i psihoedukativni način i za pacijenta i za članove obitelji da bi bolje razumjeli faze bolesti. Često članovi obitelji podcjenjuju određena ponašanja kao što su nesanica, euforija, razdražljivost, smatrajući ih čudnim elementima karaktera, ili ponašanja vezana za volju pojedinca, za utjecaj lošeg društva ili urednog života.

**Psihosocijalna rehabilitacija** je od bitne važnosti u liječenju pacijenta koji oslobođen simptoma bolesti i svjestan psiholoških vrijednosti funkcioniranja vlastite ličnosti ponovno zauzima svoje mjesto u društvu, ne samo zato što se osjeća bolje i što se može vratiti na svoj posao, nego i zato što se naučio bolje podnositi vlastite poteškoće, kontrolirati destruktivne tendencije same bolesti i živjeti uz određene mogućnosti koje pruža liječenje. U rehabilitaciji poremećaja raspoloženja dobro djeluju terapija pjevanjem, terapija plesom, terapija umjetnošću i sportom (u tom smislu posebno se preporuča trčanje, plivanje i timske igre). Snaga grupe ublažava osobne napetosti, olakšava sučeljavanje, suradnju i sinergiju da se dostigne cilj.

## **12) Kako izgledaju grupe samopomoći?**

Grupe samopomoći ili samo-uzajamne-pomoći za pacijente i članove njihovih obitelji sastoje se od male grupe osoba koje dijele iste poteškoće i koje se periodično sastaju da razmijene svoja iskustva, razmjenjujući ujedno razumijevanje i ohrabrivanje.

U tim grupama mogu se dobiti informacije, podrška, solidarnost i prijateljstvo.

Svjetska zdravstvena organizacija posebno preporuča organizaciju grupa samopomoći.

*Grupe samopomoći bitan su element nove kulture i novog pristupa mentalnoj bolesti koji se osniva na konceptu veće svijesti i odgovornosti samog pacijenta i njegove/njezine obitelji.*

## **13) Gdje se obratiti za liječenje depresije i bipolarnog poremećaja?**

Svaka osoba koja boluje od bipolarnog poremećaja trebala bi redovito surađivati s psihijatrom koji se posebno bavi dijagnosticiranjem i liječenjem te bolesti.

Terapijski voditi dobro poremećaj raspoloženja predstavlja osnovni element za kvalitetu života pacijenta i članova obitelji. To se može ostvariti na slijedeći način:

- psihijatar treba biti iskusan;
- od osnovne je važnosti čvrsta terapijska povezanost s pacijentom u cilju korektno primjene terapije;

- depresija je bolest sa značajnim biološkim promjenama i ne predstavlja znak slabosti ili lijenosti. Međutim, ne može se pobijediti samo vlastitom voljom.

Na prvi znak bolesti važno je javiti se liječniku, najbližoj psihijatrijskoj službi bilo bolničkoj, u domu zdravlja ili privatnoj psihijatrijskoj službi zbog prevencije, liječenja i rehabilitacije vezano za patološke promjene raspoloženja.

**Liječenjem poremećaja raspoloženja postiže se dobar kvalitet života.**

**Nemoj stajati sam/sama u svojoj patnji. Pokaži je!**

**Nemoj osjećati sram i predrasude u traženju pomoći.**

**Nemoj misliti da je sve beskorisno!**

**Sjeti se da smo zajedno jači!**

**Nemoj ostati zatvoren/a u svojoj tuzi ... sjeti se da se protiv depresije može boriti i pobijediti.**

**Nemoj stati sam u svojoj tuzi!**

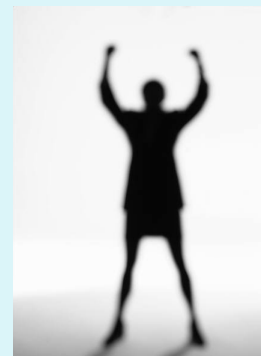


***Sjeti se da se može boriti protiv depresije i POBIJEDITI!***

Remember that one can  
fight depression



and **WIN** !



***EDD : Europski dan borbe protiv depresije***

## *References :*

- 1 – A.VV.: DSM -IV-TR. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. A.P.A., 2000.
- 2 - AA.VV.: Medicina e salute. Milano, Motta, 2004.
- 3 - Akiskal HS. (1996) - The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders: beyond DSM-IV. *J Clin Psychopharmacol*, 16: suppl 1: 4-14.
- 4 - Akiskal HS. Classification, diagnosis and boundaries of bipolar disorders: a review. [2003] - In: Maj M, Akiskal HS, Lopez-Ibor JJ, Sartorius N, eds. *Bipolar disorder*. Chichester: John Wiley and Sons, 1-52.
- 5 - Agius M, Tavormina G [2009] - "The bipolar spectrum: do we need a single algorithm for affective disorder?". *European Psychiatry*, 24: suppl 1: P01-218.
- 6 - Agius M, Tavormina G [2007] - "Identifying and treating bipolar illness early". *BMJ*, February 19<sup>th</sup>, 2007.
- 7 - Angst J, Gamma A, Benazzi F, et al. [2003] - Toward a re-definition of subthreshold bipolarity: epidemiology and proposed criteria for bipolar-II, minor bipolar disorders and hypomania. *J Affect Disord*, 73: 133-146.
- 8 - Ba G. (a cura di) - *Metodologia della riabilitazione psicosociale*. Milano, F. Angeli, 1994.
- 9 - Baum A.E., et al. (2008) - A genome-wide association study implicates diacylglycerol kinase eta (DGKH) and several other genes in the etiology of bipolar disorder *Molecular Psychiatry*, 13(2), 197–207.
- 10 - Bear M.F./Connors, B.W./Paradiso, M.A., (1999) - "Neuroscienze: Esplorando Il Cervello", Masson. Milano.
- 12 – Benazzi F. [2007] - "Mixed Depression and the dimensional view of mood disorders". *Psychopathology*, 40:431-439.
- 13 - Benson D.F / Blumer, D., (1975) - "Aspetti psichiatrici delle malattie neurologiche", Bulzoni Editore. Roma.
- 14 - Burton P.R., et al. (2007) - Genome-wide association study of 14,000 cases of seven common diseases and 3,000 shared controls *Nature*, 447(7145), 661–678.
- 15 - Cassano Giovanni B., (1999) - "Trattato Italiano di Psichiatria", Masson. Milano.
- 16 - Civita A., (1999) - "Psicopatologia. Un'introduzione storica", Carocci Editore. Roma.
- 17 - Clarkson P. (1995) - *La relazione psicoterapeutica integrata*. Roma, Sovera, 1997.
- 18 - Doron R., Parot F., Del Miglio C. (1988) - *Nuovo Dizionario di Psicologia*. Roma, Borla, 2001.
- 19 - Fallon IRH., (2000) - "Che cos'è il Disturbo Bipolare", Ecomind. Salerno.
- 20 - Goldberg JF., Harrow M., (2000) - "Disturbi Bipolari" Raffaello Cortina. Milano.
- 21 - National Institute of Mental Health. *Depression*. Bethesda (MD): National Institute of Mental Health, National Institutes of Health, US Department of Health and Human Services; 2002.
- 22 - Pinel J. (2000) - "Psicobiologia" il Mulino. Bologna.
- 23 - Sajatovic M, Smith D. (2008) - Subjective experience of bipolar disorder, treatment adherence and stigma. *New Research In Mental Health*, vol. 18. Ohio Department of Mental Health.
- 24 - Simis A., (2005) - "Introduzione alla Psicopatologia descrittiva". Raffaello Cortina Editore. Milano.
- 25 - Stephen M., (2005) - "Psicofarmacologia essenziale della depressione e del disturbo bipolare". Centro Scientifico Editore. Torino.
- 26 - Tavormina G. [2010] - "The temperaments and their role in early diagnosis of bipolar spectrum disorders". *Psichiatria Danubina*, 22, suppl 1: 15-17.
- 27 - Tavormina G [2011] – "Are somatisations symptoms important evidence for an early diagnosis of bipolar spectrum mood disorders?". *Psichiatria Danubina*, 23, suppl 1: 13-14.
- 28 - Tavormina G – An approach to diagnosis and treatment of patients with bipolar spectrum mood disorders, indentifying temperaments. *Psichiatria Danubina*, 2012; 24, suppl 1: 25-27.
- 29 - Zdanowicz N., Myslinski A. ADHD and bipolar disorder among adolescents: nosology in question. *Psichiatria Danubina* 2010; 22:139-142.