

BIPOLARNI AFEKTIVNI POREMEĆAJ

Prema MKB 10 klasifikuje se pod šifrom F 31

Prema kriterijumima MKB-10 bipolarni afektivni poremećaj ima najmanje dvije ponovljene epizode u kojima su aktivnost i raspoloženje osobe značajno poremećeni. U toku bolesti se smjenjuju faze manije ili hipomanije i depresije.

Epidemiologija bipolarnog afektivnog poremećaja

U grupi poremećaja raspoloženja bipolarni poremećaj je prisutan u 10 do 20 % slučajeva i rjeđe se javlja nego depresija. Nekadašnji naziv je bio maničnodepresivna psihoza. Kod ove grupacije pacijenata suicid je čest u 15 do 25 % slučajeva a takođe je i češća zloupotreba psihoaktivnih supstanci što otežava i smanjuje kvalitet života i otežava liječenje. Poremećaj je podjednako zastupljen i kod muškaraca i kod žena.

Bipolarni poremećaj se odlikuje ponavljanim tj. cikličnim smjenjivanjima epizoda manije i depresije sa različitom učestalošću i različitim intenzitetom. Prvi simptomi bolesti u najvećem procentu slučajeva, počinju u periodu adolescencije ili ranog odraslog doba ali se dijagnostikuje kasno tek nakon 5 do 10 godina. Oko 15% oboljelih ima teške epizode manije ili depresije koje su karakterisane po intenzitetu kao teške i imaju psihotičnu simptomatologiju.

Etiologija

Kada su u pitanju biološki faktori kao uzrok nastanka smatra se da bolest nastaje kao posljedica poremećaja regulacije otpuštanja i koncentracije neurotransmitera (noradrenalin, serotonin, dopamin). Smatra se da genetski faktori igraju ulogu u nasljeđivanju npr. da je povećan rizik za rođake u prvom koljenu.

Klinička slika

U kliničkoj slici ovog poremećaja manična i depresivna epizoda mogu se smjenjivati na različite načine i to da se: manija smjenjuje sa depresijom, da između manije i depresije postoji period bez simptoma ili da taj miran period nastane nakon što se smjene i depresija i manija, dok kod 10 do 20 % posto pacijenata postoje samo manične epizode.

Manija

Ove epizode počinju iznenada kroz par sati ili dana. Ako se ne liječe epizode mogu trajati i do 3 mjeseca. U kliničkoj slici kod ovih pacijenata uglavnom nema poremećaja svijesti. U vanjskom izgledu ovakvih osoba primjećuju se promjene u smislu pretjerane šminke, nesklada u oblačenju, nošenja puno nakita. Prisutne su promjene u ponašanju u smislu npr. neadekvatnog uređenja prostora u kojem žive sa gomilanjem stvari, pretjeranog ostvarivanja kontakta sa mnogim ljudima, ulazak u probleme sa kockom, prekomjerna konzumacija alkohola, pretjerano trošenje novca. Povišenog su raspoloženja a

možu biti i niskog praga tolerancije na frustraciju što može dovesti do ispoljavanja bijesa i agresije. Stalno su u pokretu, pokreti su im ubrzani, ubrzano govore. Mišljenje im je ubrzano, imaju brz protok ideja a nekada se može javiti i bujica ideja sa pojavom novih riječi (neologizama) i „salate od riječi“ tj. nerazumljivosti u govoru. Sumanute ideje bogatstva, veličine i svemoći javljaju se u većem procentu kod ovakvih pacijenata ali mogu biti prisutne i ideje odnosa. Percepcija može biti uredna ali se mogu javiti i poremećaji u smislu pojave halucinacija . Volja je promjenljiva pa oni često mijenjaju planove. U nagonskoj sferi imaju povišen seksualni nagon. Gube na težini zbog pretjerane aktivnosti jer ne stižu da jedu. Manje spavaju. Nemaju uvid u bolest , nisu kritični pa odbijaju liječenje.

Hipomanija je takođe praćena povišenim raspoloženjem kao kod manije, ali slabijeg je intenziteta i bez sumanutih ideja i halucinacija pa nema većih promjena u funkcionisanju niti potrebe za hospitalizacijom.

Unipolarna depresija

Neliječene epizode depresije traju duže nego manične oko 6 do 10 mjeseci. Od depresije dvostruko češće boluju žene. Intenzitet depresije može da varira od lake do teške. Teška depresija može da bude bez psihotičnih simptoma i sa psihotičnim simptomima. Depresivni simptomi mogu krenuti naglo kroz par dana ili tokom par sedmica.

U psihičkom statusu svijest i orijentacija su očuvani. U vanjskom izgledu dominira zabrinutost. Pokreti mogu biti oskudni i usporeni, ili ako se radi o agitiranom obliku depresije, mogu biti nemirni (ushodanost, kršenje prstiju, uzdisanje). Vanjski izgled postaje zapušten. Neki pacijenti se često zaplaču dok drugi ne mogu da plaču (suha depresija).

U mišljenju dominiraju ideje bezvrijednosti, depresivne teme, suicidalne ideje. 10 do 15 % pacijenta pokušava čin samoubistva. U slučaju da se radi o depresiji sa psihotičnim simptomima javljaju se ideje samooptuživanja , grešnosti, propasti, tjelesne bolesti. Takođe se mogu javiti i ideje proganjanja. Kod depresija bez psihoze nema poremećaja percepcije dok kod psihotične depresije postoje iluzije i halucinacije. Prisutno je nisko samopoštovanje. Raspoloženje je sniženo, ne mogu da se raduju kao ranije. Smeta im gužva. Osamljuju se. Imaju gubitak koncentracije. Osjećaju se iscrpljeno. Nemaju volje za obavljanje svakodnevnih aktivnosti niti za vođenje brige o higijeni. Imaju prisutne probleme sa spavanjem i gubitak apetita. Smanjen je i seksualni nagon.

Poseban oblik depresije , atipična depresija se odlikuje povećanjem apetita i pretjeranim spavanjem. Smanjuju kontakte sa okolinom, postaju socijalno izolovani. Ponekad se pacijenti mogu žaliti na tjelesne simptome od strane srca, probavnog sistema, mokraćnog sistema , potom na bolove u vidu pritisaka, probadanje i pečenje po tijelu što može da govori u prilog postojanja tzv. maskirane depresije.

Miješana epizoda se može odlikovati smjenjivanjem simptoma manije, hipomanije i depresije koji mogu biti različitog intenziteta i kvaliteta.

Tok bolesti

Da li će tok bolesti biti negativan zavisi od porodične anamneze, postojanja komorbiditeta sa drugim psihijatrijskim poremećajima, ranijeg pojavljivanja bolesti, da li se epizode brže smjenjuju, da li su hospitalizacije učestalije, da li bolest reaguje na terapiju i da li je pacijent saradljiv u liječenju. Prognoza bipolarnog poremećaja je inače lošija nego kod depresivnog.

Terapija bipolarnog afektivnog poremećaja

Bipolarni poremećaj se liječi kroz multidisciplinarni pristup. Liječenje je dugotrajno. Pacijentu se daje psihofarmakoterapija koju mora uzimati kontinuirano. Psihofarmakoterapija treba da ustanovi ravnotežu u neurotransmiterskom sistemu. Koji će se lijekovi davati zavisi od faze u kojoj se bolesnik nalazi (psihostabilizatori, antipsihotici, antidepressivi, anksiolitici). U slučaju teraporezistencije mogu se davati kombinacije lijekova ali i primjenjivati elektrostimulativna terapija.

Osim farmakoterapije radi se psihoedukacija bolesnika i njegove porodice, takođe se primjenjuju psihoterapijske i socioterapijske metode. Ne postojanje uvida u bolest, sklonost rizičnoj zloupotrebi psihoaktivnih supstanci, sklonost suicidu zahtjevaju hospitalizaciju pacijenta.