



1.

# **Psihopatologija poremećaja raspoloženja**

Ante Silić

Manija (manična epizoda)

Depresivni poremećaji

Bipolarni poremećaji

Diferencijalna dijagnoza

Psihodinamski koncept psihopatologije depresije

Literatura

## Poremećaji raspoloženja

Ono što komplicira klasifikaciju i definiciju poremećaja raspoloženja je činjenica da se ista ili slična terminologija koristi u svakodnevnom (laičkom) jeziku za opis raspoloženja i emocija u zdravih osoba i u osoba koje boluju od poremećaja raspoloženja.

Za početak, potrebno je razlikovati osjećaje od emocija. **Osjećaj** možemo definirati kao reakciju na neko iskustvo ili događaj koja ima pozitivan ili negativan predznak te je kao takav subjektivan, tj. iskustven. Osoba se može osjećati depresivno, tjeskobno, uplašeno, ljuto, radosno, sretno i sl.

Za razliku od osjećaja, **emocija** je složeno stanje cijelog organizma koje se pojavljuje kao reakcija na određeni događaj te s njim ima određenu uzročno-posljedičnu povezanost.

**Raspoloženje** je sveprožimajuće trajno stanje emocija koje oboji percepciju svijeta koji nas okružuje. Raspoloženje je trajni emocionalni ton koji se pojavljuje na normalnom kontinuumu od tužnog do sretnog. Kada opisujemo raspoloženje, trebamo specificirati intenzitet, trajanje i fluktuacije.

**Afekt** je kratkotrajna, proživljena emocija u danom trenutku. Afekt je vidljiv u neverbalnoj komunikaciji, uključujući izraz lica te može ili ne mora biti sukladan (kongruentan, sintiman) trenutačnom raspoloženju. Afekt se može opisati kao normalan, ograničen, zatupljen, sužen, zaravnjen i sl.

Poremećaji raspoloženja obilježeni su nenormalnim osjećajima depresije ili eufrije koji su u težim slučajevima praćeni psihotičnim obilježjima.

Poremećaje raspoloženja možemo podijeliti na bipolarnu i depresivnu poremećaje, a za postavljanje dijagnoze potrebno je, prema trenutačno važećim dijagnostičkim kriterijima, procjenjivati podatke dobivene iz anamneze i heteroanamneze kroz određeni vremenski period.

Tako su podaci koji se dobiju iz anamneze za **Depresiju (velika depresivna epizoda)**:

- Anhedonija - nesposobnost da se doživi ugodna ili zadovoljstva na podražaje koji su ih inače izazivali
- Povlačenje od prijatelja i obitelji
- Nema motivacije, niska razina tolerancije na frustracije (pa tako raspoloženje možemo opisivati i kao disfornično)
- Vegetativni znakovi - gubitak libida, gubitak na težini i anoreksija, dobivanje na težini i hiperfagija, niska razina energije i umor, nenormalne mjesečnice, nesanica ili hipersomnija
- Opstipacija, suha usta, glavobolja i sl.

Podaci koji se dobiju ispitivanjem psihičkog statusa:

- Opći izgled i ponašanje - psihomotorna usporenost, agitacija, plačljivost, nemar za osobni izgled
- Afekt - sužen, snažanoftun unclear boundaries between disorders, frequent disorder co-occurrence, heterogeneity within disorders, and diagnostic instability. These taxonomies went beyond evidence available on the structure of psychopathology and were shaped by a variety of other considerations, which may explain the aforementioned shortcomings. The Hierarchical Taxonomy Of Psychopathology (HiTOP
- Raspoloženje - depresivno, razdražljivo, frustracija, tuga
- Govor - nema spontanosti, tih, polagan, monoton
- Sadržaj misli - 60% depresivnih bolesnika ima suicidalne ideje, 15% njih počini samoubojstvo, osjećaj beznada, krivnje, bezvrijednosti, halucinacije i sumanutosti, zaokupljenost somatskim tegobama
- Sensorij - lako ga je smesti, teškoće u koncentraciji, slabo pamćenje, očita dezorijentiranost
- Uvid i prosudba - oštećeni zbog kognitivnih oštećenja i povlačenja osobe

Popratna obilježja:

- Somatske pritužbe mogu prikriti depresiju
- Sadržaj sumanutosti i halucinacija, kada su prisutne, obično je sukladan depresivnom raspoloženju - najčešće sumanutosti krivnje, somatske i nihilističke.

Obilježja vezana uz dob:

- Pretpubertetska dob - somatske pritužbe, agitacija, slušne halucinacije s jednim glasom, anksiozni poremećaji, fobije
- Adolescencija - zlouporaba psihoaktivnih tvari, antisocijalno ponašanje, nemir, izostajanje iz škole, problemi u školi, slaba higijena, promiskuitet
- Starija dob - kognitivni deficiti (gubitak pamćenja, dezorijentiranost i smetnost), sindromi demencije, depresija, apatija, rastresenost.

## Manija (manična epizoda)

Podaci koji se dobiju iz anamneze:

- Ekscentrično i dezinhibirano ponašanje - prekomjerno trošenje novca, pretjerano kockanje, hiperseksualnost, promiskuitet

## Poremećaji raspoloženja

- Pretjeranost u aktivnostima i obvezama
- Nizak stupanj tolerancije na frustraciju
- Vegetativni znakovi - povećan libido, gubitak na težini, anoreksija, nesanica, višak energije

Podaci koji se dobiju ispitivanjem psihičkog statusa:

- Opći izgled i ponašanje - psihomotorna agitacija, zavodljiva šarena odjeća, pretjerana šminka
- Afekt - nestabilan, intenzivan
- Raspoloženje - euforično, razdražljivo, koketirajuće
- Govor - potreba za govorom, glasan, dramatičan
- Sadržaj misli - jako povećano samopoštovanje, grandioznost, jaka egocentričnost, sumanutosti
- Proces mišljenja - bujica ideja

Senzorij - teškoće koncentriranja, lako ga je omesti

- Uvid i prosudba - teško oštećeni, potpuno poricanje bolesti, nesposobnost donošenja racionalnih odluka.

## Depresivni poremećaji

Veliki depresivni poremećaj - teški depresivni poremećaj, simptomi moraju biti prisutni najmanje tijekom dva tjedna i moraju predstavljati promjenu od ranijeg funkcioniranja, češći su kod žena nego kod muškaraca 2:1, prisutni su genetski čimbenici, dob početka je prosječno oko 40. godine života.

- S melankoličnim obilježjima - težak je i odgovara na biološke intervencije.
- Kronična velika depresivna epizoda - prisutna je tijekom najmanje 2 godine, češća kod starijih muškaraca.
- Sa sezonskim obrascem - depresija koja se pojavljuje kada se skraćuje dan u zimi i u jesen, a gubi se tijekom proljeća i ljeta (sezonski afektivni poremećaj), obilježena je hipersomnijom, hiperfagijom, usporenošću, umorom.
- S početkom nakon porođaja - teška depresija koja počinje unutar 4 tjedna od porođaja, može biti i hitno psihijatrijsko stanje.
- S netipičnim obilježjima - velika depresivna epizoda obilježena dobivanjem na težini i hipersomnijom, češća je kod žena nego kod muškaraca; 3:1.
- Pseudodemencija - veliki depresivni poremećaj koji se očituje kognitivnim disfunkcijama koje oponašaju demenciju, pojavljuje se kod starijih osoba.

- Depresija kod djece - znakovi i simptomi isti su kao i kod odraslih, nije rijetka - pojavljuje se bježanje od kuće, fobija od škole, mogući su i suicidi.
- Dvostruka depresija - distimični bolesnik koji razvije superponirani veliki depresivni poremećaj.
- Netipična depresija - poznata pod nazivom depresivni poremećaj, neodređen, depresivna obilježja ne zadovoljavaju kriterije za neki od specifičnih poremećaja raspoloženja.

Distimični poremećaj - lakši od velikog depresivnog poremećaja, češći kod žena, sa šuljajućim početkom, pojavljuje se kod osoba s anamnezom dugotrajnoga stresa ili iznenadnih gubitaka, počinje u 20-im ili 30-im godinama, simptomi se pogoršavaju kasnije tijekom dana, simptomi uključuju slab apetit, prejedanje, probleme sa spavanjem, umor, poteškoće u koncentraciji, beznade.

## Bipolarni poremećaji

- Bipolarni I poremećaj - bolesnik u potpunosti zadovoljava kriterije za maničnu ili miješanu epizodu u dostatnoj mjeri da zahtijeva hospitalizaciju.
- Bipolarni II poremećaj - bolesnik je imao najmanje jednu depresivnu i barem jednu hipomaničnu epizodu, ali nije imao maničnih epizoda.
- Bipolarni poremećaj s brzim izmjenama - izmjenjujuće manične i depresivne epizode odijeljene razdobljima od 48-72 sata.
- Adolescentska manija - znakovi manije prikriveni su zlouporabom psihoaktivnih tvari, alkoholizmom, antisocijalnim ponašanjem.
- Ciklotimični poremećaj - lakši oblik bipolarnog poremećaja s izmjenjujućim razdobljima hipomanije i umjerene depresije, stanje je kronično i nepsihotično, a simptomi moraju biti prisutni barem dvije godine, pojavljuje se u kasnoj adolescenciji i česta je zlouporaba psihoaktivnih tvari, ima šuljajući tijek.

## Diferencijalna dijagnoza

**Poremećaj raspoloženja zbog općeg zdravstvenog stanja** - depresivna, manična i miješana obilježja i epizode nalik na velike depresivne koje su sekundarne s obzirom na neku opću bolest (tumori mozga, metaboličke bolesti i sl.).

## Poremećaji raspoloženja

1. Ludilo miksedema - hipotiroidizam povezan s umorom, depresijom i suicidalnim porivima, češći kod žena, može oponašati shizofreniju zbog sumanutosti i halucinacija.
2. Sindrom ludog klobučara - kronična intoksikacija živom koja dovodi do maničnih ili depresivnih simptoma.

**Shizofrenija** - može nalikovati na maničnu, veliku depresivnu ili miješanu epizodu sa psihotičnim obilježjima, da bi ih se razlikovalo, treba se osloniti na obiteljsku anamnezu, tijek, premorbidnu anamnezu i odgovor na liječenje.

**Tugovanje** - nije pravi poremećaj, naziva se i žalovanje, duboka tuga zbog velikog gubitka, povlači se tijekom vremena, obično nakon godinu dana, a očituje se anhedonijom, povlačenjem u sebe (DSM-5 "isključuje isključenje" – tugovanja – žalovanja za postavljanje dijagnoze MDD).

**Poremećaj raspoloženja uzrokovan psihoaktivnim tvarima** - uzrokovan toksinom ili drogom (kokainom, amfetaminima, steroidima), a mora se isključiti kad bolesnik pokazuje depresivne ili manične simptome.

**Poremećaj ličnosti** - doživotni model ponašanja praćen strogim obrambenim stilom; depresija se lakše može razviti nakon stresnih životnih događaja zbog nefleksibilnih mehanizama nošenja s problemima; manična epizoda lakše se razvije kod osoba s već postojećim poremećajem ličnosti.

**Shizoafektivni poremećaj** - znakovi i simptomi shizofrenije praćeni upadljivim simptomima od strane raspoloženja; tijek i prognoza između su onih za shizofreniju i poremećaje raspoloženja

**Poremećaj prilagodbe s depresivnim raspoloženjem** - umjerena depresija koja je odgovor na jasno prepoznatljiv stres i koja se povlači nakon što se povuče stres.

## Tijek i prognoza

- 15% depresivnih bolesnika na kraju počini suicid.
- Neliječena depresivna epizoda traje oko 10 mjeseci.
- Oko 75% bolesnika doživi drugu epizodu depresije u prvih 6 mjeseci nakon prve epizode.
- Prognoza je općenito dobra: 50% se oporavi, 30% djelomično, a 20% ima kroničan tijek.
- 20-30% distimičnih bolesnika razvije veliki depresivni ili bipolarni poremećaj.

- 15% maničnih bolesnika se oporavi, 50-60% djelomično, a ostali imaju kronične simptome i simptome propadanja.

Afektivnost može biti poremećena kvantitativno i kvalitativno.

#### **Kvantitativni poremećaji afektivnosti:**

- depresivno raspoloženje
- hipotimija
- atimija
- apatija
- distimija
- ciklotimija
- hipomanija
- manija
- morija
- emocionalna inkontinencija.

Kvalitativni poremećaji afektivnosti:

- afektivna krutost
- afektivna udaljenost
- paratimija
- paramimija
- anhedonija
- ambivalencija
- anksioznost
- fobija.

Bipolarni afektivni poremećaj nalazi se visoko na ljestvici uzroka globalnog tereta bolesti. Zajedno s depresivnim poremećajem danas je na prvom mjestu. Kod čak do 60% odraslih osoba koje boluju od bipolarnog afektivnog poremećaja, bolest je počela prije 21. godine. Bipolarni afektivni poremećaj s ranim početkom posebno je težak oblik ove bolesti.

U svakodnevnoj kliničkoj praksi često se bipolarni afektivni poremećaj ne prepozna na vrijeme te ponekad prođe i do deset godina do postavljanja adekvatne dijagnoze, a taj period može biti i duži za oblike bolesti s ranim početkom.

Jedan dio osoba oboljelih od depresivnog poremećaja doživljava istovremeno s depresivnim simptomima i subsindromalne hipomanične simptome. Kako takva

## Poremećaji raspoloženja

simptomatika može imati važne prognostičke i terapijske implikacije, uključena je u DSM-5 kao "obilježje mješovitih simptoma" koje se odnosi na osobe koje dosežu prag definirane simptomatike za depresivnu epizodu, ali i za hipomanu epizodu ili na osobe koje imaju sindromalnu maniju i blage depresivne simptome koji ne prelaze prag dijagnostike, ali su ipak prisutni.

Poboljšanje diferencijalne dijagnostike između bipolarnog afektivnog poremećaja i depresije vrlo je važno i može nam pomoći u izbjegavanju postavljanja netočnih dijagnoza koje automatizmom impliciraju netočne ili suboptimalne terapije. To se opet očituje u iskrivljenju optimalnih kratkoročnih i dugoročnih ishoda i prognoze. Precizna diferencijalna dijagnostika omogućuje rano dijagnosticiranje. Oko 20% mladih u jednom trenutku razvije unipolarnu depresiju koja dugoročno značajno povećava rizik od suicidalnosti te oštećuje njihov normalan razvoj. Većina dijagnoza unutar depresivnog poremećaja koje postavljamo spada u veliki depresivni poremećaj, ali treba znati da je upravo veliki depresivni poremećaj čest u mladima s bipolarnim poremećajem. Diferencijalna dijagnoza između dva različita podtipa depresivnog poremećaja važna je ne samo u akademskom kontekstu i u kontekstu istraživanja nego i zbog izbora optimalne terapije. Naime, prva linija terapije za liječenje unipolarne depresije upravo je antidepresiv, no ako samo antidepresivom liječimo bipolarni depresivni poremećaj, može doći do prebacivanja ("switch") u maniju ili u miješanu epizodu.

Podatak o ranijim hipomaničnim epizodama pomaže u postavljanju dijagnoze bipolarnog afektivnog poremećaja. Moramo znati da je upravo depresivna epizoda prva i najčešća manifestacija bipolarnog poremećaja.

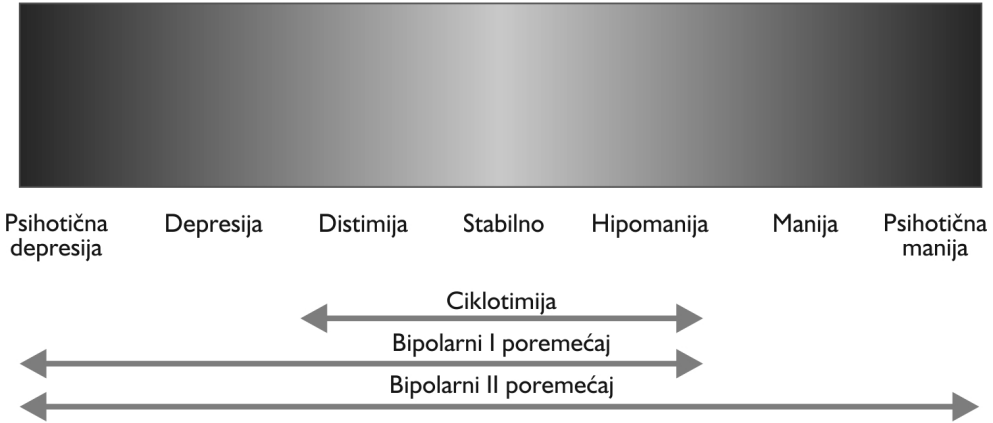
Teško je otkriti eventualne ranije hipo/manične epizode kod aktualno depresivnog pacijenta, posebno ako kliničar ne postavi to specifično pitanje samom pacijentu, ali i osobama iz njegove blizine.

Trenutačno važeće smjernice, odobrene indikacije psihofarmaka u području liječenja depresije, psihotičnih poremećaja, epilepsije i psihotičnih poremećaja unose ponešto konfuzije u postupak odabira optimalne psihofarmakoterapije, posebno osobama koje boluju od depresivnog poremećaja s miješanim obilježjima. Sve navedeno je izazov u snalaženju u svakodnevnoj kliničkoj praksi.

U kontekstu psihopatologije poremećaja raspoloženja važno je spomenuti i shizoafektivni poremećaj. U svakodnevnoj kliničkoj praksi nerijetko se sretnu bolesnici koji imaju i psihotične i afektivne simptome. Često se postavlja pitanje je li nam dijagnoza shizoafektivnog poremećaja uopće potrebna ako znamo da depresivni poremećaj može imati psihotičnu "dubinu" te da unutar bipolarnog afektivnog poremećaja i manična i depresivna faza (amplituda) bolesti može imati psihotične simptome i karakteristike. Oni će u pravilu biti sukladni alteriranom afektu. Vjero-



## SPEKTAR RASPOLOŽENJA



jatno najveća i najteža dijagnostička dvojba postoji kada bolesnik istovremeno ima psihotične i afektivne simptome. Sam termin shizoafektivno postoji od 1933. g. (Kasanin). Od tada postoji dosta kontroverzi vezanih uz ovaj dijagnostički entitet. Bolesnici su uključivani u studije za afektivne i psihotične poremećaje te se dijagnoza ponekad smatrala dijelom kontinuuma između te dvije kategorije, što je samo stvorilo dodatnu dijagnostičku konfuziju.

U DSM-5 - shizoafektivni poremećaj je definiran kao neprekinuti period u kojemu istovremeno postoje afektivni (manija ili depresija) simptomi i simptomi aktivne faze shizofrenije (kriterij A).

Kako bi se shizoafektivni poremećaj razlikovao od depresivnog ili bipolarnog poremećaja sa psihotičnim obilježjima, u nekom trenutku tijekom cjelokupnog trajanja bolesti, sumanutosti ili halucinacije moraju biti prisutne barem 2 tjedna u odsutnosti velike epizode poremećaja raspoloženja (depresivne ili manične) (Kriterij B za shizoafektivni poremećaj).

## Psihodinamski koncept psihopatologije depresije

U psihodinamskim konceptima važno se referirati na Freudovo "Tugovanje i melankoliju" iz 1917. godine kada se pojavljuju prve psihoanalitičke teorije o depresiji i na kleinijansku školu, koja je razradila depresivnu poziciju (što nije sinonim za depresiju). Prema self psiholozima, srž depresije proizlazi iz neuspjeha i osjećaja

## Poremećaji raspoloženja

frustracije u postizanju narcističkih težnji selfa. Psihodinamska razmišljanja tumače depresiju kao vapaj za ljubavi, kaznu superega, povredu selfa i patološki ishod depresivne pozicije Melanie Klein.

Različite škole sagledavaju depresiju od stanja bespomoćnosti do krajnje manipulativnosti. Separacija/gubitak stvarnog, ali ili imaginarnog objekta dovodi do gubitka samopoštovanja. Taj imaginarni ili fantazijski objekt uvodi nas u unutarnji svijet svakog pojedinca u kojem vladaju intrapsihički konflikti između ega, ida i superega, a ne samo u konflikte u međuljudskim odnosima, što daje distinkciju psihodinamskog od biološkog poimanja depresije. Imaginarni objekt može biti ne samo osoba već objekt ili ideja prema kojoj imamo ambivalentne osjećaje, za razliku od žalovanja koje nakon vremenskog perioda može prihvatiti gubitak objekta, što se događa kao zdravi ishod. Nemogućnost prorade ambivalentnih osjećaja vodi u identifikaciju i internalizaciju objekta koji se agresivno napada, što se simptomatski prepoznaje kao depresija. Na taj način osoba ne gubi objekt (on je pounutren-internaliziran), već kompromisno stvara depresivni simptom. Psihodinamska teorija ne gubi iz vida ni vanjski realitet kod razvoja depresije. Stavlja naglasak na fiksacije u fazama psihoseksualnog razvoja i neravnotežu između frustracije i gratifikacije u svakodnevnom životu koje mogu dovesti do pada samopoštovanja.

Strogi superego koji nameće osjećaj krivnje bilo zbog agresivnih, bilo zbog neprihvatljivih seksualnih želja stavlja Edipov kompleks i kastracijski strah u psihodinamsku srž depresije. Ego snage nisu zadovoljile zahtjevni, nemilosrdni superego bilo u obliku moralnih normi, bilo da nisu dosegle zamišljeni stupanj ego ideala, te se superego ponaša prema osobi kažnjavajuće i kao da nema dovoljno kvaliteta koje zaslužuju divljenje. Svaka dinamska škola proučavala je depresiju iz svog gledišta, stoga bi poimanje depresije isključivo kroz strah od superega, bez straha od gubitka objekta i separacijske anksioznosti, bilo redukcionističko.

U depresiji dolazi do povlačenja libidne/agresivne investicije iz vanjskih objekata koji su nam prethodno dali narcističku vrijednost, a onda nas razočarali i istovremeno smanjili našu vrijednost. Time se libidna/agresivna investicija povlači od objekta i preusmjerava natrag u intrapsihički svijet, na introjicirani objekt, što implicira narcističku jezgru depresije. Tako postoje kolokvijalni nazivi "narcističke depresije" koja se može povezati s osjećajem srama i praznine, više nego s osjećajem krivnje i tuge.

Depresija se može poimati kao naporno nastojanje da se povrati osjećaj vlastite vrijednosti, odnosno traganje za izgubljenim samopoštovanjem.

Depresivna pozicija koju razrađuje Melanie Klein doseže se prvi put krajem prve godine djetetova života, kada je dijete sposobno pojmiti cjeloviti za razliku od fragmentiranog objekta. U fragmentaciji se razdjeljuje dobro od lošeg i voljeni objekt ima samo pozitivne karakteristike, dok se agresivna investicija usmjerava prema

lošem objektu. Stapanjem dobrog i lošeg u jedan cjeloviti voljeni objekt i sposobnost poimanja agresivnih pulzija i mržnje prema voljenom objektu stvara osjećaj krivnje, tuge i depresije. Proklizavanja u shizo-paranoidnu i depresivnu poziciju dio su sazrijevanja koje podrazumijeva opetovano revidiranje i pomake u tim pozicijama.

Možemo reći da je S. Freud depresiju smatrao ljutnjom usmjerenom na sebe. Smatrao je da osobe koje boluju od depresije u pravilu doživljavaju gubitak samopoštovanja te samokritičnost koja nije usmjerena prema selfu nego prema introjektu. Opisuje da u nekim slučajevima jedini način na koji ego odustaje od nekog objekta, njegova introjektivna pa ljutnja usmjerena prema objektu prema kojemu imamo ambivalentne osjećaje, dobiva kliničku manifestaciju u obliku depresivnog poremećaja. Nakon konceptualiziranja strukturalnog modela proširuje teoriju na način da uključuje strogi superego koji kažnjava osobu zbog zadržanih destruktivnih želja prema roditeljskoj figuri.

Melanie Klein je konceptualizirala povezanost depresije s reaktivacijom depresivne pozicije, tj smatrala je da je depresivni bolesnik uvjeren da je uništio svoj internalizirani dobar objekt zbog agresije i pohlepe.

**Tablica 1.1** Reformulirana depresivna pozicija

	Self	Drugi
<b>1. Tema</b>	Kritizirajuća Tuga Tjeskoba	Kažnjavajuća Ljutnja Prijezir
<b>2. Afekt</b>	Anhedonija Gađenje/krivnja/ ram Nada	Zavist Nada
<b>3. Regulacija afekta</b>	<p><b>Mehanizmi obrane:</b> acting out, negacija, projekcija, devaluacija, izolacija i splitting, okretanje protiv sebe i/li drugih, somatizacija, manične obrane</p> <p><b>Coping mehanizmi:</b> ventilacija prema drugima bez pokušavanja rješavanja uzroka</p> <p><b>Poduhvati regulacije motivacije:</b> supresija autentičnih interesa u neku aktivnost uz njegovanje motivacije za neautentične poduhvate</p>	
<b>4. Vrijeme</b>	<p><b>Prošlost:</b> "Povrijedio si me" ("zato što sam ja tebe povrijedio ranije").</p> <p><b>Sadašnjost:</b> "Povrjeđuješ me" ("i ja to zaslužujem").</p> <p><b>Budućnost:</b> "Tko će me povrijediti (izliječiti)?"</p>	