

616.895.1

COBISS.SR-ID 146758665

ZNAČAJ DISTINKCIJE UNIPOLARNE DEPRESIJE I DEPRESIVNE EPIZODE KOD BIPOLARNOG AFEKTIVNOG POREMEĆAJA - PRIKAZ SLUČAJA

Vanja Bosić, Boris Golubović, Vladimir Knežević, Aleksandra Dickov, Dušan Kuljančić

UNIVERZITET U NOVOM SADU, MEDICINSKI FAKULTET; KLINIČKI CENTAR VOJVODINE, KLINIKA ZA PSIHIJATRIJU

Sažetak: Uvod: Poremećaji raspoloženja su najzastupljeniji mentalni poremećaji. Dele se na unipolarne depresije i bipolarne afektivne poremećaje. Bipolarni afektivni poremećaji se manifestuju kao manija, hipomanija, mešovita epizoda i depresivna epizoda. Kod bipolarnog afektivnog poremećaja depresivne epizode se javljaju mnogo češće. Hipomanične/manične epizode ostaju neprepoznate kako od strane bolesnika i njegove porodice, tako i od strane lekara usled nedovoljno dostupnih heteroanamnestičkih podataka. Od velikog je značaja podizanje svesti o važnosti detaljno uzete anamneze jer se terapija umnogome razlikuje kod unipolarne depresije i kod bipolarnog afektivnog poremećaja. **Cilj rada** je prikazati značaj razlikovanja unipolarne depresije od depresivne epizode u bipolarnom afektivnom poremećaju i postavljanje odgovarajuće dijagnoze. **Prikaz bolesnika:** Radi se o bolesnici staroj 73 godine koja je u ambulansnom psihijatrijskom tretmanu poslednjih dvadesetak godina vođena pod dijagnozom rekurentne depresije. Prilikom poslednje hospitalizacije dolazi na Kliniku u pratnji dece koji iznose grublje izmene na planu emocija i ponašanja koji su bili praćeni paranoidno – interpretativnim sumanutim idejama. Sve zajedno bi po opisu odgovaralo maničnoj psihotičnoj epizodi u okviru bipolarnog afektivnog poremećaja. Detaljnijim heteroanamnestičkim podacima dobijamo uvid u dosadašnje funkcionisanje pacijentkinje pri čemu je bilo prisutno redovno javljanje lekaru kada bi osetila da je sniženog raspoloženja i otežanog funkcionisanja na svakodnevnom planu, dok bi epizode hipomanije koje su se ogledale eleviranim raspoloženjem, logoroičnošću, ubrzanošću i hiposomnijom uz izostanak pratećeg umora smatrala jednostavno svojim dobrim raspoloženjem. To su smatrali i najbliži članovi porodice i njeno ponašanje pripisivali osobinama njene ličnosti. To je dovelo do toga da je pacijentkinja shvaćena kao rekurentni depresivni poremećaj usled čega je prepisivana terapija samo antidepresivima, a zapravo je usled nedostatka podataka prevedeno da se radi o bipolarnom afektivnom poremećaju. **Zaključak:** Iz priloženog prikaza slučaja, dolazimo do zaključka da je veoma značajna pravovremena distinkcija, kao i adekvatno dijagnostikovanje ova dva poremećaja zbog ordiniranja adekvatne terapije i preveniranja nastanka "switcha" u maniju.

Ključne reči: bipolarni afektivni poremećaj, unipolarna depresija, prepoznavanje hipomanije, psihofarmakoterapija.

UVOD

Najzastupljeniji mentalni poremećaji su poremećaji raspoloženja. Često se javljaju udruženo sa drugim bolestima i to otežava postavljanje tačne dijagnoze. Normalno raspoloženje kao što je osećaj sreće, tuge, ili potištenosti se razlikuje od patološkog po dugotrajnosti, intenzitetu, poremećaju spavanja, apetita, izmenjenim doživljajem stvarnosti i vrlo čestih suicidalnih pokušaja.

Poremećaji raspoloženja se dele na *depresivne* koje se ispoljavaju samo sa simptomima depresivnog sindroma – *unipolarne depresije* i *bipolarne* koje se ispoljavaju u sklopu bipolarnog afektivnog poremećaja. Depresivni poremećaji se mogu javiti u svim životnim dobima. Poznato je da su dvostruko češći kod žena. Oko 350 miliona ljudi u svetu pati od depresije.

Bipolarni afektivni poremećaji su češći u mlađem životnom dobu i javljaju se podjednako često i kod muškaraca i kod žena. Bipolarni afektivni poremećaj je progresivna bolest sa velikim opterećenjem i komplikovanim posledicama, sa depresivnim simptomima mnogo češćim od maničnih simptoma i odgovornim za većinu vremena tokom kojeg pacijenti imaju simptome svoje bolesti [1].

Pravovremena dijagnostika i rani početak adekvatnog lečenja ima za ishod dobru prognozu.

Kod depresivnih poremećaja pacijenti se često žale na nespecifične somatske tegobe kao što su opšta slabost, bolovi u različitim delovima tela i nesanica. Takođe se pominje i osećaj emotivne praznine,

potištenost, plačljivost i preosetljivost. Razmišljanja o samoubistvu su česta jer depresivne osobe ne vide drugi izlaz iz stanja u kome se nalaze.

Kod ovih pacijenata neophodno je utvrditi da li se radi o rekurentnom depresivnom poremećaju ili depresivnoj epizodi u okviru bipolarnog afektivnog poremećaja. Tipični simptomi za depresivnu epizodu su: depresivno raspoloženje, gubitak interesovanja i smanjenje energije. Od ostalih simptoma su prisutni smanjena koncentracija i pažnja, smanjeno samopouzdanje, pesimističan pogled na budućnost, poremećen san, snižen apetit i ideje o suicidu. Depresivna epizoda može biti blaga, umereno teška i teška.

Depresivne poremećaje je neophodno razlikovati od bipolarnog afektivnog poremećaja, anksioznih poremećaja, poremećaja prilagođavanja, poremećaja nastalih zbog štetne upotrebe psihoaktivnih supstanci, shizoafektivnog poremećaja depresivnog tipa, demencija i poremećaja ličnosti. Takođe je potrebno depresivni sindrom diferencirati i od endokrinoloških bolesti, autoimunih bolesti, neuroloških i malignih bolesti.

Bipolarni poremećaji se manifestuju kao manija, hipomanija, mešovita epizoda i depresivna epizoda. Ono što je karakteristično za poremećaje raspoloženja je epizodičnost, što znači da se nakon jedne depresivne, manične ili hipomanične epizode uspostavlja period remisije i oporavka, nakon čega sledi naredna epizoda. Rizik od samoubistva i pokušaja je posebno visok u danima nakon otpusta iz psihijatrijske hospitalizacije, u vezi sa odlaganjem ili nedostatkom odgovarajuće nege nakon toga [2].

Razlikovanje unipolarnog od bipolarnog poremećaja

Najvažnije je prepoznati depresivnu epizodu i utvrditi da li se radi o rekurentnom depresivnom poremećaju ili depresivnoj epizodi u okviru bipolarnog poremećaja.

Za stanje kada je osoba samo depresivna, bez razdoblja manije ili hipomanije, u literaturi se upotrebljava i naziv unipolarna depresija [3]. Pravilno postavljanje dijagnoze (uočavanje razlike između bipolarnog i unipolarnog poremećaja) je najvažnije za procenu terapije potrebne za lečenje.

Glavni problem u postavljanju dijagnoze da li depresija pripada bipolarnoj ili unipolarnoj depresiji su retke epizode manije i hipomanije u bipolarnom afektivnom poremećaju u odnosu na duže i češće periode depresije. Kod većine pacijenata kod kojih je dijagnostikovani bipolarni afektivni poremećaj, bolest je počela sa epizodom depresije, a ne manije [4].

Cilj rada je prikazati značaj razlikovanja unipolarne depresije od depresivne epizode u bipolarnom afektivnom poremećaju i postavljanje odgovarajuće dijagnoze.

PRIKAZ SLUČAJA

Radi se o bolesnici staroj 73 godine, ženskog pola, udovica, ima dvoje dece sa kojima i živi, srednje stručne spreme, po struci knjigovođa, nezaposlena već trideset godina. Kao razlog prestanka radnog odnosa navodi preseljenje iz Hrvatske u Novi Sad kada su izbegli 1991. godine. Do sada nije teže somatski bolovala, ima hipertenziju koja je kontrolisna antihipertenzivima. Nisu dobijeni relevantni podaci o psihijatrijskom hereditetu. Nije uzimala alkohol niti psihoaktivne supstance. Bolesnica je u ambulantom psihijatrijskom tretmanu poslednjih dvadesetak godina, vođena pod dijagnozom rekurentne depresije.

Aktuelno dolazi na Kliniku u pratnji sina i ćerke koji iznose grublje izmene na planu ponašanja kod bolesnice – bila je ubrzana, logoroična, poremećenog cirkadijalnog ritma - malo je spavala, ali nije osećala umor, bila je stalno u pokretu, nemilice je trošila novac i pravila nerealne planove kako će da zaradi dodatne svote novca. Prevažodno eleviranog raspoloženja, sa povremenom razdražljivošću i hostilnošću spram članova porodice koja je bila praćena paranoidno – interpretativnim sumanutim idejama oko krađe novca od strane dece.

Gore pomenute tegobe su trajale oko dva meseca pre nego što je došlo do kulminacije i realizacije hospitalizacije. Počele su postepeno u vidu hiposomnije i potrebe za stalnim pokretom, bez pratećeg umora, uz stalno prisutno povišeno raspoloženje i trošenje novca naručivanjem niza porizvoda sa televizijskih reklama. Potom se javila paranoidna ideacija spram dece i optuživanje da su joj ukrali ušteđevinu koja je zaostala nakon suprugove smrti. Nakon što su joj deca vratila novac, nije došlo do stišavanja tegoba, već se naprotiv problem produbio kada je tražila da ćerka izbaci podstanare iz svog stana “jer uzima njene pare”. Takođe je smatrala da žele “da je smeste u bolnicu”, te da njen boravak na Klinici iskoriste kako bi nesmetano trošili novac koji joj pripada. Prema svemu iznesenom, sama pacijentkinja nije imala uvid u stanje u kom se nalazi. Nakon tri nedelje primenjivanja adekvatne psihofarmakoterapije koju su činili antipsihotik, stabilizator raspoloženja i anksiolitik, dolazi do

povlačenja tegoba i stabilizacije na bihejvioralnom i emotivnom planu.

Uzimanjem detaljnijih heteroanamnestičkih podataka dobijamo bliži uvid u dosadašnje funkcionisanje pacijentkinje. Do sada je bila redovna na ambulantnim kontrolama – javljala se kad god bi osetila da je sniženog raspoloženja, sa otežanim svakodnevnim funkcionisanjem, što je bilo praćeno umorom, malaksalošću, neraspoloženjem i bezvoljnošću za obavljanjem svakodnevnih obaveza. Žalila se na problem sa spavanjem, sniženim apetitom i zaboravnošću. Često se javljao i gubitak samopouzdanja praćen povlačenjem u sebe. Nakon što bi se simptomi depresije povukli ordiniranjem psihofarmakoterapije, pacijentkinja je jedno vreme bivala urednog ponašanja i stabilnog raspoloženja. Potom bi se javljale epizode dobrog raspoloženja, ponekad čak i preterane veselosti, kada je funkcionisala sa malo sna i mnogo pokreta, često im se mešala u život i htela da ima glavnu reč u svemu. Bila je pričljiva, ubrzana i teško zaustavljiva, ali su oni te osobine pripisivali njenoj ličnosti. Takođe je uvek sama odlazila na preglede kod psihijatra, nije želela da iko ide sa njom, te kako ona svoje povišeno raspoloženje i ubrzanost nije doživljavala kao problem, već naprotiv kao način odličnog funkcionisanja, verovatno je izostao adekvatan opis bolesnicinog funkcionisanja između epizoda depresije.

To dovodi do toga da je pacijentkinja shvaćena kao rekurentni depresivni poremećaj usled čega je prepisivana terapija samo antidepresivima, a zapravo je usled nedostatka auto i heteroanamnestičkih podataka previđeno da se radi o bipolarnom afektivnom poremećaju, po gore opisanom prikazu bolesnice tačnije o maničnoj psihotičnoj epizodi u okviru bipolarnog afektivnog poremećaja.

DISKUSIJA

Ova bolesnica je, kao što vidimo iz prikazanog slučaja, lečena dvadeset godina pod dijagnozom unipolarne depresije što nas na osnovu aktuelne kliničke slike i dodatnih detaljnijih heteroanamnestičkih podataka dovodi do zaključka na ranije neprepoznate epizode hipomanije/manije. Klinička slika depresivnih epizoda se ogledala kroz osećaj emotivne praznine, potištenosti, plačljivosti i preosetljivost. Na pitanja je odgovarala sporo, tiho, što je bilo praćeno oskudnom mimikom.

Uobičajeni simptomi unipolarne depresije se dele na psihološke, bihejvioralne i somatovegetativne.

Svaka dijagnoza se postavlja prvenstveno na osnovu anamnestičkih podataka, uočenih psihopatoloških fenomena i toka poremećaja. U ovom slučaju neophodno je bilo da se utvrdi da li se radi o rekurentnom depresivnom poremećaju ili depresivnoj epizodi u okviru bipolarnog afektivnog poremećaja. Tipični simptomi za depresivnu epizodu su depresivno raspoloženje, gubitak interesovanja i smanjenje energije. Od ostalih simptoma su prisutni još i smanjeno samopouzdanje, osećaj krivice, pesimističan pogled na budućnost i ideje o suicidu.

Osnovni simptomi maničnog sindroma su poremećaji emocija (euforično ili razdražljivo raspoloženje), psihomotorni simptomi i znaci (hiperaktivnost) i povećano samopouzdanje. Kod hipomanije simptomi su slični kao kod manije, ali su blaži i kraćeg trajanja. U hipomaničnom stanju se ne javljaju sumanute ideje i halucinacije. Hipomanične epizode se češće javljaju nego što se dijagnostikuju.

Kod ovih pacijenata je važno dobiti podatak o ranijim hipomaničnim epizodama u adolescentskom periodu (što je kod gore pomenute pacijentkinje izostalo), jer u tom slučaju ne bi bila postavljena dijagnoza unipolarne depresije već bipolarnog afektivnog poremećaja. Koncept lečenja se u tom slučaju potpuno razlikuje. Lečenje kod unipolarne depresije se sprovodi kombinovanjem antidepresivnom farmakoterapijom i psihoterapijom, dok se kod bipolarnog afektivnog poremećaja lečenje sprovodi kombinacijom više lekova jer se lečenje deli na nekoliko faza: lečenje akutne manične/hipomanične epizode, lečenje depresivne epizode, faza održavanja i profilaktička faza.

Medikamentozno lečenje akutne manije podrazumeva primenu stabilizatora raspoloženja i antipsihotika. U prvim danima je nekada potrebno davati benzodijazepine. Lečenje depresivne epizode bipolarnog poremećaja obuhvata primenu stabilizatora raspoloženja i antidepresiva. Antidepresivi se ne smeju davati kao monoterapija zbog rizika prelaska u maniju. Štaviše, prepisivanje antidepresiva kod bipolarnog poremećaja je u mnogim slučajevima povezano sa destabilizacijom raspoloženja, posebno tokom terapije održavanja. Nažalost, efikasni farmakološki tretmani za bipolarne afektivne poremećaje nisu univerzalno dostupni, posebno u zemljama sa niskim i srednjim nivoom zdravstvene zaštite [5]. Kod blagih depresivnih epizoda dovoljna je monoterapija stabilizatorima raspoloženja, a kod teških depresivnih epizoda sa psihotičnim simptomima primenjuje se kombinacija antidepresiva, stabilizatora raspoloženja i antipsihotika. Kod faze održavanja se preporučuje doživotno uzimanje stabilizatora

raspoloženja i obavezno je proveravanje nivoa stabilizatora raspoloženja u serumu. Profilaktička faza se nastavlja na fazu održavanja i većina autora smatra da bi profilaktička terapija trebalo da traje doživotno. Primenjuje se monoterapija ili kombinacija stabilizatora raspoloženja. Što se tiče stabilizatora raspoloženja, lečenje litijumom zahteva pažljivije praćenje pacijenata nego pri primeni većine drugih lekova za stabilizaciju raspoloženja. Ovo takođe olakšava identifikaciju novih simptoma povezanih sa suicidalnim ponašanjem uključujući misli i ideje o samoubistvu, ranu agitaciju, disforno raspoloženje, bes i poremećaj cirkadijalnog ritma. Kod primene antidepresiva može izostati željeni efekat ili čak može doći do povećanja uznemirenosti i rizika od suicida, dok kod primene stabilizatora raspoloženja, a naročito litijumovih soli koje se održavaju duže vreme, očekuje se veća efikasnost kod sveobuhvatnog lečenja usmerenog na prevenciju suicida [6]. Primećeno je da je upotreba litijuma ostala stabilna nakon pet godina odpostavljanja dijagnoze i uvođenja litijuma u terapiju što bi moglo ukazivati na dugoročno pridržavanje pacijenata terapije litijumom. Ovo je značajno jer upućuje na to da je zabrinutost za određene neželjene efekte predimenzionirana u poređenju sa efektom i koristima terapije [7].

Jedna od mogućnosti lečenja je elektrokonvulzivna terapija koja se primenjuje kod teraporezistentne ili psihotične depresivne epizode, kod teške psihotične ili na terapiju rezistentne manije. To je takođe terapija izbora kod bipolarnog afektivnog poremećaja tokom trudnoće.

Kod ovakvih pacijenata je ključno razlikovati unipolarnu depresiju od depresivne epizode bipolarnog afektivnog poremećaja. Pogrešno postavljanje dijagnoze unipolarne depresije kod pacijenata sa bipolarnom depresijom ima mnogo štetnih posledica. Neke od tih posledica su korišćenje neadekvatne psihofarmakoterapije, mogućnost "switcha" u maniju i povećani suicidalni rizik [8,9]. Bipolarni i unipolarni poremećaji su takođe povezani sa povećanom impulsivnošću, iako se ona češće javlja kod bipolarnih poremećaja [10]. Kod otprilike jednog miliona ljudi godišnje dovodi do samoubistva. Neophodno je efikasno lečiti depresiju s obzirom da mnogo ljudi pati od nje, a samo polovina doživi potpunu remisiju s tretmanima kao što je farmako i psihoterapija u roku od dve godine od početka lečenja [11]. Kod nekih pacijenata možemo uočiti smanjenu efikasnost antidepresivne terapije zbog toga što se značajan broj pacijenata ne pridržava propisane terapije. Takođe, nema dokaza da pomoćni antidepresivi poboljšavaju procenat odgovora ili simptome depresije kod akutne bipolarne depresije [12]. Depresija kod pacijenata sa bipolarnim afektivnim poremećajem je veliki klinički izazov jer kod takvih pacijenata depresija je povezana sa češćim morbiditetima, kao i mortalitetom i visokim rizikom od samoubistva [13].

U bipolarnoj depresiji rizici za dijabetes melitus, kardiovaskularne poremećaje, kao i metabolički sindrom su nekoliko puta veći od onih za opštu populaciju ili pacijente sa drugim psihijatrijskim oboljenjima [14].

ZAKLJUČAK

Depresija se može javiti kao simptom u okviru različitih psihijatrijskih poremećaja ili kao samostalni entitet. Simptome depresije obuhvataju kombinacije psihičkih, psihomotornih i somatskih simptoma koji se ispoljavaju različitim intenzitetom. Depresija utiče na sve aspekte života Unipolarna i bipolarna depresivna epizoda podrazumevaju razlike u pogledu etiologije, fenomenologije kao i toka i procesa lečenja. Bipolarna depresija je u većoj meri povezana sa labilnošću raspoloženja, motoričkom retardacijom i hipersomnijom. Kod tih pacijenata simptomi se rano javljaju i veća je učestalost epizoda depresije, kao i prisustvo bipolarnog poremećaja u porodici. Dijagnostika bipolarnog poremećaja je nespecifična, dugotrajna, često se dijagnostikuje i leči kao unipolarna depresija. Jedan od razloga je i neprepoznavanje hipomaničnih ili maničnih simptoma od strane pacijenta ili članova porodice koji ih pripisuju dobrom raspoloženju ili samoj ličnosti bolesnika. Do postavljanja ispravne dijagnoze može da prođe i više od deset godina. Kod ovakvih pacijenata je ključno ustanoviti prisutnost maničnih ili hipomaničnih epizoda. Depresija kod pacijenata sa bipolarnim afektivnim poremećajem je veliki klinički izazov jer kod takvih pacijenata depresija je povezana sa češćim morbiditetima, kao i mortalitetom i visokim rizikom od samoubistva. Najvažnije od svega rečenog je voditi računa o specifičnostima svakog pacijenta i tako postići pun efekat lečenja.

LITERATURA:

1. Rolin, Donna, Jessica Whelan, and Charles B. Montano. "Is it depression or is it bipolar depression?" *Journal of the American Association of Nurse Practitioners* 32.10 (2020):703-713.
2. Olsson M, Wall M, Wang S, Crystal S, Liu SM, Gerhard T, Blanco C. Short-term suicide risk after psychiatric hospital discharge. *JAMA Psychiatry*. 2016;73(11):1119-26.
3. D. Begić: Psihopatologija, Medicinska naklada, Zagreb, 2011.
4. Lish JD, Dime-Meenan S, Whybrow PC, Price RA, Hirschfeld RM. The National Depressive and Manic-depressive Association (DMDA) survey of bipolar members. *J Affect Disord*. 1994;31(4):281-94
5. McIntyre, Roger S., et al. "Bipolar disorders." *The Lancet* 396.10265 (2020):1841-1856.
6. Tondo, L., Baldessarini, R.J. Prevention of suicidal behavior with lithium treatment in patients with recurrent mood disorders. *International journal of bipolar disorders* 2024;12:6.
7. Poranen J, Koistinaho A, Tanskanen A, et al. Twenty-year medication use trends in first-episode bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scand*. 2022;146:583-593. doi:10.1111/acps.13504 *La Revue Canadienne de Psychiatrie*
8. Hirschfeld RM, Lewis L, Vornik LA. Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of the national depressive and manic-depressive association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*. 2003;64(2):161-74.
9. Perlis RH, Ostacher MJ, Goldberg JF, Miklowitz DJ, Friedman E, Calabrese J, et al. Transition to mania during treatment of bipolar depression. *Neuropsychopharmacology*. 2010;35(13):2545-52.
10. Ozten M, Erol A. Impulsivity differences between bipolar and unipolar depression. *Indian J Psychiatry*. 2019;61(2):156-60.
11. Fisher J, Cabral de Mello M, Patel V, Rahman A, Tran T, Holton S, et al. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bull World Health Organ*. 2012;90(2):139G-149G.
12. Hu, Y., Zhang, H., Wang, H., Wang, C., Kung, S., & Li, C. (2022). Adjunctive antidepressants for the acute treatment of bipolar depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 311, 114468.
13. Baldessarini, Ross J., Gustavo H. Vázquez, and Leonardo Tondo. "Bipolar depression: a major unsolved challenge." *International journal of bipolar disorders* 8 (2020): 1-13.
14. Baldessarini RJ, Vazquez GH, Tondo L. Bipolar depression: a major unsolved challenge. *Int J Bipolar Disord* (2020) 8(1):1. doi: 10.1186/s40345-019-0160-1.