

Manično depresivni poremećaji

Žufić, Sebastian

Undergraduate thesis / Završni rad

2022

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Pula / Sveučilište Jurja Dobrile u Puli**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:137:881229>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-08-06**



Repository / Repozitorij:

[Digital Repository Juraj Dobrila University of Pula](#)



SVEUČILIŠTE JURJA DOBRILE U PULI
MEDICINSKI FAKULTET U PULI
Preddiplomski stručni studij Sestrinstvo

SEBASTIAN ŽUFIC

MANIČNO- DEPRESIVNI POREMEĆAJ

Završni rad

Pula, rujan 2022.

SVEUČILIŠTE JURJA DOBRILE U PULI
MEDICINSKI FAKULTET U PULI
Preddiplomski stručni studij Sestrinstvo

SEBASTIAN ŽUFIĆ
MANIČNO-DEPRESIVNI POREMEĆAJ

Završni rad

JMBAG: 0236186835, **izvanredni student**

Studijski smjer: Preddiplomski stručni studij Sestrinstvo

Kolegij: Psihijatrija i mentalno zdravlje

Znanstveno područje: Biomedicina i zdravstvo

Znanstveno polje: Kliničke medicinske znanosti

Znanstvena grana: Sestrinstvo

Mentor: Ivica Šain, dr. med.

Pula, rujan 2022.



IZJAVA O AKADEMSKOJ ČESTITOSTI

Ja, dolje potpisan Sebastian Žufić, kandidat za prvostupnika, ovime izjavljujem da je završni rad naslovljen *Manično-depresivni poremećaj* rezultat isključivo mogega vlastitog rada, da se temelji na mojim istraživanjima te da se oslanja na objavljenu literaturu kao što to pokazuju korištene bilješke i bibliografija. Izjavljujem da niti jedan dio Završnog rada nije napisan na nedozvoljen način, odnosno da je prepisan iz kojega necitiranog rada, te da ikoji dio rada krši bilo čija autorska prava. Izjavljujem, također, da nijedan dio rada nije iskorišten za koji drugi rad pri bilo kojoj drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj ili radnoj ustanovi.

U Puli 30.9.2022. godine.

Student



IZJAVA o korištenju autorskog djela

Ja, Sebastian Žufić, dajem odobrenje Sveučilištu Jurja Dobrile u Puli kao nositelju prava iskorištavanja da moj završni rad pod nazivom *Manično-depresivni pormećaji* koristi tako da gore navedeno autorsko djelo kao cjeloviti tekst trajno objavi u javnoj internetskoj bazi Sveučilišne knjižnice Sveučilišta Jurja Dobrile u Puli te kopira u javnu internetsku bazu završnih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice (stavljanje na raspolaganje javnosti), sve u skladu sa Zakonom o autorskom pravu i drugim srodnim pravima i dobrom akademskom praksom, a radi promicanja otvorenoga, slobodnog pristupa znanstvenim informacijama. Za korištenje autorskog djela na gore navedeni način ne potražujem naknadu.

U Puli 30.09.2022. godine

ZAHVALA

Zahvaljujem svom mentoru dr. Ivici Šainu, Voditelju Odjela psihijatrije, te Glavnoj medicinskoj sestri Sonji Žufić na stručnom usmjerenju i savjetima tijekom pisanja ovog završnog rada.

Veliko hvala mojim prijateljima i roditeljima koji su mi puno pomogli i podržavali tijekom školovanja.

SADRŽAJ

1. UVOD	1
2. MANIČNO- DEPRESIVNI POREMEĆAJ	2
2.1. Etiologija.....	3
2.1.1. Genetski čimbenici.....	3
2.1.2. Psihosocijalni čimbenici.....	3
2.2. Epidemiologija.....	4
2.3. Klasifikacija manično depresivnog poremećaja prema DSM – V.....	4
2.3.1. Manično-depresivni poremećaj tip I.....	5
2.3.2. Manično-depresivni poremećaj tip II.....	6
2.3.3. Ciklotimija.....	6
2.4. Klasifikacija manično depresivnog poremećaja prema MKB -10	6
4.4.2 Hipomanična epizoda.....	9
2.4.1. Manična epizoda.....	18
2.4.3. Depresivna epizoda.....	10
2.4.4. Mješovita epizoda	12
2.5. Dijagnoza manično - depresivnog poremećaja.....	12
2.6. Klinička slika.....	15
2.7. Liječenje manično - depresivnog poremećaja.....	16
2.7.1. Uloga medicinske sestre u liječenju pacijenata s manično - depresivnim poremećajem.....	20
2.7.2. Dnevna bolnica.....	24
2.7.3. Psihoterapija.....	25
2.7.4. Kognitivno-bihevioralna terapija.....	26
2.7.5. Obiteljska terapija.....	26
2.7.6. Interpersonalna terapija.....	27

2.7.7. Pristup medicinske sestre u liječenju oboljelih od Manično-depresivnog poremećaja.....	27
3. CILJ RADA.....	29
4. ZAKLJUČAK.....	30
5. SAŽETAK.....	31
6. SUMMARY	32
7. LITERATURA.....	34

1. UVOD

Raspoloženje je unutarnje emocionalno stanje pojedinca, a vanjski izražaj tog stanja je afekt. Raspoloženje se izmjenjuje u svakodnevnom životu, te može biti sniženo ili povišeno, ovisno kako se pojedinac trenutno osjeća, tužno ili sretno. No raspon izmjene raspoloženja mjeri se unutar društveno prihvatljivih granica do koje osoba može kontrolirati.

Promjene raspoloženja koje dijagnosticiramo kao psihijatrijske poremećaje razlikuju se od normalnih izmjena raspoloženja po duljini trajanja, jačini i nemogućnosti kontrole takvog raspoloženja.

Primarni poremećaji raspoloženja nastaju kod pacijenata koji prije nisu bolovali od nekih drugih psihijatrijskih poremećaja ili su samo bolovali od manije ili depresije.

Sekundarni poremećaji raspoloženja nastaju kod pacijenata koji su prije bolovali od nekih drugih psihijatrijskih poremećaja, ali nisu od manije ili depresije.

Kada je raspoloženje patološki sniženo, naziva se depresija, kada je raspoloženje patološki povišeno naziva se hipomanija ili manija. Pacijenti sa sniženim raspoloženjem se osjećaju potišteno, sniženog raspoloženja, interesa i volje, s jakim osjećajem samooptuživanja i osjećaja krivnje i čestim razmišljanjima o suicidu. Pacijenti s povišenim raspoloženjem su puni energije, imaju puno planova, imaju visoko mišljenje o sebi, osjećaj velike snage i sposobnosti, te imaju smanjenu potrebu za snom. Pacijenti kod kojih se javljaju epizode manije i depresije naizmjenično, dijagnosticira se kao manično – depresivni poremećaj.

(Muičević i suradnici 1995.)

Poremećaji raspoloženja karakterizirani su patološkim osjećajima depresije ili manije, u težim slučajevima javljaju se i psihotični simptomi gubitka osjećaja za kontrolu raspoloženja i subjektivni osjećaj velike patnje. Također mogu se javiti promjene u nekim drugim psihičkim i tjelesnim funkcijama.

(<http://www.mentalnozdravlje.ba/uimages/pdf/bipolarniafektivniporemecaj.pdf>)

Poremećaji raspoloženja su nam poznati još u doba starogrčke civilizacije. Hipokrat je prvi počeo koristiti termine melankolije i manije još 400 g pr. Kr. Robert Burton je u 17. stoljeću napisao knjigu „Anatomija melankolije“ koja se bavi liječenjem depresije pomoću plesa i glazbe. Wilhem Griesinger, njemački psihijatar 1845. godine. opisuje u svom udžbeniku Manično-depresivan poremećaj kao dio kliničke slike Schizophrenie. Jean-Pierre Falret, francuski psihijatar je 1854. godine opisao bolest „folie circularie“ u prijevodu s Francuskog jezika znači „kružno ludilo“, gdje karakterizira bolest s izmjenom raspoloženja depresije i manije. Karl Kraepelin, njemački psihijatar 1882 godine. opisuje maniju i depresiju kao dva stanja iste bolesti i naziva je „cyclothymia“. Emil Kraepelin, njemački psihijatar 1911. godine. opisuje bolest s izmjenom raspoloženja manije i depresije, te je naziva manično-depresivna psihoza. (Hrvatsko psihijatrijsko društvo, 2007.)

2. MANIČNO- DEPRESIVNI POREMEĆAJ

Manično-depresivni ili bipolarni afektivni poremećaj, pripada skupini poremećaja raspoloženja. Karakterizira se izmjenom depresivnih i maničnih faza, što utječe na svakodnevni život bolesnika. Izmijenjeno emocionalno stanje jako utječe na ponašanje, raspoloženje i percepciju okoline u kojem živi.

Od manično-depresivnog poremećaja boluje približno 1% svjetske populacije. Obično se pojavljuje u adolescentnoj dobi, kada postepeno narušava kvalitetu života bolesnika i njegove obitelji. Nije poznat uzrok pojavljivanja poremećaja. Broj oboljelih bolesnika se povećava kroz godine, te se i poremećaj pojavljuje u ranijoj životnoj dobi. Raspoloženje predstavlja dugotrajno predvidljivo emocionalno stanje, izmijenjeno između sretnog i tužnog kojeg zdrava osoba može normalno kontrolirati.

Kod manično depresivnog poremećaja stopa suicida je jako visoka. Pokušaji suicida najčešće se događaju zbog neadekvatnog liječenja i neprepoznavanja simptoma bolesti. Takvo stanje ili agresivno ponašanje često je razlog prisilne hospitalizacije.

(Hrvatsko psihijatrijsko društvo, 2007.)

2.1. Etiologija

Uzrok nastanka manično-depresivnog poremećaja nije poznat, ali se smatra da značajnu ulogu imaju genetski i psihosocijalni čimbenici. Poremećaj se često kasno i neadekvatno dijagnosticira zbog sličnih simptoma kao kod npr. depresivnog poremećaja. Kod ženske populacije češće se javljaju poremećaji raspoloženja 20%, u odnosu na muškarce 10% (Hotujac i sur. 2007.)

2.1.1. Genetski čimbenici

Istraživanja pokazuju da genetski čimbenici imaju veliki utjecaj na pojavu poremećaja. 50% oboljelih od bipolarnog poremećaja imaju barem jednog roditelja s bipolarnim afektivnim poremećajem, no ako oba roditelja imaju poremećaj, rizik se povećava do 70% za oboljenje. Također istraživanja pokazuju da pojava poremećaja kod oba jednojajčnih blizanaca iznosi 40-70%, a kod oba dvojajčana blizanaca iznosi 10-20%. (S.Štrkalj-Ivezić: 2011)

2.1.2. Psihosocijali čimbenici

Poznato je da tragični životni događaji, poput gubitka voljene osobe, bračnog partnera, ili kada dijete izgubi jednog ili oba roditelja (posebno majku) ima veliki utjecaj za nastanak depresije. (Mortensen, Pedersen, Melbye, Mors i Ewald, 2003.) U dječjoj dobi razvod roditelja, preseljenje u drugi grad ili školu, maltretiranje ili seksualno zlostavljanje može utjecati na razvoj depresije. Značajnu ulogu ima i odgoj, jer ako se djetetu ne zadovoljavaju njegove potrebe na pravilan način, ono će postati nezadovoljno, razdražljivo, nasilno, ljutito i anksiozno, što može u starijoj dobi može razviti u depresiju. Kod pojedinih istraživanja rezultati su utvrdili da je 85% oboljelih proživjelo stresne situacije u periodu od 8 mjeseci prije pojave depresije. (Frančišković i Moro, 2009).

2.2. Epidemiologija

Poremećaji raspoloženja su najučestaliji psihijatrijski poremećaji. Kod epidemiološkog istraživanja i ovisno o primjenjivanim kriterijima, dobivaju se različiti podatci o učestalosti tih poremećaja. Smatra se da se kod otprilike 20% ženske populacije i 10% muške populacije tijekom života, javlja unipolarna depresija, a 1% je učestalost manično-depresivnih poremećaja u populaciji. Poremećaj je otprilike dvostruko češći kod ženske populacije u odnosu na mušku, no razlog nije poznat. U periodu od 1995 do 2004 godine pod dijagnozom Manično – depresivnog poremećaja, hospitalizirano je dvostruko više ženske populacije u odnosu na mušku populaciju. (Hotujac i sur. 2007)

Smatra se da je veći postotak oboljelih kod ženske populacije zbog izmijene hormona, čestih stresnih situacija, naučenoj bespomoćnosti, te porođaji. Također nema značajne razlike oboljelih od manično-depresivnog poremećaja između različitih rasa, te nema značajnog utjecaja kod socijalno-ekonomskog stanja. U Americi kod populacije boljeg ekonomskog statusa ima više oboljelih od poremećaja raspoloženja, te kod populacije lošijeg ekonomskog statusa obolijevaju češće od shizofrenije.

Kod imigranta i osoba koje nemaju puno kontakta s drugim ljudima češće se javlja unipolarna depresija. Osobe koje žive same ili su rastavljene, češće se javlja manično-depresivni poremećaj, no teško je zaključiti da li je to posljedica ili uzrok nastanka poremećaja koji se najčešće pojavljuje u razdoblju uspostavljanja zajedničkih veza. (Hotujac i sur. 2007)

2.3. Klasifikacija manično-depresivnog poremećaja prema DSM – V

Prilikom dijagnosticiranja poremećaja koristi se DSM-V i MKB 10 (koja je i službena)

Tablica 1

Podjela manično-depresivnog poremećaja prema DSM-V (Američka psihijatrijska udruga, 2014)

Bipolarni poremećaj tip I	<ul style="list-style-type: none"> □ Karakteriziran je s jednom ili više maničnih ili miješanih epizoda obično povezanih s velikom depresivnom epizodom
Bipolarni poremećaj tip II	<ul style="list-style-type: none"> □ Karakteriziran je s jednom ili više velikih depresivnih epizoda povezanih s najmanje jednom hipomaničnom epizodom. ▪ Karakteriziran je 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.
Ciklotimični poremećaj	
Bipolarni poremećaj, neodređen	<ul style="list-style-type: none"> □ Karakteriziran je bipolarnim obilježjima koji ne zadovoljavaju kriterije za bilo koji od specifičnih bipolarnih poremećaja.

DSM-V dijeli manično-depresivni poremećaj na tip I, tip II i ciklotimični poremećaj (Američka psihijatrijska udruga, 2014)

2.3.1. Manično-depresivni poremećaj tip 1

Manično -depresivni poremećaj tip I karakteriziran je s najmanje jednom maničnom ili miješanom epizodom. Za pravilnu dijagnozu treba biti barem jedna manična epizoda koja traje minimalno sedam dana s povišenim raspoloženjem, visokim samopoštovanjem koje varira između samouvjerenosti do izrazite

grandioznosti, smanjenom potrebom za spavanjem, brzog i glasnog govora, impulzivnog ponašanja, povećanom aktivnosti i energije. Depresivna epizoda obilježena je sniženim raspoloženjem, gubitka interesa za svakodnevne aktivnosti. Može se pojaviti u bilo kojem periodu života. (Vuksan-Ćusa, B. 2010).

2.3.2. Manično-depresivni poremećaj tip II

Manično-depresivni poremećaj tip II definiran je izmjenom velike depresivne epizode s izmjenom najmanje jednom hipomaničnom epizodom. Depresivna epizoda mora trajati najmanje deset do petnaest dana, dok hipomanična epizoda najmanje četiri dana. Javlja se smanjena zainteresiranost za uživanje u gotovo svim aktivnostima, gubitak ili povećanje apetita, smanjena koncentracija, neodlučnost, osjećaj krivnje, psihomotorni nemir ili usporenost. Tijekom hipomanične epizode raspoloženje se popravlja, dolazi do povećane aktivnosti ali se smanjuje potreba za snom. (Černi, 2011).

2.3.3. Ciklotimija

Ciklotimija je poremećaj raspoloženja karakteriziran s više dugotrajnih epizoda hipomaničnog ponašanja i blage depresije. U usporedbi s bipolarnim poremećajem tipa I i tipa II simptomi su znatno slabiji te se ne može dijagnosticirati bipolarni poremećaj. Simptomi se obično pojavljuju u adolescentnoj dobi, često se ne primijete zbog osobnih i socijalnih problema, te raznih ovisnosti. Jednako često se pojavljuje kod muškaraca i žena. (Frančišković, T. i Moro, Lj. 2009.).

2.4. Klasifikacija manično depresivnog poremećaja prema MKB -10

Službena klasifikacija koja se kod nas primjenjuje je MKB 10 - objavljena 1992., kod nas prevedena i objavljena 1994 godine, a u primjeni je od 1995., očekuje se MKB 11.

Rad na 10 reviziji MKB-a je počeo u rujnu 1983 godine., u Ženevi kad je sazvan Pripremni sastanak o 10 reviziji MKB-a koji su predvodili voditelji centra Svjetske zdravstvene organizacije za izradu klasifikacije bolesti. 1990 godine. 43 skupština Svjetske zdravstvene organizacije odobrila je 10 reviziju MKB-a, te je službeno podržala preporuku uspostave postupka obnavljanja unutar desetogodišnjeg razdoblja donesenu na Međunarodnoj konferenciji o 10 reviziji MKB-a, održanoj u Ženevi između 26. rujna i 2. listopada 1989. godine., 1893 godine dobiva službeni oblik pod naslovom „Bertillonova klasifikacija ili međunarodni popis uzroka smrti“. 1992 godine. je objavila Svjetska zdravstvena organizacija, koristi se i danas, ali je zadržana kratica MKB. Hrvatski zavod za javno zdravstvo je preveo i s Medicinskom nakladom objavio 10 reviziju 1994 godine., koja je u službenoj primjeni od 1995 godine. (<https://www.medicinskanaklada.hr/mkb-10-me%C4%91unardna-klasifikacija-bolesti-i-isrodnih-zdravstvenih-problema-2>)

Po MKB-10 manično - depresivni poremećaj klasificiran je u poremećaje raspoloženja a označeni su je pod kategorijama od F 30.0 do F 39. a to spadaju bipolarni afektivni poremećaj maniju, depresiju, perzistirajuće poremećaje raspoloženja i povratno depresivni poremećaj raspoloženja. (MKB-10)

Tablica 2.

Službena podjela manično-depresivnog poremećaja prema MKB-10

F30.	Manična epizoda
F30.0	Hipomanija
F30.1	Manija bez psihotičnih simptoma
F30.2	Manija s psihotičnim simptomima
F30.8	Druge manične epizode
F30.9	Manična epizoda, neodređena
F31	Bipolarni afektivni poremećaj
F31.0	Bipolarni afektivni poremećaj, sadašnja epizoda hipomanična
F31.1	Bipolarni afektivni poremećaj, sadašnja epizoda manična bez psihotičnih simptoma

F31.2	Bipolarni afektivni poremećaj, sadašnja epizoda manična s psihotičnim simptomima
F31.3	Bipolarni afektivni poremećaj, sadašnja epizoda blaga ili umjerena depresija
F31.4	Bipolarni afektivni poremećaj, sadašnja epizoda teška depresija bez psihotičnih simptomima
F31.5	Bipolarni afektivni poremećaj, sadašnja epizoda teška s depresivnim simptomima
F31.6	Bipolarni afektivni poremećaj, sadašnja epizoda mješana
F31.7	Bipolarni afektivni poremećaj, sada u remisiji
F31.8	Ostali bipolarni afektivni poremećaji
F31.9	Bipolarni afektivni poremećaj, nespecifičan...

2.4.1. Manična epizoda

Da bi se dijagnosticirao manično-depresivni poremećaj, moramo poznavati dijagnostiku ili simptome manične i depresivne epizode. Manična epizoda zadovoljava kriterij za dijagnosticiranje Manije (F30). Obično manija je poremećaj koji nastaje naglo u nekoliko sati ili nekoliko dana, a ponekada se može razvijati nekoliko tjedana. Manična epizoda može trajati do tri mjeseca, stoga se ne preporučuje prekid terapije u tom periodu. Kako napreduje poremećaj kraći su razmaci između epizoda manije i depresije, a epizode su učestalije (Muičević i suradnici 1995).

Pacijenti su hiperaktivni, prekomjerno pričljivi, povišenog raspoloženja, imaju povećanu seksualnu aktivnost smanjenu potrebu za snom, ubrzan govor, ekscitirani su, ponekad zabavni i izrazito uznemireni. Vanjski izgled im je upadljiv, nose neobične kombinacije odjeće, nakita i pretjerane šminke. Skloni su ovisnosti o kockanju, te alkoholizmu, te gomilanju nepotrebnih predmeta, te zbog promjenjive volje imaju stalnu izmjenu planova i ciljeva (Muičević i suradnici 1995). Kod manične epizode specifično je prekomjerno planiranje i provođenje mnogobrojnih aktivnosti

(Američka psihijatrijska udruga 2014.)

4.2.2. Hipomanična epizoda

Pacijenti u hipomaničnoj epizodi imaju neprimjereno i povišeno raspoloženje koje traje minimalno 4 dana da bi se mogla utvrditi dijagnoza. Simptomi su znatno slabiji nego kod manične epizode, nema potrebe za hospitalizacijom, ali može biti uvod u maniju. Razlika između manije i hipomanije je isključivo u pacijentovoj funkcionalnosti. Kod pacijenta u hipomaničnoj epizodi ne dolazi do većih promjena u raspoloženju što bi utjecalo na socijalni život, ali može nastupiti agresivno ponašanje (Hotujac i sur., 2007.).

Po MKB-10 kategorizira se pod F30. Za postavljanje dijagnoze karakterističan je trijas simptoma, a oni su - povećane motoričke aktivnosti, povišeno raspoloženje i ubrzan govor. Osobe s manijom su hiperaktivne. Ne mogu mirno sjediti, često je prisutno nekontrolirano trošenje novca i upuštaju se u razne aktivnosti. Ubrzanog su misaonog sadržaja i prisutna je lavina ideja. Opisuje ih razdražljivost ili je prisutna euforičnost. Halucinacije su rijetke, ali se često mogu pojaviti sumanute misli. Bolesnici su nekritični prema svome stanju, te nemaju uvida u isto. Ova faza zahtjeva psihijatrijsku hospitalizaciju (Begić, 2014.)

Kod osoba s manijom prisutno je upadljivo ponašanje koje može biti popraćeno promiskuitetnim ponašanjem i ovisnostima ili naprimjer prebrzom vožnji.

Prema MKB-10 manija se dijeli na:

- Hipomanija (F30.0)
- Manija bez psihotičnih simptoma (F30.1)
- Manija s psihotičnim simptomima (F 30.2)
- Hipomanična (F31.0)
- Manična epizoda bez psihotičnih simptoma (F31.1)
- Manična epizoda s psihotičnim simptomima (F30.2).

Prema DSM-5 dijagnostički kriteriji za maničnu epizodu su:(Američka psihijatrijska udruga, 2014.).

- Određeno razdoblje nenormalnog i stalno povišenog, ekspanzivnog ili razdražljivog raspoloženja, koje traje najmanje tjedan dana (ili bilo kojeg trajanja ako je bila potrebna hospitalizacija).
- Tijekom razdoblja smetnji u raspoloženju, bilo je prisutno tri (ili više) od sljedećih simptoma (četiri, ako je raspoloženje samo razdražljivo) u značajnom stupnju: Preuveličano samopoštovanje ili grandioznost, smanjena potreba za spavanjem, pričljivost veća nego obično ili potreba da se stalno govori, gubitak ideja ili subjektivni osjećaj da misli brzaju, rastresenost, intenziviranje aktivnost, usmjerenih ka cilju ili psihomotorna agitacija, pretjerano uključenje u aktivnosti koje imaju veliku mogućnost bolnih posljedica.

Simptomi ne ispunjavaju kriterije za kombiniranu epizodu.

Promjene u raspoloženju su dovoljno ozbiljne da mogu uzrokovati oštećenje u profesionalnom funkcioniranju, svakodnevnim društvenim aktivnostima, međuljudskim odnosima ili mogu zahtijevati hospitalizaciju kako bi se spriječila šteta sebi ili drugima, ili prisutni su znakovi psihotičkog ponašanja.

Simptomi nisu rezultat neposrednih fizioloških djelovanja psihoaktivnih tvari ili bilo kojeg općeg zdravstvenog stanja

2.4.3. Depresivna epizoda

Depresivnu epizodu karakterizira sniženo – depresivno raspoloženje, gubitak interesa uživanja, smanjenje energije, usporena psihomotorika, sniženo osnovno raspoloženje, socijalno povlačenje, usporeno mišljenje i govor te razni tjelesni simptomi. Mogu biti prisutni atipični simptomi, psihotični elementi i suicidalnost (Begić, 2014. (Epizoda depresije je kompleksni poremećaj koji se manifestira kroz praktički sve mentalne i fizičke funkcije, što nepovoljno utječe na psihosocijalno funkcioniranje pacijenta. Ova epizoda uključuje razdoblje od najmanje dva tjedna depresivnog raspoloženja ili gubitka interesa za bilo koju vrstu uživanja u svim aktivnostima, a može

se pojaviti naglo ili se razvijati tijekom nekoliko dana do nekoliko tjedana (Dodig, prema Hotujac i suradnici 2007).

Za pravilnu dijagnozu moraju biti prisutna dva od tri kriterija: dva tjedna depresije, gubitak interesa, ne uživanje u aktivnostima. Ovisno o prisutnosti drugih simptoma - poremećaji spavanja, poremećaji prehrane, smanjen apetit, negativno percipiranje sebe i okoline, smanjenje samopouzdanja, nesanica, tjeskoba, strah od budućnosti, tuga, gubitak volje, anksioznost, osjećaj krivnje, suicidalne misli i problema s tjelesnom težinom - određuje se ozbiljnost depresivne epizode. (Američka psihijatrijska udruga, 1996), prema Hotujac i suradnici 2007).

Pacijenti u depresivnoj epizodi opisuju svoje stanje kao tešku patnju. Pojedini pacijenti zanemaruju svoju osobnu higijenu i vanjski izgled (Vasko Muičević i suradnici 1995.). Kod depresivne faze manično-depresivnog poremećaja postoji veliki rizik od suicida. 2/3 pacijenata planira, a 10-15% pacijenata izvrši suicid (Hotujac i suradnici., 2007).

S obzirom na prisutnost simptoma depresivne epizode dijele se na:

- F31.0 - Bipolarni afektivni poremećaj, sadašnja epizoda hipomanična
- F31.1- Bipolarni afektivni poremećaj, sadašnja epizoda manična bez psihotičnih simptoma
- F31.2 – Bipolarni afektivni poremećaj, sadašnja epizoda manična s psihotičnim simptomima
- F31.3 – Bipolarni afektivni poremećaj, sadašnja epizoda blaga ili umjerena depresija
- F31.4 - Bipolarni afektivni poremećaj, sadašnja epizoda teška depresija bez psihotičnih simptoma
- F31.5 - Bipolarni afektivni poremećaj, sadašnja epizoda teška depresija bez psihotičnih simptoma
- F31.6 - Bipolarni afektivni poremećaj, sadašnja epizoda mješana
- F31.7 - Bipolarni afektivni poremećaj, sada u remisiji
- F31.8 - Drugi bipolarni afektivni poremećaji

- F31.9 - Bipolarni afektivni poremećaj, neodređeni

2.4.4. Mješovita epizoda

Kod miješane epizode do brzog izmjenjivanja ili istovremenih pojavljivanja depresivnih, maničnih i hipomaničnih epizoda, simptomi manije, hipomanije i depresije mogu se izmjenjivati iz dana u dan, te iz sata u sat. Pojavljuju se u trećini, te ponekad i u polovini pacijenata. Kod mješovitih epizoda visok je rizik od suicida (Frančičković i sur.,2009.).

Po DSM-V (Američka psihijatrijska udruga, 2014.) dijagnostički kriteriji za miješanu epizodu su :

- Zadovoljeni kriteriji za veliku depresivnu epizodu te maničnu epizodu (osim trajanja), u trajanju minimalno od tjedan dana sa svakodnevnim izmjenjivanjem.
- Promjene raspoloženja dovoljno su teške da mogu uzrokovati oštećenje u radnom funkcioniranju, uobičajenim socijalnim aktivnostima, vezama s drugim osobama ili mogu zahtijevati hospitalizaciju, kako bi se spriječilo nanošenje zla sebi ili drugima, ili su prisutna psihotična obilježja.
- Simptomi nisu posljedica neposrednih fizioloških učinaka psihoaktivnih supstanci ili nekog općeg zdravstvenog stanja.

2.5. Dijagnoza kod manično - depresivnog poremećaja

Manično depresivni poremećaj se često zamijeni s depresivnim poremećajem jer, se bolesnici u maniji rjeđe javljaju na liječenje, stoga za postavljanje dijagnoze trebaju biti epizode izmijene poremećaja raspoloženja između manije i depresije. To znači da bi trebale postojati dvije manije ili hipomanije, depresije i hipomanije ili depresije i manije. Istraživanja pokazuju je postavljanje dijagnoze na vrijeme samo u 20% pacijenta. Najčešće prve sumnje i simptome poremećaja primijeti obitelj, bliski prijatelji ili liječnik obiteljske medicine. Dijagnoza se postavlja ovisno o prisutnosti simptoma koji zadovoljavaju kriterij iz DSM-V ili MKB-10. Kao dopunsko sredstvo mogu nam poslužiti i upitnici poput DHL-32 i MDQ. Za postavljanje definitivne dijagnoze, potrebna je opsežna klinička procjena od liječnika specijalista psihijatrije.

(Alma Mihaljević i suradnici 2017).

2000 godine Robert M. A. Hirschfeld i njegovi suradnici su osmislili MDQ upitnik koji služi za samoprocijenu manično - depresivnog poremećaja tipa I i II.

MDQ upitnik se sastoji od 17 da/ne pitanja koja ocjenjuju društvenost, energiju, samopouzdanje, raspoloženje, seksualni interes i druga ponašanja. Za pozitivno riješen upitnik, trebaju biti zadovoljena 3 kriterija: 7 ili više pozitivnih odgovora na prvih 13 pitanja, pozitivan odgovor na pitanje br.14 i pitanje br.15 bi trebalo biti „srednje teški problem“ ili „Ozbiljan problem“

Tablica 3

MDQ upitnik

MDQ upitnik		
Da li je ikad postojao vremenski period u kojem se niste osjećali „svoji“ (ali bez utjecaja droge ili alkohola) i...	DA	NE
1. ...osjećali ste se toliko dobro ili toliko hiperaktivno da su drugi ljudi mislili da niste „svoji“ ili ste se osjećali toliko hiperaktivno da ste upadali u neprilike?		
2. ...bili ste toliko iritabilni da ste vikali na ljude ili započinjali fizičke obračune ili svađe?		
3. ...osjećali ste se više samopouzđano od uobičajenog?		
4. ...spavali ste manje nego inače, ali sna vam nije nedostajalo?		
5. ...bili ste pričljiviji nego inače i pričali brže od uobičajenog?		
6. ...mislili su vam bježale i niste ih mogli usporiti?		
7. ...bili ste lako odvučeni stvarima oko sebe, imali ste problema s koncentracijom ili s ostajanjem na zadanom putu?		
8. ...imali ste više energije nego uobičajeno?		
9. ...bili ste puno više aktivniji i radili više stvari nego uobičajeno?		
10. ...bili ste mnogo više društveniji i susretljiviji nego uobičajeno, na primjer telefonirali ste prijateljima usred noći?		
11. ...bili ste više zainteresirani za seks nego inače?		
12. ...radili ste stvari koje nisu uobičajene za vas ili su za druge pretjerane, nepromišljene ili riskantne?		
13. ...trošili ste novac koji je vas i vašu obitelj odvuкао u probleme?		
14. Ako ste stavili DA na jedan ili više pitanja, da li se nekoliko tih stanja dogodilo u istom vremenskom periodu?		
15. Koliki su problem uzrokovala ta stanja za vas – kao npr. bili ste nesposobni za rad, osnivanje obitelji, imali ste probleme s novcem ili zakonom, upadali ste u svađe ili fizičke obračune? <i>Molimo vas odaberite samo jedan odgovor.</i>	Nema problema	Manji problem
	Srednje teški problem	Ozbiljan problem
16. Da li je netko od vaših krvnih srodnika (djeca, blizanci, roditelji, bake i djedovi, ujne, stričevi) imao manično-depresivnu bolest ili bipolarni poremećaj?		
17. Da li vam je ikada liječnik rekao da imate manično-depresivnu bolest ili bipolarni poremećaj?		

2.6. Klinička slika manično-depresivnog poremećaja

Manično depresivni poremećaj obično započinje depresivnom epizodom i predstavlja kronični poremećaj. Samo kod jedne trećine pacijenta izmjenjuju se depresivne i manične epizode. Kod 10 - 20% pacijenata manifestiraju se samo manične faze. (T. D. Meyer, 2008) Izmijene epizode depresije i manije su individualne kod pacijenata koji mogu biti pravilni, naizmjenično ili se nakon nekoliko depresivnih epizoda pojavi i manična epizoda. U kratkom vremenu se mogu izmjenjivati epizode depresije i manije ili tijekom bolesti ima različito duge remisije između epizoda. Kod većine pacijenta prođe tri do deset godina između pojave prvih simptoma manične i depresivne epizode. Upravo zbog ovog vremenskog razmaka pojavljuju se simptomi otežanog dijagnosticiranja i liječenja (Hotujac i sur., 2007.).

Glavno obilježje manično- depresivnog poremećaja je izmjena „ normalnog“ stanja tj. raspoloženja, te izmjena povišenog i sniženog raspoloženja.

Prema DSM-V kod nekih pacijenata javlja više depresivnih faza za kojima slijedi jedna manična ili obratno, govori se o depresivnom ili maničnom podtipu dok ako je podjednak broj depresivnih i maničnih epizoda govorimo o mješovitom tipu ovog poremećaja (Begić, 2014). Ako se depresivna faza izmjenjuje s maničnom fazom govorimo o maničnom- depresivnom poremećaju tipa I, izmjena depresije s hipomanijom označava manično-depresivni poremećaj tipa II. Može se javiti prelazak jedne faze u drugu te pojava remisije među fazama.

Ciklotimija se dijagnosticira kao nestabilno raspoloženje koje uključuje povišeno raspoloženje i razdoblje blage depresije a po DSM- 5 klasifikaciji spada pod manično- depresivni poremećaj.

2.7. Liječenje manično depresivnog poremećaja

Prvi korak kod liječenja je donošenje odluke gdje će se liječenje provoditi, u bolnici ili ambulantno, ovisno o težini kliničke slike. Hospitalizaciju zahtjeva popraćen rizik od samoubojstva, nesposobnost za održavanje brige o sebi, uključujući prehranu, osobnu higijenu i oblačenje. Kod liječenja nije dovoljno samo ukloniti simptome poremećaja, nego je potrebno postići stabilnu remisiju, te prevenciju nove epizode (Muačušević i sur., 1995.).

Liječenje se odvija u kombinaciji psihoterapije i psihofarmakološke terapije (antidepresivima, anksioliticima, antipsihoticima, sedativima i stabilizatorima raspoloženja) Farmakološko liječenje pacijentima omogućuje da žive normalnijim životom izbjegavajući epizode depresije i manije (Hotujac i sur., 2007).

• Liječenje depresivne epizode

Kod 70-80% postiže se remisija. Pacijenta treba obavijestiti da će se u liječenju koristiti psihofarmaci i različite psihološke metode jer je poremećaj vjerovatno nastao međudjelovanjem različitih biokemijskih i psiholoških čimbenika. Pacijentu treba objasniti da se radi o dugotrajnom liječenju. Za djelovanje lijekova je potrebno ponekad do 6 tjedana. Također važno ih je izvijestiti i o mogućim nuspojava lijekova, objasniti da će se sniženo raspoloženje zadnje stabilizirati, jer će se najprije poboljšati apetit i san. Kod manično depresivnog poremećaja, depresivna epizoda je najopasnija jer dvije trećine pacijenata pomišlja na samoubojstvo, stoga ciljevi uspješnog liječenja su:

- otklonjenje suicidalnih misli
- smanjivanje depresivnih epizoda
- sprečavanje izmijene epizoda u maniju ili u miješanu epizodu
- i oporavak kod socijalnog funkcioniranja. (Muačević i sur., 1995).

- **Liječenje manične epizode**

Kod liječenja manične epizode, koriste se stabilizatori raspoloženja, ako su prisutni psihotični simptomi koriste se antipsihotici. Cilj je ublažiti simptome impulzivnosti i agresije, jer ublaživanjem tih simptoma san i koncentracija se poboljšavaju, dok iritabilnost nestaje. (Hotujac, Lj. i sur. 2007).

U liječenju manične epizode koriste se antipsihotici i antiepileptici.

Najčešće se od istih koriste: litij, valproat, karbamazepin, a od antipsihotika: olanzapin, kventiapin, aripiprazol, risperidon, haloperidol i ziprasidon.

Litij, najčešće je korišten i najefikasniji stabilizator. Koristi se kao monoterapija ili u kombinaciji s drugima. Služi za liječenje blage i srednje teške manične epizode, dok kod liječenja teške manije koristi se litij u kombinaciji s klozapinom, okskarbazepinom i elektrostimulativnom terapijom. Litij - manje je učinkovit kod miješanih epizoda, rjeđe se koristi od valproata. Prije primjene litija potrebno je obaviti pregled bolesnika zbog štetnog djelovanja na pojedine organe. (Hotujac, Lj. i sur. (2007).

Psihofarmakološke metode liječenja

Farmakološka terapija omogućuje pacijentima da žive normalnijim i prihvatljivijim životom, smanjuje epizode manije i depresije, te sukobe s obitelji i prijateljima i ostvaruje adekvatnije socijalne interakcije. Liječenje manično depresivnog poremećaja je jedan od najkompliciranijih terapijskih postupaka u psihijatriji. Istraživanja pokazuju da suradnja pacijenta kod uzimanja lijekova je jako važna za poboljšanje zdravstvenog stanja, te kod smanjivanja simptoma i povratka u normalan život. (Američka psihijatrijska udruga, 2002).

A) Liječenje antidepresivima

Antidepresivi su skupina lijekova koja se koristi u liječenju depresivnih simptoma. U 70-80% depresivnih pacijenata primjena antidepresiva dovodi do potpunog ili djelomičnog smanjenja depresivnih simptoma. (Američka psihijatrijska udruga, 2002).

Antidepresivi se moraju pažljivo uvoditi u terapiju zbog moguće izmijene depresivne epizode u maniju ili u miješanu epizodu kod 25-40% pacijenata (Ghaemi i sur., 2003). Najčešće se koriste antidepresivi iz SSRI skupine.(npr. escitalopram.)

Djeluju tako da vezanjem na 5-HT receptore dovode do porasta koncentracije serotonina u sinapsi, presinaptičkim i postsinaptičkim receptorima kao i do ponovne pohrane u vezikule (Jakovljević 2006.) što vodi aktivaciji postsinaptičkih 5-HT1 do 5-HT7 te 5-HT1A receptora i smanjuju opuštanje serotonina iz neurona. (Mihaljević i sur. 2011.)

B) Liječenje stabilizatorima raspoloženja

Stabilizatori raspoloženja su skupina lijekova koji se najčešće koriste u liječenju poremećaja raspoloženja, bipolarnog i shizoafektivnog poremećaja. Najčešće se koriste litij i valproat. Koriste se u dugotrajnoj terapiji održavanja depresije i manije, te kod liječenja agresivnog ponašanja kod pacijenta koji imaju bipolarni poremećaj.

Litij kod 78% pacijenata znatno smanjuje manične i depresivne epizode, također može smanjiti agresivno ponašanje, te je jedini lijek koji ima antisuicidalni učinak kod manično-depresivnog poremećaja, no potrebno je 6-8 tjedana da počne djelovati (Baldessarini i sur., 1998).

Nuspojave litija su poprilično ozbiljne, stoga je potrebno kontrolirati koncentraciju litija u krvi (referentni raspon litija u krvi je od 0,6 do 1,2 mmol/l). Može dovesti do poremećaja i rada štitnjače, što kod muških pacijenata češće uzrokuje tremor, dok kod ženskih pacijenata uzrokuje povećavanje tjelesne mase (Chantal, 2002). Litij može izazvati funkcionalne i morfološke promjene u bubrezima, može oštetiti živčani i neuromišićni sustav, može prouzrokovati glavobolje, mišićnu slabost, ataksiju, facijalni spazam, tinitus, usporenje funkcije crijeva i mokraćnog mjehura, otežanu koncentraciju i pamćenje, mučninu povraćanje i dijareju. (Muičević i sur. 1995.).

C) Liječenje antipsihoticima

Antipsihotici su lijekovi koji uklanjaju ili ublažavaju psihotične simptome. Dijelimo ih u dvije skupine:

1. Atipsihotici I generacije / klorprozamin, perfenazin, haloperidol, flufenazin, promazin/
2. Antipsihotici II generacije / klozapin, olanzapin, kvetiapin, asenapin, risperidon, paliperidon, ziprasidon, iloperidon, lurasidon, sertindol/

Nuspojave antipsihotika mogu biti ekstrapiramidne:

- a) Parkinsonizam je tremor u mirovanju koji nastaje zbog poremećaja strukture ili funkcije motoričkih puteva bazalnih ganglija, kao nuspojava antipsihotika pojavljuje se u 15% pacijenata.
- b) Distonija je nevoljna kontrakcija i grčenje mišića, može zahvatiti svaki dio tijela, najčešće budu zahvaćeni mišići glave i vrata.
- c) Tardivna diskinezija je nevoljna kontrakcija mišića lica, ponavljanih pokreta, najčešće oko područja usta, te ritmični pokreti jezika, čeljusti i ekstremiteta
- d) Ataksija je motorički nemir udova, praćen subjektivnim osjećajem mišićne napetosti. Pacijenti obično imaju simptome neprekidnog hodanja, brzog izmjenjivanja sjedenja i ustajanja. Javlja se u 25% pacijenata.

- Osim ekstrapiramidnih nuspojava mogu se javiti ostali: osip, vrtoglavica, glavobolja, tahikardija, problemi kod mokrenja, visoka tjelesna temperatura i porast tjelesne težine. . (Muačušević i suradnici 1995).

Najčešće nuspojave antipsihotika II generacije: antagonističkim učinkom na H1 i 5HT_{2C}- receptorima uzrokuje povećanje tjelesne težine , te ima i diabetogeni potencijal / snažna blokada M₃- receptora /

D) Liječenje antiepilepticima

Antiepileptici su lijekovi koji se koriste u liječenju epilepsije, kod liječenja manično depresivnog poremećaja se koriste kao stabilizatori raspoloženja.

Postoje IV generacije antiepileptika:

- Antiepileptici I generacije: fenobarbital, metilfenobarbital, primidon
- Antiepileptici II generacije: karbamazepin, fenitoin
- Antiepileptici III generacije: etosukcimid, valproat
- Antiepileptici IV generacije: lamotrigin, topiramat, gabapentin, pregabalin, vigabatrin, levetiracetam, okskarbazepin, zonisamid, klobazam

Najčešće se koriste karbamazepin i lamotrigin.

Karbamazepin se koristi kad se u maničnoj epizodi pojavljuju simptomi manije, kod pacijenta sa miješanim epizodama. Znatno se smanjuju simptomi manije i depresije. (Weisler, 2006)

Nuspojave mogu biti: probavne smetnje, ataksija, aplastična anemija i agranulacitoza, disfunkcije jetre i eritematozni osip. (Katzung, 2011).

Lamotrigin se koristi kod pacijenata koji boluju od manično depresivnog poremećaja tipa I, u svrhu smanjenja mogućnosti pojave novih depresivnih i maničnih epizoda. (Ljubičić, 2007; prema Hotujac i sur., 2007).

Nuspojave mogu biti: glavobolja, mučnina, dvoslika, pospanost, te kožni osip ali najčešće kod djece (Katzung, 2011)

2.7.1. Uloga medicinske sestre u liječenju pacijenata s manično - depresivnim poremećajem

Uloga medicinske sestre kod liječenja primjenom socioterapijskih i psihoterapijskih metoda

1. Terapijska zajednica- psihoterapijska tehnika koja se primjenjuje u resocijalizaciji i rehabilitaciji pacijenata (značaj socijalnih i interpersonalnih utjecaja) Obično se organizira na bolničkim psihijatrijskim odjelima gdje su pacijenti i osoblje u interakciji. Njen rad se bazira na važnosti međuljudskih

odnosa bolesnik – medicinsko osoblje, između osoblja međusobno i pacijenta međusobno. Važno da pacijent u takvom tipu liječenja bude stimuliran da zauzme što aktivniju ulogu u vlastitom liječenju. Terapijska zajednica ima oblik samouprave gdje bolesnici i osoblje rješavaju probleme zajednički. Medicinska sestra u terapijskoj zajednici obavlja svoj posao samostalno u okviru multidisciplinarnog tima koji nastoji izbjeći tradicionalne hijerarhijske modele rada i komuniciranja. Medicinska sestra najviše vremena provodi s pacijentima i tako postaje važna karika u lancu prijenosa informacija od pacijenta do liječnika i na taj način pomaže u stvaranju realne slike stanja pacijenta i što bržem i efikasnijem oporavku. Medicinska sestra u terapijskoj zajednici aktivno sudjeluje u podjeli odgovornosti, zajedničkom donošenju i demokratskom usavršavanju aktivnosti u zajednici. Temelj dobrog funkcioniranja u timu terapijske zajednice leži i u humanosti, znanju i iskustvu medicinske sestre i njenoj sposobnosti za adaptaciju, želji za učenjem kako o drugima tako i o sebi. (Psihijatrijsko sestrinstvo u zajednici, 2012.)

2. Uloga medicinske sestre u malim socioterapijskim grupama i kao dio terapijskog tima dnevne bolnice. Da bi medicinska sestra mogla sudjelovati u radu psihoterapijskog tima uvjet je psihoterapijska izobrazba potrebna za taj rad, te da posjeduje potrebne kvalitete terapeuta – voditelja grupe. Prijaznost, stalna briga za pacijenta, empatija, bez izražavanja osuda i nadmoći, poznavati modele djelotvorne komunikacije, poznavanje profesionalnih granica itd. (Psihijatrijsko sestrinstvo u zajednici, 2012.)

Kod liječenja manično – depresivnog poremećaja uloga medicinske sestre je bitna u provođenju medicinsko tehničkih postupaka, profesionalne brige o pacijentu, edukacije pacijenta i obitelji, psihološke potpore, pisanje dokumentacije itd. Zajedno s liječnikom i ostalim članovima tima sudjeluje u dijagnostičkim, terapijskim i rehabilitacijskim postupcima. Zajedno u timu kreiraju plan života u terapijskoj zajednici. Medicinska sestra mora biti izrazito susretljiva i odgovorna prema bolesnicima, te mora voditi brigu o privatnosti i dostojanstvu bolesnika. Trebala bi imati terapijski odnos s bolesnikom, jer na taj način djeluje pozitivno na liječenje i suočavanje s bolešću. Takav odnos bolesnik može i ne mora prihvatiti, jer ponekad mogu biti agresivni, konfliktni, te mogu biti i pretjerano intimni ili povezani sa

medicinskom sestrom. Bolesnik prilikom hospitalizacije suočen je sa puno problema, najčešće osjećaju strah i nepovjerenja prema medicinskom osoblju. Dobra komunikacija između medicinske sestre i bolesnika je bitna da bi bolesnik stekao povjerenje prema medicinskom osoblju, razvio samopouzdanje te da lakše prihvati svoju bolest i metode liječenja.

Naročito je bitna uloga medicinske sestre kada su prisutne indikacije za hospitalizaciju, a to su: visok rizik za suicid, neupućenost pacijenta u vlastito zdravstveno stanje i potrebu za liječenjem te agresivno ponašanje koje bi moglo ugroziti pacijenta ili nekoga iz njegove okoline. Njena prisutnost je neophodna ukoliko postoji potreba za stalnim nadzorom pacijenta zbog uvođenja novih lijekova u terapiju, te lošijeg fizičkog i zdravstvenog stanja pacijenta .

(<http://www.mentalnozdravlje.ba/uimages/pdf/bipolarniafektivniporemecaj.pdf>)

Neke od sestrinskih dijagnoza kod liječenja hospitaliziranih bolesnika s dijagnosticiranim manično-depresivnim poremećajem:

- A) Visok rizik za samoubojstvo u/s osnovnom bolesti

Cilj: Pacijent neće izvršiti samoubojstvo za vrijeme hospitalizacije, te **p**acijent će zatražiti pomoć kada osjeti autodestruktivne nagone

Sestrinske intervencije:

1. Redovno kontrolirati da li je pacijent popio ordiniranu terapiju (davati je pod nadzorom)
2. Poticati pacijenta da sudjeluje u svakodnevnim aktivnostima na psihijatrijskom odjelu.
3. Biti uz pacijenta kada god je moguće
4. Osigurati nadzor pacijenta sukladno riziku za počinjenje samoubojstva.

5. Osigurati sigurnu okolinu pacijentu – ukloniti potencijalno opasne predmete (oštre predmete i uređaje, elektroničke uređaje, staklene predmete, užad i remenje, lijekove itd.)
6. Osigurati odnos povjerenja temeljen na empatiji i aktivnom slušanju.
7. Osigurati dovoljno vremena za komunikaciju s pacijentom
8. Potaknuti komunikaciju u kojoj će pacijent izraziti svoje negativne emocije i osjećaje.
9. Potaknuti pacijenta da otkrije vlastitu snagu i sposobnosti.

(SESTRINSKE DIJAGNOZE 3 Hrvatska Komora Medicinskih Sestara Zagreb, 2015.)

- B) Visok rizik za samoozljeđivanje u/s osnovnom bolesti, agresivnosti i uznemirenosti

Cilj: Pacijent se neće ozlijediti, te pacijent prepoznaje nagone za samoozljeđivanjem, prijavljuje ih liječniku .

Sestrinske intervencije:

1. Osigurati odnos povjerenja.
2. Potaknuti pacijenta da izrazi svoje osjećaje.
3. Uključiti pacijenta u grupe podrške.
4. Potaknuti pacijenta na korištenje metoda relaksacije.
5. Reagirati pri najmanjim znakovima uzbuđenosti.
6. Podučiti obitelj intervencijama u slučajevima pokušaja samoozljeđivanja.

7. Koristiti metodu igranja uloga za učenje suočavanja u odnosima s drugim ljudima

(SESTRINSKE DIJAGNOZE 3)

- C) Visok rizik za nasilno ponašanje u/s osnovnom bolesti

Cilj: Pacijent će uspostaviti kontrolu ponašanja, te će verbalizirati uzroke frustracija i verbalizirati vlastite osjećaje.

Sestrinske intervencije

1. Omogućiti pacijentu izražavanje osjećaja.
2. Iskazati empatiju
3. Educirati pacijenta o načinima suočavanja sa stresom.
4. Koristiti čaše i pribor za jelo kojim se ne može nanijeti ozljeda.
5. Podržati nastojanja pacijenta da kontrolira ponašanje
6. Osigurati dovoljno osoblja za kontrolu nasilnog ponašanja.
7. Izbjegavati dodirivanje pacijenta, te Izbjegavati dugotrajan kontakt očima
8. Osigurati dovoljno osobnog prostora pacijentu koji je agitiran
9. Poticati pacijenta na sudjelovanje u rekreacijskim aktivnostima, te poticati ga da sudjeluje u grupnoj terapiji (HKMS, 2015)

2.7.2. Dnevna bolnica

Dnevna bolnica je izvanbolnička psihijatrijska djelatnost koja se bavi liječenjem psihijatrijskih poremećaja te omogućuje pacijentima stalno održavanje veze s okolinom, sprječavanje društvene izolacije, te ponovno uključivanje u zajednicu.

Dnevna bolnica nudi vrlo povoljno rješenje povezivanja šire društvene zajednice kao i tradicionalne institucionalne psihijatrije. Kvalitetan odnos između pacijenta i terapeuta

je važniji od tehnika kojom se terapeut služi. (Vuletić 1999) Troškovi rada u dnevnoj bolnici iznose trećinu cijene bolničkog liječenja, te ima značajan učinak kad je postavljena dijagnoza. (Gruden 1998)

U dnevnoj bolnici radi tim stručnih radnika koji su: psihijatar, psiholog, socijalni radnik i medicinska sestra. Voditelj dnevne bolnice je psihijatar koji obavlja redovite kontrole, kreira program rada, procjenjuje indikacije za hospitalizaciju, regulira psihofarmakoterapiju i prati promjene ponašanja.

Medicinska sestra najviše vremena provodi s pacijentima, stoga sudjeluje u provođenju, uključena u sve aktivnosti u dnevnoj bolnici, pridonosi ideje kod stvaranja programa rada dnevne bolnice.

2.7.3. Psihoterapija

Psihoterapija je psihološka metoda liječenja psihičkih poremećaja koja se bazira na terapijskom odnosu između pacijenta i psihoterapeuta, verbalnu i neverbalnu komunikaciju uz upotrebu raznih metoda i tehnika. U svakoj psihoterapiji emocionalni odnos između pacijenta i psihoterapeuta ima glavnu ulogu.

Psihoterapija je djelotvornija kod depresivne epizode, jer kod manične epizode pacijent ne može aktivno sudjelovati u terapiji.

Psihoterapija je ujedno i istraživanje psihičkog života pacijenata, oslobađanje njegovih poteškoća, pomaže pacijentu kod smanjivanja radne i socijalne disfunkcije, poučava ga kako se suočavati sa životnim problemima te bolje razumjeti efekte psihoterapije u odnosima sa obitelji i okolinom. Cilj psihoterapije je smanjivanje simptoma poremećaja, sprječavanje povratka bolesti, te pomoć kod oporavka psihosocijalnog funkcioniranja. S obzirom da je manično depresivni poremećaj kronična i povratna bolest, stres i teške životne situacije kao što su: smrt voljene osobe, gubitak posla ili fizička bolest mogu imati utjecaj na pogoršanje manične i depresivne epizode kao i povratak bolesti. (Ellicott, Hammen, Gitlin, Brown i Jamison, 1990).

Edukacija o mentalnom zdravlju je psihoterapijski pristup od velike važnosti za pružanje informacija pacijentima i njihovim obiteljima o poremećaju, metodama liječenja, mogućim nuspojavama i terapijskim rezultatima.

Kod tretmana manično-depresivnog poremećaja često se koriste kognitivno-bihevioralna terapija, obiteljska terapija i grupna psihoterapija (Gregurek, 2007; prema Hotujac i sur.,2007)

2.7.4. Kognitivno-bihevioralnom terapija

Kognitivno-bihevioralna terapija je kratkotrajna usmjerena prema konkretnim emocionalnim problemima i neadekvatnom ponašanju koji su rezultat iskrivljenog načina razmišljanja zbog pacijentove disfunkcionalnog razmišljanja o sebi i okolini, što se očituje o ranijim životnim iskustvima. Usmjerena je na činjenici da **na** pacijenta ne utječu vanjski utjecaji: okolina i razne životne situacije i problemi, nego misli direktno utječu na njegovo ponašanje i osjećaje. Ovom terapijom se kod pacijenta pokušava stvoriti kognitivna promjena o njegovom mišljenju i mehanizmu vjerovanja dugotrajne promjene u ponašanju. (Beck, 1995)

Kognitivno-bihevioralna terapija je usmjerena na pomaganje i poučavanje pacijenta kako da dođe do cilja koji si je sam postavio, a ne da mu se govori što da radi. (Hoffman, S. G. i drugi 2012.)

2.7.5. Obiteljska terapija

Kod liječenja manično depresivnog poremećaja, obitelj ima važnu ulogu kod prepoznavanja simptoma bolesti, te moguće remisije. Nastavak liječenja nakon hospitalizacije u svojoj obitelji zahtjeva psihosocijalne intervencije u koju se uključuje rad s obitelji jer briga za osobu oboljelu od manično depresivnog poremećaja je jako iscrpljujuća i komplicirana, te opasnost od nepravilnog postupanja prema pacijentu od strane obitelji (Reinares M.,2016.).

Terapijski postupak traje devet mjeseci. Sastoji se od 21 seanse psihoedukacije gdje se obitelj poučava o komunikacijskim vještinama. U početku se terapije provode jednom tjedno, prvih tri mjeseca, zatim dva puta tjedno, te jednom mjesečno do kraja

devetog mjeseca terapije. Tijekom terapije terapeut pokušava argumentirati problem i predstavlja ga kao lošu obiteljsku komunikaciju da bi motivirao članove obitelji na pozitivne promjene koje svatko od njih može pridonijeti. U obiteljskoj terapiji mogu sudjelovati roditelj, brat, sestra, supružnik ili dijete. (Nietzel, M. T., Bernstein, D.A. i Milich, R. (2001))

2.7.6. Interpersonalna terapija

Interpersonalna psihoterapija je kratka i ciljana psihoterapija koja se bazira na trenutne probleme, frustracije, brige i želje, međuljudskim odnosima i konfliktima. Primarni cilj je pomaganje pacijentima kod promjene svoje životne situacije prije nego ju razumiju i prihvate. Interpersonalna terapija je nastala 1940-ih godina. Obično se napravi 15-20 seansi u periodu od 4-5 mjeseci. (Milica Milojević i Marina Hadži Pešić, 2012.)

Prvenstveno se je koristila u liječenju depresije, no od nedavno se koristi u liječenju poremećaja prehrane, bračnih problema, te kod liječenja ovisnosti o opojnim sredstvima. Kod početka liječenja prvenstveno se radi na dobivanju pacijentovog povjerenja, zatim se pokušava procijeniti trenutnu kvalitetu pacijentovog interpersonalnog funkcioniranja, te problem koji je doveo do pogoršanja bolesti. S vremenom se pojačava pritisak na pacijenta da pokuša riješiti svoje interpersonalne probleme koje je terapeut ustanovio. (Frank, i sur. 2000) (Milica Milojević i Marina Hadži Pešić, 2012.)

2.7.7. Pristup medicinske sestre u liječenju oboljelih od Manično-depresivnog poremećaja

Specifična uloga psihijatrijske medicinske sestre kod liječenja Manično-depresivnog poremećaja je izrazito važna kao bitan dio terapijskog tima. Ona u svom radu primjenjuje sva načela zdravstvene njege psihijatrijskog bolesnika.

Pri tome je važno da prihvaća pacijenta kao cjelovito biće (holistički pristup), poštujući njegovu individualnost, njegovo dostojanstvo i privatnost, te pokazujući empatiju i razumijevanje u kontaktu s bolesnikom.

Bolesnik mora osjetiti da mu je ona dostupna i na raspolaganju, spremna odvojiti vrijeme za razgovor s njime. U komunikaciji primjenjuju se vještine asertivnog slušanja, pacijentu pokazuje da su jednaki, da nema zlouporabe moći od strane onog koji pruža pomoć. (Psihijatrijsko sestrinstvo u zajednici, 2012.)

Postići pozitivan terapijski odnos medicinska sestra – pacijent koristan je za medicinsku sestru i za pacijenta. Pacijent se mora osjećati respektiran i važan od strane medicinske sestre i prihvaćen sa svim svojim problemima i greškama. Takav terapijski odnos dovodi do oporavka pacijenta i njegovog osnaživanja.

Prijateljsko ponašanje, iskrenost u odnosu, prirodnost i autentičnost medicinske sestre izgrađuje lječidbeni terapijski odnos. Jedino takvim odnosom možemo pridobiti pacijenta na suradnju. Ovakvim pristupom postiže se to da on spontano surađuje kod uzimanja terapije, provođenja medicinsko tehničkih postupaka, osobne higijene, posebno kod primjene socioterapijskih i psihoterapijskih metoda liječenja. Psihijatrijska medicinska sestra ne smije imati predrasude u svezi mentalnih poremećaja. Stigmatizacija psihijatrijskih bolesnika još uvijek je prisutna u svim segmentima našeg društva, samo dobro educirana medicinska sestra može kvalitetno raditi na destigmatizaciji i diskriminaciji psihijatrijskih pacijenata.

Glavno oruđe u radu medicinske sestre na psihijatrijskom odjelu je kvalitetna edukacija koja uključuje znanje o psihijatrijskim bolestima, osnovno znanje o farmakoterapiji – djelovanju i nuspojavama, socioterapijskim i psihoterapijskim metodama liječenja, te radu na sebi.

(Psihijatrijsko sestrinstvo u zajednici, 2012.)

3. CILJ RADA

Cilj ovog završnog rada je :

- prikazati specifičnosti osoba s dijagnosticiranim manično - depresivnim poremećajem
- prikazati ulogu medicinske sestre/ tehničara u procesu liječenja kod osoba s manično-depresivnim poremećajem.
- važnost psihijatrijske i psihoterapijske edukacije medicinskih sestara u radu s pacijentima s Manično-depresivnim poremećajem

Također, cilj je prikazati različite faze Manično-depresivnog poremećaja, kako ih prepoznati, liječenje i ulogu medicinske sestre i plan zdravstvene njege u radu s bolesnikom oboljelog od Manično-depresivnog poremećaja. Kako prepoznati i liječiti bolesnika sa suicidalnim ponašanjem, te kako spriječiti suicid.

4. ZAKLJUČAK

Manično depresivni poremećaj je kompleksna bolest, sa složenim simptomima koji se u početnoj fazi bolesti ponekad i ne uočavaju, zbog čega se i ponekad kasnije dijagnosticira. Poremećaj utječe ne samo na pacijenta, nego i njegovo radno i društveno okruženje, te općenito na kvalitetu života. Potreban je veliki trud kod liječenja u kombinaciji s farmakološkom terapijom i psihoterapijom. S obzirom da je svaki pacijent drugačiji i da su simptomi bolesti kompleksni, potrebno je kod svakog pacijenta, ukoliko je moguće, imati individualizirani pristup. Često pacijenti zbog svoje bolesti budu društveno izolirani, rijetko se samostalno prijave na liječenje, obično se jave dok su u depresivnoj fazi ili nakon pokušaja suicida, jer dok su u maničnoj fazi misle da im pomoć nije potrebna.

Najveći problem kod manično depresivnog poremećaja je suicid, jer 10-15% pacijenata izvrši suicid.

Medicinska sestra u psihijatriji djeluje kao dio multidiscipliniranog tima koji sačinjavaju. psihijatar, medicinska sestra, radni terapeut, socijalni radnik, psiholog...

Medicinska sestra u svom radu primjenjuje principe psihijatrijske zdravstvene njege, primjenjujući iste aktivno uključuje pacijenta u terapiju i rehabilitaciju u bolničkim i izvanbolničkim uvjetima. Psihijatrijska sestrinska praksa temelji se na poznavanju psihičkog života i psihopatoloških zbivanja oboljele osobe, te na poznavanju bioloških i socijalnih – patoloških utjecaja na određenu osobu. Medicinska sestra treba razumjeti bolesnika i njegovo ponašanje, odnosno poruke koje bolesnik simptomima upućuje okolini. Kvalitetan odnos medicinske sestre i psihijatrijskog pacijenta baziran je na kvalitetnoj komunikaciji. Kvalitetna komunikacija određena je komunikacijskom sposobnošću medicinske sestre stupnjem suosjećanja (empatije) međusobnog uvažavanja i povjerenja, suradnje, profesionalnosti i etičnosti. Kvalitativno educirana psihijatrijska medicinska sestra može maksimalno iskoristiti svoju mogućnost terapijskog djelovanja na bolesnika. Zato mora posjedovati znanje i iz područja psihologije, psihodinamike, razvoja ličnosti, socijalne psihijatrije i druga. Psihijatrijska sestra se dakle mora tijekom svojeg radnog vijeka neprekidno obrazovati. (Francisković, Moro i sur. 2004)

5. SAŽETAK

Manično-depresivni ili bipolarni afektivni poremećaj pripada skupini poremećaja raspoloženja. Karakterizira se izmjenom depresivnih i maničnih faza, što jako utječe na svakodnevni život bolesnika i na ponašanje, raspoloženje i percepciju okoline u kojoj živi.

Uzrok nastanka manično-depresivni poremećaja nije poznat, ali se smatra da značajnu ulogu imaju genetski i psihosocijalni čimbenici.

Prema službenoj klasifikaciji MKB-10 koja je kod nas u primjeni od 1995 godine, Manično-depresivni poremećaj klasificiran je poremećaj raspoloženja, a označen je pod kategorijom od F30 do F31.9.

Prema DSM-V klasifikaciji (Američka psihijatrijska udruga 2014 godine) Manično depresivni poremećaj klasificira se na Bipolarni poremećaj tip 1, Bipolarni poremećaj tip 2, Ciklotimični poremećaj i Bipolarni poremećaj - neodređeni

Liječenje Manično-depresivnog poremećaja je farmakološko i psihoterapijsko.

Psihofarmakološke metode liječenja koriste se: antidepresivi, stabilizatori raspoloženja, antipsihotici i antiepileptici.

Psihoterapijski pristup: kognitivno – bihevioralna terapija, obiteljska terapija, interpersonalna terapija i psihoterapija. Liječenje se provodi ambulantno u Dnevnoj bolnici i psihoterapijskim grupama i na psihijatrijskim odjelima, ovisno o stanju pacijenta.

Medicinska sestra na Odjelu psihijatrije djeluje kao dio multidiscipliniranog tima u čijem je sastavu psihijatar, medicinska sestra, radni terapeut, socijalni radnik, psiholog i drugi. Ona u svom radu primjenjuje sve principe psihijatrijske zdravstvene njege. Primjenjujući iste aktivno uključuje pacijenta u terapiju i rehabilitaciju u bolničkim i izvanbolničkim uvjetima. Glavno oruđe u radu medicinske sestre na psihijatrijskom odjelu je kvalitetna edukacija, koja uključuje znanje o psihijatrijskim bolestima, osnovno znanje o farmakoterapiji i socioterapijskim i psihoterapijskim metodama liječenja. Samo dobro psihijatrijski educirana medicinska sestra može kvalitetno raditi i na destigmatizaciji i diskriminaciji psihijatrijskih pacijenata.

6. SUMMERY

Manic-depression or bipolar affective disorder belongs to a group of mood disorders. It is characterized by a change in depressive and manic phases, which greatly affects the daily life of the patient and the behavior, mood and perception of the environment in which he lives.

The cause of the manic-depressive disorder is unknown, but genetic and psychosocial factors are considered to play a significant role.

According to the official classification MKB-10, which has been in use in Croatia since 1995, the manic-depressive disorder is classified as mood disorder and is classified under the category F30 to F31 .9.

According to The DMS classification (American Psychiatric Association 2014), manic depressive disorder is classified as Bipolar Type 1 disorder, Bipolar Type 2 disorder, Cyclothymic disorder and Bipolar disorder – indeterminate

Treatment of manic-depressive disorder is pharmacological and psychotherapeutic.

Psychopharmacological treatment methods are used: antidepressants, mood stabilisers, antipsychotics and antiepileptics.

Psychotherapeutic approach: cognitive-behavioral therapy, family therapy, interpersonal therapy and psychotherapy. Treatment is performed in an ambulance in the daily hospital and psychotherapeutic groups and in psychiatric departments, depending on the patient's condition.

The nurse at the Department of Psychiatry acts as part of a multidisciplinary team consisting of psychiatrist, nurse, working therapist, social worker, psychologist and others. In her work she applies all principles of psychiatric health care. By applying them, she actively includes the patient in therapy and rehabilitation in hospital and outpatient conditions. The main tool in the work of the nurse in the psychiatric ward is quality education, which includes knowledge about psychiatric diseases, basic knowledge about pharmacotherapy and socio-therapeutic and psychotherapeutic

methods of treatment. Only a well-educated psychiatric nurse can work well on the destigmatisation and discrimination of psychiatric patients.

7. LITERATURA

1. Vasko Muačević i suradnici, (1995) Psihijatrija, Zagreb: Medicinska naklada (str.349-370)
2. Hotujac, Lj. i sur. (2007). *Bipolarni afektivni poremećaj*. Zagreb: Hrvatsko psihijatrijsko društvo
3. S. Štrkalj-Ivezić: Psihoza, shizofrenija, shizoafektivni poremećaj, bipolarni poremećaj, Psihoedukacija između informacije i psihoterapije, Medicinska naklada, Zagreb, 2011
4. 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 (str. 1209-1215)
5. Frančišković Tanja i Ljiljana Moro 2009, psihijatrija, medicinska naklada
6. <http://www.mentalnozdravlje.ba/uimages/pdf/bipolarniafektivniporemecaj.pdf>
pristupljeno 17.07.2022
7. Vuksan-Ćusa, B. (2010). Bipolarni poremećaj raspoloženja, metabolički sindrom i alostatsko opterećenje-multidimenzionalna analiza. Doktorska disertacija, Sveučilište u Zagrebu: Medicinski fakultet.
8. Sanela Černi: Bipolarni afektivni poremećaj, Diplomski rad, Filozofski fakultet, Osijek, 2011.
9. (<https://www.medicinskanaklada.hr/mkb-10-me%C4%91unarodna-klasifikacija-bolesti-i-isrodnih-zdravstvenih-problema-2>) pristupljeno 20.08.2022
10. Alma Mihaljević, Peleš, Marina Šagud, Maja Bajs Janović: Znamo li prepoznati i dijagnosticirati bipolarni afektivni poremećaj: Zagreb, 2017.
11. Hrvatsko psihijatrijsko društvo: Bipolarni afektivni poremećaj, Zagreb, 2007
12. Američka psihijatrijska udruga DSM-5 Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, peto izdanje, Naklada slap 2014.

13. Begić D.: Psihopatologija. Drugo izdanje 2014

14. Vuletić, G. (1999). Sociopsihološki čimbenici osobne kvalitete života (magistarski (magistarski rad). Zagreb: Medicinski fakultet. rad). Zagreb: Medicinski fakultet.
15. Gruden, V. (1998). Dnevna bolnica. Ispitni materijal poslijediplomskog studija psihotraumatologije pri Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu.
16. Hoffman, S. G. i drugi 2012. The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive therapy and research*
17. Milica Milojević i Marina Hadži Pešić, 2012. Interpersonalana psihoterapija
18. Frank, E., Swartz, H. A. & Kupfer, D. J., 2000. Interpersonal and social rhythm therapy: managing the chaos of bipolar disorder. *Biological Psychiatry*
19. Nietzel, M. T., Bernstein, D.A. i Milich, R. (2001). Uvod u kliničku psihologiju. Jastrebarsko: Naklada Slap.
20. Katzung, B. G., 2011. Anskiolitici i sedativi-hipnotici. U: V. Trkulja , M. Klarica & M. Šalković-Petrušić, ur. Temeljna i klinička farmakologija. Zagreb
21. Reinares M. bonnin CM. Hidalgo-Mazzei D. Sanchez-Moreno J. Colom F. Vieta E. The role of family interventions in bipolar disorder: A systematic rewiew. *Clin Psychol Rev.* 2016
22. Katzung, B. G., 2011. Anskiolitici i sedativi-hipnotici. U: V. Trkulja , M. Klarica & M. Šalković-Petrušić, ur. Temeljna i klinička farmakologija. Zagreb
23. SESTRINSKE DIJAGNOZE 3 Hrvatska Komora Medicinskih Sestara Zagreb, 2015
24. T. D. Meyer: Bipolarni poremećaj (manično-depresivni poremećaj), Naklada slap, Zagreb, (2008).
25. Američka psihijatrijska udruga, (2002). Jastrebarsko:Naklada Slap.
26. Baldessarini, R. J., Tondo, L. & Hennen, J. (1998). Lithium treatment and risk of suicidal behavior in bipolar disorder patients. *The Journal of Clinical Psychiatry*, (str. 405-414)
27. Ghaemi, N., Hsu, D. J. Soldani, F. & Goodwin, F. K. (2003). Antidepressants in bipolar disorder: The case for caution. *Bipolar Disorder* (str. 421-433)

28. Chantal, H. (2002). Lithium side-effects and predictors of hypothyroidism in patients with bipolar disorder: sex differences. *Journal Psychiatry Neuroscience* (str. 104-107)
29. Ellicott, A., Hammen, C., Gitlin, M., Brown, G. & Jamison, K. (1990). Life events and the course of bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry* (str. 583-598).
30. 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.
31. Psihijatrijsko sestrinstvo u zajednici, 18. dani psihijatrijskog društva 2012
32. Moro, Frančisković i suradnici, Psihijatrija: udžbenik za više zdravstvene studije 2004.

POPIS TABLICA

Tablica 1 Podjela manično-depresivnog poremećaja prema DSM-V.....	5
Tablica 2 Podjela manično-depresivnog poremećaja prema MKB-10.....	7
Tablica 3 MDQ upitnik.....	14

