

- Uvod
  
- Manični oblik manično-depresivne psihoze
  
- Depresivni oblik manično-depresivne psihoze

## Uvod

Obolenje počinje obično u tridesetim godinama života, izuzetno u mlađem uzrastu (kada kod ranog početka se treba razmišljati i na mogućnost nekog drugog psihičkog poremećaja, prije svega shizofrenije). Žene češće obolevaju. Karakteristično je da se manično-depresivna psihoza javlja pretežno kod tzv. „ciklotimnih" i ekstrovertnih ličnosti. Relativno veliki broj ovih bolesnika pripada pikničkom konstitucionalnom tipu.

Faze manije, odnosno depresije javljaju se i obično spontano povlače poslije nekoliko nedelja, odnosno mjeseci. Kod najvećeg broja bolesnika postoje tzv. „slobodni intervali" različitog trajanja, bez ikakvih simptoma. Dok se ranije dijagnoza ove bolesti postavljala samo u slučajevima ponovljenih nastupa i depresije i manije, danas se zna da se ova psihoza može ispoljavati i samo depresijom („periodična depresija"), što se najčešće dešava, ili samo manijom („periodična manija").

## Manični oblik manično-depresivne psihoze

karakteriše se poremećajem afekta u smislu manije. U skladu sa ovim osnovnim poremećajem su i poremećaji drugih psihičkih funkcija. Postoji veselo, razdragano raspoloženje, osjećanje apsolutnog zadovoljstva. Pored hipertimije izražena je i hiperhormičnost (osnovni životni dinamizmi su naglašeni, ali i diskoordinisani) i hiperaktivnost (bolesnik je stalno u pokretu, započinje niz radnji i brzo prelazi s jedne na drugu ne završavajući ih). Pažnja je izrazito hipervigalna, a misaoni tok je ubrzan (logoreja i bjeksto misli - fuga idearum). Ekspanzivne sumanute ideje su relativno česte. U rijedim slučajevima mišljenje može biti i paranoidno

obojeno. Bolesnici su tada obično i razdražljivi, a mogu biti i agresivni. I sve tjelesne funkcije su pojačane i ubrzane.

Razlikuju se tri oblika ove manične faze: hipomanija, manija i, rijede, delirantna manija. Delirantna manija (Bellova manija, tifomanija) karakteriše se delirantnim pomućenjem svijesti (poremećaj orijentacije, iluzije i halucinacije, izraženo psihomotorno uzbuđenje). U ovim slučajevima treba pomišljati i na organske (simptomatske) psihoze sa maničnim uzbuđenjem.

### **Depresivni oblik manično-depresivne psihoze**

inače mnogo češći, ima kao osnovni poremećaj hipertimiju u smislu depresije. Bolesnik je obuzet osjećanjem tuge, očajanja, beznadežnosti i bespomoćnosti bez nekog vidljivog ili opravdanog razloga. Relativno često uz depresiju postoji i anksioznost. Svi vitalni dinamizmi su umanjeni (hipohormičnost). Upadljiva je hipoaktivnost.

Motorika je izrazito usporena i siromašna, što može ići do tzv. „depresivnog stupora“. Postoje, međutim, i slučajevi agitirane depresije (obično kada je uz depresiju izražena i anksioznost).

I ostali psihički poremećaji su u skladu sa osnovnim afektivnim poremećajem. Postoji izraženi hipertenacitet pažnje zbog toga što je bolesnik pretjerano okupiran sobom i svojim doživljajima. Misaoni tok je usporen, a često su i depresivne sumanute ideje sa osećanjem krivice i samooptuživanjem.

Kao i kod manije, u rijedim slučajevima, mogu da se ispolje i paranoidno obojene sumanute ideje. Perceptivni poremećaji u vidu iluzija i halucinacija su rijetki i u skladu sa sa depresivnim sumanutim idejama (bolesnik čuje korake dželata koji dolazi da nad njim izvrši smrtnu kaznu). Ponekad se sreću fenomeni depersonalizacije i derealizacije kao i konfuzna stanja. Izražena je nesanica i rano jutarnje buđenje. Malaksalost, brzo zamaranje, bezvoljnost, nezainteresovanost za ono što se u okolini dešava, gubitak apetita ili odbijanje hrane („nedostojan da je uzima“, „želi da umre“) prateći su simptomi. Sve tjelesne funkcije su, takođe, usporene.

Karakteristično je da su tegobe najizraženije u ranim jutarnjim časovima i da tokom dana

postepeno popuštaju. Bolesnik se u večernjim časovima najbolje osjeća. Rizik od samoubistva je visok. Ponekad se dešavaju i „proširena samoubistva" i „ubistva iz milosrđa" (bolesnik ubija i članove „porodice da bi ih spasao bijednog života i muka koje im predstoje").

Depresija boji i prošlost i sadašnjost i budućnost. Karakteristično je, međutim, da se depresivne sumanute ideje o propasti i onom najgorem što čeka bolesnika (i njegovu porodicu) odnose na blisku i dalju budućnost. Kada kod shizofrenije, npr. postoje takve bolesne ideje, one su vezane za sadašnjost.

Prema kliničkim ispoljavanjima razlikuju se:

- blaga depresija,
- akutna depresija,
- agitirana i
- stuporozna depresija.

Razlika između blage i akutne depresije je kvantitativne prirode. Agitirana depresija se javlja kada postoji i izražena anksioznost. Stuporozna depresija se ispoljava imobilnošću i, često, autizmom. Bolesnici nepomično sjede ili leže, sa tužnim licem koje liči na masku, zaokupljeni idejama o smrti.