

Pored sličnosti, postoje i izvesne razlike u poređenju sa depresivnim oblikom manično-depresivne psihoze. Involutivna melanholija počinje kasnije, (u involutivnom periodu to jest presenijumu). Češće se javlja u žena, što se objašnjava specifičnim i naglim promjenama biološke i psihosocijalne prirode u periodu involucije.

Karakteristično je da postoje razlike između premorbidnog tipa ličnosti bolesnika koji razvijaju manično-depresivnu psihozu i involutivnu melanholiju. Kod involutivne melanholije je sklop ličnosti bliži onom koji se vidi kod shizofrenih bolesnika. To su introvertne, povučene osobe, pretjerano stidljive, nedovoljno socijalno i seksualno prilagođene, često izrazito opsesivne i rigidne ličnosti, perfekcionisti, osobe sa naglašenim osjećanjem odgovornosti, koje vode skučen život. I po konstitucionalnom tipu ovi su bolesnici bliži onome što se vidi u shizofrenih bolesnika. Rijetko se sreće piknička konstitucija, a znatno češće leptosomna i displastička.

I u kliničkoj slici, pored sličnosti, postoje i razlike. Mada se anksioznost, agitacija, hipohondrijska strahovanja i depresivne sumanute ideje nalaze i u depresijama iz kruga manično-depresivnih psihoza, ovde su ovi simptomi izraženiji i obično su sa bizarnijim kvalitetom.

U involutivnoj melanholiji često postoji izražena anksioznost i agitiranost. Ponekad se u ovim oblicima agitirane depresije dobija utisak da je agitacija izazvana prostim motoričkim pražnjenjem unutrašnje napetosti, to jest anksioznosti. U drugim je slučajevima vidljivo da je izazvana depresivnim sumanutim idejama i eventualnim halucinacijama i iluzijama koje su sa njima u skladu.

Preokupacija hipohondrijskim strahovanjima i sumanutim hipohondrijskim idejama sa patološkim strahom od smrti nalazi se i u depresijama iz kruga manično-depresivnih psihoza. U involutivnoj melanholiji, međutim, to se češće sreće. Možda je to uslovljeno starijim uzrastom i obično zbog toga slabijim tjelesnim zdravljem ovih bolesnika. Postoje, ipak, i druge razlike. Ove se sumanute ideje u involutivnoj melanholiji mnogo češće dalje razrađuju, pa postaju bizarne i nihilističke. U njih se uključuje sve i svašta. Kod velikog broja bolesnika one su sekundarne, povezane sa depresivnim afektom i predstavljaju objašnjenje i racionalizaciju za osjećanje nesposobnosti koje depresiju prati, kao i za neizvršavanje svojih obaveza u porodici, društvu i na poslu.

Ne tako rijetko sumanute ideje više liče na paranoidnu sumanutost koja se vidi u bolesnika koji

boluju od paranoidne shizofrenije. Bolesnici iznose da ih drugi posmatraju, da ih prate i da njima manipuliraju na razne načine, govore da na njih djeluju raznim aparatima, da im izvlače misli ili da na najbizarnije moguće načine zloupotrebljavaju njihovo tijelo, odnosno pojedine organe. Ponekad te sumanute ideje nisu u skladu sa depresivnim afektom i nemaju depresivan sadržaj. One više imaju karakteristike primarnih sumanutih ideja. Neki od tih bolesnika ne ispoljavaju uopšte osjećanje krivice i samooptuživanje.

Po ostaloj simptomatologiji postoji velika sličnost između involutivne melanholije i depresije koja pripada manično-depresivnoj psihozi. I involutivna melanholija može da se ispoljava u blagom, maskiranom i izrazito teškom obliku. Pored patološkog neraspoloženja sreću se i svi psihički i somatski simptomi opisani u depresiji manično-depresivne psihoze. Izgleda da je jutarnje rano buđenje više karakteristično za manično-depresivnu psihozu. To isto važi i za razlike u izraženosti simptoma ujutro i uveče. Svijest i orijentacija su sačuvani i u involutivnoj melanholiji. Samo u vrlo dubokim i izraženim melanholijama, ili kada postoji jaka anksioznost, dolazi do pomućenja svijesti i do poremećaja u orijentaciji, što je praćeno slabijim sjećanjem ili nesjećanjem za događaje iz tog perioda. Suicidalne ideje su česte i izražene (naročito u agitiranim oblicima), pa je i rizik od samoubistva vrlo visok.

Upadljive su razlike u toku i prognozi involutivne melanholije i depresije iz kruga manično-depresivnih psihoza. Involutivna melanholija obično ne ispoljava tako izraženu tendenciju recidiviranja kao što je to slučaj sa manično-depresivnom psihozom. Ipak, ovo pravilo ne važi za naglašeno paranoidne oblike.

Prirodni tok involutivne melanholije obično traje duže, najčešće jednu ali ponekad i dve, tri pa i četiri godine. Prognoza neliječenih bolesnika je gora zbog dužeg trajanja bolesti i većeg rizika od samoubistva. Tok bolesti je nekad valovit sa povremenim remisijama i pogoršanjima. To treba imati na umu da se remisija ne bi shvatila kao izliječenje. Prognoza je lošija kada u kliničkoj slici postoje paranoidni i bizarni sumanutu sadržaji. Ličnost postepeno deteriorira kao i u paranoidnoj shizofreniji.