# Bipolarni afektivni poremećaj

**Kolarić, Ana**

**Undergraduate thesis / Završni rad**

**2020**

*Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj:* **University North / Sveučilište Sjever**

*Permanent link / Trajna poveznica:* https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:122:006366

*Rights / Prava:* In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

*Download date / Datum preuzimanja:* **2024-03-29**

*Repository / Repozitorij:*

University North Digital Repository

Sveučilište
Sjever

**Odjel za sestrinstvo**

**Završni rad br. 1331/SS/2020**

# BIPOLARNI AFEKTIVNI POREMEĆAJ

**Student:**

**Ana Kolarić**

**Mentor**

**Marija Božičević**

**Varaždin, 2020. godine**

Sveučilište Sjever
Sveučilišni centar Koprivnica
Trg dr. Žarka Dolinara 1, HR-48000 Koprivnica

# Prijava završnog rada

## Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL: Odjel za sestrinstvo

STUD.: preddiplomski stručni studij Sestrinstva

PRISTUPNIK: Ana Kolarić | MATIČNI BROJ: 1909/336

DATUM: 31.08.2020. | KOLEGIJ: Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika

NASLOV RADA: Bipolarni afektivni poremećaj

NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU: Bipolar affective disorder

MENTOR: Marija Božićević, mag.med.techn. | ZVANJE: predavač

ČLANOVI POVJERENSTVA:
1. dr.sc. Jurica Veronek, predsjednik
2. Marija Božićević, mag.med.techn., mentor
3. Andreja Bogdan, prof., član
4. Valentina Novak, mag.med.techn., zamjenski član
5.

## Zadatak završnog rada

REDNI BROJ: 1331/SS/2020

OPIS:

Bipolarni afektivni poremećaj (BAP) je težak i trajan poremećaj koji uzrokuje promjene u raspoloženju, količini energije, razini aktivnosti i svakodnevnom funkcioniranju. Karakteriziraju ga ciklične izmjene depresivnog, maničnog i hipomaničnog raspoloženja te euforije. Česti su pokušaji suicida i izvršeni suicidi. Liječenje oboljelih je kompleksno i smatra se jednim od najsloženijih terapijskih postupaka u psihijatriji. Plan liječenja i zdravstvene njege je individualan za svakog oboljelog, podrazumijeva kombinaciju različitih bioloških, psihuloških i socijalnih postupaka (primjena psihofarmaka, psihoedukacija, rad s obitelji, trening socijalnih vještina, psihoterapija) te uključuje sve članove psihijatrijskog tima u kojem medicinske sestre/tehničari zauzimaju značajno mjesto.
U radu je potrebno:
- definirati bipolarni afektivni poremećaj
- prikazati povijest i etiologiju BAP-a
- prikazati specifičnosti pojedinih faza promjena raspoloženja
- opisati liječenje oboljelih
- prikazati intervencije medicinske sestre u radu s oboljelima od BAP-a
- prikazati suicidalnost kod BAP-a

ZADATAK URUČEN: 02.10.2020.

**Sažetak**

Uloga medicinske sestre je izrazito bitna u procesu liječenja, budući da je ona konstantno s bolesnikom. Zadaća medicinske sestre nije samo zbrinjavanje bolesti, nego i poimanje čovjeka kao cjelovitog bića. Medicinska sestra mora biti strpljiva, humana, tolerantna, odgovorna i profesionalna. Psihijatrijski bolesnici često ne žele prihvatiti svoje stanje kao bolest te su daleko nepovjerljiviji od bolesnika sa somatskim bolestima. Danas, bipolarni afektivni poremećaj jedan je od najčešćih poremećaja. Plan zdravstvene njege bi trebao biti prije svega individualan za svakog bolesnika. Raspoloženje bolesnika varira od maničnog do depresivnog i potrebno je izraditi poseban plan zdravstvene njege i za maničnu i za depresivnu epizodu. BAP spada među vodeće psihijatrijske poremećaje s obzirom na rizik suicidalnog ponašanja. Medicinska sestra mora izgraditi odnos povjerenja s pacjentom kako bi joj se pacjent mogao povjeriti i izraziti svoje osjećaje.

Cilj je prikazati specifičnosti bipolarnog afektivnog poremećaja, tj. njegovih faza, prikazati kako se prepoznaju, kako se liječe i prikazati ulogu medicinske sestre u radu s pacjentom oboljelim od bipolarnog afektivnog poremećaja. Uz to prikazan je suicid i suicidalno ponašanje u bipolarnom afektivnom poremećaju, prikazano je kako prepoznati suicidalno ponašanje, kako liječiti i kako prevenirati pokušaj suicida ili suicid.

**Summary**

The role of a nurse is extremely significant during the treatment process since she is constantly with the patient.The duty of  the nurse is not only the treatment of illness but the perception of the human as an integral being. A nurse needs to be patient, human, tolerant, responsible and professional.Psychiatric patients often don´t want to accept their condition as an illness and are far more distrustful than patients with somatic disorders. Nowadays, bipolar affective disorder is one of the most common disorders. A medical treatment plan should be individual for every patient. Emotional state of a patient varies from manic to depressive and it is necessary to make a special plan of a medical treatment for manic and for a depressive episode. BAD is considered as the leading psychiatric disorder regarding the risk of a suicidal behaviour. A nurse has to build a relationship of confidence with the patient so that the patient can confide in her and express its feelings.

The aim is to present specificities of the bipolar affective disorder, that is, its phases, to show how can they be recognised, treated and to show the role of the nurse within the work with a

patient with bipolar affective disorder. In addition to that, here is a depiction of a suicide and a suicidal behaviour within the bipolar affective disorder and instructions how to recognise a suicidal behaviour, how to treat and prevent the suicide attempt or the suicide.

**Ključne riječi:** Bipolarni afektivni poremećaj, depresija, manija, zdravstvena njega, suicid

## Popis korištenih kratica

**BAP-** Bipolarni afektivni poremećaj

**EKT-** Elektrokonvulzivna terapija

**MKB-10-** Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema, deseta revizija

# Sadržaj


1. Uvod ... 1
1. Kompetencije medicinske sestre u skrbi za psihijatrijskog bolesnika ... 2
2. Povijest afektivnih pormećaja ... 3
3. Učestalost i epidemiologija ... 4
4. Etiologija i patogeneza ... 5
   4.1. Psihosocijalni čimbenici ... 5
   4.2. Biološki čimbenici ... 5
5. Vrste promjena raspoloženja ... 6
   5.1. DEPRESIJA ... 6
      5.1.1. Klinička slika depresivne epizode ... 6
      5.1.2. Zdravstvena njega depresivnog bolesnika ... 8
      5.1.3. Sestrinske dijagnoze ... 8
   5.2. MANIJA ... 10
      5.2.1. Klinička slika manične epizode ... 11
5.2.2. Zdravstvena njega maničnog bolesnika ... 12
      5.2.3. Sestrinske dijagnoze ... 12
   5.3. HIPOMANIJA ... 14
6. Dijagnosticiranje bipolarnog poremećaja ... 15
   6.1. Prepoznavanje depresivnog poremećaja ... 15
   6.2. Prepoznavanje maničnog poremećaja ... 16
   6.3. Klasifikacija poremećaja raspoloženja ... 17
7. Liječenje poremećaja raspoloženja ... 18
   7.1. Farmakološka terapija ... 18
   7.2. Psihološke i psihosocijalne metode ... 19
      7.2.1. Psihoterapija ... 19
      7.2.2. Obiteljska terapija ... 21
      7.2.3. Elektrostimulativna terapija ... 21
8. Suicidalnost u bipolarnom afektivnom poremećaju ... 23
   8.1. Zdravstvena njega osoba sa rizikom za suicidalno ponašanje ... 24
9. Zaključak ... 26
10. Literatura ... 27

# 1. Uvod

Bipolarni afektivni poremećaj je poremećaj raspoloženja s izmjenama sniženog i povišenog raspoloženja, tj. depresije i manije. (7) Usponi i padovi raspoloženja skup su normalnih emocija koje su dio svakodnevnog života. Nasuprot tome ljudi koji boluju od bipolarnog afektivnog poremećaja imaju nesrazmjerne uspone i padove raspoloženja. (1)

Kroz godine sve više raste broj osoba oboljelih od poremećaja raspoloženja. Neki smatraju da je to posljedica bolje dijagnostike, a neki misle kako se broj oboljelih povećava zbog mnogobrojnih promjena i prevelikih zahtjeva koji su stavljeni pred čovjeka. Karakteristika bipolarnog afektivnog poremećaja je ciklična promjena raspoloženja, od depresivnih do maničnih epizoda. Smjenjivanje faza je nasumično, a između faza osoba je normalnog raspoloženja. (7) Stanja depresije i manije također izazivaju poremećaje u načinu razmišljanja, razini energije i ponašanju. (1)

Nažalost, poremećaj se još uvijek kasno i pogrešno dijagnosticira, što odgađa liječenje, a samim time i nepovoljno utječe na ishod bolesti. Najčešće se dijagnosticira depresija dok manična faza prođe nezamijećeno.

Jedna od posljedica neprepoznavanja i pogrešnog liječenja bipolarnog afektivnog poremećaja je okušaj suicida i izvršenje suicida koji su često razlog za prisilnu hospitalizaciju. Stopa suicida kod ovog poremećaja je vrlo visoka.

Za liječenje postoji veliki broj lijekova i psihosocijalnih postupaka kao što su edukacije o bolesti, psihoterapija, rad sa obitelji i drugo. (7)

# 1. Kompetencije medicinske sestre u skrbi za psihijatrijskog bolesnika

Kroz povijest uloga medicinske sestre se mijenja. Sestra danas ima veliku ulogu u zdravstvenom sustavu. Njezina uloga je briga o zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba, poimanje pacjenta kao cjelovitog bića i zagovaranje njegovih prava. Odnos prema bolesniku uvijek mora biti profesionalan i stručan. Nužno je da medicinska sestra kontrolira svoje emocionalne reakcije; ako pacjent pokazuje ljutnju, mržnju ili čak divljenje, ona treba ostati racionalnog razmišljanja. Sestra mora zadobiti pacjentovo povjerenje, mora ga uvjeriti u svoje dobre namjere kako bi mu pomogla u prevladavanju njegove bolesti. Sestra i pacjent trebaju graditi odnos koji bi prije svega trebao imati terapijski učinak. Stvaranjem dobrog ozračja, gdje vlada dobra atmosfera, tolerancija i poštivanje svih članova terapijskog tima i bolesnika, sestra pacjentu daje mogućnost emocionalnog i socijalnog sazrijevanja. U radu, trebalo bi izraditi individualne planove zdravstvene njege u skladu sa pacjentovim potrebama i mogućnostima, poštujući načela sestrinske skrbi. (7)

# 2. Povijest afektivnih pormećaja

U suvremenoj psihijatrijskoj literaturi , knjigama i časopisima možemo uočiti velik broj radova o poremećajima raspoloženja.

Poremećaji raspoloženja bili su poznati još iz antičkih vremena, gdje je na egipatskom papirusu (1500g p.n.e.) zapisana rasprava između dvaju mudraca koji kažu kako "duša postaje teška uz očuvana sjećanja". Također je zabilježeno hirovito raspoloženje kralja Saula na starom testamentu koje je variralo od ushičenosti do depresije. (7)

Prvi korišteni termini bili su melankolija i manija koji potječu od Hipokrata 400 g pr. Kr. , a opisi zbivanja koja su se mogla usporediti s tim poremećajima mogu se naći u Bibliji u Starom Zavjetu.

Soranus je u prvom stoljeću prije Krista opisao maniju koja se javljala zajedno sa melankolijom, što možemo usporediti sa današnjim poimanjem mješanog poremećaja.

Prvi rad u novoj eri potječe od Kornelijusa Celzusa, koji opisuje melankoliju. On smatra da je melankolija uzrokovana diskrazijom tjelesnih sokova- dominacija crne žući. U drugom stoljeću Aretej opisuje melankoliju za koju kaže da je početak manije. Jules Farlet je 1854. godine opisao bolest pod nazivom "folieb circulaire", kojoj su glavne karakteristike bile izmjene dviju faza bolesti- depresije i manije.

S razvojem psihijatrije, tjekom 19. stoljeća postupno se razvija koncept bipolarnog poremećaja. (2)

Emil Krepelin, njemački psihijatar, u 19. stoljeću opisuje bolest u kojoj se mijenjaju faze depresije i manije koju naziva maničnо- depresivna psihoza. (11) Prvi detaljni opis BAP-a naveo je W. Griesinger u svom udžbeniku "Die Pathologie und Therapie der psychschen krankheiten" 1845.godine. Smatrao je da je BAP sa shizofrenijom specifična klinička slika unutar zajedničkog procesa. (10)

Do 90-ih godina prošlog stoljeća vjerovalo se da se bipolarni poremečaj javlja samo kod odraslih, ali danas je u svijetu više od 800 000 djece i adolescenata. (7)

Suvremena era bipolarnog poremećaja počinje u drugoj polovici 20-og stoljeća kada su Karl Leonhard, Jules Angst, Carlo Perris i George Winokur objavili radove u kojima zagovaraju da se depresivne epizode bez maničnih epizoda  odijele od depresivnih epizoda koje se javljaju u ranijoj životnoj dobi i izmjenjuju se s maničnim i hipomaničnim epizodama. Na temelju njihovih istraživanja mogu se definirati neke specifičnosti karakteristične za bipolarni poremećaj. (2)

# 3. Učestalost i epidemiologija

Bipolarni afektivni poremećaj iznosi 10-20% svih poremećaja raspoloženja te je 1 od 10 najčešćih poremećaja u svijetu koji dovode do disfunkcionalnosti osobe. (8)

Životni rizik za klinički značajan oblik obolijevanja od afektivnog poremećaja manji je od 15%. Stopa pobola veća je za žene nego za muškarce. Na 100 muškaraca obole 2-3 muškarca, dok na 100 žena oboli 5-10 žena. (8)

Učestalost poremećaja raspoloženja raste, najviše u starijoj dobi. Depresivni poremećaj je do tri puta češći među rođacima prvog reda, nego u općoj populaciji. (7) Prosječna dob za obolijevanje je oko 30e godine života. Bipolarni afektivni poremećaj češće se razvija kod razvedenih osoba nego onih u braku. Sociokulturalni faktori ne utječu na obolijevanje od poremećaja raspoloženja. U Hrvatskoj nije provedeno niti jedno epidemiološko testiranje. (8)

# 4. Etiologija i patogeneza

Uzrok zbog kojeg nastaje BAP još nije u potpunosti poznat. Smatra se da na nastanak djeluju neki psihološki, socijalni i biološki čimbenici.

Mnoga istraživanja ukazuju kako je za nastanak BAP-a odgovorna genetska komponenta uz pozitivnu obiteljsku anamnezu, stresogene situacije, poremećaj neurotransmiterskih i neuroendokrinih funkcija te uporaba alkohola i droge. (5)

## 4.1. Psihosocijalni čimbenici

Životni događaji (poput gubitak važne osobe u životu) imaju veliku ulogu u nastanku depresije. Svi tipovi osobnosti mogu razviti kliničku depresiju, no sklonije su osobe niskog samopoštovanja kod kojih se javljaju ponavljajuće depresije. (7) Psihodinamske teorije o etiologiji poremećaja naglašavaju važnost odnosa djeteta i roditelja (pogotovo majke) , ako roditelj ne zadovoljava djetetove potrebe na prikladan način dijete će postati anksiozno i nezadovoljno. Smatra se da je djetinjstvo kritičko razdoblje za kasniji razvoj depresije.

Manija je obrana od depresije. Ona zamjenjuje samopodcjenjivanje sa osjećajem više vrijednosti i većih mogućnosti. Manične obrane su nužne. Na taj način osoba negira tugu i bespomoćnost. (8)

## 4.2. Biološki čimbenici

Svaki poremećaj se može naslijediti pa tako i BAP. Ako se pojavljuje među prvim rođacima postotak obolijevanja je veći,  ako jedan roditelj boluje, mogućnost oboljenja je 50%, a ako oba roditelja boluju mogućnost oboljenja je 50-70%. Pretpostavlja se da poremećaj nije u jednom dijelu mozga, nego da nastaje uslijed većeg broja promjena. (8)

# 5. Vrste promjena raspoloženja

Bipolarni afektivni poremećaj je psihička bolest u kojem ljudi imaju nesrazmjerne uspone i padove raspoloženja.

BAP spada u kronične i degenerativne bolesti i važno je što prije početi sa liječenjem. On uključuje izmjenu faza sniženog raspoloženja (depresija) i povišenog raspoloženja (manija i hipomanija). Ove promjene raspoloženja mogu biti jako naglašene pa je lako zaključiti da je osoba bolesna i da njeno ponašanje odstupa od normalnog. (1)

## 5.1.DEPRESIJA

Depresija je složen poremećaj zdravlja koji se očituje u promjenama gotovo svih psihičkih, ali i mnogobrojnih tjelesnih funkcija te jako utječe na socijalno funkcioniranje bolesnika. (2)

Depresija se ubraja u najranije opisane bolesti u medicini i može se reći da je stara koliko i sama naša civilizacija. Depresija se može javiti kao simptom u okviru raznih psihijatrijskih poremećaja ili kao samostalan entitet. Na razini simptoma depresija je patološko raspoloženje, bitno različito od tuge i tužnog raspoloženja.

Depresija se može javiti u svakome životnom dobu, najčešće nakon dvadeset i pete do četrdesete godine života. Češće se javlja kod žena nego kod muškaraca. Moguće je da muškarci depresiju rješavaju na drugačiji način, najčešće konzumacijom alkohola ili su se tijekom odrastanja naučili nositi stresom i biti manje bespomoćni.

Depresija je često neprepoznata i neadekvatno liječena te je danas jedan od vodećih uzroka invaliditeta. Procjenjuje se da će do 2030. godine najviše depresija teretiti zdravstvene i socijalne sustave. (18)

### 5.1.1. Klinička slika depresivne epizode

Depresivni bolesnici koji imaju uvid u vlastito stanje nikada neće opisati svoje stanje kao tugu i žalost (riječima koje su sinonim za depresiju), nego opisuju svoje stanje kao iznimnu patnju i duševnu bol. Depresija se izražava mnogim simptomima od blage do psihotične depresije.

Svijest je kod depresivne faze očuvana i orijentacija nije oštećena.

Vanjski izgled i držanje su karakteristični kod depresivnih bolesnika. Tužno lice, zabrinutost i potištenost što se vidi u borama na čelu , te su kutevi usana spušteni. Simptomi agitacije mogu se očitovati  pomicanju na stolici, nekad čupanju kose, križanju prstiju itd.. Neki bolesnici su u pokretu i traže osobe koje bi im pomogle. Najčešće su takvi bolesnici upadljive, zapuštene vanjštine i izgleda.

Raspoloženje je sniženo i sadržava niz neugodnih emocionalnih doživljavanja kao što su potištenost, očaj, tuga, anksioznost, zabrinutost, beznadnost i bespomoćnost. Depresivni bolesnici imaju strah od budućnosti, gube sposobnost uživanja i interes za bilo koje aktivnosti. Takvo ponašanje često je praćeno niskim samopoštovanjem, osjećajem niže vrijednosti i krivnje. Jedno od čestih obilježja depresivnog raspoloženja su dnevne oscilacije raspoloženja. U jutarnjim satima stanje je pogoršano, dok se večernjim satima smetnje smanje. Bolesnici koji negiraju svoje depresivno raspoloženje često obitelj dovodi na liječenje zbog njihovog izoliranja i smanjene aktivnosti.

Psihomotorika kod depresivnih bolesnika je usporena (usporenost pokreta, oskudnost mimike, gestikulacije i spontanih kretnji, monoton i spor govor). Bolesnici su umorni, tromi, malaksali i nesposobni za fizičke napore. Psihomotorička agitacija očituje se nemirom, osjećaju unutarnju napetost, zapomažu i traže pomoć.

U sadržaju misli dominiraju pesimistične, depresivne teme, razmišljanja o bezvrijednosti života, razmišljanja o suicidu, volja, interes i inicijativa su smanjeni. Teško se odlučuju na bilo kakvu aktivnost, a za obavljanje najjednostavnijih poslova moraju uložiti veliki napor. Na kraju bolesnici postaju potpuno bezvoljni, gube zanimanje za svakodnevne aktivnosti, zanemaruju vanjski izgled i osobnu higijenu.

Često izražavaju suicidalnost, što predstavlja najveću opasnost za depresivnog bolesnika. Oko dvije trećine bolesnika pomišlja na suicid dok ih 10-15% izvrši taj čin. U razdoblju kada se bolesnicima krene vraćati energija i snaga, kreće i rizično razdoblje za realizaciju suicidalnih misli.

Mnogi bolesnici gube apetit, time i tjelesnu masu, a kod tzv. atipičnih depresija javlja se i povećanje apetita.

Vegetativne funkcije su često poremećene:

- Kardiovaskularni sustav- promjene srčanog ritma i krvnog tlaka, cijanoza
- Gastrointestinalnog sustava- opstipacija
- Respiracija- otežano disanje
- Genitalnog sustava- poremećaj menstrualnog ciklusa, pad libida i potencija

Spavanje je izrazito poremećeno i jedan od vodećih simptoma u depresivnom stanju, najviše se javljaju smetnje sna i rano jutarnje buđenje. (2)

### 5.1.2. Zdravstvena njega depresivnog bolesnika

Depresivno raspoloženje se javlja kao odgovor na različite vrste gubitaka, u slučajevima neizlječivih bolesti, pad socio-ekonomskog statusa itd..

Medicinska sestra bi trebala prepoznati razliku između normalne reakcije tugovanja i patološke duboke tuge- depresije. Trebamo znati da normalno tugovanje trebamo ohrabriti i poticati te da ono završava unutar razdoblja od nekoliko mjeseci do godine dana bez profesionalne pomoći.

Depresija nema ograničeno vrijeme trajanja, simptomi ne prestaju bez profesionalne pomoći i opasna je za bolesnika zbog mogućnosti suicida. Da bi sestrinska skrb bila primjerena, nužno je poznavanje razlika u simptomima koji određuju depresivni poremećaj raspoloženja.

Glavna uloga medicinske sestre je pomoći bolesniku u svakodnevnim aktivnostima, smanjenjem osjećaja bezvoljnosti i bespomoćnosti. Medicinska sestra za postizanje ciljeva mora biti strpljiva i osigurati dovoljno vremena za bolesnika, prihvatiti pacijenta kao vrijedno ljudsko biće. Bolesniku treba osigurati primjerenu prehranu i tjelesnu aktivnost radi održavanja fiziološke stabilnosti.

Medicinska sestra treba pomoći bolesniku u obavljanju svakodnevnih aktivnosti na način koji podupire osjećaj samopoštovanja, poticati postavljanje pitanja i ostvarivanja malih ciljeva. Trebala bi pružati podršku i pohvaliti svaku odluku koju je pacijent sam donio, preusmjeravati negativne misli prema pozitivnim aktivnostima, spriječiti izolaciju, pratiti sve što može upućivati na suicidalnost, educirati pacijenta i obitelj o bolesti i liječenju. Najvažnije načelo u zbrinjavanju bolesnika je zaštita od suicidalnoh misli i poriva jer se suicidalnost može pojaviti u svakoj fazi depresije.

Važan je individualan pristup. Pozornost treba posvetiti promatranju raznih promjena ponašanja i raspoloženja kao što su iznenadna veselost ili naglo smirivanje, verbalizacija suicidalnosti, rano buđenje ili teško uspavljivanje. Za sve to potrebno je puno znanja, strpljivosti i empatije. Za postizanje ciljeva nužno je stvaranje terapijskog odnosa, terapijske komunikacije i socio emocionalnog ozračja na odjelu. (10)

### 5.1.3. Sestrinske dijagnoze

<u>Smanjena mogučnost brige o sebi u/s depresijom</u>

Definicija: "Stanje u kojem osoba pokazuje smanjenu sposobnost ili potpunu nemogućnost samostalnog obavljanja osobne higijene"

Cilj: Pacijent će samostalno voditi brigu o vlastitoj higijeni

Intervencije:

- Procijeniti stupanj samostalnosti pacijenta
- Definirati situacije kada je pacijentu potrebna pomoć
- Osigurati pacijentu potrebna pomagala
- Poticati pacijenta
- Dogovoriti s pacijentom dnevnu rutinu

Nesanica u/s negativnim mislima

Definicija: "Nemogućnost pojedinca da zadovolji potrebe za spavanjem i/ili odmorom."

Cilj: Pacijent će spavati 5 sati bez prekida

Intervencije:

- Napraviti plan dnevnih aktivnosti te poticati pacijenta na dnevnu aktivnost
- Uklanjanje čimbenika koji otežavaju spavanje
- Edukacija o tehnikama relaksacije
- Primjena lijekova prema odredbi liječnika

Visok rizik za suicid

Definicija: "Ponašanje u kojem pojedinac pokazuje postojanje mogućnosti samoozljeđivanja sa željenim smrtnim ishodom."

Cilj: Pacijent će verbalizirati suicidalne misli i osjećaje

Intervencije:

- Osigurati sigurnu okolinu
- Učestala kontrola prostora gdje bolesnik boravi

- Potaknuti komunikaciju u kojoj će pacijent izreći svoje osjećaje
- Spriječiti izolaciju pacijenta
- Kontrola uzimanja lijekova

Nisko samopoštovanje u/s osjećajem bezvrijednosti

Definicija: "Stanje u kojem osoba ima negativnu percepciju sebe i/ili vlastitih mogućnosti"

Cilj: Pacijent iznosi svoje osjećaje i razmišlja o sebi pozitivno

Intervencije:

- Osigurati prostor za razgovor
- Omogućiti iskazivanje emocija
- Izraditi plan dnevnih aktivnosti
- Omogućiti razgovor s psihologom
- Uključiti pacjenta u grupnu terapiju (5)

## 5.2.MANIJA

Dijagnoza manije ovisi o prepoznavanju ključnih simptoma koji moraju biti prisutni najmanje sedam dana. (4) Glavna obilježja manije su povišeno raspoloženje, povećanje aktivnosti i energije. (7) Manični simptomi rezultiraju oštećenjem funkcionalnosti , što je još jedan kriterij za hospitalizaciju. Simptomi manije moraju se shvatiti ozbiljno zbog rizika za samoozljeđivanja, naročito dok voze, ili neku društvenu štetu zbog nepromišljenosti ili pretjeranog trošenja. Bitno je liječenje započeti što ranije. (4)

Osobe s manijom ne prihvaćaju svoj poremećaj i opiru se liječenju. Javlja se najčešće oko dvadesete godine života. Manija počinje iznenada s razvojem simptoma u nekoliko dana, a traje i do nekoliko mjeseci. (10)

Karakteristike psihoze su relativno česte u maniji. Prema mnogim istraživanjima javljaju se u oko 50% slučajeva. (4) Bolesnici imaju grandiozne ideje, na primjer da imaju moć i snagu promijeniti svijet, precjenjuju svoju privlačnost, sposobnost i moć. Osoba u maničnoj fazi je neumorna i smanjuje se potreba za snom. (7) Neki pacijenti pokazuju simptome kao što su deluzije i halucinacije, slične kao kod shizofrenije. (4) Ova faza zahtijeva hitno bolničko

liječenje, primjenu antipsihotika i edukaciju bolesnika. Manične epizode počinju naglo i traju između dva tjedna do pet mjeseci (najčešće tri mjeseca). (7)

### 5.2.1. Klinička slika manične epizode

Manična epizoda nastaje naglo. Svijest je kod većine bolesnika očuvana dok je kod nekih bolesnika izražen nemir, napetost, poremećaj vegetativnih funkcija, nerazumljiv govor i poremećaj svijesti. Ti simptomi nazivaju se "delirantna manija" (Emil Kraeplin).

Vanjski izgled bolesnika je upadljiv, što se poklapa s njihovim raspoloženjem. Raspoloženje se odražava s načinom odijevanja (upadljiva, pretjerana šminka, neobične kombinacije odjeće...), uređenjem prostora u kojem žive (gomilanje predmeta, ispisivanje zidova planovima koji izražavaju optimizam) i ponašanjem (neprekidno traže kontakt s okolinom, prekomjerno troše, skloni su kockanju i konzumaciji alkohola). Raspoloženje je povišeno, opisuje se kao radosno, burno, euforično i ekspanzivno. Bolesnici zrače optimizmom, prisutna stalna spremnost na smijeh, pjesmu i šalu. Ovo raspoloženje prenose i na okolinu. Kod nekih bolesnika raspoloženje može biti iritabilno s niskim frustracijskim pragom, a to dovodi do ljutnje, bijesa i agresije. Kod nekih bolesnika se primjećuje i emocionalna labilnost uz izmjene izrazito dobrog raspoloženja i depresije i trajanju od nekoliko minuta ili sati.

Psihomotorika kod bolesnika u maničnoj epizodi je otkočena, ubrzana i povišena. Prisutna je živahna mimika, ubrzan govor, naglašena gestikulacija, u stalnom su pokretu, olako donose odluke, skloni su trošenju, zaduživanjima, izlaganju opasnim aktivnostima. Imaju doživljaj dobrog tjelesnog osjećaja i kondicije.

Vegetativne funkcije su pojačane (jače znojenje, otporniji su na hladnoću, imaju pojačanu mišićnu snagu i izdržljivost, često je prisutan povišen krvni tlak i tahikardija).

Bolesnicima je misaoni tijek ubrzan. Javlja se protok ideja, govor je ispunjen šalama uz rimovanje i asocijacije po zvučnosti. Ubrzanjem se gubi usmjerenost, što dovodi do bijega ideja i nelogizma. U akutnom maničnom uzbuđenju govor može biti potpuno nerazumljiv i nepovezan.

Perceptivne funkcije su uredne. Mogu se javiti halucinacije koje su povezane s raspoloženjem. Volja kod maničnih bolesnika oscilira jer stalno mijenjaju planove i aktivnosti.

Karakteristično za manične bolesnike je i spavanje koje je skraćeno. Bolesnik se i nakon malo spavanja osjeća odmorno, punim energije. Neki bolesnici mogu danima ne spavati, ali i dalje nastaviti sa svojim aktivnostima.

Kritičnost je smanjena ili potpuno odsutna zbog čega se manični bolesnici često bave s nedopustivim i protuzakonitim aktivnostima , te samim time predstavljaju opasnost za sebe i okolinu. Uvid u bolest ne postoji i u pravilu odbijaju nagovor za liječenje. (2)

### 5.2.2. Zdravstvena njega maničnog bolesnika

Tijekom razgovora s bolesnikom sestra prikuplja podatke o mogućem stresu koji može biti uzrok trenutnog stanja, organskim oštećenjima, svakodnevnim aktivnostima, podatke o spavanju i znakove hiperaktivnosti (vikanje, psihomotorna agitacija). Medicinska sestra provodi intervencije kao što su: pomoć bolesniku da na adekvatan način izrazi misli i osjećaje. Pri tome je važno da sestra aktivno sluša bolesnika. Mora postaviti ograničenja u slučaju da je bolesnik zahtjevan i dosađuje drugima, mora pomoći bolesniku da nađe način na koji će se smiriti i kontrolirati hiperaktivnost, tako da odredi ograničenja i svakodnevno kontrolira bolesnika (napravi dnevni plan aktivnosti).

Na temelju pretjerane aktivnosti bolesnika medicinska sestra mora iskontrolirati , je li je pojeo dati obrok , jer osobe često zanemaruju potrebu za jelom. Medicinska sestra mora naći mogućnost relaksacije i verbalizacije problema kako bi mogla pomoći bolesniku. Također, važna je edukacija koja je usmjerena na djelovanje i nuspojave primjenjenog lijeka. Važno je voditi brigu o osnovnim ljudskim potrebama (uzimanje hrane i tekućine, tjelesna aktivnost) kao i o načinu traženja pomoći u slučaju pojave simptoma. (10)

### 5.2.3. Sestrinske dijagnoze

Visok rizik za ozljede

Definicija: "Stanje u kojem pojedinac pokazuje naznake da će sam sebe namjerno ozlijediti.

Cilj: Pacijent se neće ozlijediti

Intervencije:

- Osigurati odnos povjerenja.
- Pokazati pacijentu razumijevanje i prihvaćanje bez osuđivanja.
- Potaknuti pacijenta da izrazi svoje osjećaje.
- Osvijestiti pacijentovu pojačanu osjetljivost
- Omogućiti pacijentu doživljaj sigurnosti.
- Uključiti pacijenta u grupe podrške.

- Podučiti pacijenta vještinama suočavanja s poteškoćama.
- Potaknuti pacijenta na korištenje metoda relaksacije.

Nesanica u/s hiperaktivnošću

Definicija: "Nemogućnost pojedinca da zadovolji potrebe za spavanjem i/ili odmorom."

Cilj: Pacijent će izvoditi vježbe opuštanja prije spavanja

Intervencije:

- Napraviti plan dnevnih aktivnosti s pacijentom
- Dogovoriti s pacijentom vođenje dnevnika spavanja
- Podučiti pacijenta tehnikama relaksacije
- Omogućiti pacijentu da izrazi brige zbog kojih ne može spavati
- Poticati pacijenta na dnevnu aktivnost
- Primijeniti lijekove za spavanje prema odredbi liječnika.

Neučinkovito pridržavanje zdravstvenih uputa

Definicija: "Ponašanje pojedinca u kojem on/ona ne prepoznaje rizike, ne traži pomoć i podršku kako bi očuvao/očuvala zdravlje i dobrobit ili ne održava dobivenu podršku i pomoć. Nezadovoljavajuća promjena dnevne rutine s ciljem ozdravljenja ili postizanja zdravstvenih ciljeva."

Cilj: Pacijent će iskazati želju za promjenom ponašanja

Intervencije:

- Educirati pacijenta o važnosti promjene ponašanja
- Poticati pacijenta na samostalno učenje i istraživanje
- Pri podučavanju uvažiti osobna iskustva i potrebe pacijenta
- Podučavanje vještina provoditi aktivnim uključivanjem pacijenta.
- Poticati pacijenta na ponavljanje naučene vještine.
- Poticati pacijenta na postavljanje pitanja.

Poremećaj misaonog procesa

Definicija: "Nemogućnost točne i precizne obrade misli."

Cilj: Pacijent će biti orijentiran u vremenu i prostoru

Intervencije:

- Osigurati dovoljno vremena za razgovor.
- Govoriti polako i razgovjetno
- Orijentirati pacijenta u vremenu i prostoru.
- Osigurati pacijentove osobne predmete (staviti ih u blizinu, na isto mjesto)
- Napraviti plan dnevnih aktivnosti
- Primijeniti propisanu terapiju (5)

## 5.3.HIPOMANIJA

Razlika između manije i hipomanije je u pacijentovoj funkcionalnosti. Hipomanija je stanje koje nije povezano sa funkcionalnim oštećenjima i pacijenti ga mogu smatrati pozitivnim i poželjnim. Ovo stanje mora trajati najmanje četiri dana kako bi se utvrdila dijagnoza. Hipomanija može biti uvod u maniju. Treba prepoznati simptome kako bi mogli započeti liječenje što je prije moguće , te kako bi spriječili maniju. (4)

# 6. Dijagnosticiranje bipolarnog poremećaja

Zbog promjenjive kliničke slike BAP-a, koja ima vrlo nepredvidiv tijek, bipolarni se poremećaj vrlo često krivo i kasno dijagnosticira. Najčešće, poremećaj se prepoznaje kao depresivni poremećaj, jer se u maniji bolesnici rijetko javljaju na liječenje. Osim toga BAP često počinje nekim drugim poremećajem kao što je anksiozni poremećaj, poremećaj hranjenja ili ovisnost. BAP je poremećaj koji narušava psihosocijalnu ravnotežu bolesnika, njegove obitelji i okoline te vodi u kognitivno oštećenje. Do danas nisu nađeni biološki i objektivni pokazatelji koji bi osigurali dijagnostiku ovog poremećaja.

Dijagnoza BAP-a se postavlja kada postoje barem dvije epizode poremećaja raspoloženja između kojih je bilo uspostavljeno stanje potpune remisije. Trebaju postojati epizode: dvije manije ili hipomanija, depresija i manija ili depresija i hipomanija. DSM-5 dijeli bipolarni poremećaj na tip I i tip II.

Bipolarni poremećaj raspoloženja tipa I javlja se u bilo koje životno doba. Više od 90% osoba koje su imale maničnu epizodu, poslije imaju ponavljane epizode vezane uz raspoloženje. Funkcionalni oporavak uspostavlja se kod 2/3 bolesnika.

Bipolarni poremećaj raspoloženja tipa II je oblik u kojem se izmjenjuju hipomanične i depresivne faze. Obično osobe dođu na liječenje u depresivnoj epizodi. Često je prisutna impulzivnost te kao posljedicu okušaj suicida i uzimanje psihoaktivnih tvari. Prva epizoda može biti hipomanija, manija ili depresija, nakon koje slijedi višegodišnja remisija. (16)

## 6.1. Prepoznavanje depresivnog poremećaja

Postavljanje dijagnoze depresivnog poremećaja uključuju tipične, tjelesne i druge simptome.

TIPIČNI SIMPTOMI:

- Depresivno raspoloženje
- Gubitak interesa i zadovoljstava u aktivnostima
- Smanjena životna energija

DRUGI ČESTI SIMPTOMI:

- Poremećaj spavanja
- Poremećaj teka
- Poremećaj koncentracije i pažnje

- Smanjeno samopoštovanje i samopouzdanje
- Osjećaj krivnje i bezvrijednosti
- Pesimističan pogled na budućnost
- Ideje o samoozljeđivanju i samoubojstvu

TJELESNI SIMPTOMI: anhedonija, nedostatak reakcije na ugodnu okolinu i događaje, rano buđenje, jutarnje pogoršanje depresije, psihomotorička usporenost i nemir, gubitak teka i gubitak tjelesne mase i smanjenje libida.

Depresija može biti blaga (četiri simptoma), umjerena (pet simptoma), teška bez psihotičnih simptoma (sedam simptoma) i teška s psihotičnim simptomima (uz simptome depresije prisutne su halucinacije, sumanute ideje).

Blaga depresivna epizoda ima simptome kao što su sniženo raspoloženje, osjećaj umora i nemogućnost doživljaja osjećaja zadovoljstva. Osobe s tim oblikom depresivnog poremećaja još su djelomično funkcionalni.

Umjereno teška depresivna epizoda pokazuje teškoće u socijalnom funkcioniranju i radu. Često je povezana s anksioznošću.

Teška depresivna epizoda bez psihotičnih simptoma ima simptome jako sniženoga depresivnog raspoloženja, depresivnih misli, umora, pojačanih tjelesnih simptoma i nesanice. Javlja se izraziti gubitak radnih i socijalnih sposobnosti.

Teška depresivna epizoda sa psihotičnim simptomima gdje su osim simptoma depresije prisutne sumanute ideje krivnje, halucinacije, hipohondrijski doživljaj tjelesnih simptoma. Može se pojaviti i depresivni stupor. (16)

## 6.2. Prepoznavanje maničnog poremećaja

Kriteriji za maničnu epizodu:

- Povišeno razdražljivo raspoloženje koje traje najmanje tjedan dana
- Tijekom razdoblja povišenog raspoloženja trebaju biti prisutna najmanje 3 od 6 simptoma : povećano samopouzdanje i grandiozne ideje, smanjena potreba za spavanjem, velika potreba za govorenjem, misli su ubrzane („bijeg ideja“), pažnja je povećane vigilnosti, poduzimanje rizičnih aktivnosti (trošenje novca, brza vožnja)
- Poremećaj uzrokuje oštećenje radnog i socijalnog funkcioniranja

Hipomanija je blaži oblik manije s blago povišenim raspoloženjem, ali ne dovodi do prekida socijalnog funkcioniranja. Bolesnici su naglašeno druželjubivi i pričljivi.

Manija bez psihotićnih simptoma obilježena je izrazito povišenim raspoloženjem koje je neprimjereno. Radno i socijalno funkcioniranje bitno je narušeno. Bolesnici poduzimaju neadekvatne financijske pothvate koji često cijelu obitelj dovode do ekonomske krize. Često stupaju u neprimjerene seksualne kontakte i veze.

Manija sa psihotičnim simptomima ima težu kliničku sliku. Grandiozne ideje eskaliraju u sumanute ideje. Prisutni su razdražljivost, agresija i sumanute ideje proganjanja. Zbog nedovoljnog uzimanja hrane i tekućine bolesnik je često vitalno ugrožen. Rijetko se mogu pojaviti i halucinacije. (16)

## 6.3. Klasifikacija poremećaja raspoloženja

Klasifikacija bipolarnog afektivnog poremećaja (MKB-10):

- F31.0 sadašnja hipomanična epizoda
- F31.1 sadašnja manična epizoda bez psihotičnih simptoma
- F31.2 sadašnja manična epizoda sa psihotičnim simptomima
- F31.3 sadašnja epizoda blaga ili umjerena depresija
- F31.4 sadašnja teška depresivna epizoda bez psihotičnih simptoma
- F31.5 sadašnja miješana epizoda i brze izmjene epizoda
- F31.6 sadašnja miješana epizoda i brze izmjene epizoda
- F31.7 sada u remisiji
- F31.8 ostali; povratne manične epizode
- F31.9 nespecifičan (20)

# 7. Liječenje poremećaja raspoloženja

Liječenje BAP-a uključuje farmakološku terapiju i psihosocijalne postupke. Suvremeni pristup liječenju podrazumijeva ne samo otklanjanje simptoma, nego postizanje stabilne remisije i relapsa bolesti tj. uspostava stanja normalnog funkcioniranja. (2) Cilj liječenja je da poremećaj što manje remeti kvalitetu života. U liječenju važna je strpljivost i suradnja: trebaju se isprobati različiti lijekovi i različite kombinacije lijekova da se ustanovi koja je kombinacija za pacijenta najbolja. Osnovni lijekovi za liječenje bipolarnog afektivnog poremećaja su antipsihotici i stabilizatori raspoloženja, dok se u depresivnoj fazi mogu koristiti i antidepresivi, sedativi i anksiolitici . (1)

Važan terapijski faktor je dobra suradnja s liječnikom i on može utjecati na ishod bolesti. (3)

Preporuke za laboratorijske i druge pretrage prije uzimanja lijekova

Krvne pretrage obavljaju se rutinski. Ako neki od lijekova utječu na zdravlje pacijenta , doza lijeka se može prilagoditi, ili se može uvesti novi lijek. Pretrage tijekom liječenja treba ponoviti kako bi se kontrolirao nepoželjni utjecaj lijeka na tjelesno zdravlje pacijenta. (1)

## 7.1. Farmakološka terapija

Liječenje osoba s bipolarnim afektivnim poremećajem smatra se jednim od najsloženijih terapijskih postupaka u psihijatriji. Farmakološko liječenje je složeno i ovisi o fazi bolesti. Pravilan izbor i kombinacija psihofarmaka, uvelike će ubrzati sanaciju i poboljšati kvalitetu života bolesnika i njegovih bližnjih. (19)

Mnoga istraživanja su pokazala kako je dobra suradnja pacijenta u uzimanju lijekova vrlo važna za poboljšanje stanja, za smanjivanje i nestanak simptoma te vraćanje u normalan život. (3)

U liječenju manične faze odobreno je mnogo lijekova. Od strane američke agencije za hranu i lijekove odobreni su: litij, valporat, karbamazepin, olanzapin, risperidon, kventiapin, arpiprazol, ziprasidon. Monoterapija litijem prvi je izbor liječenja blage i srednje teške manije. U liječenju teške manije preporuča se kombinacija terapije prvog izbora te klozepin, okskarbaazepin i elektrokonvulzivna terapija.

Za sada su samo dva lijeka odobrena za liječenje depresivne faze: kombinacija olanzapina i flukosetina te kventiapin. Lamotrigin je odobren za terapiju održavanja, ali se također preporučuje litij. Depresija u sklopu BAP-a je jedini oblik depresije gdje je primjena antidepresiva dvojbena. Antidepresivi se preporučuju samo u kombinaciji sa stabilizatorom raspoloženja, ali samo ako niti jedna druga kombinacija ne djeluje. (18)

## 7.2.Psihološke i psihosocijalne metode

Početak i vraćanje bolesti povezano je s faktorima iz okoline, načinima kako pacijent reagira na životne događaje. (1) Suvremeni svijet preplavljen je mnoštvom far,okoterapijskih mogućnosti koje omogućuju osobama s BAP-om da žive prihvatljivim životom, da izbjegavaju epizode depresije, tjeskobe, sukobe u obitelji i povišenog raspoloženja, te da se ostvare adekvatne socijalne interakcije. Cilj terapijskih aktivnosti je pomoći osobama da se vrate u društvo i poprave narušene interpersonalne odnose. (2) Za pacijenta vrlo je važno prepoznati okolnosti u životu koje mogu dovesti do pogoršanja bolesti. Pogoršanje bolesti povezano je s osjetljivošću na stres i dobro je educirati pacijenta o metodama koje mu mogu pomoći da se bolje nosi sa svakodnevnim poteškoćama u životu. Važan je zdravi stil života koji uključuje i pravilnu prehranu, redovita fizička aktivnost, te normalan ritam sna i budnosti. Važno je upoznati pacijenta i obitelj sa simptomima bolesti. Poboljšanje obiteljskih odnosa, odnosi bez sukoba mogu pomoći da faze bez simptoma budu što dulje. Osnovni cilj u liječenju BAP-a je smanjivanje akutnih simptoma, prevencija relapsa bolesti i oporavak psihosocijalnog funkcioniranja. Psihoedukacija ima značajnu ulogu u informiranju bolesnika i njegove obitelji o bolesti, načinu liječenja, terapijskim efektima i nuspojavama liječenja. (1)

### 7.2.1. Psihoterapija

Holmes i Lindley ističu definiciju psihoterapije kao „sistematske uporabe odnosa između pacijenta i terapeuta- suprotno od socijalnih i farmakoloških metoda- sa ciljem produciranja promjena u kogniciji, osjećajima i ponašanju“ (Holmes i Lindley, 1998.). Kod BAP-a rijetko je moguće provoditi psihoterapiju kao jedini vid za liječenje, ali je korisna kao dodatak farmakološkoj terapiji. Psihoterapijom je važno prepoznati okolnosti u životu koje mogu dovesti do pogoršanja bolesti i na taj način naučiti izbjegavati takve situacije. Uz psihoterapiju poželjno je uključiti socijalni aspekt u vidu zdravog načina života uključujući tjelesnu aktivnost, zdravu prehranu, te normalan ritam spavanja. U bipolarnom poremećaju koristimo kognitivnu i interpersonalnu psihoterapiju kao metodu liječenja. (13)

Psihoterapijski pristup mora biti individualan, prema čovjekovim osobnim karakteristikama, psihološkom razvoju, čimbenicima okoline , te prema kliničkoj slici.

Psihoterapijski ciljevi:

- Prilagođavanje na realitet bolesti- spoznaja o bolesti, njezin kronicitet, relaps bolesti i potencijalno cjeloživotno trajanje

- Osjećaj gubitka- gubitak odnosa s drugim ljudima, gubitak zaposlenja, gubitak samopouzdanja
- Primjerena suradnja- uključuje medikamentoznu terapiju i uspostavljanje dobre terapijske alijanse

Grupna psihoterapija omogućuje bolesnicima da ostvare dugotrajnu suportivnu psihoterapiju koja uključuje podršku, kognitivno učenje i psihodinamičko razumijevanje. Grupna psihoterapija usmjerena je na psihoedukaciju, prepoznavanje stresnih situacija te modele suočavanja sa stresom i psihoedukacija obitelji. (2)

Kognitivna-bihevioralna terapija

Kognitivno. Bihevioralna terapija je efikasan oblik psihoterapije čija je učinkovitost dokazana brojnim kliničkim studijima u liječenju psihičkih poremećaja. Razvija se u ranom 20. stoljeću i zasnovana je na znanstvenoj činjenici da naše misli uzrokuju naša osjećanja i ponašanja, a ne vanjske stvari same po sebi, kao što su situacije ili ljudi. Ova vrsta terapije najčešće se koristi kod bipolarnog afektivnog poremećaja i spada među „najbrže“ terapije u postizanju željenih terapijskih rezultata (poboljšanje simptoma bolesti i uzimanje farmakoterapije). Pacijent može promijeniti način na koji misli s ciljem da osjeća i djeluje bolje, iako se situacija nije promijenila. KBT je fokusirana na pomaganje pacijentu u postizanju ciljeva koje si je on sam postavio. Terapija je direktna, ali ne usmjerena da se pacijentu govori to i kako da radi. (13)

Interpersonalna terapija

Interpersonalna terapija je kratkoročna i ciljana psihoterapija kojoj je svrha pomoći osobama pri identifikaciji i rješavanju osobnih problema. Nastala je tijekom 1940-ih godina. Specifični izraženi IPT protokol podrazumijeva 15-20 seansi od 4-5 mjeseci. Primarno, ta vrsta liječenja suočava se s problemima međuljudskih odnosa i konfliktima. Na početku liječenja pokušava se identificirati konflikt ili problem koji je mogao dovesti do pogoršanja bolesti te se pokuša odrediti trenutna kvaliteta pacijentovog osobnog funkcioniranja. Liječenje provodimo primarno uspostavom terapijskog kontakta i zadobivanjem povjerenja. Zatim, pojačavanjem zahtjeva i pritiska na pacijenta ostvariti ćemo rješavanje osobnih konflikata koje smo prije detektirali kao agravirajući faktor u bolesti. (13)

### 7.2.2. Obiteljska terapija

Komponente obiteljske terapije su psihoedukacija, trening komunikacijskih vještina i trening rješavanja problema. Ranije, smatralo se da je uzrok BAP-a patološko obiteljsko okruženje. Danas, fokus krivice prebacio se na genetsku predispoziciju tih pojedinaca za razvoj bolesti. Danas se teži uspostavi ravnoteže između toga da se izbjegne otkrivanje i stigmatizacija bolesnikovih roditelja, uz to da se reorganizira njihov odnos, smanje konflikti i poboljša komunikacija. Te komponente su čimbenici koji utječu na razvoj bolesti. Obitelji u terapiji može biti roditelj, supružnik, brat ili sestra, dijete itd..

Problemi koji se mogu javiti kod korisnika obiteljske terapije su situacije u kojima osoba nema roditelje ili nema kontakta s njima, kada obitelj i pacijent žive daleko, nemaju osiguran transport ili nemaju financijske mogućnosti, nedostatak vremena za seanse i strah od stigmatizacije.

Potreba za obiteljskom terapijom proizašla je iz činjenice da obitelj osoba oboljelih od BAP-a traži načine koje da se nose s poteškoćama, proizašlima iz bolesti. Oni pažljivo promatraju i najmanje promjene pacijentovom raspoloženju i zabrinjava ih da to ne preraste u ozbiljnije tegobe te inzistiraju na pridržavanju terapiji. Uloga članova obitelji postala je aktivnija i značajnija deinstitucionalizacijom pacijenta. Posljedica toga je da se bolesnik vraća svojoj obitelji s više rezidualnih simptoma koji su jače izraženi te se danas naglasak stavlja na izvanbolničko liječenje. Briga za takvog bolesnika je složena i jako crpljujuća. postoji i opasnost od ne pružanja adekvatne potpore. (14)

Edukacija obitelji

bolesnici se iz bolnice otpuštaju na skrb u obitelji. Važno je da oni budu dovoljno educirani kako bi razumjeli poteškoće vezane uz to stanje. Članu obitelji treba ponuditi odlazak liječniku radi konzultacije i eventualnog liječenja. Nije dobro lagati bolesniku i služiti se ucjenama. Treba mu davati realna i primjerena obećanja. Pošto je dnevni raspored bolesnika narušen zbog prirode bolesti, obitelj ne smije nametati svoj raspored jer se tako postiže suprotan učinak, guši se motivacija te se pojačava osjećaj bezvrijednosti i nesposobnosti. Koliko god je moguće treba uvažiti želje bolesnika ako su one realne, a kad se želja ne može ispuniti, treba ponuditi alternativu s kojom će bolesnik biti zadovoljan. (12)

### 7.2.3. Elektrostimulativna terapija

U rijetkim slučajevima liječnik može preporučiti liječenje elektrokonvulzivnom terapijom koja može dovesti do pozitivnog učinka tj. značajnog poboljšanja stanja i povlačenja simptoma bolesti. Radi se na manjoj skupini pacijenata koja ne reagira povoljno na lijekove. Ovu terapiju

nazivaju i „elektrošok terapija“ te je negativno obilježena, kao vrsta mučenja pacijenta, što nije točno. Ova metoda je bezbolna i obavlja se u anesteziji. (1)

Tretman se provodi tako da se kroz mozak propušta struja sa ciljem da se izazove epileptični napad, od kud i dolazi naziv elektrokonvulzivna terapija. Način na koji struja postiže svoje djelovanje i dalje nije poznat. EKT se koristi kod simptoma teške depresije i kod manije koje ne reagiraju na lijekove. Pokazao je u nekim slučajevima bolje rezultate od farmakoterapije. Komplikacije vezane uz ovu terapiju očituju se neposredno nakon terapije i to su glavobolja, pospanost, gubitak teka, palpitacija, poremećaj funkcije crijeva i hipotenzija. Simptomi obično prolaze spontano. Mogu se javiti i poremećaji pamćenja i konfuzno-smetena stanja. EKT je kontraindicirana kod oboljelih od kardiovaskularnih bolesti, bolesti središnjeg živčanog sustava i osoba koje imaju ugrađen „pace-maker“. (13)

# 8. Suicidalnost u bipolarnom afektivnom poremećaju

Postoje brojne definicije suicida. „Suicid je smrt koja nastaje iz čina nad samim sobom s namjerom oduzimanja života“. Suicidalnost se može promatrati iz različitih stajališta kao što su psihijatrijsko, sociološko, kulturološko, religijsko itd.. Interakcijom različitih struka, pristupa i stavova, moguće je pokušati razumjeti što dovodi do njega, njegovo značenje, opravdanost i mogućnosti njegove prevencije. (17)

Novi modeli kreću se u smjeru razumijevanja suicidalnosti kao rastućeg procesa (od blažih do težih oblika) koji se razvija i na koji utječu dvije grupe faktora: faktori predispozicije i faktori okidači tj. stresori.

BAP spada među vodeće psihijatrijske poremećaje s obzirom na rizik suicidalnog ponašanja. (15)

Mortalitet zbog suicidalnosti kod bolesnika s afektivnim poremećajem je dva do tri puta viši nego u općoj populaciji. Afektivne bolesti najčešće su dijagnoze među počiniteljima suicida i čine 60-70% udjela u suicidima. (17) 10-15% bolesnika s ovim poremećajem život završi suicidom. (15)

Čimbenici rizika za suicid su nedostatak socijalne potpore, nezaposlenost, loši obiteljski odnosi, stresni životni događaji, traume iz djetinjstva, genetski i obiteljski utjecaj, razne kognitivne karakteristike (nemogućnost rješavanja problema, sjećanja vezana samo uz negativna iskustva) i mnogi drugi. (17) Prepoznavanje rizičnih faktora za suicidalno ponašanje omogućuje adekvatnu intervenciju i smanjuje nastanak štetnih posljedica bolesti. Rezultati metaanalize 23 provedene studije pokazuju da su rizični faktori za suicidalne pokušaje obiteljska anamneza suicida, raniji pristup smetnji, naglašena depresija, miješana stanja unutar BAP-a, brze izmjene kao i komorbiditet drugih poremećaja, osobito anksioznih poremećaja. Također istraživanja pokazuju kako su faktori suicidalnog rizika i rana dob nastanka poremećaja, visok broj depresivnih epizoda, komorbiditet ovisnosti o alkoholu te ranije suicidalno ponašanje. U istom istraživanju potvrđeno je da kod osoba bez anamneze suicidalnog ponašanja, depresija i anksioznost imaju pozitivan utjecaj na suicidalne ideje. Zlostavljanje u djetinjstvu, koje spada u distalne stresore, prema istraživanjima imaju lošiji tijek BAP-a i veću izraženost simptoma kao i veći suicidalni rizik.

Prema Rihmeru, Kissu i Sharmi rizični faktori za suicidalno ponašanje u BAP-u dijele se na:

- Primarni (psihijatrijski i somatski faktori)- prethodni suicidalni pokušaji, prisutnost drugih psihijatrijskih poremećaja, suicid u obitelji, prisutnost somatskih bolesti

- Sekundarni (psihosocijalni faktori)- traumatski događaji u djetinjstvu, nezaposlenost i gubitak posla, slaba obiteljska i socijalna potpora, negativni životni događaji)

- Tercijarni (demografski faktori)- muški spol, mlađa dob kod muškaraca, starija dob kod oba spola, proljeće, predmenstrualni period kod žena. (15)

U terapiji suicidalnih osoba uz farmakološku terapiju nužne su i psihosocijalne intervencije i specifični psihoterapijski pristupi ( edukacija o nuspojavama lijekova, prepoznavanje ranih znakova bolesti, proširivanje socijalne potpore), kognitivno-bihevioralnu psihoterapiju, obiteljsku terapiju i interpersonalnu psihoterapiju.

Osobu koja je suicidalna ne treba ostavljati samu. Grupne seanse su suportivnog karaktera (pokušaj pronalaženja novih vrijednosti i odlučivanje za novi izbor). Potiče se promjena životnog stava, uz razumijevanje da se smrću ne riješava problem. Kada se kod pojedinca otkriju suicidalne ideje, potrebno je uz psihoterapijske metode liječenja procijeniti i potrebu za primjenom farmakološke terapije. Liječenje je različito i specifično za svakog pojedinca. (17) klinička ispitivanja su dokazala da liječenje Litijem (neke studije navode kombinaciju sa antidepresivima i antipsihoticima) značajno (više od 80%) smanjuje rizik od pokušaja samoubojstva. Divalproex i carbamazepine imaju slabiji, ali i dalje učinkoviti efekt protiv samoubojstava. U slučaju da litij nema učinka treba ga kombinirati sa drugim stabilizatorima raspoloženja. (6)

Prevencija suicida

Pravodobnim prepoznavanjem i liječenjem osoba sa suicidalnim ponašanjem preveniraju se tragične posljedice koje imaju utjecaj na članove obitelji suicidalnih bolesnika. Ponekad je potrebno prevenirati depresiju i liječiti članove obitelji osobe koja je počinila suicid, kao i osobe koja je pokušala samoubojstvo.

U prevenciju spada adekvatno prepoznavanje osnovne psihijatrijske bolesti, komorbiditeta psihijatrijskog ili tjelesnog, kao i suicidalnog ponašanja te uvođenja odgovarajućih psihofarmaka , psihoterapijskih i psihosocijalnih postupaka. 17

## 8.1.Zdravstvena njega osoba sa rizikom za suicidalno ponašanje

Osobe s rizikom za suicidalno ponašanje treba kontinuirano promatrati, potrebno je, kroz razgovor, ustanoviti pogled te osobe na život, da li osoba ima rizične čimbenike za nastanak suicidalnog ponašanja te da li ih pokazuje. Potrebno je pokazati zaštitnički, ali ne kažnjavajući stav kako bi se pacijent osjećao sigurno i kako bi mogao izraziti svoje osjećaje. Medicinska sestra treba osigurati sigurnu okolinu, ukloniti sve oštre i potencijalno opasne predmete iz

okoline. Bitno je zapažanje suicidalnih i verbalnih i neverbalnih namjera. Kako se te namjere ne mogu uvijek prepoznati, osobu treba direktno pitati ima li namjeru ozlijediti se. Treba stvoriti pozitivan terapijski odnos i dopustiti mu da verbalizira svoj bjes i osjećaje. Također, veoma je bitno poticati grupni rad tj. razgovor s drugim bolesnicima te pomoći osobi da na taj način sagleda pozitivne aspekte života.

NGSAR (The Nurses Global Assesment of Suicide Risk) je skala koju medicinske sestre upotrebljavaju za procjenu rizika za suicid. Osmišljena je kao pomoć medicinskim sestrama koje su primale pacjente na odjel bez popratne dokumentacije. Kako bi se ispravno procijenio rizik za suicid potrebno je mnogo iskustva, a NGSAR pruža pomoć dok medicinske sestre stječu te vještine. Skala se kreće od 1-6 bodova. Osjećaj beznadnosti, depresija, smrt u obitelji, prekid veze, raniji pokušaj suicida nose tri boda. Korištenje narkotičkih sredstava, halucinacije, dijagnosticirana psihoza nosi jedan bod. Ako sestra procijeni kako pacijent ima osmišljeni plan za suicid dodaje šest bodova. Bodovi se zbrajaju i na temelju rezultata dobiva se faktor rizika:

- 0-5 nizak rizik
- 6-8 srednji rizik
- 9-11 visok rizik
- Više od 12 vrlo visok rizik

Medicinska sestra mora kontinuirano voditi brigu i spriječiti pokušaj suicida. Svaki pokušaj i prijetnju treba shvatiti ozbiljno. Ponekad bolesnici dugo vremena i pažljivo pripremaju suicid: bolesnik postaje smiren, komunikativan, simptomi depresije nestaju, svojim ponašanjem zavarava okolinu. Sestra treba obratiti pažnju na bolesnikovo ponašanje i nastojati predvidjeti njegove namjere i postupke. Vrlo je važno graditi topao, otvoren odnos povjerenja i razumijevanja. Na taj način pacijent će se otvoriti i izreći svoje osjećaje i samim time ćemo bolesniku olakšati smetnje jer je ono najteže nekome rekao.

Suicidalno ponašanje nije samo želja za smrću, nego je i želja za životom. Moramo upućivati bolesnika na kreativnija i zdravija ponašanja s kojim će postići ono što mu treba te uključiti bolesnika u različite oblike socioterapije. Cilj kod zdravstvene njege suicidalnog bolesnika je postići da pacijent donese odluku ne samo da se neće ubiti, nego da će i živjeti. (9)

# 9. Zaključak

Usponi i padovi raspoloženja dio su normalnih emocija koje su dio svakodnevnog života. Ljudi koji boluju od bipolarnog afektivnog poremećaja imaju nesrazmjerne uspone i padove raspoloženja. Na zavodu za psihoterapiju (Klinika za psihijatriju Vrapče), ljudi koji boluju od bipolarnog afektivnog poremećaja, napisali su mišljenje o svojoj bolesti u svrhu pisanja završnog rada:

"Moja bolest je deveti krug pakla i to nema onaj koji to ne prođe. To su dani kada si na dnu, a najgore je kada šteti i našoj familiji. Tuga, žalost, bezvoljnost za životom. Doslovce je pakao."

"Moja bolest je vječni strah."

"Ja svoju bolest ne shvaćam kao doista bolest. Ta bolest sam ja."

"Zbog svoje depresije sam bolja prema svima drugima, a najgora prema sebi. Sprječava me u mnogo stvari koje bih htjela napraviti."

Iz prikaza faza bolesti i njezinih simptoma zaključuje se kako se u bipolarnom poremećaju isprepliću dvije ličnosti u jednoj osobi. Obitelj i prijatelji osobe koja boluje od BAP-a nikada ne zna što može očekivati. Pacijent se gubi, ne funkcionira, gubi sebe kao osobu i gubi svoj identitet, gubi prijatelje i dobre obiteljske odnose. Ovaj poremećaj treba shvatiti vrlo ozbiljno te ga prepoznati na vrijeme. Liječenju se treba pristupiti prije svega profesionalno. Uz odgovarajuću edukaciju, psihoterapiju te farmakoterapiju pacijentu pomažemo da dobije uvid u svoj poremećaj i da prepozna simptome na vrijeme. Kroz vrijeme, s puno strpljenja i volje dolazi do funkcioniranja s poremećajem.

Bolesnici, kao i njihovi bližnji moraju naučiti kako živjeti s bolešću svaki dan iznova. Biti sretan, ne znači da sve mora biti savršeno. Sreća se nalazi u malim stvarima.

U Varaždinu, 06.10.2020.

# 10. Literatura


1. Slađana Štrkalj Ivezić: Psihoza, shizofrenija, shizoafektivni poremećaj, bipolarni poremećaj, Medicinska naklada, Zagreb, 2011.
2. Hrvatsko psihijatrijsko društvo: Bipolarni afektivni poremećaj, Zagreb, 2007.
3. Lea Bauman, Slađana Štrkalj Ivezić: Bipolarni poremećaj, Udruga Svitanje, Zagreb
4. Guy Goodwin, Gary Sachs: Bipolar Disorder, Health press, Oxford, 2004.
5. Hrvatska komora medicinskih sestara: Sestrinske dijagnoze 3, Zagreb, 2015.
6. Lakshmi N. Yatham, Mario Maj: Bipolar Disorder: Clinical and Neurobiological Foundations, Wiley- Blackwell, 2010.
7. Jurijana Hrnjak: Bipolarni afektivni poremećaj, Diplomski rad, Sveučilište Sjever, Varaždin, 2015.
8. Sanela Černi: Bipolarni afektivni poremećaj, Diplomski rad, Filozofski fakultet, Osjek, 2011.
9. Marina Špondreht: Zdravstvena njega osoba s rizikom za suicidalno ponašanje, Diplomski rad, Sveučilište Sjever, Varaždin, 2016.
10. Dijana Kruhoberec: Zdravstvena njega bolesika oboljelih od bipolarnog afektivnog poremećaja, Diplomski rad, Sveučilište Sjever, Varaždin, 2016.
11. Ana Bečir: Suvremeni principi liječenja u bipolarnog afektivnog poremećaja, Diplomski rad, Sveučilište u Splitu, Split, 2014.
12. Ivana Novak: Zdravstvena skrb za bolesnike oboljele od bipolarnog afektivnog poremećaja, Diplomski rad, Sveučilište Sjever, Varaždin, 2017.
13. Božidar Novoselović: Liječenje bipolarnog afektivnog poremećaja, Diplomski rad, Sveučilište u Zagrebu, Zagreb, 2015.
14. Maja Cvitanić Mažuran: Obiteljska terapija u liječenju bipolarnog afektivnog poremećaja, Diplomski rad, Sveučilište u Zagrebu, Zagreb, 2018.
15. Darko Marčinko: Suicidalnost u bipolarnom afektivnom poremećaju, Medix, Zagreb, 2008., str. 54-58

16. Alma Mihaljević-Peleš, Marina Šagud, Maja Bajs Janović: Znamo li prepoznati i dijagnosticirati bipolarni afektivni poremećaj:, Medicus, Zagreb, 2017., str. 167-172

17. Dragica Kozarić-Kovačić, Tihana Jendričko: Suicidalnost i depresija, Medicus, Zagreb, 2004., str. 77-87

18. Marina Šagud, Alma Mihaljević-Peleš, Špiro Janović: Stabilizatori raspoloženja u liječenju bipolarnog afektivnog poremećaja, Medix, Zagreb, 2008., str. 45-49

19. Ninoslav Mimica, Slađana Štrkalj Ivezić, Vera Folnegović Šmalc, Marija Kušan Jukić: psihofarmakološke kliničke smjernice (algoritam) za liječenje bipolarnog afektivnog poremećaja, Medix, Zagreb, 2008., str. 59-66

20. Hrvatski zavod za javno zdravstvo: Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema, deseta verzija, Medicinska naklada, 1994.

Sveučilište
Sjever

SVEUČILIŠTE
SJEVER

**IZJAVA O AUTORSTVU**
**I**
**SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU**

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, ANA KOLARIĆ *(ime i prezime)* pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (*obrisati nepotrebno*) rada pod naslovom BIPOLARNI AFEKTIVNI POREMEĆAJ *(upisati naslov)* te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
*(upisati ime i prezime)*
Ana Kolarić
(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnost i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, ANA KOLARIĆ *(ime i prezime)* neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (*obrisati nepotrebno*) rada pod naslovom BIPOLARNI AFEKTIVNI POREMEĆAJ *(upisati naslov)* čiji sam autor/ica.

Student/ica:
*(upisati ime i prezime)*
Ana Kolarić
(vlastoručni potpis)