Bipolarni afektivni poremećaj

Hrnjak, Jurijana

Undergraduate thesis / Završni rad

2016

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

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:122:140120

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

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

Repository / Repozitorij:

University North Digital Repository

Sveučilište Sjever

Završni rad br. 681/SS/2015

Bipolarni afektivni poremećaj

Jurijana Hrnjak, 4855/601

Varaždin, listopad 2015. godine

Sveučilište Sjever

Odjel za biomedicinske znanosti

Završni rad br. 681/SS/2015

Bipolarni afektivni poremećaj

Student

Jurijana Hrnjak, 4855/601

Mentor

Melita Sajko, dipl.med.techn.

Varaždin, listopad 2015. godine

Sveučilište Sjever
Sveučilišni centar Varaždin
104. brigade 3, HR–42000 Varaždin

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL: Odjel za biomedicinske znanosti

PRISTUPNIK: Jurijana Hrnjak | MATIČNI BROJ: 4855/601

DATUM: 24.11.2015. | KOLEGIJ: Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika

NASLOV RADA: Bipolarni afektivni poremećaj

MENTOR: Melita Sajko, dipl.med.techn. | ZVANJE: predavač

ČLANOVI POVJERENSTVA:

1. Jurica Veronek mag. med. techn., predsjednik
2. Melita Sajko dipl. med. techn., mentor
3. Marija Božičević mag. med. techn., član
4. Irena Canjuga mag. med. techn., zamjenski član
5.

Zadatak završnog rada

BROJ: 681/SS/2015

OPIS

Bipolarni afektivni poremećaj jedan je od najčešćih psihijatrijskih poremećaja današnjice. Oboljeli polazi kroz faze promjenjivog raspoloženja, koje varira od maničnog i ushićenog do depresivnog. Bolest se prvi put javlja najčešće između 15. i 30. godine života. Važno je rano prepoznavanje bolesti kako bi se čim prije započelo sa liječenjem i kako bi se izmjenjivanje i jačina faza bila što blaža. Izuzetno je važna uloga medicinske sestre u radu sa oboljelima od ovog poremećaja jer je ona neprekidno s bolesnikom. Medicinska sestra trebala bi raspolagati različitim vještinama i znanjima kako bi imala pravilan pristup oboljelima.

U radu je potrebno: * definirati bolest
* navesti epidemiološke podatke vezane uz bolest
* opisati pojedine faze bolesti
* objasniti postupak dijagnosticiranja
* opisati postupak liječenja
* navesti sestrinske dijagnoze i intervencije medicinske sestre u radu sa oboljelima

ZADATAK URUČEN: 18.01.2016. | POTPIS MENTORA:

REPUBLIKA HRVATSKA 5 SVEUČILIŠTE SJEVER KOPRIVNICA SVEUČILIŠTE SJEVER

Predgovor

Ovaj završni rad posvećujem svojoj djeci koja su mi bila glavna motivacija za studij. Zahvaljujem im na ljubavi, bezuvjetnoj podršci, njihovoj radosti za svaki položeni ispit i vjeri u moj uspjeh.

Posebno zahvaljujemmentorici prof. Meliti Sajko koja mi je pomogla pri izradi ovog rada svojim prijedlozima,savjetima i što je uvijek imala vremena za moje upite.

Također, hvala Mariji Božičević, mag.med.tehn. na nesebično ustupljenoj literaturi, pruženom znanju, preporukama i pomoći pri izradi završnog rada.

Zahvaljujem se svim kolegama i kolegicamakoje sam upoznala, koji su bili uz mene i bez kojih moje studiranje nebi prošlo tako lako i zabavno.

Sažetak

Budući da je sestra neprekidno s bolesnikom, njezina je uloga izrazito bitna u procesu liječenja. Njezinom zadaćom se smatra ne samo zbrinjavanje bolesti, nego i poimanje bolesnika kao cjelovitog bića, poštivanje bolesnika kao jedinstvene jedinke, podržavanje njegovog samopoštovanja, pomoć u usvajanju novih oblika ponašanja i terapijske komunikacije. Sestra nikada ne smije zaboraviti na etički kodeks i poštovanje pacijentovih prava, te uz to treba biti strpljiva, tolerantna, humana i odgovorna. Pridajući pažnju bolesniku, sestra pokazuje da ga poštuje, što kod bolesnika potiče osjećaj samopoštovanja i samopouzdanja, što na kraju dovodi do većeg uspjeha u liječenju. U zdravstvenoj njezi, centar zbivanja je otkrivanje i zbrinjavanje zdravstvenih problema pacijenta. Psihijatrijski bolesnici su daleko nepovjerljiviji od bolesnika sa somatskim bolestima, jer često ne žele prihvatiti svoje stanje kao bolest. Plan zdravstvene njege za bolesnika oboljelog od bipolarnog afektivnog poremećaja je prije svega individualan i posebno izrađen za svakog bolesnika. Jednako je bitno procijeniti kakav ćemo pristup prema pacijentu imati kako bi zadobili njegovo povjerenje i olakšali suradnju.Bipolarni afektivni poremećaj jedan je od najčešćih psihičkih poremećaja današnjice. Karakteriziraju ga dvije ili više epizoda u kojima su pacijentovo raspoloženje i razina aktivnosti značajno poremećene. Nastaju patološke promjene raspoloženja koje variraju od depresivnog do maničnog. Potrebno je izraditi poseban plan zdravstvene njege za maničnu i za depresivnu fazu. Cilj je prikazati specifičnosti pojedinih faza promjena raspoloženja, kako se one prepoznaju,kako se liječe i koja je uloga sestre u radu s pacijentom oboljelim od bipolarnog poremećaja.

Ključne riječi: bipolarni afektivni poremećaj, manija, depresija, zdravstvena skrb

Popis korištenih kratica

BAP- bipolarni afektivni poremećaj

MKB- Međunarodne klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema

DSM-IV –DiagnosticandStatistical Manual for PsychiatricDisorders, FourthRevision

SMBS- smanjena mogućnost brige o sebi

Sadržaj

1. Uvod 1
1.1. Uloga medicinske sestre u skrbi psihijatrijskog bolesnika 2
1.2. Učestalost i epidemiologija 3
1.3. Etiologija i patogeneza 3
1.3.1. Psihosocijalni čimbenici 4
1.3.2. Biološki čimbenici 4
2. Vrste promjena raspoloženja 5
2.1. Depresija 5
2.1.1. Klinička slika depresivne epizode 6
2.2. Zdravstvena njega depresivnog bolesnika 6
2.2.1. Moguće sestrinske dijagnoze, ciljevi i intervencije u depresivnoj fazi 7
2.3. Manija 9
2.3.1. Klinička slika manične epizode 10
2.4. Zdravstvena njega maničnog bolesnika 11
2.4.1. Moguće sestrinske dijagnoze, ciljevi i intervencije u maničnoj fazi 12
2.5. Ciklotimija 14
3. Dijagnosticiranje bipolarnog poremećaja 16
3.1. Priprema pacijenta za dijagnostičke pretrage 16
3.2. Prepoznavanje depresivnog poremećaja 18
3.3. Prepoznavanje maničnog poremećaja 18
3.4. Klasifikacija poremećaja raspoloženja 19
4. Liječenje poremećaja raspoloženja 22
4.1. Liječenje akutne manične faze 23
4.2. Liječenje akutne depresivne epizode 25
5. Zaključak 26
6. Literatura 27

1. Uvod

Poremećaji raspoloženja poznati su još iz antičkih vremena, gdje je na jednom egipatskom papirusu (1500.g.p.n.e.) zapisana rasprava između dvaju mudraca koji kažu kako „duša postaje teška uz očuvana sjećanja“. Zabilježeno je i hirovito raspoloženje kralja Saula na starom testamentu koje je variralo od ushićenosti do depresije. Hipokrat je među prvima dao opisati poremećaj raspoloženja kojeg je nazvao melankolijom. Iz desetljeća u desetljeće raste broj osoba oboljelih od poremećaja raspoloženja.[1]Neki smatraju da je to posljedica bolje dijagnostike, dok neki misle kako se broj oboljelih povećava zbog prevelikih zahtjeva koji su stavljeni pred čovjeka i njegove nemogućnosti brze adaptacije na mnogobrojne promjene. Kroz povijest se javljaju još mnogobrojne slavne osobe za koje se pretpostavlja da su bolovale od poremećaja raspoloženja, kao što su Ludwig van Beethoven, Charles Dickens, Issac Newton, Edgar AllanPoe, Vincent van Gogh, ali u to vrijeme poremećaj raspoloženja nije bio prepoznat kao takav i nije liječen.Smatra se da je i utemeljiteljica modernog sestrinstva, FlorenceNightingale, bolovala od bipolarnog poremećaja. Niti današnje slavne osobe nisu izuzetak, slavna glumica Catherine Zeta Jones javno je istupila sa svojom dijagnozom kako bi potaknula ostale oboljele na liječenje i pokazala im da život sa BAP-om može funkcionirati.

Uobičajeno je da svaka osoba prolazi kroz razdoblja tuge ili radosti. To je dio našeg svakodnevnog života. Ti osjećaji variraju, čak i kroz dan, kada možemo biti veseliji ili tužniji, ali je unutar nekih društveno prihvatljivih normi uz mogućnost kontrole emocija.
Bipolarni afektivni poremećaj karakteriziraju ciklične promjene raspoloženja, od depresivnih do maničnih epizoda. Smjenjivanje faza je nasumično, pa tako može doći do dužih faza manije, a kraćih depresije ili dužih faza depresije, a kraćih faza manije.Između faza, osoba je normalnog raspoloženja. Maničnu fazu karakterizira euforično raspoloženje, osobe su prilično iritabilne, zbog čega lako dolazi do osjećaja ljutnje i neprijateljskog raspoloženja.Neki od simptoma manične faze supretjeranaaktivnost, osobe imaju smanjenu potrebu za spavanjem, prepune su ideja i imaju bujicu misli. Depresivnu fazu čini abnormalno sniženo raspoloženje, gubitak interesa, smanjenje energije, gubitak samopoštovanja, osjećaj krivnje i poremećaj spavanja.
Nažalost, poremećaj se još uvijek dosta kasno ili pogrešno dijagnosticira, što odgađa liječenje i time nepovoljno utječe na ishod bolesti. Najčešće se dijagnosticira depresija, a manična faza prođe nezamijećeno.

Do 90-ih godina prošlog stoljeća smatralo se da se bipolarna smetnja pojavljuje isključivo kod odraslih, ali danas je u svijetu više od 800.000 djece i adolescenata koji imaju dijagnozu BAP. Djeca i adolescenti suočavaju se sa vrlo brzim promjenama raspoloženja i sa miješanim simptomima.[2]

Pokušaji suicida i izvršeni suicidi često su tragične posljedice neprepoznavanja i pogrešnog liječenja i često su razlog za prisilnu hospitalizaciju pacijenata.Stopa suicida koja prati ovaj poremećaj vrlo je visoka. U liječenju raspoloženja najbolje rezultate daje kombinacija farmakološke i psihološke terapije. Od farmakološke terapije koriste se antidepresivi i stabilizatori raspoloženja, a psihološka terapija obuhvaća kognitivno bihevioralnu terapiju, interpersonalnu terapiju, obiteljsku terapiju, psihodinamsku terapiju, itd.

1.1. Kompentencije medicinske sestre u skrbi psihijatrijskog bolesnika

Gledano kroz povijest, uloga medicinske sestre se mijenjala. Ona je od liječnikove pomoćnice postala samostalan zdravstveni djelatnik.Sestra danas ima veliku ulogu u zdravstvenom sustavu. Njezina uloga je briga o zadovoljavanju pacijentovih osnovnih ljudskih potreba, poimanju pacijenta kao cjelovitog bića i zagovaranju njegovih prava. Odnos prema bolesniku treba biti stručan i profesionalan. Bolesnikov stav u početku može biti pretjerano susretljiv i intiman ili pak nepovjerljiv, konfliktan, agresivan i distanciran.

Bitno je da medicinska sestra pacijentu pristupa bez predrasuda i straha. Nužno je da kontrolira svoje emocionalne reakcije; ukoliko pacijent pokazuje negativnu kritiku, ljutnju, mržnju ili pak divljenje, ona treba ostati racionalnog razmišljanja. Sestra mora pacijenta uvjeriti u svoje dobre namjere, zadobiti njegovo povjerenje kako bi mu pomogla u prevladavanju njegove bolesti. Sve aktivnosti moraju biti usmjerene na dobrobit bolesnika. Sestra i pacijent trebali bi graditi svoj odnos za vrijeme pacijentovog boravka u bolnici, koji bi prije svega trebao imatiterapijski učinak. Važno je da se pacijent za vrijeme boravka u bolnici osjeća sigurno i da ga doživljava kao prijateljsko okruženje. Sestra mora inicirati svaku pozitivnu djelatnost koja ide u korist pacijentu i ona u svakom trenutku mora pružiti stručnu pomoć. Stvaranjem ozračja u kojem vlada ugodna i topla atmosfera, tolerancija i međusobno poštivanje svih članova terapijskog tima i bolesnika, medicinska sestra daje pacijentu mogućnost emocionalnog i socijalnog sazrijevanja. U

radu sa pacijentima trebalo bi izraditi individualne planove zdravstvene njege u skladu s njegovim potrebama i mogućnostima, poštujući pri tome načela sestrinske skrbi.

1.2. Učestalost i epidemiologija

Iako jedna od četiriju osoba obolijeva od nekog oblika afektivnog poremećaja, životni rizik za klinički značajan oblik obolijevanja od afektivnog poremećaja manji je od 15%. Stopa pobola veća je za žene; 2:1 u odnosu na muškarce. Učestalost poremećaja raspoloženja raste, posebno u starijoj dobi. Depresivni poremećaj je 1,5 do 3 puta češći među rođacima prvoga reda, nego što je u općoj populaciji. Rizik oboljenja tijekom života kreće se od 10% do 25% za žene, i od 5% do 12,5% za muškarce.[3]

1.3. Etiologija i patogeneza

Uzrok nastanka nije još u potpunosti poznat, ali se dovodi u vezu s psihološkim i biološkim čimbenicima. Sreća je u tome što za liječenje nije potrebno poznavanje etiologije poremećaja. Usprkos visokoj prevalencijiBAP-a i brojnim istraživanjima etiologija i patofiziologija poremećaja nije dovoljno poznata. Sva istraživanja jasno ukazuju na poremećaj regulacije u složenom odnosu biogenih amina (noradrenalin, serotonin, dopamin) u CNS-u, kao i u poremećaju osjetljivosti receptora za ove neurotransmitere. Neuroendokrinološka komponenta očituje se u smislu poremećaja limbičko-hipotalamičko-hipofizno-adrenalne osovine. Kod BAP-a nalazimo jasne dokaze i o genetskim etiološkim faktorima koji upućuju na kompleksan model nasljeđivanja.Naslijeđe ima veliku ulogu u nastanku BAP-a (veću nego u depresiji). Rođaci oboljeli od BAP-a 8 do 18 puta češće obolijevaju od BAP-a i 2 do 10 puta češće od depresije nego rođaci osoba koje ne boluju od BAP-a.[3]

1.3.1. Psihosocijalni čimbenici

Životni događaji imaju veliku ulogu za depresivna stanja. Stresni događaji mogu dovesti do unipolarne depresije. Svi tipovi osobnosti mogu razviti kliničku depresiju, no osobe koje su niskog samopoštovanja sklonije su ponavljajućim depresijama. Pojedine situacije mogu biti okidač za nastanak manije ili depresije.

1.3.2. Biološki čimbenici

Teoretski, svaki se poremećaj može naslijediti, pa tako i BAP. Ukoliko se pojavljuje među prvim rođacima, postotak nasljeđivanja je veći. Pretpostavlja se da vjerojatno uzrok nije u jednom dijelu mozga, već da poremećaj nastaje uslijed interakcije većeg broja promjena. Biološka tumačenja nastanka depresije polaze od nasljednih čimbenika. Preko neuroanatomskih, metaboličkih, do endokrinoloških osobitosti. [4]

2. Vrste promjena raspoloženja

Bipolarni afektivni poremećaj spada u kronične, degenerativne bolesti te je potrebno što ranije započeti s liječenjem. Bolesnikovo raspoloženje varira iz izrazito povišenog, euforičnog u depresivno, sniženo raspoloženje. U maničnoj fazi pacijenti su skloni nepromišljenim postupcima, dok u depresivnoj fazi naginju suicidalnim mislima. Osim promjena u raspoloženju, može doći i do oštećenja u ostalim psihičkim funkcijama kao što su poremećaj pažnje, mišljenja, volje i nagona.

2.1. Depresija

Simptomi depresije i manije odraz su, kao i u ostalim medicinskim stanjima, poremećaja različitih procesa u organizmu. Osnovni simptomi tih poremećaja su promjene raspoloženja. Bazični su simptomi u svim stanjima depresije depresivno raspoloženje i gubitak interesa za, do tada, važne stvari i aktivnosti. Te smetnje trebaju trajati barem dva tjedna da bi se moglo govoriti o depresivnoj epizodi. Uz te obavezne simptome, mogu biti prisutni gubitak energije, gubitak apetita, osjećaj bezvrijednosti i/ili krivnje, dekoncentracija, bespomoćnost, neodlučnost i suicidalna razmišljanja do pokušaja suicida. Neki se bolesnici žale na razne boli i bolne sindrome, strahove od bijesa ili strahove od duševne bolesti. Konačno, bolesnici s oštećenjem afekta ponekad su toliko ledirani da ne mogu osjećati uobičajene emocije, kao što su žalost, veselje ili zadovoljstvo, ili osjećaju da je svijet oko njih bez boja i života, mrtav.[3]

Depresivne epizode se mogu kategorizirati u blage, srednje teške, teške bez psihotičnih simptoma i teške s psihotičnim simptomima. Teške se nazivaju i velikim depresivnim poremećajem ili velikom depresijom.Kod depresivnih bolesnika narušena je slika o samome sebi, doživljavaju sebe i svoju okolinu izrazito negativno. Imaju stalni osjećaj krivnje, patnje i smrti. Depresija utječe na cijeli bolesnikov život i ukoliko se ne liječi, doći će do progresije bolesti. Važno je uočiti depresiju na vrijeme i krenuti sa liječenjem. Bitna je edukacija bolesnika. Treba im objasniti da je to izlječiva bolest i da izlječenje ne dolazi preko noći,nego je potrebno strpljenje. Bolesnika treba čim više uključiti u program liječenja i donošenje odluka.

2.1.1. Klinička slika depresivne epizode

Depresivna epizoda može se razviti naglo ili postepeno. Svijest je u pravilu očuvana, kao i orijentacija. Pacijenti su potišteni, klonuli, oskudnih pokreta te su često zapuštenog vanjskog izgleda. Raspoloženje je sniženo, često dominira anksioznost, bespomoćnost, beznadnost, osjećaj niže vrijednosti, strah i gubitak interesa. U ovoj fazi, pacijenti su vrlo često socijalno izolirani, bezvoljni, bez inicijative i interesa.[5]
Postoji velika opasnost da osoba počini suicid. Gotovo 80% pomišlja na suicid kao moguće rješenje za svoje probleme. Smatraju da nisu vrijedni, da su sve pogrešno napravili i da nisu dovoljno dobri. Upuštaju se u riskantne situacije, npr. u prometu ili šetnjom po opasnim mjestima.
Od pacijenata koji su neliječeni ili su neadekvatno liječeni, njih 15 do 20 % počini samoubojstvo.[6]

2.2. Zdravstvena njega depresivnog bolesnika

Suprotno od maničnog bolesnika, depresivni ima tužan izraz lica, zapuštene je vanjštine, bez energije, volje za životom i pognutog držanja. Mogu biti agitirani, što se ispoljava nemirom, ne mogu mirno sjediti. Potreban im je poticaj za neke osnovne radnje, kao što su ustajanje iz kreveta ili osobna higijena. Medicinske sestre trebaju poticati pacijenta na obavljanje osobne higijene (umivanje, brijanje, pranje kose...), a ukoliko oni smatraju da to ne mogu sami napraviti, ona im mora pomoći u tome. Potrebno je ohrabrivati pacijenta, pohvaliti svaki njegov učinjeni korak i poticati daljnju samostalnost. Depresivno raspoloženje karakterizira bezrazložna žalost, potištenost, osjećaj manje vrijednosti, grižnja savjesti, osjećaj krivice, predbacivanje samom sebi. Strahuju od budućnosti, ništa ih ne može razveseliti.Uglavnom su zaokupljeni sobom i svojim negativnim razmišljanjima. Njihov misaoni proces je usporen, smatraju se bezvrijednima i nesposobnima. Unatoč tome, medicinska sestra mora naći način da se približi pacijentu i zadobije njegovo povjerenje, mora mu dati do znanja da je ona tu za njega iako on odgovara šutnjom. Biranjem vedrijih tema sestra pacijentu odvraća pažnju od depresivnih

sadržaja. Kroz razgovor treba pronaći pozitivne osobine ličnosti na koje je pacijent bio izrazito ponosan prije bolesti i razgovor odvesti u pozitivnom smjeru. Bitna je komunikacija sa ostalim bolesnicima, postupno ih treba uvesti u kontakt s drugim bolesnicima kroz socioterapiju. Važno je kontrolirati kakav je apetit kod depresivnog bolesnika jer oni često imaju smanjenu potrebu za hranom. Kontrola prehrane i tjelesne težine sastavni su dio sestrinskog rada. Za vrijeme depresivne faze postoji velika opasnost da pacijent pokuša ili učini suicid. Vrlo su maštoviti i lako nađu način kako to učiniti, stoga sestra mora biti izrazito oprezna i prepoznavati naglo poboljšanje raspoloženja ili ako pacijent odjednom prestane pričati o suicidu. Ujutro je raspoloženje na najnižoj točki. Bolesnik se budi i mora dati novi smisao danu koji je tek započeo. Sestra mora pokazati svoje umijeće, strpljenje i razumijevanje i potaknuti pacijenta da nađe smisao svakom novom danu. Potrebno je pacijenta zaštititi od samoubilačkih poriva. Posebnu pažnju treba obratiti ukoliko je raspoloženje i ponašanje pacijenta iznenada promijenjeno na veselje, verbalizaciju suicidalnosti, rano buđenje ili teškousnivanje.

2.2.1.Moguće sestrinske dijagnoze, ciljevi i intervencije u depresivnoj fazi

Sestrinska dijagnoza:

- Smanjena mogućnost brige o sebi u/s depresijom

Cilj:

- Pacijent će sam voditi brigu o osobnoj higijeni

Intervencije:

- S pacijentom dogovoriti dnevnu rutinu uzimajući u obzir njegove prijašnje navike
- Poticati i ohrabrivati pacijenta kako bi učinio najviše za sebe
- Omogućiti pacijentu potrebna pomagala za obavljanje aktivnosti

Sestrinska dijagnoza:

- Manjkava prehrana u/s psihomotornom pasivnošću

Cilj:

- Bolesnik će povratiti prijašnju tjelesnu težinu

Intervencije:

- Kontrole tjelesne težine
- Odrediti prvo male ciljeve u dobivanju na težini
- Osigurati hranu koju bolesnik voli
- Servirati hranu tako da bude oku privlačna
- Ukloniti sve uzroke koji bi mogli odvući pažnju od obroka

Sestrinska dijagnoza:

- Poremećaj samopoštovanja u/s osjećajem bezvrijednosti

Cilj:

- Pacijent će imati pozitivne misli o sebi

Intervencije:

- Poticati pacijenta na verbalizaciju misli i osjećaja
- Preusmjeravati negativne misli na pozitivne
- Aktivno slušanje

Sestrinska dijagnoza:

- Nesanica u/s nemirom i negativnim mislima

Cilj:

- Pacijent će kvalitetno spavati najmanje 6 sati tijekom noći

Intervencije:

- Omogućiti opuštajuće aktivnosti prije spavanja, toplu kupku, šalicu toplog mlijeka, vježbe relaksacije
- Osigurati mirnu okolinu kako bi pacijent neometano spavao
- Izbjegavati uznemirujućepodražaje prije spavanja
- Omogućiti udoban krevet, mikroklimu prostorije, smanjiti rasvjetu

Sestrinska dijagnoza:

- Visok rizik za izvršenje suicida

Cilj:

- Bolesnik neće pokušati suicid
- Namjera suicida bit će na vrijeme prepoznata i spriječena

Intervencije:

- Ukloniti predmete kojima se bolesnik može ozlijediti
- Poticati bolesnika na verbalizaciju emocija
- Pružiti bolesniku psihološku pomoć, pohvaliti pozitivne odnose
- Biti bolesniku neprestano dostupan

2.3. Manija

Glavni simptomi manije su povišeno raspoloženje, povećanje energije i aktivnosti. Bolesnici imaju grandiozne ideje, misle da imaju moć i snagu promijeniti svijet. Potrebe za snom su smanjene, osoba je neumorna.Postoji mogućnost interpersonalnih sukoba za vrijeme manije, koji mogu dovesti do paranoidnih obrada realiteta. Ova faze zahtijeva hitno bolničko liječenje, primjenu antipsihotika i edukaciju bolesnika. Manične epizode

obično počinju naglo i traju između dva tjedna i četiri do pet mjeseci, iako najčešće traju oko tri mjeseca.[7]

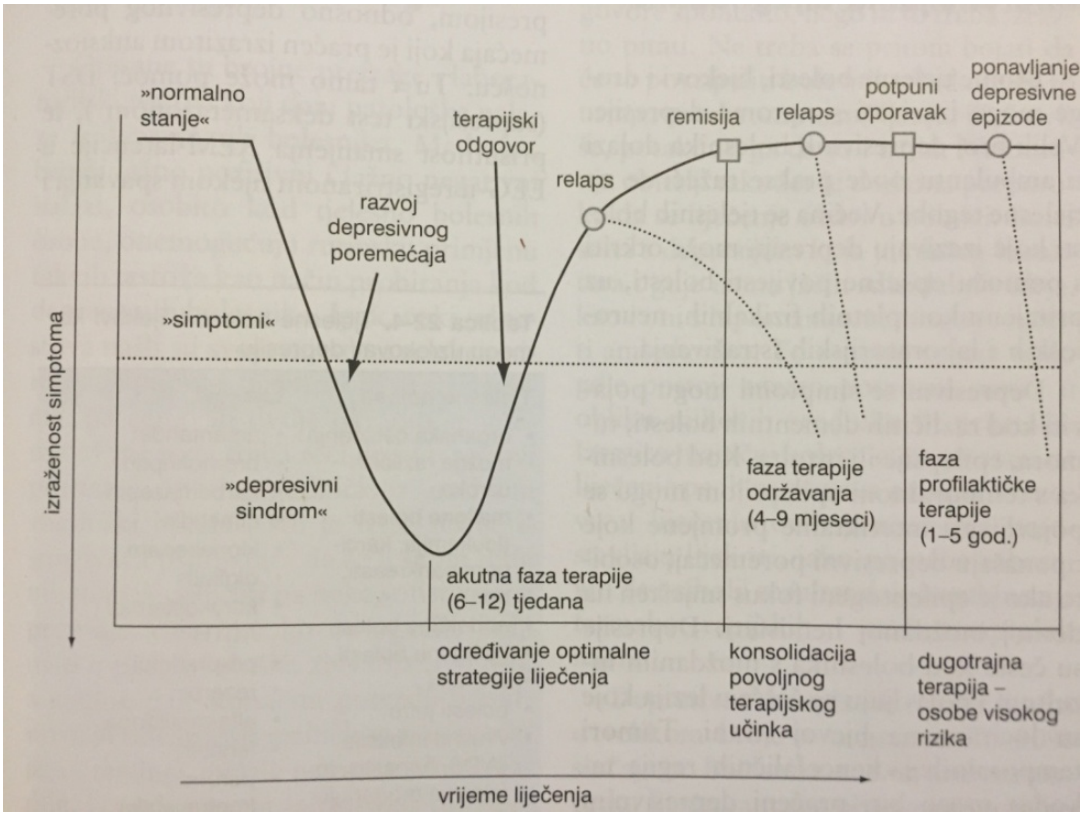
2.3.1. Klinička slika manične epizode

Klinička slika manične epizode povišeno je raspoloženje, emocionalna labilnost i razdražljivost, psihomotorno ubrzanje, bijeg ideja, impulzivno ponašanje i hiposomnija. Svi ti simptomi suprotni su od onih u depresivnoj fazi. Povišeno raspoloženje popraćeno je smijehom, igrom riječi i neprekidnom pričom.

Manično razmišljanje je pretjerano pozitivno, optimistično i ekspanzivno. Osoba je nekritična, često preslobodna, drugačijih moralnih, emocionalnih i vjerskih kriterija nego u zdravom stanju. Prosudbe i testiranje realiteta poremećeni su, iako apriorne intelektualne funkcije nisu poremećene, ali su deteriorirane brzinom misaonog tijeka te promjenom kritičnosti i smanjenjem moralno etičkih kriterija koji su aktualno suprotni željama i raspoloženju bolesnika.[6]

Osobe koje se inače dobro kontroliraju, u maniji mogu postati vulgarne i neprimjerenog ponašanja. Pojačana fizička aktivnost i višak energije mogu rezultirati zanemarivanjem nekih tjelesnih bolesti. Kod pacijenata je vrlo izražen govor, koji je ubrzan s iznenadnim prebacivanjem s teme na temu. Teško mogu ostati duže fokusirani na jednu stvar. Hiposomnija je izražena u manič noj epizodi, bolesnik spava svega dva do tri sata dnevno, osjeća da je tijelo puno energije iako je iscrpljeno.

Predominirajuće pozitivno raspoloženje u maniji nije stabilno, pa plač i razdražljivost nisu rijetkost. Povišenost raspoloženja i izmjenjivost raspoloženja mogu biti toliko izražene da mnogi pacijenti doživljavaju intenzivnu nervozu, rasijanost, skakanje s teme na temu, što ponekad osjećaju kao „loše osjećanje“.Mada je raspoloženje povišeno, kada im se u nečemu proturječi, mogu postati izrazito razdražljivi i hostilni.[6]



Slika 2.3.1.1. Izraženost simptoma u odnosu na vrijeme liječenja
Izvor: Ljubomir Hutoljac i suradnici: Psihijatrija, Zagreb, 2006.

2.4.Zdravstvena njega maničnog bolesnika

Kod zdravstvene njege maničnog bolesnika najveći problem je što oni ne prihvaćaju svoje stanje kao bolest i opiru se liječenju. U ovoj fazi bolesti, bolesnik se osjeća zapravo dobro, raspoloženje je euforično, prepun je ideja,ima osjećaj da možepromijeniti cijeli svijet i ne osjeća da treba pomoć jer je njemu zapravo dobro. Raspoloženje im je promjenjivo; i na najmanji negativni poticaj mogu iz dobrog raspoloženja postati izrazito ljuti i agresivni.Hiperaktivni su, nemirni, bučni. Sestra treba pokušati smanjiti njihovu aktivnost te ih okupirati aktivnostima koje smiruju (radna terapija, fizičke aktivnosti). Neuredni su te im je potrebno aktivnost usmjeravati na vođenje brige o svojim stvarima, krevetu, noćnom ormariću, iako ne vole ograničavanje njihove neprestane aktivnosti. Upadljive su vanjštine, žene se ekstravagantno oblače i šminkaju iako se one ne smatraju pretjerano dotjeranim.

Neki od njih naglo otputuju, promijene stil odijevanja i života, prekinu veze s obitelji i rodbinom, uključuju se u znanstvene i financijske aktivnosti, a neki od njih postaju nasrtljivi i imaju samoubilačke misli. [1]

Pacijent koji je u maničnoj fazi izrazito je nametljiv prema osoblju i ostalim pacijentima. Iz tog razloga može doći do sukoba između pacijenata, koji bi se trebali rješavati na grupnim sastancima. U takvim situacijama od sestre se očekuje da kontrolira svoje ponašanje i da se ponaša maksimalno profesionalno. Treba ostati smirena, strpljiva i s razumijevanjem pristupati nastalom problemu. Jedan od problema u radu s maničnim pacijentom je njihov ubrzan misaoni tijek, ne mogu se usredotočiti na jednu temu nego skaču s jedne na drugu. Imaju ubrzan misaoni tijek. Potrebno ih je upozoravati da govore sporije i tiše, pokušati ih usredotočiti da ostanu na započetoj temi. Manični pacijenti pojačanog su libida i treba obratiti pažnju na pacijente suprotnog spola, posebice ako su uključeni u iste terapijske skupine. Kod prehrane maničnog bolesnika treba obratiti pažnju na to pojede li pacijent zaista obrok. Oni zbog svoje pretjerane aktivnosti mogu zanemariti potrebu za jelom, ali isto tako postoji mogućnost da im apetit bude pojačan. Također zanemaruju potrebu za spavanjem; bitno je voditi evidenciju o tome koliko je i kako pacijent spavao. Potrebno im je osigurati mir i red na odjelu kako bi mogli zaspati.

2.4.1. Moguće sestrinske dijagnoze, ciljevi i intervencije u maničnoj fazi

Sestrinska dijagnoza:

- Visok rizik za ozljeđivanje u/s psihomotornom agitacijom

Cilj:

- Pacijent se tijekom boravka u bolnici neće ozlijediti

Intervencije:

- Ukloniti predmete koji mogu uzrokovati ozljedu
- Edukacija pacijenta i obitelji o mjerama sigurnosti
- Edukacija pacijenta o opasnostima upravljanja motornim vozilima
- Češći nadzor nad pacijentom

- Procjena utjecaja sedativa na pacijenta

Sestrinska dijagnoza:

- Poremećaj misaonog tijeka u/s pogrešnom percepcijom vlastitih mogućnosti

Cilj:

- Pacijent će zadržati prihvatljiv stupanj realiteta

Intervencije:

- Poticati bolesnika da osjeća zadovoljstvo u normalnim životnim situacijama koje nisu previše euforične
- Ograničiti broj aktivnosti
- Napraviti plan dnevnih aktivnosti
- Preusmjeriti besciljnu hiperaktivnost u korisnu aktivnost

Sestrinska dijagnoza:

- Nepridržavanje propisane terapije u/s iskrivljenom slikom o vlastitom zdravstvenom stanju

Cilj:

- Pacijent će se pridržavati propisane terapije

Intervencije:

- Osigurati vrijeme za edukaciju
- Edukacija pacijenta o učincima propisane terapije
- Poticati pacijenta na postavljanje pitanja ukoliko ih ima
- Poticati pacijenta da verbalizira nova usvojena znanja
- Pohvaliti pacijenta za usvojena znanja

Sestrinska dijagnoza:

- Poremećaj spavanja u/s hiperaktivnošću

Cilj:

- Pacijent će povratiti prijašnji ritam spavanja

Intervencije:

- Osigurati mir na odjelu
- Procijeniti djelovanje hipnotika
- Izraditi dnevni plan aktivnosti i odmora

Sestrinska dijagnoza:

- Poremećaj verbalne komunikacije u/s ubrzanim misaonim tijekom

Cilj:

- Pacijent će uspješno komunicirati u grupi

Intervencije:

- Uključiti pacijenta u terapijske grupe, nastojeći da postane član, a ne središte pozornosti
- Zaštita pacijenta u slučaju netrpeljivosti drugih pacijenata
- Postaviti ograničenja u slučaju da pacijent dosađuje drugim pacijentima
- Poticati pacijenta da izrazi svoje misli, ne dozvoliti simulaciju ili disimulaciju

2.5. Ciklotimija

Ciklotimija se obično smatra manje teškim oblikom bipolarnog poremećaja. Dobar dio liječnikaciklotimiju prihvaća kao urođeni poremećaj temperamenta, pri čemu je znatna uloga bioloških čimbenika. Većina ciklotimičnih bolesnika u pojedinom će razdoblju života pokazivati mješavinu simptoma depresije i hipomanije uz izrazitu iritabilnost. [7]

Koliki će uspjeh u životu ostvariti, individualna je stvar. Neki pacijenti nemaju baš uspješan životni put, dok drugi postižu jako dobre rezultate. Bez obzira na uspjeh, život ciklotimičnih bolesnika je veoma težak iz razloga što su razdoblja promjena raspoloženja

skraćena i pojavljuju se neregularno. Oni uglavnom ne traže pomoć stručnjaka jer ju ne smatraju potrebnom. Zbog tolike neizvjesnosti koliko će koje raspoloženje trajati, pacijenti su često pod velikim stresom i pod stalnim pritiskom što će se s njima dogoditi. Vrlo često kod pacijenata dolazi do zlouporabe alkohola ili droge. Prvi simptomi pojavljuju se već u tinejdžerskoj dobi, a podjednako pogađa žene i muškarce.

Simptomi mogu biti:

- Promjene između lošeg i veoma dobrog raspoloženja
- Zbog promjene raspoloženja ne može održati interes za nove stvari
- Problemi u stvaranju društvenih kontakata
- Promjene raspoloženja veoma su učestale
- Poteškoće u spavanju, osoba ponekad teško može zaspati, a ponekad teško ustati iz kreveta [8]

3. Dijagnosticiranje bipolarnog poremećaja

Kao što i sam naziv kaže, bipolarni afektivni poremećaj dijagnosticira se kod bolesnika kod kojih raspoloženje varira od maničnog do depresivnog. To je, dakle, poremećaj raspoloženja kod kojeg je jedna faza izrazito dobro raspoloženje, a druga faza depresivno raspoloženje. Ovaj poremećaj je često neprepoznat ili pogrešno dijagnosticiran. U tablici 3.1.1. prikazani su psihički poremećaji koje treba razlikovati od BAP-a i koje su njihove karakteristike.
Biološki markeri za postavljanje dijagnoze u rutinskoj praksi ne postoje, stoga je sistematični klinički pristup najbolji pristup u diferencijalnoj dijagnozi.

Potrebno je:

1. detaljno istražiti sve prisutne psihopatološke simptome u sadašnjoj epizodi,
2. dobiti podatke o epizodama poremećenog raspoloženja u prošlosti,
3. procijeniti javljaju li se sadašnji simptomi periodično ili su promjenjivi,
4. procijeniti adekvatnost socijalnog funkcioniranja između perioda bolesti,
5. ispitati obiteljsku povijest s obzirom na poremećaj raspoloženja,
6. ispitati odgovor na lijekove ili ECT kod pacijenta ili u obitelji. [6]

3.1. Priprema pacijenta za dijagnostičke pretrage

Za dijagnostičke pretrage najvažnija je edukacija pacijenta o nadolazećoj pretrazi. To je zadatak medicinske sestre. Ona educira pacijenta ukoliko je potrebno napraviti neki dijagnostički postupak. Psihijatrijski pacijenti mogu imati sumanute ideje o tome da im se želi učiniti nešto, a da je dijagnostički postupak samo pokriće. Bitna je edukacija pacijenta o važnosti pretrage, vrsti i načinu na koji će se obavljati. Ukoliko je pacijent izrazito uplašen ili napet treba razmotriti neophodnost pretrage i, ako je moguće, odgoditi ju. Svakom pacijentu potrebno je pristupiti individualno i odvojiti dovoljno vremena, kako bi zadobili njegovo povjerenje i kako bi osjećao da je u dobrim rukama.

Psihički poremećaji koje treba razlikovati od bipolarnog poremećaja	Karakteristike pojedinih dijagnoza
poremećaj raspoloženja zbog oštećenja i disfunkcije mozga i tjelesne bolesti	postoji jasan organski poremećaj mozga ili jasan tjelesni poremećaj
poremećaj raspoloženja prouzročen psihoaktivnim tvarima ili simptomima sustezanja	pojavi simptoma prethodilo je uzimanje psihoaktivnih tvari
depresivne epizode, distimije	nikada nije bilo manične, hipomanične, mješovite epizode
ciklotimija	brojna razdoblja hipomaničnih i depresivnih simptoma koja traju minimum 2 godine i ne zadovoljavaju kriterije za depresivnu, maničnu i mješovitu epizodu
shizofrenija	nisu prisutni izraziti depresivni ili manični simptomi osim kada su shizofreni simptomi prethodili afektivnim simptomima; deluzije i halucinacije ne zadovoljavaju kriterije tipične za shizofreniju
shizoafektivni poremećaj	prisutnost tipičnih simptoma shizofrenije najmanje 2 tjedna navedenih od a) do d) u kriterijima za shizofreniju istovremeno s afektivnim simptomima u istoj epizodi
emocionalno nestabilni poremećaj ličnosti (impulzivni, granični)	zadovoljavanje općih kriterija za poremećaj ličnosti i specifične za navedeni poremećaj
akutna reakcija na stres	izvanredno jak stresni događaj, brzo povlačenje simptoma
poremećaji prilagodbe	stresni događaj, promjenjivost kliničke slike, ne zadovoljavanje kriterija za bipolarni poremećaj

Tablica3. 1.1. Diferencijalna dijagnoza bipolarnog poremećaja[6]

3.2. Prepoznavanje depresivnog poremećaja

Prema MKB najmanje dva od sljedeća tri simptoma:
1. depresivno raspoloženje koje je definitivno abnormalno za određenu osobu i prisutno veći dio dana i gotovo svaki dan, bez većeg utjecaja životnih okolnosti i u trajanju od najmanje dva tjedna,
2. gubitak interesa i užitka u uobičajenim aktivnostima koje pružaju zadovoljstvo,
3. smanjenje energije ili povišena zamorljivost.

I najmanje dva od sljedećih sedam simptoma:
1. gubitak samopoštovanja ili samopouzdanja,
2. bezrazložan osjećaj samoprijekora ili ekscesivne i neprimjerene krivnje,
3. ponavljajuće misli o smrti ili samoubojstvu, ili bilo koje suicidalno razmišljanje,
4. subjektivni osjećaj ili evidentno smanjena sposobnost mišljenja ili koncentracije, kao što je neodlučnost i kolebljivost,
5. promjena u psihomotornoj aktivnosti u vidu agitacije ili retardacije,
6. poremećaj spavanja bilo kojeg tipa,
7. poremećaj apetita i promjena na tjelesnoj težini. [9]

3.3. Prepoznavanje maničnog poremećaja

Tijekom razdoblja promijenjenog raspoloženja prisutnost tri ili više sljedećih simptoma:
1. samopoštovanje ili grandioznost,
2. smanjena potreba za spavanjem,
3. potreba da stalno govori,
4. bijeg ideja,
5. rastresenost,
6. psihomotorička agitacija,
7. pretjerano uključivanje u ugodne aktivnosti. [9]

3.4. Klasifikacija poremećaja raspoloženja

Postoje dvije podjele poremećaja raspoloženja, prema MKB i DSM IV. Svjetska zdravstvena organizacija objavila je 1992. godine ICD-10 (kod nas poznatiju kao MKB-10) i ona je prihvaćena od većine europskih zemalja. Poremećaji raspoloženja svrstani su od F30 do F39 što je vidljivo u tablici 3.4.2.[6]

DSM VI- ova podjela temelji se na klasifikaciji psihičkih poremećaja koju u Americi rabi Američka psihijatrijska udruga. DSM IV klasifikacija u sebi je objedinila sve dotadašnje spoznaje dobivene brojnim istraživanjima na području psihijatrije. Oslobođena je bilo kakvih teorijskih nagađanja o etiologiji psihičkih poremećaja, a postavljanje pojedinih dijagnoza temelji se na utvrđivanju zadanih kriterija (znakova i simptoma), čime je povećana dijagnostička sukladnost između brojnih kliničara i istraživača. Ti kriteriji navode popis osnovnih karakteristika koje moraju biti prisutne u pojedinom slučaju da bi se mogla postaviti dijagnoza, trajanje simptoma te odsutnost nekih drugih simptoma čije pojavljivanje isključuje postavljanje određenih dijagnoza. [7]U tablici 3.4.1. prikazane su tipovi BAP i koliko bi se epizoda trebalo pojaviti da bi došlo do dijagnoze.

Vrsta poremećaja	
Bipolarni poremećaj tip I	najmanje 1 manična epizoda +/- depresija
Bipolarni poremećaj tip II	najmanje 1 hipomanična epizoda +/- depresija
Ciklotimija	Hipomanija +/- simptomi depresije

Tablica 3.4.1. Podjela prema DSM IV, autor:J.H.

Bipolarni tip I

- Najmanje jedna povišena ili manična epizoda, koja je trajala duže od jednog tjedna
- Neki ljudi sa bipolarnim tipom I će imati samo manične epizode, I ako će većina imati i episode depresije
- Depresivne episode traju prilično dugo-od 6 do 12 mjeseci bez terapije

Bipolarni tip II

- više od jedne episode teške depresije, ali samo sa blagom manič̌nom epizodom koja se naziva „hipomanija“

„Rapid cycling“ (brze promjene raspoloženja)

- više od 4 promjene raspoloženja u roku od 12 mjeseci. Ovo pogađa od prilike 1-10 osoba sa bipolarnim afektivnim poremećajem obatipa I i II

Ciklotimija

- Promjene raspoloženja nisu tako intenzivne kao one u pravom bipolarnom poremećaju, ali mogu trajati duže vrijeme; ovo stanje može se razviti u „pravi“ bipolarni poremećaj

F 30	Manična epizoda
F 30.0	Hipomanija
F 30.1	Manija bez psihotičnih simptoma
F 30.2	Manija s psihotičnim simptomima
F 30.8	Ostale manične epizode
F 31	Bipolarni afektivni poremećaj
F 31.0	Bipolarni afektivni poremećaj, sadašnja hipomanična epizoda
F 31.1.	Bipolarni afektivni poremećaj, sadašnja manična epizoda bezpsihotičnih simptoma
F 31.2	Bipolarni afektivni poremećaj, sadašnja manična epizoda s psihotičnim simptomima
F 31.3	Bipolarni afektivni poremećaj, sadašnja epizoda blage ili umjerene depresije
F 31.4	Bipolarni afektivni poremećaj, sadašnja epizoda teške depresije bez psihičkih simptoma
F 31.5	Bipolarni afektivni poremećaj, sadašnja epizoda teške depresije s psihotičnim simptomima
F 31.6	Bipolarni afektivni poremećaj, sadašnja epizoda, mješovita
F 31.7	Bipolarni afektivni poremećaj, sada u remisiji
F 31.8	Ostali bipolarni afektivni poremećaji
F 31.9	Bipolarni afektivni poremećaj, nespecificirani
F 32	Depresivna epizoda
F 32.0	Blaga depresivna epizoda

F 32.1	Srednje teška depresivna epizoda
F 32.2	Teška depresivna epizoda bez psihotičnih simptoma
F 32.3	Teška depresivna epizoda sa psihotičnim simptomima
F 32.8	Ostale depresivne epizode
F 32.9	Depresivna epizoda , neoznačena
F 33	Povratni (rekurentni) depresivni poremećaj
F 33.0	Povratni (rekurentni) depresivni poremećaj, sadašnja epizoda blaga
F 33.1	Povratni depresivni poremećaj, sadašnja epizoda srednje teška
F 33.2	Povratni depresivni poremećaj, sadašnja teška epizoda depresije bez psihotičnih simptoma
F 33.3	Rekurentni depresivni poremećaj, sadašnja epizoda teška sa psihotičnim simptomima
F 33.4	Povratni depresivni poremećaj, sada u remisiji
F 33.8	Ostali povratni depresivni poremećaji
F 33.9	Povratni depresivni poremećaj, neoznačen
F 34	Trajni poremećaj raspoloženja
F 34.0	Ciklotimija
F 34.1	Distimija
F 34.8	Ostali trajni poremećaji raspoloženja
F 34.9	Trajni poremećaj raspoloženja, neoznačen
F 38	Ostali poremećaji raspoloženja
F 38.0	Ostali pojedinačni poremećaji raspoloženja; mješovite afektivne epizode
F 38.1	Ostali ponavljani poremećaji raspoloženja; kratkotrajni ponavljani depresivni poremećaj
F 38.8	Ostali označeni poremećaji raspoloženja
F 39	Neoznačeni poremećaji raspoloženja

Tablica 3.4.2.Podjela poremećaja raspoloženja prema MKB-10 (F30-F39)[7]

4. Liječenje poremećaja raspoloženja

BAP je bolest koja je kronična, degenerativna, te stoga zahtijeva što ranije otkrivanje i uspješno liječenje. Farmakološko liječenje najčešće uključuje kombinaciju lijekova. Premda postoji niz algoritama koji osiguravaju dostatan standard za uspješno liječenje, mnogi čimbenici mogu ugroziti ishod liječenja.[6]

Prvi korak u liječenju je donošenje odluke gdje će se provoditi liječenje. Treba uzeti u obzir sve faktore kao što su rizik od suicida, sposobnost da se održi briga o sebi (SMBS uz/s hranjenje, eliminacija, kupanje, odijevanje), potrebni dijagnostički postupci. Izrazito je važno dobro procijeniti koliki je rizik za suicid, jer pacijenti rjeđe govore spontano o tome. Bitna je i suradnja obitelji kako bi se liječenje bolje odvijalo. Ukoliko obitelj ne surađuje, preporučuje se hospitalizacija bolesnika. Kod blažih oblika depresije liječenje se može odvijati ambulantno, dok je kod maničnih epizoda preporuka bolničkog liječenja. Najbolje rezultate u liječenju daje kombinacija farmakološke i psihološke terapije. Bolesniku je važno naglasiti da farmakološka terapija nema trenutni učinak kao, npr., tableta protiv glavobolje, nego da terapiju treba uzimati najmanje dva do šest tjedana da bi lijek počeo djelovati. Isto tako, treba upozoriti na moguće nuspojave koje lijek može uzrokovati, treba im objasniti da to ukazuje na to da je lijek prisutan u organizmu i da će uskoro početi djelovati. Potrebno je trajno praćenje bolesnika i analiza postignutog. Ukoliko nema željenih rezultata, potrebno je mijenjati pristup i terapiju.

Farmakološko liječenje akutne faze bipolarnog afektivnog poremećaja provodi se primarno stabilizatorima raspoloženja. U slučaju neadekvatnog odgovora na prvi lijek izbora, moguće su različite alternativne strategije, koje obično uključuju primjenu više stabilizatora raspoloženja, antipsihotika druge generacije ili antidepresiva. Različite su strategije opisane kroz algoritme, kojih trenutno ima preko dvadeset i podložni su promjenama, ovisno o stjecanju novih znanstvenih spoznaja i kliničkog iskustva. Premda su smjernice općenito korisne u liječenju BAP-a, nisu uvijek primjenjive u svakodnevnoj kliničkoj praksi. Njihova uloga je primarno u pružanju općeg smjera liječenja, dok je za uspješno liječenje potreban individualiziran pristup bolesniku, što uključuje izbor lijeka temeljen ne samo na kliničkoj slici, već i na ostalim karakteristikama, kao što su obiteljska anamneza, te na spektru nuspojava određenog lijeka, budući da se lijek obično uzima dugoročno. [6] U tablici 4.1. prikazan je temeljni princip u liječenju BAP-a, a u tablici 4.1.1. koji su koraci za propisivanje lijeka i što se primjenjuje u kojoj fazi bolesti.

Temeljni principi pri liječenju BAP-a
1. Prva linija liječenja su antimanični lijekovi/stabilizatori raspoloženja neovisno o fazi BAP-a
2. Ne preporučuje se korištenje antidepresiva kao monoterapije, već uvijek kao konkomitantne terapije stabilizatorima raspoloženja
3. Sadašnja znanja o liječenju depresije BAP-a nisu dovoljna
4. Sadašnja znanja o liječenju miješane epizode i rapidcycling BAP-a nisu dovoljna
5. Hipomanija se liječi na isti način kao i manija
6. Litij, valproati, karbamazepin i antipsihotici učinkovitiji su u liječenju manije nego depresije, dok je lamotrigin učinkovitiji u liječenju depresije nego manije.

Tablica 4.1. Temeljni princip u liječenju BAP-a[6]

4.1. Liječenje akutne manične faze

Od stabilizatora raspoloženja u liječenju manije i hipomanije, osim litija, valproata i karbamazepina koriste se i gabapentin, pregabalin, topiramat, tiagabin. Prema dosadašnjim istraživanjima, litij pokazuje najbolji terapijski učinak u liječenju euforične manije. Pretkazatelji dobrog terapijskog odgovora na litij su također dobar terapijski odgovor bolesnikovog srodnika na litij, neurotski karakter, odsustvo graničnih crta osobnosti, te odsustvo depresivnih simptoma – disforične manije i miješane epizode.[6]

Osnovni principi u liječenju manične i depresivne epizode BAP-a			
Korak		**Manična epizoda**	**Depresivna epizoda**
1. Opći pregled bolesnika, primjena općih principa		Opće funkcioniranje, isključivanje tjelesnih uzroka stanja, prekid uzimanja antidepresiva, kofeina, edukacija	Opće funkcioniranje, edukacija, bihevioralne strategije
2. Početak liječenja, provjera bolesnikove spremnosti na suradnju		Prva linija liječenja (monoterapija ili kombinacija litij/ valproati+antipsihotici)	Prva linija liječenja (monoterapija ili kombinacija stabilizator raspoloženja/ antipsihotik + SSRI)
Ako nema terapijskog odgovora	3.	Augmentacija drugim lijekom (kombinacije) ili promjena dosadašnje monoterapije	
	4.	Augmentacija karbamazepinom, klozapinom, haloperidolom ili EST	Promjena jednog ili više lijekova drugim mogućim – nove kombinacije
	5.	Augmentacija eksperimentalnim lijekovima (fenitoin, tamoksifen, omega-3 masnim kiselinama, kalcitonin)	EST

Tablica 4.1.1. Osnovni principi u liječenju manične i depresivne epizode BAP-a[6]

4.2. Liječenje akutne depresivne epizode

Liječenje depresivne epizode tradicionalno se započinjalo lijekovima koji pripadaju skupini antidepresiva. Međutim, zbog velikog rizika indukcije manične epizode gotovo svih antidepresiva, postupno se i liječenje depresivne epizode BAP-a počelo primarno provoditi stabilizatorima raspoloženja. Međutim, nisu svi stabilizatori jednako učinkoviti u liječenju depresivne faze BAP-a. Naime, upravo prema svojstvu učinkovitosti u liječenju depresivne faze BAP-a, postoji klinička podjela stabilizatora raspoloženja na A i B skupinu. Zasad jedini pripadnik A skupine lijekova, lamotrigin, pokazao se najučinkovitijim u liječenju akutne depresivne epizode. Litij se također tradicionalno primjenjivao u liječenju rezistentnih oblika depresije, odnosno povratnog depresivnog poremećaja, pomoću kojeg se postiže remisija u oko 60% slučajeva.[6]

5. Zaključak

Bipolarni afektivni poremećaj nije samo bolest novijeg doba, ona se pojavljuje još u dalekoj povijesti, iako nije bila prepoznata kao takva. Broj oboljelih se iz dana u dan povećava, neki smatraju da je to posljedica bolje dijagnostike, dok drugi misle da je to zbog nemogućnosti čovjeka da se adaptira na sve zahtjeve koji su danas stavljeni pred njega. Simptomi se mogu pojavljivati još u ranom djetinjstvu ili naglo nastati u adolescentskoj ili odrasloj dobi. Glavna obilježja BAP-a su promjene raspoloženja koje variraju od maničnog do depresivnog. Ovaj poremećaj se još uvijek dosta kasno ili pogrešno dijagnosticira što nepovoljno utječe na ishod bolesti. Pacijenti se uglavnom javljaju za vrijeme depresivne faze, a manična faza prođe nezamijećeno. Za vrijeme manične faze, pacijent se osjeća dobro i ne vidi potrebu za liječenjem, on je ushićen i prepun energije, dok je u depresivnoj fazi raspoloženje izrazito sniženo i bolesnik ne vidi smisao svog života. Zdravstvena njega psihijatrijskog bolesnika iziskuje od medicinske sestre specifičan pristup. Ona je ta koja većinu vremena provodi s pacijentom i izrazito je važno da izgradi svoj odnos s njim. Taj bi odnos trebao imati i terapijski učinak. Potrebno je stvoriti ozračje koje će biti ugodno i toplo, u kojem vlada tolerancija i međusobno poštivanje.Medicinska sestra je nezaobilazan sudionik u liječenju. Bitno je za svakog pacijenta individualno izraditi plan zdravstvene njege, posebno za svaku fazu bolesti. Sestrinske dijagnoze mogu se dodati u plan liječenja i proces skrbi. BAP se liječi farmakološkom i psihološkom terapijom. Medicinska sestra mora pacijenta educirati o propisanoj terapiji i važnosti redovitog uzimanja.

6. Literatura

[1] B.Sedić: Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika, Zagreb, 2007.

[2] Sestrinske dijagnoze kod psihičkih smetnji djeteta i adolescenata, Zbornik radova Sestrinske dijagnoze u zdravstvenoj skrbi psihijatrijskog bolesnika, Plitvička jezera, 2011., str. 24-31

[3] Lj. Moro, T. Frančišković i suradnici: Psihijatrija, Zagreb, 2011.

[4] D. Begić: Psihopatologija, Zagreb, 2011.

[5]http://www.psihijatrija.hr/novosti/literatura.htm dostupno 02.10.2015.

[6]V.FolnegovićŠmalc, S. Štrkalj Ivezić, A. Bagarić, N. Mimica, Klasifikacija i dijagnoza bipolarnog afektivnog poremećaja, MEDIX br. 77, Supplement 1, lipanj 2008., str. 13-18

[6]Lj. Hotujac, M.RojnićKuzman, Liječenje akutne faze bipolarnog afektivnog poremećaja,MEDIX br. 77, Supplement 1, lipanj 2008., str. 26-30

https://bib.irb.hr/datoteka/505847.MEDIX_Supplement_1.pdfdostupno 02.10.2015

[7] Ljubomir Hutoljac i suradnici: Psihijatrija, Zagreb, 2006.

[8]http://www.dzo.hr/web/phocadownload/EU_projekti/psihicke_bolesti_i_svijet_zdravlja/metodologijski%20prirucnik.pdf dostupno 02.11.2015.

[9] http://moodle.vz.unin.hr/moodle/mod/resource/view.php?id=20686 dostupno 16.06.2015.

[10] M. Jakovljević: Psihijatrija, Samobor, 1995.

[11] D.Marčinko i suradnici: Suicidologija, Zagreb, 2011.

[12] L.JuallCarpenito: NursingDiagnosis, Philadelphia, New York

[13] Hrvatska komora medicinskih sestara: Sestrinske dijagnoze, Zagreb, 2011.

[14] http://www.istudentnurse.com/care-plan-bp/ dostupno 22.10.2015.

[15]http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-za-pacijente/poremecaji-dusevnog-zdravlja/depresija-i-manija/manicno-depresivna-bolest dostupno 28.10.2015.

[16] Lj. Moro, T. Frančišković i suradnici: Psihijatrija, udžbenik za visoke škole, Zagreb, 2011.

[17]http://medlib.mef.hr/345/1/sagud.pdf dostupno 02.11.2015.

[18]http://www.pflegediagnosen.de.be/ dostupno 06.01.2016.

[19] Sestrinske dijagnoze i intervencije kod oboljelih od bipolrnog afektivnog poremećaj, Zbornik radova Sestrinske dijagnoze u zdravstvenoj skrbi psihijatrijskog bolesnika, Plitvička jezera, 2011., str. 129-130

[20] HUMS: Biologijska psihijatrija, Zdravstveno veleučilište, Zagreb, 2011.

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, JURIJANA HRNJAK *(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)

Jurijana Hrnjak
(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, JURIJANA HRNJAK *(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)

Jurijana Hrnjak
(vlastoručni potpis)