

Depresija: klinička obilježja i dijagnoza

Clinical Characteristics and Diagnosis of Depression

DALIBOR KARLOVIĆ

Klinika za psihijatriju, KBC „Sestre milosrdnice“

Referentni centar za psihijatrijsku neurobiologiju Ministarstva zdravstva RH,
Hrvatsko katoličko sveučilište

SAŽETAK Depresivni poremećaj i depresivno raspoloženje pratioci su čovjeka od početka civilizacije. Svojom raznolikošću simptomatologije, ali i širinom pojavljivanja u različitim drugim psihijatrijskim i tjelesnim bolestima, depresija je poseban izazov za svakog kliničara. U članku se potanje navode klinička obilježja depresivnog poremećaja ili depresije u različitim psihijatrijskim stanjima ili tjelesnim bolestima. Komentiraju se suvremeni dijagnostički kriteriji za postavljanje depresivnog poremećaja (MKB 10 i DSM 5), ali i MKB 11 koji su u najavi.

KLJUČNE RIJEČI: depresija, depresivni poremećaj, distimija, bipolarni poremećaj, poremećaji raspoloženja

SUMMARY Depressive and mood disorder are human companions since the dawn of civilization. With the diversity of symptoms and the occurrence in a variety of other mental and physical conditions, depression is a special challenge for every clinician. The article details the clinical features of mood disorder and depression in various psychiatric conditions or somatic diseases. Present criteria for diagnosing a depressive disorder (MKB 10 and DSM 5), as well as the announced MKB 11 will be discussed.

KEY WORDS: depression, depressive disorder, dysthymia, bipolar disorder, mood disorders



Poremećaji raspoloženja, od njih posebno depresivni poremećaj, ubrajaju se u češće psihijatrijske kliničke entitete koji se susreću u praksi. Nasuprot drugim skupinama psihijatrijskih poremećaja ne broje toliko distinktnih entiteta, već svega četiri (depresivni poremećaj, bipolarni poremećaj, distimija i ciklotimija). Ipak, tu treba napomenuti da su afektivni simptomi izrazito česti i stoga se nerijetko javljaju u nizu tjelesnih i drugih psihičkih poremećaja (primjerice, u organski uzrokovanih poremećaja, alkoholizmu i drugim ovisnostima, shizofrenijama, poremećajima ličnosti) (1).

Poremećaji raspoloženja odavno su poznati i opisivani. Još u Ebersovu papirusu iz 3000 godina prije naše ere spomene su promjene raspoloženja u obliku depresivnog ili bipolarnog poremećaja. U Bibliji u Starom zavjetu lijep je prikaz depresivnog čovjeka u Jobovoj knjizi. Hipokrat je opisao melankoliju, kako danas nazivamo depresiju. Termin melankolija dolazi od grčke riječi koja znači crna žuč, a u skladu je sa starogrčkim tumačenjem melankolije/depresije i uopće bolesti kao neravnoteže među tjelesnim sokovima. Sam termin depresija dolazi od latinskog izraza *deprimere*, što znači potisnuti, pogurati prema dolje. Na prijelazu starog vijeka u novi vijek sveti Augustin donosi dobre opise depresivnog stanja i osjećaja krivnje. Robert Burton publicira

1621. godine djelo „Anatomija melankolije“ sa skolastičkim objašnjenjima, ali i astrološkim, sezonskim, prehrambenim navikama i biološkim ritmovima. Jean-Étienne-Dominique Esquirol jasno označava melankoliju kao bolest raspoloženja. Kahlbaum opisuje maniju i depresiju kao faze jedne bolesti. Za prognostički lakše slučajeve upotrijebio je pojam ciklotimija, a za teže *vesania typica circularis*. Konačno, Emil Kraepelin odvaja manično-depresivnu psihozu od slučajeva shizofrenije u zaseban entitet. Eugen Bleuler stvara termin afektivna bolest i smatra da je manično-depresivna psihoza dio kontinuuma sa shizofrenijom. John Cade počinje rabiti soli litija u liječenju manije 1949. godine. Roland Kuhn početkom pedesetih godina dvadesetog stoljeća u Švicarskoj otkriva prve rezultate učinkovitosti imipramina u liječenju depresije (2).

Depresivni poremećaj

Kao što je razvidno iz gore iznesenoga, depresija se ubraja u najranije opisane bolesti u medicini i u biti se može reći da je stara koliko i sama naša civilizacija. I samo njezino ime ima drevni korijen kao što je već opisano; dolazi od latinske riječi *deprimere*, koja znači pritisnuti ili udubiti. Na taj se način i slikovito može prikazati ono što depresija čini ljudskoj psihi. Depresija se može javiti kao simptom ili kao

sindrom u okviru raznih psihijatrijskih poremećaja ili kao samostalan entitet. Na razini simptoma patološko je raspoloženje, kvantitativno i kvalitativno bitno različito od tuge i tužnog raspoloženja. Na razini sindroma depresija obuhvaća razne kombinacije psihičkih, psihomotornih i somatskih simptoma koji se prezentiraju različitim intenzitetom (3).

Ovisno o istraživanjima, životna prevalencija depresije procjenjuje se na 1 do čak 19%, a smatra se da su u prosjeku svaka peta žena i svaki deseti muškarac tijekom svojeg života iskusili ozbiljnu depresivnu epizodu. Uzevši u obzir navedeno, novije procjene govore o tome da se više od 150 milijuna ljudi diljem svijeta liječi zbog depresije. Depresija se može javiti u svakome životnom dobu, no njezina je najčešća pojavnost nakon dvadeset i pete do četrdesete godine života. Upravo je to doba najvećega radnog potencijala, a velik je broj radno nesposobnih ljudi zbog depresivnog poremećaja. On se nešto češće javlja u žena negoli u muškaraca. Na oko dvije depresivne žene dolazi jedan muškarac. Međutim, kod ovog nalaza treba biti oprezan; moguće je da muškarci depresiju rješavaju na drugačiji način, najčešće ovisnošću o alkoholu. Ili, s druge strane, tijekom odrastanja naučili su nositi se sa stresom i biti manje bespomoćni, dok je ženama dopušteno da budu bespomoćne, sklonije su pasivnom pristupu itd. Također je primijećeno da se češće javlja u ljudi s malo bliskih međuljudskih odnosa ili u rastavljenih i razvedenih. Socioekonomske prilike nemaju veze s pojavnosti depresivnog poremećaja. Uzevši da je često neprepoznata i neadekvatno liječena, depresija je danas jedan od vodećih uzroka invaliditeta, s tendencijom daljnjeg porasta troškova i opterećenja zdravstvenih sustava. Procjenjuje se da će do 2030. godine upravo depresija od svih bolesti najviše teretiti zdravstvene i socijalne sustave (2).

Klinička slika depresivnog poremećaja —

Tipični simptomi depresije jesu: depresivno raspoloženje, gubitak interesa i zadovoljstva u svakodnevnim i prije ispunjavajućim aktivnostima (anhedonija), osjećaj smanjenja energije, odnosno pojačano zamaranje, psihomotorno usporenje, suicidalne misli, promjene apetita, smetnje spavanja, osjećaj krivnje, samopredbacivanje, kao i smanjeno samopoštovanje. Bolesnici s depresivnim poremećajem žale se na tužno raspoloženje, osjećaj nemoći, boli i težine u ekstremitetima, nemaju volje ni za što pa čak ni za aktivnosti koje su im prije pojave depresivnog poremećaja donosile zadovoljstvo. Zbog toga često znaju zanemarivati vanjski izgled i higijenu pa mogu izgledati zapušteno. Imaju izražene smetnje spavanja, poneki ne mogu zaspati, dugo u noć zdvajaju nad sobom, kratko zaspe, a onda se ujutro vrlo rano probude i ne mogu više zaspati. Drugi bolesnici, pak, imaju pretjeranu potrebu za spavanjem. Tipično je za depresivni poremećaj da bolesnici ujutro kad se probude imaju najviše izražene simptome, a kako dan odmiče, sve se bolje osjećaju, da bi navečer čak bili i normalno raspoloženi.

Ova karakteristika depresije naziva se diurnalna varijacija raspoloženja. U depresivnih bolesnika česte su i promjene apetita. Neki imaju pretjeranu potrebu za hranom pa pojačano jedu i udebljaju se. Drugi, pak, imaju smanjenu potrebu za hranom i mogu bitno izgubiti na tjelesnoj težini. Bolesnici mogu zdvajati nad svojim životom, sve gledaju crno, i prošlost, pa se optužuju da su oni krivi za životne poteze, i budućnost, koja za njih ne postoji. Zbog toga su izraženi osjećaji krivnje, kao i suicidalne misli, pa i pokušaji suicida. Zbog depresivne inhibicije kognitivnih funkcija vrlo često dolazi do poremećaja koncentracije, kao i smetnja pamćenja. Misaoni je tijekom analogno svemu navedenom obično usporen, a bolesnici su zaokupljeni sumornim i pesimističnim pogledima na budućnost, idejama gubitka, krivnje, samooptuživanja, bezvrijednosti, ali i suicidalnim idejama i mislima. Upravo suicidalne ideacije čine depresiju i smrtonosnom bolešću, posebice ako se uzme u obzir da više od tri četvrtine oboljelih pomišlja na samoubojstvo kao na moguće rješenje svojih tegoba i problema, a oko 10% i izvršava taj čin. Gore navedeni simptomi tipični su za depresivni poremećaj, a takva klinička slika naziva se i melankolični tip depresije (2, 4, 5).

Unatoč tomu što su ovi simptomi tipičniji za depresiju, u znatnog broja bolesnika dolazi do razvoja razdražljivog ili anksioznog raspoloženja ili, pak, bolesnik može poricati postojanje subjektivnih promjena raspoloženja i umjesto toga prezentirati se dominantno somatskim tegobama. Tu pretežito dominiraju tegobe kardijalnoga, gastrointestinalnoga, genitourinarnog ili, pak, lokomotornog sustava. Sve to čini tjelesne simptome depresivnog poremećaja. Katkad smetnje u obliku lošijeg raspoloženja ne moraju biti izražene, dapače, bolesnici se doimaju normalno raspoloženi. Imaju osjećaj olovnih, teških ekstremiteta, smetnje koncentracije, anksiozni su uz simptome pretjerane potrebe za spavanjem i simptome prejedanja i dobivanja na težini. Riječ je o tzv. atipičnoj depresiji. U jednog dijela bolesnika dolazi i do pojave psihotične razine smetnja, odnosno razvoja sumanutosti i/ili halucinacija. One su obično sukladne raspoloženju i stoga dominiraju ideje krivnje, sagrješenja, siromaštva, bezvrijednosti, teške tjelesne bolesti i prijetećih katastrofa s preuzimanjem odgovornosti za njih. Tako bolesnici mogu imati sumanutosti u kojima su krivi za ekonomsku krizu, ratove, poplave ili potrese, za nevolje u svojoj obitelji, imaju nihilističke sumanutosti u kojima osjećaju da je sve propalo, da će sve biti uništeno, da više nema boljitka za njih ili njihovu obitelj. Pojava halucinacija bitno je, pak, rjeđa, no kada se javljaju, onda su to obično auditivnog ili olfaktornog tipa, i to u obliku optužujućih glasova ili neugodnih mirisa raspadajućeg mesa ili truljenja. Ovakav oblik kliničke slike depresivnog poremećaja naziva se psihotična depresija. Neki bolesnici mogu imati katatone simptome, poglavito u obliku katatonog stupora. Bolesnici su potpuno psihomotorno neaktivni, mutistični su. U nekih bolesnika

epizode depresivnog poremećaja javljaju se prema sezonskom obrascu, primjerice, češće zimi i traju do proljeća. Takav oblik depresivnog poremećaja zovemo sezonski depresivni poremećaj (2, 4, 5).

Dijagnoza i diferencijalna dijagnoza

Za sada nijedna, a ni niz nekih specifičnijih pretraga ne mogu pomoći u postavljanju dijagnoze depresivnog poremećaja. Stoga se ona postavlja temeljem kliničke slike i podataka dobivenih od samih bolesnika, kao i od njima bliskih osoba. No, iako se samo upotrebom laboratorijskih pretraga ne može postaviti dijagnoza depresije, one itekako mogu pridonijeti u procesu diferencijalne dijagnostike bolesti i stanja koja potencijalno uzrokuju simptome depresije. Posebno je potrebno voditi računa o eventualnom postojanju drugih psihijatrijskih ili tjelesnih poremećaja jer oni mogu utjecati na simptome i tijekom depresivnog poremećaja, kao i znatno otežavati liječenje i oporavak bolesnika. U tom se kontekstu preporučuju analiza kompletne krvne slike, kao i biokemijskih parametara (posebice testovi funkcije bubrega, jetre, gušterače), hormonske analize (štitna i nadbubrežna žlijezda) te toksikološke pretrage. U nekim slučajevima katkad može biti korisno određivanje kortizola koji je u jutarnjim satima u više od polovice bolesnika s depresivnim poremećajem blago ili dosta povišen (5). Također su i nesupresori na deksametazonskom supresijskom testu. Određivanje polimorfizma za serotoninški transporter (SERT) može također pomoći jer pojedinci koji su mutirani na SERT-u (SS-genotip) na uobičajene životne stresove imaju povišen rizik od depresivne epizode (6). Kako bi se objektivnije odredile prisutnost i izraženost pojedinih simptoma depresivnog poremećaja, mogu se rabiti neke od validiranih ljestvica i upitnici dizajnirani specifično za utvrđivanje depresivne simptomatologije. Tako je razvijen niz samoocjenjskih ljestvica koje bolesnici sami mogu ispunjavati, što im je i prednost jer omogućavaju terapeutima fokusiranje na druge aspekte svojeg rada s bolesnicima. S druge strane, razvijene su i ljestvice namijenjene kliničarima, s time da je procjena prisutnosti depresivnih simptoma i njihove izraženosti zahtjevna i traži posebnu edukaciju za rad sa svakim od upitnika. Baš zbog toga je i korist od svakog od upitnika to veća što je terapeut iskusniji u uporabi alata kojim se koristi. Danas se unatoč postojanju doista impresivnog broja ljestvica za depresiju u svakodnevnom radu ponajviše rabe Hamiltonova (HAM-D), Zungova (ZDSI), Montgomery-Asbergova (MADRS) i Beckova (BDI) ljestvica. Njima se može odrediti razina simptomatologije u različitim fazama liječenja te na taj način pratiti odgovor na terapiju, kao i mijenjati terapijske modalitete (2).

Dijagnozu depresivnog poremećaja postavljamo s pomoću kriterija MKB 10 ili DSM 5. Kriteriji MKB 10 i DSM 5 nalaze se u odgovarajućim priručnicima pa čitatelja usmjeravam na priručnike MKB 10 i/ili DSM 5 s hrvatskim prijevodima

za detalje. U obje klasifikacije simptomi trebaju trajati dva tjedna da bi se postavila dijagnoza. Navedene dvije klasifikacije diskretno se razlikuju u kriterijima za depresivni poremećaj. Prema klasifikaciji MKB 10, bolesnik treba imati prisutne simptome lošijeg raspoloženja, gubitka interesa i uživanja te smanjenja energije kao obvezatne, dok DSM 5 traži prisutnost ili samo depresivnog raspoloženja ili samo gubitka interesa i uživanja. Ostali su simptomi praktički identični (7, 8).

Prema klasifikaciji MKB 10, depresivnu epizodu možemo označiti s obzirom na težinu poremećaja kao blagu, umjerenu i tešku. Dodatno, blaga i umjerena epizoda mogu biti označene postojanjem ili odsutnošću somatskih simptoma, a ona teška postojanjem psihotičnih simptoma ili bez njih. Prema klasifikaciji DSM 5, pojedinu epizodu možemo označiti jednako s obzirom na težinu simptoma, ali možemo pobliže odrediti i podtip depresivnog poremećaja: melankolični, atipični, psihotični, sezonski, katatoni ili s anksioznim smetnjama. Prema klasifikaciji MKB 10, postoji posebna dijagnostička kategorija anksiozno-depresivni poremećaj, kao i povratni depresivni poremećaj za slučajeve s ponavljanim epizodama. U slučaju povratnoga depresivnog poremećaja mora biti zadovoljen i kriterij barem jedne prijašnje epizode depresije u trajanju od najmanje dva tjedna te najmanje dvomjesečnog razdoblja bez ikakvih simptoma poremećaja raspoloženja između te i aktualne epizode. Nadalje, ni u jednom trenutku života bolesnika nisu bili zadovoljeni kriteriji za hipomaničnu ili maničnu epizodu.

Prema prijedlogu buduće klasifikacije MKB 11, depresivni se poremećaj može odrediti s obzirom na njegovu težinu, kao i u MKB 10, samo sad pojedina epizoda gubi mogućnost diferenciranja je li sa somatizacijom ili nije, ali se i u srednje tešku epizodu dodaje mogućnost klasificiranja kao psihotičnog oblika. Dodaje se i mogućnost šifriranja epizode u remisiji (7, 8).

Depresivni simptomi u tjelesnim bolestima

Većina bolesnika s depresijom u početku će se javiti svom liječniku obiteljske medicine, a ne psihijatru, i to posebice s nekom od somatskih pritužbi, a ne radi lošijeg raspoloženja. Popis potencijalnih uzroka depresije velik je i uključuje niz bolesti i poremećaja: od neuroloških stanja, infektivnih bolesti, metaboličkih i endokrinih poremećaja, neoplazma do zloupotrebe i ovisnosti o psihoaktivnim tvarima, ali i djelovanja brojnih lijekova (tablica 1.). Osim niza spomenutih stanja, depresija može biti simptom praktički svih psihijatrijskih poremećaja, no uvijek treba voditi računa o tome da se dijagnoza postavlja u skladu s gore navedenim kriterijima i da depresivno raspoloženje nužno ne implicira postojanje depresivnog poremećaja ili epizode. U diferencijalnoj dijagnozi treba razmotriti i uzeti u obzir žalovanje i poremećaje prilagodbe s depresivnim reakcijama, postpartalne depresije, bipolarni poremećaj, sad u depre-

sivnoj fazi. Posebna bi diferencijalnodijagnostička teškoća mogao biti problem diferenciranja psihotične depresije od shizofrenije simpleks ili shizoafektivnog poremećaja (9, 10).

Perzistirajući poremećaji raspoloženja

Skupina perzistirajućih poremećaja raspoloženja uključuje dva poremećaja: ciklotimiju i distimiju. Poremećaji su to čija je glavna odlika da poremećaj raspoloženja nije epizodičan, nego je trajan. Poremećaji obično traju tijekom cijele odrasle životne dobi. U takvome, trajnom poremećaju moguće su i određene fluktuacije raspoloženja, ali je ono temeljno uvijek bolesno promijenjeno.

Distimija

Prevalencija distimije u općoj populaciji iznosi oko 5%, čime je to najčešći poremećaj raspoloženja, nakon depresije. Distimiju karakterizira kronično depresivno raspoloženje koje ne ispunjava kriterije za povratni depresivni poremećaj, bilo u smislu težine ili trajanja pojedine epizode. Bolesnici se većinu vremena osjećaju umorno i depresivno, no katkad su mogući i kratki periodi kada se dobro osjećaju. Općenito gledano, bolesnicima su čak i najmanje zadaće naporne, osjećaju se

iscrpljeno i bez energije, pesimistični su, okupirani idejama neadekvatnosti, teško nalaze zadovoljstvo u nekoj aktivnosti ili cjelokupnom životu, često pate od smetnja sna i skloni su socijalnom povlačenju. Iako je svaki od ovih simptoma sam po sebi težak, činjenica da se ovi bolesnici u biti ne mogu nositi sa svakodnevnim zahtjevima njihove okoline najviše ih prinudi na traženje pomoći. Bolesnici koji boluju od distimije mogu dobiti epizodu depresivnog poremećaja. Takav poremećaj nazivamo dvostruka depresija.

Kao i u slučaju ciklotimije, do sada nisu identificirane specifične kliničke ili laboratorijske pretrage kojima bi se mogla postaviti ili isključiti dijagnoza ovog poremećaja. Stoga se dijagnostički proces temelji na adekvatnoj anamnezi i prije navedenim kriterijima. Kao i za ostale psihijatrijske poremećaje, dijagnozu postavljamo na osnovi kriterija MKB 10 ili DSM 5. Između ova dva sustava nema bitnijih razlika. Također, buduća klasifikacija MKB 11 daje mogućnost dijagnosticiranja ovog poremećaja s gotovo istovjetnim kriterijima kao i klasifikacija MKB 10.

Distimiju je ponajprije potrebno razgraničiti od depresije. Tu treba voditi računa o tome da iako simptomi u biti mogu biti jednaki, distimiju karakteriziraju kronični i slabije izraženi simptomi koji traju dvije ili više godina. Vegeta-

TABLICA 1. Organski uzroci depresije (modificirano prema 9 i 10)

Neurološka stanja i bolesti	Kronični subduralni hematoma, demencije, Huntingtonova bolest, migrene, multipla skleroza, normotenzivni hidrocefalus, Parkinsonova bolest, stanje nakon moždanog udara, Wilsonova bolest, epilepsija temporalnog režnja
Infektivne bolesti	Bruceloza, encefalitis, HIV, infektivni hepatitis, influenza, borelijoza, mononukleoza, subakutni bakterijski endokarditis, sifilis, tuberkuloza
Neoplazme	Tumori središnjega živčanog sustava, limfomi, tumori gušterače, tumori pluća, diseminirana karcinomatosa
Metabolički i endokrini poremećaji	Addisonova bolest, anemije, hipertiroidizam i hipotiroidizam, Cushingova bolest, dijabetes, jetrene bolesti, hiponatremija, hipokalemija, hipopituitarizam (Sheehanova bolest), hipoparatiroidizam, pelagra, perniciozna anemija, porfirija, uremija, deficijencije folata, tiamina i vitamina B12
Psihoaktivne supstancije	Alkohol, kokain, opijati, amfetamini
Lijekovi	Analgetici, antibiotici, antivirusni, antihipertenzivi s kateholaminskim djelovanjem, kemoterapeutici, L-dopa, oralni kontraceptivi, sedativi i hipnotici, kortikosteroidi, antagonisti histaminskih H2-receptora, lijekovi za motilitet gastrointestinalnog sustava
Razno	Teški metali, insekticidi, kronični pijelonefritisi, pankreatitis, postpartalna depresija, hipoksija, prolaps mitralnog zalistka, kronično srčano zatajenje, druge kardiovaskularne bolesti, reumatoidni artritis, sistemski lupus eritematosus, arteritis velikih stanica

tivni (nesanica, gubitak apetita, gubitak libida, smanjenje tjelesne težine) i psihomotorni simptomi bitno su, pak, rjeđe prisutni nego što je to slučaj u depresivnog poremećaja. Nasuprot tomu, depresivni je poremećaj epizodičan s praktički potpunim oporavkom između epizoda i bitno izraženijim vegetativnim i psihomotornim simptomima. Depresivni simptomi mogu biti povezani i s kroničnim psihotičnim poremećajima te ih je, posebice s terapijske strane, potrebno razgraničiti od pravog poremećaja raspoloženja. No, ako se depresivni simptomi nižeg intenziteta javljaju samo tijekom psihotičnog poremećaja (uključujući njegove rezidualne faze), ne smatra se da je riječ o distimiji.

Kako razlikovati depresivni poremećaj od depresivne epizode bipolarnog poremećaja?

Jedan od bitnih problema u svakidašnjemu kliničkom radu jest kako razlikovati depresivni poremećaj od depresivne epizode bipolarnog poremećaja, poglavito ako je depresija prva epizoda s kojom se bolesnik javlja psihijatru. Važna činjenica o kojoj se raspravlja posljednjih godina jest spoznaja da je među bolesnicima koji se prezentiraju kao depresivni poremećaj puno onih koji imaju bipolarni poremećaj. Budući da je za bipolarnu bolesnike simptomatično da više vremena provode u depresiji nego u maniji, hipomaniji ili miješanom stanju, to znači da je velik broj bolesnika u prošlosti bio krivo dijagnosticiran (a time i liječen) kao unipolarna depresija i liječen monoterapijom antidepresivima umjesto da su dijagnosticirani kao bipolarni poremećaj i liječeni litijem ili drugim stabilizatorom raspoloženja ili atipičnim antipsihotikom, prije dodavanja antidepresiva koji možda ne bi bio ni potreban (11).

Gotovo polovinu bolesnika dijagnosticiranih kao unipolarna depresija danas prepoznajemo kao one iz bipolarnog spektra. Liječenje antidepresivima u neprepoznatih bipolarnih bolesnika ne samo da uzrokuje brze izmjene faza, miješana stanja, hipomaniju i maniju već povećava suicidalnost. Zato je neobično važno prepoznati je li depresivni bolesnik imao bipolarnu ili unipolarnu depresiju. Unipolarni depresivni bolesnici i bipolarni bolesnici u depresivnoj fazi imaju identične simptome, stoga je očigledno da simptomi nisu dostatni za razlikovanje ovih dvaju poremećaja.

U diferencijalnoj dijagnostici depresivnog poremećaja od bipolarnog poremećaja, sad u depresivnoj fazi može pomoći uzimanje anamnestičkih podataka o obitelji bolesnika. Naime, rođaci u prvom koljenu iz bipolarnog spektra snažno upućuju na bipolarni spektar prije nego na unipolarnu depresiju (11). U razlikovanju prema depresivnoj epizodi bipolarnog poremećaja mogu postojati simptomi kao što su: pretjerano spavanje, prejedanje, komorbidna anksioznost, motorna usporenost, nestabilno raspoloženje, psihotični i suicidalni simptomi. U korist bipolarnog poremećaja ide mlađa dob početka simptoma, duže i tvrdokornije depresivne epizode, nagli početak ili prestanak simptoma.

LITERATURA

1. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry. 11. izd. Baltimore: Wolters Kluwer; 2014.
2. Hudolin V. Psihijatrija. Zagreb: Jugoslavenska medicinska naklada, Zagreb; 1981.
3. Hudolin V. Rječnik psihijatrijskog nazivlja. 4., dop. izd. Školska knjiga, Zagreb; 1991.
4. Glaser J. Opća psihopatologija. U: Karlović D (ur.). Naklada Slap, Jastrebarsko; 2017.
5. Karlović D. Psihijatrija. Naklada Slap, Jastrebarsko; 2017.
6. Karlović D, Serretti A. Serotonin transporter gene (5-HTTLPR) polymorphism and efficacy of selective serotonin reuptake inhibitors – do we have sufficient evidence for clinical practice. *Acta Clin Croat* 2013;52:353–62.
7. Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema, MKB-10. Medicinska naklada, Zagreb; 1994.
8. Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, DSM 5. 5. izd. Naklada Slap, Jastrebarsko; 2014.
9. Buljan D. (ur.) Konzultativno-suradna psihijatrija – vodič za dijagnostiku i liječenje psihičkih smetnji u somatskoj medicini. Naklada Slap, Jastrebarsko; 2016.
10. Buljan D. (ur.) Depresija i neurološki poremećaj. Klinika za psihijatriju KBC-a „Sestre milosrdnice“, Zagreb; 2013.
11. Stahl SM. Stahlovi temelji psihofarmakologije: Neuroznanstvene osnove i praktične primjene. U: Karlović D (ur. hrv. izd.). Naklada Slap, Jastrebarsko, 2017.



ADRESA ZA DOPISIVANJE:

Prof. dr. sc. Dalibor Karlović, dr. med.
Klinika za psihijatriju, KBC Sestre milosrdnice
Referentni centar za psihijatrijsku neurobiologiju
Ministarstva zdravstva RH
Vinogradska 29
10000 Zagreb
e-mail: dalibor.karlovic@gmail.com

PRIMLJENO/RECEIVED:

18. 7. 2017./July 18, 2017

PRIHVAĆENO/ACCEPTED:

19. 7. 2017./July 19, 2017

