

Aktuelne teme/
Current topics

DEPRESIVNI SINDROMI

Correspondence to:

Prof. dr sc. med. Miloje Preradović, Klinika
Anlave, Beograd,
Stan: Prve pruge 9/IV, Zemun,

e-mail: preradovic.miloje@gmail.com

Miloje Preradović

Klinika Anlave, Novi Beograd, Majora Branka Vukosavljevića 114 -
Bežanijska kosa

Abstract

Ključne reči/Key words

Atipične depresije, maskirane depresije, suicid

In recent decades, depression has posed the most common psychiatric imbalance, whose incidence is constantly increasing. Continual increase of depressions have been conducive to better cognition and diagnostics, psycho-social stresses and greater attention of doctors somatists for psychological problems of their patients. Depression is not only a psychological somatic-vegetative phenomenon that exclusively occurs at various forms, but it is ubiquitous manifestation occurring in clinical image of numerous, etiologically and clinically heterogeneous psychic and somatic disturbances and conditions. The situation is more complicated by the existence of so-called atypical affective disturbances. At atypical disturbances the diagnosis can be uncertain due to various combinations of one or more psycho-pathological or more somatic and vegetative symptoms. Somatic-vegetative symptoms of depression direct to the depressive background at such states. Suicide attempts and suicide risks at disguised depression are prominent as well as at classical endogenous depression, but they are hard to reveal and treat. The patients with disguised depression often reach out for alcohol and other psycho-active substances.

UVOD

Depresija je veoma aktuelan psihijatrijski problem. Ova bolest pogađa 200 miliona ljudi širom sveta, ili 2-4% opšte populacije, što znači svaku 30 osobu.(1, 2). Ta, inače visoka stopa morbiditeta ima tendenciju rasta. Ona je bar deset puta učestalija od shizofrenije.(3). Žene obolevaju dva puta češće od muškaraca.

Poremećaji raspoloženja se javljaju najčešće u periodu od 25-40 godine života, pri čemu se bipolarni poremećaj (depresija i euforija) javlja nešto ranije, pre 30 godine.(4, 6, 7). Bipolarni poremećaj javlja se ređe od depresivnog. Životna prevalenca iznosi od 0,5 do 1,6%. Javlja se sa jednakom učestalošću kod osoba oba pola. Životna prevalenca stalnog poremećaja raspoloženja iznosi za distimiju 3-6%, a za ciklotimiju 0,4-1% (4).

Na ovaj porast procenta depresija verovatno utiče bolja dijagnostika. U novije vreme depresija se sve češće ispoljava atipično, odnosno fenomenologijom koja izmiče uobičajenim dijagnostičkim merilima karakterističnim za depresiju. Depresija kao klinički sindrom obuhvata raznovrsne kombinacije jednog ili više psihopatoloških simptoma i jednog ili više somatskih i vegetativnih znakova. Obavezno prisutni psihopatološki simptom depresivnog sindroma, je poremećaj raspoloženja i korespondira sa raznim oblicima depresije, nezavisno od etiologije, patogeneze, kliničke slike, toka, terapijskog odgovora i ishoda. To je pojava koja se javlja u kliničkoj slici mnogobrojnih, etiološki i klinički heterogenih psihičkih i somatskih poremećaja i stanja. Javlja se u raznim heterogenim nozološkim jedinicama i stanjima i kod osoba različitog herediteta i premorbidne ličnosti. Sve ovo komplikuje njihovo egzaktno nozološko i fenomenološko razgraničenje, što je predušlov uspešnog lečenja.

Do sada je bilo mnogo pokušaja klasifikovanja depresija. Većina autora prihvata podelu na: grupu endogenih, i grupu egzogenih depresija.

Postoje i klasifikacije čije je težište na razdvajanju primarnih od sekundarnih depresija.

U primarne depresije prema ovoj podeli spadaju 1) depresivna faza manično depresivne psihoze i 2) involutivna melanholija kao pretežno endogene afektivne psihoze i 3) reaktivne depresije kao pretežno egzogeno uslovljeni psihički poremećaji. Pod sekundarnim depresijama se podrazumevaju depresije koje se razvijaju u sklopu nekog drugog psihičkog poremećaja, odnosno somatskog oboljenja. U sekundarne depresije spadaju depresivni sindromi koji prate postojeće psihičke poremećaje kao što su drugi oblici neuroza, shizofrenija, alkoholizam i ostale toksikomanije i mentalne nerazvijenosti. U sekundarne depresije spadaju depresije u sklopu psihosindroma izazvanih organskim lezijama mozga počev od degenerativnih, arteriosklerotičnih, zapaljenskih, intrakranijalnih ekspanzivnih procesa, izazvanih multiplom sklerozom epilezijom i dr. i hroničnim telesnim oboljenjima koja onesposobljavaju čoveka za normalan život i rad.

Postoje dva velika klasifikaciona sistema: Svetske zdravstvene organizacije (MKB-10) i DSM-IV Američke psihijatrijske asocijacije (APA). Eksperti su u tesnoj saradnji radili na pomenutim problemima kako bi se osiguralo jednoobrazno informisanje za nacionalnu i internacionalnu zdravstvenu statistiku.

Sve dijagnostičke kategorije koje su zastupljene u DSM-IV nalaze se u ICD.10, ali obrnuto nije slučaj (5).

U aktuelnoj važećoj I0. Reviziji Međunarodne klasifikacije mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja Svetske zdravstvene organizacije, (MKB-10), u grupu poremećaja raspoloženja izdvajaju se: manične i depresivne epizode (znatan broj pacijenata ima samo jednu epizodu bolesti), bipolarni afektivni poremećaj-BAP (javljaju se faze depresije i manije), ponavljajući (rekurentni) depresivni poremećaji (ponavljanje epizoda depresije), stalni poremećaji (ciklotimija i distimija) i nespecificovani poremećaji raspoloženja.

U postavljanju dijagnoze, osim kliničke slike, uzima se u obzir težina izraženog poremećaja (epizode se označavaju kao blage, umereno jake, teške sa psihotičnim simptomima, ili bez tih simptoma), kao i sam tok bolesti.

Situaciju još više komplikuje postojanje tzv. atipičnih afektivnih poremećaja, jer su čisti oblici manično depresivnih psihoza

lako prepoznatljivi, ne samo po vrsti i sadržaju napada, nego i po intermitentnosti i lucidnim intervalima između epizoda, a na kraju posle napada ne ostaju nikakvi deficitarni znaci. Međutim, kod atipičnih afektivnih poremećaja dijagnoza može biti neizvesna, a samim tim postoji i odsustvo adekvatnog terapijskog pristupa. Koncept atipične depresije nije jasno formulisan, između ostalog i zato što postoje različita shvatanja o elementima tipičnim za pojedne oblike depresija. Simptomatologija je raznovrsna. Ona obuhvata depresivne epizode u shizofreniji (rezidualni tip bez aktivacije psihoze, neurotska ispoljavanja depresivnog tipa koja se smenjuju sa fazama normalnog raspoloženja u trajanju od više meseci, kratke depresivne epizode "mikro depresije" koje ne ispunjavaju uslove za klasifikovanje u drugim grupama (3). U novije vreme je primećen porast različitih atipičnih varijanti afektivnih poremećaja. Reč je o depresijama kada u kliničkoj slici dominira anksioznost sa atipičnim simptomima, tj. povećanim apetitom, telesnom težinom, spavanjem ili izraženijim libidom. Češće se javlja kod mladih žena. Depresija je srednjeg inteziteta, sa retkim suicidalnim tendencijama i slabije izraženim psihomotornim poremećajima, nije prisutna bipolarnost i najčešće se ambulantno leče. Ona pokriva i razne tipove depresivnosti sa neadekvatnim ponašanjem, a u mnogim slučajevima može biti definisana upotrebom standardne nomenklature.

Robinson i saradnici opisali su grupu pacijenata koji su bolje reagovali na inhibitore monoaminoxidaze u odnosu na ostale antidepressive i elektro-šok terapiju. Od tada se u grupu atipičnih depresija ubraja i ova grupa bolesnika. (6)

Klajn i saradnici su u ovu kategoriju depresija ubrajali slučajeve sa senzitivnom histeričnom disforijom kod žena, kao i one slučajeve koji su podjednako prisutni kod oba pola osetljivih na odbacivanje i sa atipičnim vegetativnim simptomom (7).

Atipične depresije su primarno unipolarne gde dominira anksioznost, anhedonija i opšti umor koji se najčešće razvija u adolescentnom periodu i epizoda traje najmanje devet meseci. Vremenom, pod uticajem stresa simptomi postaju izrazitiji, a epizode sve češće.

Distimija može predstavljati problem, kako u dijagnostičkom, tako i terapijskom smislu, jer ona ne zadovoljava kriterijume koji bi je svrstali u blage i umerene depresivne poremećaje, s obzirom na svoju izraženost, a isto tako i na trajanje. Ona u sebe uključuje anksioznost, neurotsku depresivnost, koja traje najmanje dve godine, a od simptoma najčešće je prisutan poremećaj apetita, insomnija ili hipersomnija, gubitak energije, osećaj umora, samopodcenjivanje, slabija koncentracija, oklevanje pri donošenju odluka, kao i osećanje besperspektivnosti. Mada u celini, socijalno funkcionisanje ovih osoba nije narušeno, oni često imaju bračnih problema zbog seksualne disfunkcije, zbog bolovanja i teškoća da se koncentrišu na zadatke. Zbog blago do umereno izraženih ispoljavanja depresije, Ego-sintone prirode mnogih elemenata distimije, kao i zbog visoke stope komorbiditeta u distimiji, ovaj poremećaj nije lako prepoznati (8). Manje od polovine pacijenata sa distimijom (43%) se adekvatno dijagnostikuje. Pacijenti sa distimijom se lekarima opšte medicine često žale na neodređene somatske ili psihičke tegobe koje prikivaju distimiju, dok se psihijatrima obraćaju za pomoć kada kliničkom slikom dominiraju komorbidni poremećaji: depresivne epizode, pojedina stanja straha (na primer, panični poremećaj) i zloupotreba psihoaktivnih supstanci uključujući i alkoholizam. Distimija se kod dece i adolescenata često nalazi iza poremećaja ponašanja, teškoća u odnosima sa vršnjacima, neuspeha u školovanju, raznih stanja straha ili hiperkinetičkog sindroma (8). Prema nekim istraživanjima 25% bolesnika sa teškim depresivnim poremećajima imali su predhodno minor depresivni poremećaj, što je sinonim za distimiju (tzv. dupla depresija). Depresivni bolesnici, koji su predhodno imali distimiju, imaju po pravilu lošiju prognozu. Psihoterapija je metod izbora u tretiranju ovih bolesnika (7, 8).

Depresija se sve češće ispoljava na somatskom planu, dok su afektivni poremećaji u drugom planu. Ovi bolesnici traže pomoć, obilaze lekare, menjaju zdravstvene ustanove i najčešće se postavljaju dijagnoza hipohondrijaza. Ovakav stav projekcije psihičkih

problema na telesnu sferu se između ostalog objašnjava boljom socijalnom prihvatljivošću somatskih tegoba i izbagavanjem "etikete" ili stigme koja se pripisuje psihijatrijskim bolesnicima.

Znaci maskirane depresije se, odlikuju postojanjem "somatske maske" i širokom spektru somatskih tegoba tzv. depresivnih ekvivalenata, koji često znače odbranu od depresije kao stanja afektiviteta (3).

Maskirane depresije čine 7,3-11% svih bolesnika obolelih od depresije. U proseku protekne 3-5 godina od pojave prvih tegoba do upućivanja psihijatru. Najčešći motiv za njihovo upućivanje psihijatru su negativni nalazi pri dotadašnjim somatskim ispitivanjima i odsustvu terapijskog odgovora na primenjenu somatsku terapiju.

Maskirana depresija je najčešće prisutna u srednjem starosnom dobu. Bolesnici se žale na glavobolje u vidu žiganja, stezanja, bolova u predelu lica i zuba. Tegobe povremeno liče na migrenozne. Pored toga javljaju se bolovi u predelu kičmenog stuba, kontrakture muskulature pa se tegobe često interpretiraju kao spondilartrotične ili pak kao diskopatije. Često se žale na parestezije u predelu ekstremiteta, težinu "kao da su im napunjene olovom", prisutan je i fenomen nemirnih nogu, otežano disanje i bolovi u raznim delovima tela. Prisutni su i vegetativni poremećaji u vidu vrtoglavice, osećaja praznine u glavi, pritiska u grudima, bolova u predelu srca, tahikardije, suvoće u ustima, anurije, aerofagije, meteorizma, otežanog disanja. Jednom rečju, to je "mimikrično" oboljenje koje može da imitira mnoga somatska oboljenja. Na depresivnu pozadinu ukazuje izražena insomnija, gubitak vitalne energije, interesovanja, odsustvo radovanja, pozitivan terapijski odgovor na primenjenu antidepressivnu terapiju. Tegobe imaju tendenciju ka dnevnom kolebanju, najintezivnije su u jutarnjim časovima. Suicidalnost i suicidalni rizici su kod maskirane depresije izraženiji kao i kod klasične endogene depresije, ali se oni teže otkrivaju i leče.

U jednoj retrospektivnoj studiji u engleskoj prikazano je da je 50% samoubica bilo u više navrata kod lekara, ali da lekari nisu primetili depresivnost i suicidalne tendencije. Objašnjenje je bilo da se iza tegoba koje su iznosili krila maskirana depresija i suicidalnost (9).

Schess je sa saradnicima ispitivao adolescente sa pokušajima samoubistva i našao da su somatske tegobe maskirale depresiju i suicidalne tendencije. Došao je do zaključka da su suicidalne tendencije bile prisutnije kod onih pacijenata kod kojih je bila izražena somatska simptomatologija, tj. kod bolesnika sa maskiranom depresijom, za razliku od onih gde su bile odsutne somatske tegobe (10).

Bolesnici sa maksiranom depresijom posežu često za alkoholom kako bi ublažili somatovegetativne tegobe. Oni vrlo brzo postaju zavisni od alkohola, u proseku za dve godine, a apstinencijalni sindrom je drastičniji i najčešće ide sa astenično depresivnom simptomatologijom

Epidemiološke studije ukazuju da je izražena depresija kod adolescenata prisutna oko 5%, a razni drugi oblici depresija oko 20%. Poruka je jasna da adolescenti predstavljaju visokorizičnu grupu kada je u pitanju depresija, a posledice su veoma ozbiljne. Depresivnim ekvivalentima mogu da reaguju i mladi u periodima emocionalnog i psihoseksualnog sazrevanja. Kod njih se zbog psihičke i telesne nezrelosti, drugačije psihološke strukturisanosti javlja preosteljivost na spoljne uticaje, a depresivna fenomenologija može da bude pokrivena maskom klovnovskog ponašanja ili acting-out ponašanjem, koje ume da bude veoma destruktivno. Depresivni adolescenti teško izlaze sami sa sobom, zato neki pokušavaju da se oslobode svojih depresivnih stanja pomoću muzike, zloupotrebe psihoaktivnih supstanci uključujući i alkohol, pasivnim učešćem u delatnosti raznih subkulturnih grupa ili se često ispoljava u vidu asocijalnog ponašanja, pada uspeha u školi (11). Brzo zamaranje i hipohondrija su uobičajni izrazi za psihoze, a nedostatak volje i inicijative daju ton celokupnog ponašanja depresivnog adolescenta. Skloni su samooptuživanju čiji je sadržaj povezan s karakterističnim konfliktima adolescentnog doba.

Adolescenti koji su depresivni skloni su samoubistvu kao najtragičnije posledice depresije. Zaprepašujućih 14% adolescenata starijih od 15 godina priznaje da je pokušalo samoubistvo (12).

Verovatno pokušaj suicida pet puta je veći u odnosu na one bez afektivne psihopatologije. Jedna od specifičnosti kod adolescenata je "zaraznost", tj. pojava da suicidalno ponašanje može precipitirati druge takve pokušaje unutar grupe vršnjaka pomoću identifikacije. Takođe je uočen i porast adolescentnih suicida nakon gledanja TV programa ili čitanja knjiga sa suicidalnom tematikom (tzv. Wertherov sindrom), ali to se dešava kod vulnerabilnih adolescenata, kratkotrajno je i ne utiče značajno na povećanje ukupne stope suicida (13).

Sindrom hroničnog bola je ekvivalent maskirane depresije. Karakterišu ga dugotrajne bolne smetnje rezistentne na analgetike. Za razliku od akutnog bola, koji je više praćen strahom, hronični bol prati manje ili više izražena depresivnost.

Dok akutni bol upućuje na somatsko urgentno oboljenje, u slučaju hroničnog bola, posle somatske obrade, psihijatar procenjuje ličnost pacijenta, njegove motive za životom i ostalim aktivnostima, osećanja lične vrednosti i želju za socijalnom participacijom. Dominacija negativnih stavova upućuje na zaključak o postojanju maskirane depresije. Ona predstavlja ozbiljan diferencijalno dijagnostički problem ne samo za lekare drugih specijalnosti već i za same psihijatre. Postavljanje ove dijagnoze doprinosi prvenstveno polimorfne somatske smetnje koje pokrivaju trajno prisustvo bolne senzacije, utkane u emocionalno nagonsko ponašanje čoveka u rasponu od vegetativnog do duhovnog i od fiziološki adaptivnog do maladaptivnog.

Za bol je karakteristična njegova distribucija. Ona ne odgovara distribuciji senzitivne inervacije nerava, niti vaskularizaciji određenog krvnog suda (11). Osobe koje pate od hroničnog bola tokom vremena se menjaju u svom karakteru i međuljudskim komunikacijama u smislu socijalne izolacije i menjanja uobičajnog reagovanja, emocionalne ravnodušnosti, skeptičnog stava prema lečenju i izgledima za ozdravljenje. U ovim slučajevima veoma je teško pronaći udeo psihogene nadgradnje ili pak sekundarne dobiti od nekog somatskog oboljenja koje je praćeno hroničnim bolom (3).

Desjatkov i Sorokina prema osnovnim karakteristikama ispoljene simptomatologije razlikuju pet tipova maskirane depresije i to:

1) alglično- cenestopatska varijanta maskirane depresije, kada u kliničkoj slici dominira bol i neprijatna osećanja u raznim delovima tela;

2) agripnička varijanta, kada u kliničkoj slici dominira poremećaj sna, a istovremeno se javljaju polimorfne somatske tegobe. Tegobe su izrazitije u jutarnjim časovima. Najčešće se javlja kod bolesnika u periodu od 30 do 48 godine života;

3) dijencefalna varijanta ide sa raznovrsnim pseudosomatskim vazomotornim alergijskim poremećajima i paroksizmalnim vegetativnim krizama u vidu vegetativno-somatskih tegoba, udruženih sa afektivnim poremećajima;

4) opsesivno-fobična varijanta koja najčešće počinje sa burnim dijencefalnim krizama i u početku se dijagnostikuje kao neurocirkulatorna distonija, tireotoksikoza ili infarkt miokarda. Nakon provedenih ispitivanja, ova se oboljenja isključuju, ali se na to nadovezuje strah i opsesivno-fobična simptomatologija. Kod ovih bolesnika prisutna je hereditarna opterećenost u smislu afektivnih poremećaja i alkoholizma i

5) narkomanska varijanta u kojoj kao vodeći simptom dominira alkoholizam, a afektivni poremećaji su u drugom planu i ispoljavaju se u vidu melanholičnih, apato-adinamičnih i hipotimičnih subdepresija (11).

Često nije lako razgraničiti maskiranu depresiju od neurotske hipohondrijaze, pri čemu se somatske žalbe mogu odnositi na sve telesne organe i simptome. Uporno ruminiranje istih tegoba i rezistentnost na antidepressivnu terapiju upućuje na hipohondrijazu. U jednom i drugom slučaju kontinuirano održavanje hipohondrijskih preokupacija ukazuje na postojanje ozbiljnog dezikvilibriruma ličnosti i realno odražava jedno loše opšte stanje (14). Depresivno hipohondrijski sindrom može se razviti nakon nekog somatskog oboljenja ili mu predhodi neki operativni zahvat. Međutim, psihotraumatski faktor nije u srazmeri sa ispoljenom simptomatologijom. Takvom tipu reagovanja najčešće su sklone egocentrične, sumnjičave ličnosti, koje isuviše obraćaju pažnju na svoje zdravlje.

Početak bolesti je najčešće postepen. U početku se javlja strah od nekog teškog, najčešće malignog oboljenja, na taj strah se nadovezuje depresivnost, a strah može biti izražen do tog stepena da ispoljena klinička slika poprma karakter hipohondrijske paranoidnosti.

Vremenom se javlja depresivna simptomatologija u smislu neraspoloženja, bezvoljnosti, slabog sna i ostalih znakova depresije. Nekada su ova ispoljavanja slična cenestopatijama shizofrenih bolesnika, samo što u slučajevima depresije bolesnici nikada ne pripisuju uzrok ili izvor svojih tegoba spoljnim silama ili drugim osobama, čak i kada poveruju da su "otrovani" što je slučaj kod shizofrenije. To je važan diferencijalno dijagnostički znak (14).

Ponavljajući veliki depresivni poremećaj može biti obeležen početkom i remisijom velikih depresivnih epizoda, uvek u određeno doba godine. U većini slučajeva epizode počinju u jesen ili zimu i prestaju u proleće. Takav model početka i remisije pojedinih epizoda mora se pojavljivati tokom dve poslednje godine. Uz to, sezonske depresivne epizode moraju brojem znatno nadmašiti nesezonske depresivne epizode tokom celog života. Sezonske depresije često idu sa hipersomnijom, pojačanim apetitom, a posebno uzimanjem ugljenih hidrata i dobijanjem na telesnoj težini. Zbog podudaranja sa školskim obavezama sezonsku depresiju treba jasno razdvojiti od depresija izazvane školskim stresom (13).

Depresija je često prisutna kod shizofrenije. Ona može da se javi kao samostalni simptom, ali neretko i kao vodeći. Za razliku od drugih depresija ova shizofrena depresija ima neka svoja specifična obeležja i karakteristike.

Nikakav psihotični simptom, ma kako bizaran, ne isključuje poremećaj raspoloženja i obratno. Diferencijalna dijagnoza često zavisi od vremenski ograničenog odnosa između shizofrenije i poremećaja raspoloženja i njihovog relativnog trajanja.

Bolesnici oboleli od shizofrenije se uglavnom osećaju ravnodušno ili prazno, dok je kod depresivnih bolesnika disforično raspoloženje mučan i bolan psihološki doživljaj. Početak shizofrenije je obično postepen, i prisutna je značajna deterioracija svih funkcija za razliku od depresije. Depresija je kod shizofrenije često prekrivena razbuktalim psihotičnim simptomima, kao i "negativnim" simptomima koji idu sa siromaštvom govora, zaravnjenim afektom, anhedonijom, apatijom, simptomima koji se sreću kod depresije. Smatra se da ukoliko psihotični simptomi traju i nakon povlačenja depresije, u dijagnostičkom smislu treba razmatrati shizofreni i shizoafektivni poremećaj.

Depresivni pomak u shizofreniji može da se javi prilikom primene visokopotentnih neuroleptika u lečenju shizofrenije. Skoro 60% shizofrenih bolesnika prolaze kroz depresivnu epizodu. Prisustvo izražene depresije u sklopu shizofrene pishoze ide sa povećanom stopom suicida i lošom socijalnom i radnom rehabilitacijom (14,15).

Pri razgraničenju afekta u sklopu manično depresivnih psihoza i shizofrenije moraju se uzeti u obzir i sledeći elementi: raznovrsnost emocija, osnovni ton raspoloženja, mobilnost afekta, saobraznost unutrašnjih preživljavanja sa spoljnom ekspresijom, karakterom i stepenom komunikativnosti. Kod shizofrenije su manje-više prisutni poremećaji svih nabrojanih elemenata ispoljavanja afekta. Na početku oboljenja prisutna je emocionalna labilnost, razdražljivost, da bi vremenom došlo do emocionalne krutosti i ravnodušnosti. Mogu se brzo smenjivati dve suprotne emocije, rede je prisutna ambivalentnost uz prisutnu ideoafektivnu disocijaciju sa apatijom. Mobilnost afekta u smislu empatije je smanjena. Semiološka razmatranja endogenih psihoza ukazuju na to da su zamagljene granice između pojedinih psihopatoloških sindroma i da se nozografski ne mogu uvek jasno razgraničiti, jer se fenomenologija dveju osnovnih psihoza shizofrenije i afektivnih psihoza u nemalom broju slučajeva stapaju. Inteponiranja između te dve psihoze je shizoafektivna psihoza. Ovu formu karakteriše istovremeno postojanje shizofrene simptomatologije i manično depresivnih elemenata. Depresivna simptomatologija je češća od manične, a dijagnozu olakšava postojanje poremećaja i karakteristika za shizofreniju, kao i postojanje drugih znakova za shizofrenije. Ponekad dolazi do poremećaja shizofrene simptomatologije u pravcu manično

depressive psihoze.

Za shizoafektivnu psihozu je karakteristična dobra premorbidna istorija, dobre i relativno duge remisije, dobra prognoza i sličnost sledećih epizoda. Retke su izmene ličnosti. Često su prisutne sumanute ideje i halucinacije u psihotičnom šubu. Prisutan je visok stepen herediteta. Dijagnoza shizoafektivne psihoze se može postaviti longitudinalnim praćenjem toka bolesti i procena interiktalnih faza. Afektivni poremećaj se ne mora ispoljavati već u prvom aktu bolesti, ali kada se jednom pojavi, uočava se ponovo u sledećim egzacerbacijama (14,15,16).

Afektivni poremećaji, uporedo sa drugim psihopatološkim fenomenima, pre svega poremećajem svesti, javljaju se kod intoksikacija, infekcija, endokrinih oboljenja i ekspanzija u mozgu, tj. kod simptomatskih psihoza. Depresije mogu da izazovu i pojedini lekovi koji se primenjuju u kardiologiji, hormonska terapija, nesteroidni analgetici, lekovi koji se primenjuju u gastroenterologiji koji regulišu peristaltiku creva, i u lečenju ulkusa, citostatici i pojedini antibiotici, a već je naveden depresivni pomak pri primeni pojedinih visokopotentnih neuroleptika i kontraceptivna sredstva. U pojedinim slučajevima sekundarnih depresija izazvanih navedenim uzrocima oni idu sa ideomotornom inhibicijom, koja je slična afektivnim psihozama, ali se od njih razlikuju odsustvom tipičnih depresivnih kolebanja raspoloženja. S druge strane mogu ličiti na involutivnu melanholiju kada dominira agitiranost, anksioznost i depresivnost. Međutim izražena iscrpljenost, astenija, plačljivost, preosteljivost koja je izražena u drugoj polovini dana ili noći, uz pojavu delirantnih epizoda, ukazuje da se radi o depresiji u sklopu simptomatske psihoze. Ukoliko osnovno oboljenje napreduje ispoljena psihopatologija može napredovati, a ispoljena klinička slika odgovara psihoorganskom sindromu (14).

Što se tiče afektivne patologije, ispoljena klinička slika zavisi i od lokalizacije lezije, tj. da li je više pogođena leva ili desna moždana hemisfera.

Ukoliko je patološkim procesom više pogođen levi dominantni temporalni režanj, tada u kliničkoj slici dominira depresija koja poprima psihotične razmere i koja ide sa suicidalnim tendencijama. Ona ide i sa izraženom anksioznošću, agitiranošću, a povremeno je naznačena i paranoidnost. Dok kod oštećenja desnog temporalnog režnja javljaju se kratkotrajni afektivni paroksizmi sa napadima anksioznosti i viscerovegetativnim poremećajima. Kod dijencefalne patologije mogu se sresti emocionalni poremećaji koji idu sa afektivnom labilnošću i depresivnošću koja fenomenološki liči na neurotsku ili pseudoneurotsku sliku.

Emocionalna labilnost, poremećaj raspoloženja počev od depresivnosti sa izraženom plačljivošću ili blagom euforijom, sreće se kod arterioskleroze. Vremenom depresivna slika može poprimiti depresivno hipohondrijski, astenično depresivni i anksiozno depresivni karakter različitog inteziteta. Simptomatologija je je izraženija u večernjim časovima, a često postoji rezistencija na terapiju. Uporedo sa navedenom simptomatologijom, javljaju se i drugi simptomi karakteristični za arteriosklerozu krvnih sudova i to u vidu astenije, glavobolje, šumova u ušima, vrtoglavica, poremećaja sna, usporenošću ostalih psihičkih funkcija, pada koncentracije i mnestičkih funkcija.

Depresivne epizode kod starijih osoba je ponekada teško razgraničiti od demencije jer se oba poremećaja karakterišu sličnom simptomatologijom: apatijom, padom kognitivno mnestičkih funkcija. Mišljenje im je rigidno i često regredira na konkretan nivo. Ne mogu da se skoncentrišu, verbalne produkcije su im oskudne. Uočava se pogrešna percepcija vremena. Kognitivne promene kod depresije nisu povezane sa prisustvom vaskularne patologije ili degenerativnih promena Alchajmerovog tipa u mozgu (17). Kod depresivnih bolesnika postoje dnevne varijacije tegoba i početak je akutan. Depresivni bolesnici nisu motivisani da odgovaraju na postavljena pitanja, dok dementni bolesnici mogu da konfabuliraju. Sa povlačenjem depresije, pogoršava se pomenuta simptomatologija (4).

Ukoliko je depresija komplikovana sa demencijom, bolesnici češće ispoljavaju sumanute ideje, anksiozniji su i imaju izraženu atrofiju mozga. Depresija kod dementnih osoba može da ima različitu težinu, od izolovanih simptoma do potpunog depresivnog poremećaja (18). Bolesnici sa demencijom mogu da imaju izmenjene kliničke slike depresije jer tada mogu da ispolje verbalnu i fizičku agresiju. Lečenjem antidepresivima može značajno da se poboljša kvalitet života dementnih i istovremeno depresivnih bolesnika, ali postoji rizik od pogoršanja kognicija kod primene medikamenta sa antiholinergičkim efektom i o tome se mora voditi računa.

LITERATURA

1. Sartorius N. *Epidemiology of depression*. WHO Chron, 1975; 29:11, 423-7.
2. Regier DA, Narrow WE, et al. The de facto mental and additive disorders service system. *Epidemiologic Catchment Area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services*. Arch Gen psychiatry 1993;50(29): 85-94.
3. Milovanović D, Živković -. *Biološka psihijatrija. Anksiozno depresivni i psihosomatski poremećaji*. Inter pregled Beograd, 1990.
4. Timotijević I, Draganić Gajić S. *Poremećaji raspoloženja*. U Jašović-Gašić M, Lečić Toševski D. *Psijatrija*, Beograd 2007, 140-155.
5. Kaličanin P. *Klinička psihijatrija*. Institut za mentalno zdravlje Beograd 2003.
6. Robinson D.S, Nies A, Ravaris C.L, Lubron K.R. *The monoamine oxidase inhibitor, phenelzine, in the treatment of depressive anxiety states*. A controlled clinical trials. Arch Gen psychiatry, 1973, 29:3, 407-413.
7. Klajn D.F, Gittelman R, Quatkin F et al. *Diagnosis and Drug Treatment of Psychiatric Disorders in adults and Children*. Baltimore, Williams and Wilkins Co. 1980, pp243-6.
8. Lisurov R, Starčević. V. Marjanović A. *Distimija*. 2000. Beograd Galenika.
9. Coopenn A.J. *Otkrivanje i lečenje depresije, predavanje*. Šabac, Zorka, 1980.
10. Schless A.P, Teichman A, Mendeles J, Digiacoimo J N. *The rol of stress as a Precipitating factor of psychiatric illness*. Br J Psychiatry, 1977; 130, 19-22.
11. Desjatnikov F.V, Sorokina T.T. *Skritaja depresija v praktike vračej*. Minsk, Višesaja škola, 1981
12. Simon R, Sunseri M, Goldman: *Cecil Textbook of Medicine*, 21 st Ed, 2000, 2036- 2037.
13. Nikolić Staniša, Maraguntić i suradnici. *Poremećaji raspoloženja u: Dječija i adolescentna psihijatrija* Zagreb, 2004, 246-284.
14. Snežnevski A. *V Rukovodstvo po psihijatrii*. Moskva, Medicina, 1983
15. Samaržić S. *Psijatrij. Shizofrenija-depresija lečenje i psihoterapija*, Beograd, Elit Medicina, 2008.
16. Milovanović D, Poleksić J, Živković -, Vinković Z, *Psijopatologija i klinička obeležja shizoafektivnih psihoza*. Med. An. 1987, 13 Suppl, 73-81
17. O'Brien J, Thomas A, Ballard C, Brown A, Ferrier N, Jaros E, Perry R. *Cognitive impairment in depression is not associated with neuropathologic evidence of increased vascular or Alzheimer-type pathology*. Biol Psychiatry. 2001;49(2):130-6.
18. Thorpe L, Groulx B. *Depressive syndromes in dementia*. Can J Neurol Sci 2001;28 Suppl 1:S83-95.