

BIPOLARNI AFEKTIVNI POREMEĆAJ

SADRŽAJ

POREMEĆAJI RASPOLOŽENJA	2
DEFINICIJA BIPOLARNOG AFEKTIVNOG POREMEĆAJA	4
EPIDEMOLOGIJA	4
ETIOLOGIJA	4
KLASIFIKACIJA	5
KLINIČKA SLIKA	7
MANIČNA EPIZODA	8
DEPRESIVNA EPIZODA	9
MIJEŠANA EPIZODA	10
FAKTORI RIZIKA ZA SUICIDALNO PONAŠANJE	11
DIJAGNOSTIČKE PROCEDURE	11
LIJEČENJE BIPOLARNOG AFEKTIVNOG POREMEĆAJA	12
PSIHOSTABILIZATORI	13
ANTIPSIHOTICI (NEUROLEPTICI)	15
ANTIDEPRESIVI	16
BENZODIAZEPINI	17
INDIKACIJE ZA HOSPITALIZACIJU	17
TOK I PROGNOZA	18
PRILOZI	19
EPIDEMIOLOGIJA BIPOLARNOG POREMEĆAJA	19
DSM IV - DIJAGNOSTIČKI KRITERIJUM ZA MANIČNU EPIZODU	21
DSM IV - DIJAGNOSTIČKI KRITERIJUM VELIKU DEPRESIVNU EPIZODU	22
DSM IV - DIJAGNOSTIČKI KRITERIJUM ZA MIJEŠANU EPIZODU	23
LIJEKOVI KOJI SE NAJČEŠĆE KORISTE U TRETMANU BIPOLARNIH POREMEĆAJA	24
KLASIFIKACIJA PREPORUKA	25
LITERATURA	26

POREMEĆAJI RASPOLOŽENJA (F30 – F39)

Poremećaji raspoloženja podrazumijevaju duševne poremećaje u kojima se osnovne psihopatološke promjene odvijaju na nivou raspoloženja, a prate ih i promjene u nekim drugim psihičkim i tjelesnim funkcijama.

Raspoloženje predstavlja trajni emocionalni ton koji se javlja na normalnom kontinuumu od tužnog do sretnog, odnosno pod raspoloženjem se podrazumijeva unutrašnje emocionalno stanje osobe (dugotrajni, unutrašnji, prožimajući doživljaj osjećanja). Raspoloženje je dugotrajno i dosta predvidljivo emocionalno stanje, koje iskazuje različite oscilacije i normalno ga osoba može kontrolisati.

Afekt predstavlja spoljašnu, kratkotrajnu manifestaciju osjećanja, odnosno pod afektom se podrazumijeva spoljna ekspresija emocionalnog sadržaja. Može se reći da je afekt u odnosu na raspoloženje ono što je trenutno vrijeme u odnosu na klimu.

Raspoloženje može biti **normalno** (*eutimično*) ili se može mijenjati u smislu **povišenog raspoloženja** (*hipomanično* - ako je poremećaj blaži i *manično* - ako je poremećaj teži), i/ili **sniženog raspoloženja** i tada govorimo o *depresiji*.

Zdrava osoba doživljava različite varijetete raspoloženja, ali ima svijest o njegovoj kontroli. Važno je napomenuti da se, kada se radi o psihijatrijskim poremećajima, ne radi o stanjima malo većeg veselja ili neraspoloženja, već su to stanja značajne promjene raspoloženja pod čijim uticajem se mijenja sveukupno razmišljanje, opažanje, tjelesno stanje, ponašanje i socijalno funkcionisanje osobe.

Povišeno raspoloženje karakteriše ekspanzivnost, grandioznost, mnoštvo planova i ideja, samoprecjenjivanje praćeno osjećajem povišene snage, energije, moći i sposobnosti, kao i smanjena potreba za snom.

Depresivno raspoloženje karakteriše potištenost, vidan pad energije, interesa i volje, poteškoće koncentracije, promjena sna, apetita i težine, osjećanje krivice ili bezvrijednosti, misli o smrti ili suicidu.

Drugi znaci i simptomi kod pacijenata koji boluju od poremećaja raspoloženja između ostalog podrazumijevaju:

- Promjenu u stepenu aktivnosti,
- Promjenu njihovih kognitivnih kapaciteta (pažnja, mišljenje, pamćenje) i govora,
- Poremećaj vegetativnih funkcija (san, apetit, seksualna aktivnost i drugi biološki ritmovi).

Ovi poremećaji gotovo uvijek rezultiraju oštećenjem interpersonalnih odnosa i socijalnih kontakata, te radnog i profesionalnog funkcionisanja.

Poremećaji raspoloženja (ranije nazivani afektivni poremećaji) obilježeni su patološkim osjećanjima depresije ili euforije, a u težim slučajevima praćeni su psihotičnim simptomima. Karakteriše ih gubitak osjećaja za kontrolu raspoloženja i subjektivni doživljaj velike patnje.

Poremećaji raspoloženja prema toku se dijele na:

- Bipolarne i
- Depresivne (unipolarne) poremećaje.

BIPOLARNI AFEKTIVNI POREMEĆAJ

F31 Psychosis affectiva, typus bipolaris

Bipolarni afektivni poremećaj

Ovaj klinički vodič namijenjen je zdravstvenim radnicima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, prvenstveno ljekarima porodične medicine. Iako je tretman osoba koje pate od bipolarnog poremećaja u nadležnosti specijaliste psihijatrije, izuzetno je važno upoznati ljekare porodične medicine sa fenomenologijom i terapijom bipolarnog afektivnog poremećaja, kako bi mogli pratiti svoje pacijente, adekvatno reagovati u skladu sa potrebama, te saradivati sa profesionalcima iz oblasti mentalnog zdravlja.

DEFINICIJA BIPOLARNOG AFEKTIVNOG POREMEĆAJA

Bipolarni poremećaj spada u grupu poremećaja raspoloženja i multifaktorijalne je geneze. Patološko raspoloženje i s tim povezani vegetativni i psihomotorni simptomi čine ključni sadržaj kliničke slike. Promjene afektiviteta (bilo u pozitivnom smjeru – *manija* ili negativnom smjeru – *depresija*), uz promjenu nagonskih dinamizama, volje i mišljenja, globalno dovode do značajne i upadljive promjene u ponašanju osobe u odnosu na period prije bolesti.

U literaturi se sreću i nazivi: manično-depresivna psihoza, cirkularna psihoza, bipolarna depresija i slično.

Smjenjivanje manične i depresivne epizode može se odvijati na različite načine. Postoji *cirkularni tip* (manija i depresija se slivaju jedna u drugu bez intervala normalnog raspoloženja), *alterni tip* (manija - miran period - depresija), *tip duple forme* (manija - depresija - miran period), *intermitentna manija* i *intermitentna depresija*.

EPIDEMIOLOGIJA

Bipolarni poremećaj javlja se rjeđe nego depresivni poremećaj, i čini 10-20% svih poremećaja raspoloženja. Često je neprepoznat i neličen (40%) u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, osobito kod pacijenata mlađe i starije životne dobi, zbog komorbiditeta i specifičnosti same dobi. Veliki broj pacijenata ne traži psihijatrijsku pomoć, iako je stopa suicida koja prati ovaj poremećaj vrlo visoka (15-25%). U 90% slučajeva dolazi do višestrukih ponavljanja, sa nezadovoljavajućim poboljšanjem kod gotovo polovine od ukupnog broja bolesnika

ETIOLOGIJA

BIOLOŠKI FAKTORI

- **Neurobiologija bipolarnog poremećaja:** Usprkos visokoj prevalenci BAP-a i brojnim istraživanjima koja koriste neurolikovne, biohemijske i neuropatološke metode, etiologija i patofiziologija poremećaja nije dovoljno poznata. Nameće se zaključak da vjerovatno nije riječ o jednoj, lokaliziranoj moždanoj leziji, već da poremećaj nastaje usljed interakcije većeg broja promjena koje mogu zahvatiti različite neuronske krugove, odnosno, mogu biti posljedica poremećaja regulacije otpuštanja neurotransmitera ili provođenja signala u različitim signalnim sistemima.
- **Biološki amini:** Sva istraživanja jasno ukazuju na poremećaj regulacije u složenom odnosu biogenih amina u CNS-u. Noradrenalin i serotonin su dva najodgovornija neurotransmitera u patofiziologiji poremećaja raspoloženja. Uzroci takođe leže i u poremećaju senzitivnosti receptora za ova dva neurotransmitera. Određeni podaci govore u korist smanjenja dopaminergičke aktivnosti u depresiji i povećanja u maniji.
- **Neuroendokrini uzroci** manifestuju se u smislu poremećaja limbičko-hipotalamičko-hipofizno-adrenalne osovine. Imuni faktori sniženi su i kod manije i kod depresije.
- **Genetski faktori:** I bipolarni i depresivni poremećaj javljaju se u porodicama, ali su dokazi o nasljeđivanju jači za bipolarni poremećaj (*navedeno u Epidemiologija-porodična anamneza*).

Istraživanja bolesnika sa bipolarnim afektivnim poremećajem ukazuju da je riječ o nasljednoj bolesti koju karakteriše:

1. Povećan rizik za rođake u prvom koljenu, kao što su roditelji, braća i djeca;
2. Kompleksan model nasljeđivanja;
3. Niz fenotipskih oblika bolesti koji su povezani sa genetičkim defektima

PSIHODINAMSKO RAZUMIJEVANJE BIPOLARNOG AFEKTIVNOG POREMEĆAJA

Postoji više različitih psihodinamskih tumačenja dinamike afektivnih poremećaja, koja naglasak stavljaju na različite aspekte manifestacije depresije, a koja naglašavaju značaj neadekvatne rane objektivne relacije, što za posljedicu ima stvaranje vrlo krhkih instanci psihičkog aparata u smislu ranjivog selfa i deficitarnog ega. U svim psihodinamskim teorijskim konceptima manija je shvaćena kao odbrana od postojeće depresije. U tom smislu manija i depresija su povezane i u okviru neurofiziološkog i u okviru psihodinamskog razumijevanja.

KLASIFIKACIJA

Najznačajnije aktuelne klasifikacije koje se koriste za sistemsko prikazivanje različitih psihičkih poremećaja su *Međunarodna klasifikacija bolesti, deseta revizija* (MKB-10) i američka klasifikacija „*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*“ (DSM-IV).

Klasifikacija kategorije poremećaja ponašanja i bipolarnog afektivnog poremećaja donekle se razlikuje u ova dva sistema.

DSM-IV je razvijena od strane Američkog psihijatrijskog udruženja (APA), u upotrebi je od 1994. godine i u sebi je objedinila sve dosadašnje spoznaje dobijene brojnim istraživanjima na području psihijatrije. Oslobođena je bilo kakvih teorijskih nagađanja o etiologiji psihičkih poremećaja, a postavljanje pojedinih dijagnoza temelji se na utvrđivanju pojedinih kriterijuma (znakova i simptoma), koji navode popis osnovnih karakteristika koje moraju biti prisutne u pojedinom slučaju da bi se mogla postaviti dijagnoza, dužinu trajanja simptoma, kao i postojanja ili nepostojanja nekih drugih simptoma, čija pojava isključuje postavljanje određene dijagnoze.

Na osnovu kriterija **DSM-IV**, u grupu bipolarnog afektivnog poremećaja uključuju se:

Bipolarni poremećaj tip I	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Najmanje 1 manična epizoda +/- depresija,
Bipolarni poremećaj tip II	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Najmanje 1 hipomanična epizoda +/- depresija.
Ciklotimija	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dugotrajni depresivni i hipomanični simptomi, ▪ Nema teškog depresivnog poremećaja, hipomanije ili manije.
Nespecificovani bipolarni poremećaj	

MKB-10 (ICD-10) predstavlja službenu klasifikaciju koja se koristi u Republici Srpskoj. Publikovana je od strane SZO 1992. godine i u upotrebi je u većini evropskih zemalja. Psihijatrijske dijagnoze nalaze se u poglavlju V, koje je označeno slovom F i sačinjene su od 99 dijagnostičkih kategorija, pri čemu su poremećaji raspoloženja grupisani od F30 do F39.

- Prema kriterijumima MKB-10 **bipolarni afektivni poremećaj** izdvaja se kao zaseban dijagnostički entitet koji se karakteriše sa najmanje dvije ponovljene epizode u kojima su aktivnost i raspoloženje osobe bili značajno poremećeni. U toku bolesti se smjenjuju faze manije ili hipomanije i depresije. U postavljanju dijagnoze BAP-a uzimaju se u obzir dijagnostički kriterijumi određeni za maničnu, odnosno za depresivnu epizodu, uz neophodni kriterijum da je u prošlosti postojala bar jedna afektivna epizoda.
- Dijagnostička uputstva za **hipomaniju/maniju** su deskriptivne prirode, pri čemu je naglašeno da povišeno raspoloženje značajno kompromituje socijalnu i profesionalnu aktivnost osobe u slučaju manije bez i sa psihotičnim simptomima dok za dijagnozu hipomanije to nije kriterijum. Definisano je i trajanje simptomatologije - ograničeno na nekoliko dana (hipomanija), odnosno najmanje sedmicu dana (manija bez psihotičnih simptoma). Dijagnoza manije sa psihotičnim simptomima postavlja se kada su prisutne sumanute ideje ili halucinacije.
- Da bismo postavili dijagnozu **depresivne epizode** neophodno je da su simptomi bolesti prisutni tokom perioda od najmanje dvije sedmice. Isti kriterijumi, uz psihotičnu simptomatologiju (sumanute ideje, halucinacije, depresivni stupor) potrebni su za dijagnostikovanje teške depresivne epizode sa psihotičnim simptomima.

U skladu sa težinom izraženosti simptomatologije, epizode se označavaju kao blage, umjereno teške i teške, sa ili bez psihotičnih simptoma.

- Dijagnoza **miješane epizode** postavlja se kada su zadovoljeni kriterijumi i za maničnu i za depresivnu epizodu tokom skoro svakog dana, najmanje jednu sedmicu.

F 31 BIPOLARNI AFEKTIVNI POREMEĆAJ (MKB-10)

- F 31.0 BAP, sadašnja epizoda hipomanična,
- F 31.1 BAP, sadašnja epizoda manična bez psihotičnih simptoma,
- F 31.2 BAP, sadašnja epizoda manična sa psihotičnim simptomima,
- F 31.3 BAP, sadašnja epizoda depresivna, blaga ili umjerena,
 - F 31.30 BAP, sadašnja epizoda depresivna, blaga ili umjerena, bez somatskih simptoma,
 - F 31.30 BAP, sadašnja epizoda depresivna, blaga ili umjerena, sa somatskim simptomima,
- F 31.4 BAP, sadašnja epizoda depresivna, teška, bez psihotičnih simptoma,
- F 31.5 BAP, sadašnja epizoda depresivna, teška, sa psihotičnim simptomima,
- F 31.6 BAP, sadašnja epizoda mješovita,
- F 31.7 BAP, sada u remisiji.

KLINIČKA SLIKA

Bipolarni poremećaj uglavnom počinje depresivnom epizodom i predstavlja hronični poremećaj. Kod većine oboljelih smjenjuju se depresivne i manične faze, mada kod 10-20% pacijenata postoje samo manične epizode. Manične epizode obično počinju naglo (u periodu od nekoliko sati ili dana) i ukoliko se ne liječe mogu trajati oko 3 mjeseca, dok epizode depresije traju duže, od 6 - 10 mjeseci. Izražena je varijabilnost učestalosti epizoda i obrasca remisije i pogoršanja, premda se period remisije vremenom skraćuje. Podaci ukazuju da oko 15% pacijenata ima teške epizode manije ili depresije sa psihotičnim obilježjima. Prospektivne studije ukazuju da trećina pacijenata ima hronične simptome i značajan pad psihosocijalnog funkcionisanja.

MANIČNA EPIZODA

Manična epizoda obično nastaje naglo. *Svijest* je uglavnom očuvana, a *vanjski izgled upadljiv* (pretjerana šminka, neobične kombinacije odjeće, obuće i nakita), uređenja prostora (gomilanje predmeta, ispisivanje optimističnih parola) i ponašanja (traže kontakt s okolinom, prekomjerno troše, skloni su kockanju i konzumiranju alkohola). *Raspoloženje je uglavnom povišeno* (bučno, euforično, ekspanzivno), *rjeđe iritabilno, s niskim frustracionim pragom, što vodi u ljutnju, bijes, agresiju*. Kod nekih pacijenata prisutna je i emocionalna labilnost uz izmjene izrazito dobrog raspoloženja, iritabilnosti i depresije u trajanju od nekoliko minuta do nekoliko sati. *Psihomotorika je ubrzana, povišena, sa živahnom*

mimikom i naglašenom gestikulacijom, govor je ubrzan, u stalnom su pokretu, olako donose odluke, izražena je sklonost rasipništvu, zaduživanju, nepotrebnim kupovinama, izlaganju rizičnim radnjama, a sve to je praćeno subjektivnim osjećajem dobrog tjelesnog stanja i kondicije. Mišljenje je ubrzano, sa brzim protokom ideja, koji u ekstremnim slučajevima može ići do bujice ideja, neologizama i „salate od riječi“, pa je govor nerazumljiv. Sumanutosti veličine, bogatstva, svemoći (kongruentne raspoloženju) javljaju se kod 2/3 maničnih bolesnika, a mogu se javiti i persekutorne ili bizarne sumanutosti. Percepcija je obično uredna, ali u psihotičnim epizodama mogu biti prisutni i halucinatorni fenomeni. Pažnja je hipervigilna, sniženog tenaciteta, volja oscilira, jer često mijenjaju planove i aktivnosti, a nagoni su povišeni (hipererotizacija, pojačana seksualna aktivnost, ekscesivno pijenje alkohola), uz čest gubitak na težini zbog pretjerne aktivnosti i zanemarivanja potrebe za hranom. Pamćenje i inteligencija su uglavnom očuvani. Vegetativne funkcije su pojačane, spavanje skraćeno. Kritičnost je bitno smanjena ili odsutna, bez (dovoljnog) uvida u bolest, zbog čega najčešće odbijaju liječenje.

HIPOMANIJU karakteriše neprikladno, povišeno ili razdražljivo raspoloženje i promjene u funkcionisanju (slično kao kod manije, ali slabijeg intenziteta) koje okolina primjećuje, ali ne dovode do velikih oštećenja na radnom i socijalnom planu, potrebe za hospitalizacijom i nisu udružene sa halucinacijama ili sumanutostima.

DEPRESIVNA EPIZODA

Depresiju karakteriše heterogenost kliničke slike, ispoljava se mnogobrojnim simptomima, različitog intenziteta i kombinacija, od blage do psihotične depresije.

Depresivna faza može se razviti naglo (tokom par dana), ili postepeno (sedmicama). *Svijest je u pravilu očuvana, kao i orijentacija. Vanjski izgled karakteriše potištenost, klonulost, oskudni pokreti ili dominiraju simptomi agitacije (nemirno pomicanje, kršenje prstiju, ponekad čupanje kose), te često zapušten izgled i spoljašnjost. Neki pacijenti se lako rasplaču, a neki ne mogu („suha depresija“). Raspoloženje je sniženo, često dominira anksioznost, bespomoćnost, beznadežnost, osjećaj niže vrijednosti i krivice, strah od budućnosti, gubitak interesa i sposobnosti uživanja. Kod agitiranih depresija sa izraženom anksioznošću pacijenti mogu biti nemirni i razdražljivi. Česte su dnevne varijacije u raspoloženju, sa jutarnjim pogoršanjem i večernjim smanjenjem subjektivnih i objektivnih smetnji, dok je kod atipičnih depresija često prisutan obrnut ritam. Bolesnici su umorni, tromi, malaksali, nesposobni za fizičke napore. Pacijente koji negiraju depresivno raspoloženje često porodica dovede na liječenje zbog socijalne izolacije i smanjenja aktivnosti. Psihomotorika je najčešće usporena (retardirana slika), iako može biti prisutna i agitacija, češće kod starijih. Mišljenje je usporeno, asocijacije oskudne, a u sadržaju dominiraju pesimistične,*

depresivne teme, razmišljanja o bezvrijednosti života i suicidalne ideacije. Ako je u pitanju psihotična depresija, često su prisutne sumanutosti, koje mogu biti u skladu sa raspoloženjem (sintimne, kongruentne), što uključuje ideje krivice, grešnosti, propasti, tjelesne bolesti i neposobnosti, a ako nisu u skladu sa raspoloženjem (inkongruentne, katatimne) mogu uključivati npr. ideje proganjanja, prekomjernog znanja i veličine. Pažnja je smanjene vigilnosti, a koncentracija je otežana. Perceptivne funkcije kod nepsihotičnih depresija obično su uredne, dok se kod psihotičnih mogu javiti iluzije i halucinacije. Volja je snižena (hipobulija), ponekad do abulije - bezvoljni su, bez inicijative i interesa. Pamćenje i inteligencija su najčešće očuvani, ali ponekad se pacijenti žale na oslabljenu koncentraciju, smetnje pamćenja, otežano mišljenje, što može navesti kliničara na pogrešan zaključak da je riječ o primarno dementnim smetnjama, naročito kod starijih. Nagonski dinamizmi su sniženi sve do izražavanja suicidalnosti (2/3 pacijenata pomišlja na suicid, dok 10-15% izvršava taj čin). Posebnu pažnju treba obratiti na period kada se tokom liječenja počnu vraćati energija i snaga, pa pacijenti krenu prema realizaciji suicidalnih poriva. Libido je smanjen, kao i apetit (rjeđe povećan - kod atipičnih slika). Uvid u bolest obično je očuvana, ali je teško ubijediti pacijente da je moguće izlječenje njihovog stanja. Vegetativne funkcije često su poremećene, a mogu se naći i funkcionalne smetnje od strane kardio-vaskularnog sistema (promjene srčanog ritma, pritiska, cijanoza i hladnoća udova), gastro-intestinalnog trakta (opstipacija, suha usta), urogenitalnog sistema, kao i bolovi, disestezijske (pritisak, probadanje, pečenje) u bilo kom dijelu tijela, što u slučaju dominantnog ispoljavanja u kliničkoj slici ukazuje na „maskiranu depresiju“.

Jedan od vodećih simptoma je poremećaj spavanja i to u smislu nesanice, smetnji sa uspjavanjem, ranog jutarnjeg buđenja ili isprekidanog spavanja. Kod atipičnih depresija česta je hipersomnija (pretjerana potreba za spavanjem).

MIJEŠANA EPIZODA

U kliničkoj slici dominira brzo izmjenjivanje maničnih, hipomaničnih i depresivnih simptoma ili miješana slika poremećaja. Anamnestički postoji podatak o najmanje jednoj maničnoj/hipomaničnoj epizodi. Iako se tipični oblici BAP-a sastoje od maničnih i depresivnih epizoda koje se smjenjuju sa razdobljima normalnog raspoloženja ili remisije između, relativno rijetko se simptomi manije i depresije mogu izmjenjivati iz dana u dan ili čak iz sata u sat. Svi opisani simptomi manije, hipomanije i depresije mogu se pojavljivati i u ovakvoj, miješanoj epizodi i imati širok raspon u intenzitetu, pojavnosti i kvalitetu.

FAKTORI RIZIKA ZA SUICIDALNO PONAŠANJE

Primarni (psihijatrijski)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prisutnost psihijatrijskog poremećaja, ▪ Nedostatak adekvatnog tretmana, ▪ Komorbidnost drugog psihijatrijskog poremećaja, ▪ Prethodni suicidalni pokušaji, ▪ Suicid u porodici, ▪ Poremećaj serotoninskog sistema, ▪ Nizak holesterol u serumu.
Sekundarni (psihološki)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Traumatski događaj u djetinjstvu, ▪ Nezaposlenost ili gubitak posla, ▪ Socijalna izolacija, ▪ Slaba porodična i socijalna podrška, ▪ Nedavni i ozbiljni negativni životni događaji, ▪ Pušenje.
Tercijarni (demografski)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Muški pol, ▪ Adolescentna dob i mlađi muškarci, ▪ Starija dob kod oba pola, ▪ Dijelovi godine (osobito proljeće), ▪ Predmenstruacijski period kod žena.

DIJAGNOSTIČKE PROCEDURE

Osim uzimanja detaljne psihijatrijske anamneze i ispitivanja mentalnog statusa, uključujući i somato-neurološki pregled, dijagnostički i diferencijalno dijagnostički postupak obuhvata bazične laboratorijske analize (KKS, rutinske biohemijske analize krvi i urina), „screening“ na PAS, endokrinološke analize (prije svega hormone tiroidne žlijezde).

Indikacije za neuroradiološke procedure postavlja specijalista psihijatar.

LIJEČENJE BIPOLARNOG AFEKTIVNOG POREMEĆAJA

OPŠTI PRINCIPI LIJEČENJA

- Uspostaviti dobar terapijski savez sa pacijentom,
- Edukovati oboljelog o samom poremećaju,
- Obezbijediti podršku porodice u liječenju,
- Prepoznati na vrijeme rane znakove pogoršanja,
- Pomoći pacijentu da nauči kako da živi sa bolešću.

	<i>Nivo preporuke</i>
<p>Ukoliko pacijent sa simptomima akutne manije dođe u ambulantu porodične medicine, potrebno je hitno konsultovati psihijatra.</p> <p>Ljekar porodične medicine mora poznavati proceduru o transportu pacijenata iz ambulante na psihijatrijsku kliniku. Često je potrebna asistencija policije.</p>	C
<p>Član porodice ne treba sam transportovati pacijenta na hospitalno liječenje, jer se smatra da nije sposoban procijeniti iracionalnost maničnog razmišljanja i nepredvidljivost maničnog ponašanja pacijenta.</p>	C
<p>Ljekar porodične medicine dužan je da informiše, edukuje i pruži podršku članovima porodice u pogledu davanja saglasnosti za hospitalizaciju pacijenta.</p>	C

Farmakološki tretman pacijenta sa bipolarnim poremećajem spada u nadležnost psihijatra, ali je vrlo važno da se ljekar porodične medicine upozna sa principima terapije, naročito ako radi u terenskoj ambulanti.

Pacijenti sa bipolarnim poremećajem često dolaze agitirani i agresivni, te je **prvi cilj liječenja** bipolarnog poremećaja stabilizacija manijskih ili hipomanijskih simptoma. Inicijalni tretman manije čine psihostabilizatori. Ukoliko je pacijent psihotičan, daju se neuroleptici.

Veoma važno je regulisati proces spavanja. Nedovoljno ili neregularno spavanje može precipitirati promjene raspoloženja.

Ljekar porodične medicine treba periodično uputiti pacijenta u laboratoriju kako bi se pratio odgovor na terapiju i otkrila eventualna udružena organska oboljenja.

PSIHOSTABILIZATORI

1. Litijum

<ul style="list-style-type: none"> Značajno smanjuje frekventnost i težinu maničnih, odnosno depresivnih epizoda kod 70% pacijenata. Pozitivan odgovor je češće prisutan kod pacijenata koji imaju hereditarno opterećenje ili manje od dvije epizode godišnje. Litijum može poboljšati nespecifično agresivno ponašanje i gubitak kontrole Može se koristiti u akutnom i profilaktičnom tretmanu. 	<p><i>Nivo preporuke</i></p> <p>A</p>
--	---------------------------------------

- **Doze:**
 - Liječenje litijumom obično počinje u dozi od 300-600 mg LiCO₃.
 - U akutnoj terapiji manije, terapijske doze su obično od 1200-2000 mg LiCO₃, a ako se kombinuje sa *fenotijazinima* doze su nešto manje i iznose od 900-1200 mg LiCO₃.
 - U terapiji depresivne faze, doze su nešto niže od doza koje se daju u maniji i iznose od 750-900 mg LiCO₃.
 - Profilaktične doze litijuma kod terapije održavanja, kod mlađih osoba iznose od 900-1200 mg, dok se kod starijih preporučuju doze od 300-600 mg LiCO₃.
- **Neželjena dejstva su :** fini tremor, gastrointestinalni simptomi, mišićna slabost i prolazna somnolentnost. Umjerena poliurija i polidipsija su često prisutne. Druga neželjena dejstva uključuju: hipotiroidizam, netoleranciju glukoze, nefrotski sindrom, edem, nedostatak folne kiseline.
- Litijum ne treba kombinovati sa tijazidnim diureticima, diureticima Henlejeve petlje, aminofilinom, nestreoidnim antireumaticima.
- Ukoliko pacijent koristi ACE inhibitore ili blokatora Ca kanala, doza litijuma se treba smanjiti.
- Tokom prva dva mjeseca terapije potrebno je kontrolisati nivo lijeka u serumu svakih 4-14 dana, a zatim na svakih mjesec dana tokom prve godine. Ukoliko se litijum nastavi davati tokom dužeg vremenskog perioda, nivo lijeka u serumu treba kontrolisati svakih 3-6 mjeseci.

Koncentracija litijuma u serumu se treba održavati na nivou 0,6-1,2 mEq/l

<ul style="list-style-type: none"> • Jednom godišnje treba uraditi hormone štitne žlijezde. • Svakih 6-12 mjeseci uraditi ureu, kreatinin i jonogram, s tim što se tokom prvih 6 mjeseci terapije kontrole rade na 2 mjeseca. 	<i>Nivo preporuke</i> C
---	----------------------------

2. Valproinska kiselina

<ul style="list-style-type: none"> • Može se koristiti kao prva linija u tretmanu manije, jer ima manje neželjenih dejstava od litijuma, 	<i>Nivo preporuke</i> A
---	----------------------------

- Uobičajene terapijske **doze** iznose od 750-2000 mg dnevno.
- Stvara **interakciju** sa *aspirinom*, *varfarinom*, *karbamazepinom*, *fenobarbitonom* i *antacidima*.
- **Neželjena dejstva:** tremor, sedacija, diareja, nauzea, povećanje tjelesne težine, opadanje kose, blaga elevacija transaminaza.

<ul style="list-style-type: none"> • Tokom prva dva mjeseca terapije, jednom mjesečno treba analizirati kompletnu krvnu sliku i hepatogram. Kod dugoročne terapije, iste analize ponavljati svakih 6-12 mjeseci. 	<p><i>Nivo preporuke</i> C</p>
---	------------------------------------

3. Karbamazepin

<ul style="list-style-type: none"> • Koristi se kod litijum - „nerespondera“, maničnih epizoda sa psihotočnom simptomatologijom, miješanih bipolarnih epizoda i brzih izmjena faza. 	<p><i>Nivo preporuke</i> B</p>
--	------------------------------------

- Početna **doza** iznosi 200-600 mg dnevno, raspoređeno u 3-4 doze.
- Uobičajene terapijske doze kod manične epizode iznose od 600-1800 mg dnevno, dok u terapiji održavanja dnevne doze iznose 400-600 mg.
- Lijekovi koji povećavaju nivo karbamazepina su: *nesteroidni antireumatici, eritromicin, izonijazid, verapamil, diltiazem, cimetidin i propoksifen.*
- **Neželjena dejstva:** glavobolja, nistagmus, ataksija, sedacija, osip, leukopenija, blaga elevacija transaminaza.

<ul style="list-style-type: none"> • Tokom prva dva mjeseca terapije, jednom mjesečno treba analizirati kompletnu krvnu sliku i hepatogram. Kod dugoročne terapije, iste analize ponavljati svakih 6-12 mjeseci. 	<p><i>Nivo preporuke</i> C</p>
---	------------------------------------

4. Lamotrigin

<ul style="list-style-type: none"> • Najšire istražen antikonvulziv za liječenje BAP-a, koji se potvrdio kao veoma djelotvoran u liječenju i prevenciji depresivnih epizoda. Među novim stabilizatorima raspoložena <i>lamotrigin</i> je jedini odobren od strane FDA za terapiju održavanja u liječenju BAP-a. Naročito je preporučen za prevenciju depresivnih epizoda. 	<p><i>Nivo preporuke</i> A</p>
--	------------------------------------

- U kombinaciji sa olanzapinom djelotvoran je u liječenju depresivne epizode sa psihotičnim simptomima. Kao monoterapija može biti koristan u stabilizaciji brzo izmjenjujućeg BAP-a sa predominantnom depresijom. British Association for Psychopharmacology preporučuje ga kao lijek izbora za umjereno teške depresivne epizode, a American Psychiatric Association daje jednak značaj litijumu i lamotriginu, uz napomenu da više dokaza podržava djelotvornost litijuma.
- **Doziranje** počinje sa 25 mg i postepeno se podiže do 150-200 mg/dan.
- Od ozbiljnijih **neželjenih pojava** najčešći je osip, posebno onaj koji je povezan sa potencijalno fatalnim Stevens-Johnsonovim sindromom. Mogu se javiti omaglica, sedacija, ataksija, glavobolja, mučnina, povraćanje.

ANTIPSIHOTICI (NEUROLEPTICI)

	<i>Nivo preporuke</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Ukoliko psihostabilizatori nisu dali odgovarajući terapijski odgovor, psihijatar uključuje neuroleptike (<i>risperidon</i> 4-6 mg, <i>olanzapin</i> 5-20 mg, <i>klozapin</i> 200-900 mg). 	A
<ul style="list-style-type: none"> • Neuroleptici su veoma efikasni u tretiranju simptoma akutne manije i psihoze. 	A
<ul style="list-style-type: none"> • Studije nisu pokazale statistički signifikatne razlike u kliničkoj efikasnosti između <i>haloperidola</i> i drugih neuroleptika. Kako haloperidol ima više neželjenih ekstrapiramidalnih dejstava i negativnih implikacija na kvalitet života pacijenta, ne koristi se kao prvi izbor u dodatnom tretmanu maničnih simptoma. 	A
<ul style="list-style-type: none"> • U hitnim slučajevima može se dati intramuskularno 5-10 mg <i>haloperidola</i> (ponavljati do uspostavljanja kontrole ponašanja) 	

- **Neželjena dejstva** neuroleptika su antiholinergička neželjena dejstva, ortostatska hipotenzija, povećanje tjelesne težine, poremećaji metabolizma lipida, povećanje glukoze u krvi, prolongacija QT intervala, tardivne diskinezije.
- Pri prepisivanju neuroleptika treba voditi računa o interakciji sa drugim lijekovima.

Nivo preporuke

- Primjena *klozapina* zahtijeva redovnu kontrolu kompletne krvne slike - u toku prvih 18 sedmica jednom sedmično, a kasnije najmanje jednom mjesečno.
Istovremenu upotrebu lijekova koji mogu suprimirati funkciju koštane srži i antipsihotika dugog djelovanja treba izbjegavati.
- Monitoring neželjenih dejstava atipičnih neuroleptika (*risperidon*, *olanzapin*) uključuje mjerenje tjelesne težine, glukoze i lipida prije početka terapije, a zatim u određenim vremenskim intervalima tokom terapije.

C

C

ANTIDEPRESIVI

	<i>Nivo preporuke</i>
<ul style="list-style-type: none"> Koriste se u kombinaciji sa psihostabilizatorima i neurolepticima kod pacijenata sa psihotičnom depresijom. 	<i>B</i>
<ul style="list-style-type: none"> Kako se antidepresivno dejstvo psihostabilizatora javlja tek nakon četiri ili više sedmica, u tretmanu bipolarne depresije može se ukazati indikacija za uključivanjem antidepresiva. Antidepresivi mogu precipitirati nestabilnost raspoloženja, odnosno agitaciju i hipomanijske simptome. Istovremena upotreba psihostabilizatora i antidepresiva poboljšava efikasnost antidepresiva, a smanjuje rizik okidanja maničnih simptoma. 	<i>B</i>
<ul style="list-style-type: none"> Povremeno se antidepresivi uključuju samostalno do postizanja odgovarajućeg terapijskog odgovora, nakon čega se postepeno smanjuju, a psihostabilizatori ponovo uključuju. 	<i>B</i>
<ul style="list-style-type: none"> Antidepresivi izbora su SSRI i <i>bupropion</i>. 	<i>A</i>
<ul style="list-style-type: none"> Triciklični antidepresivi se ne preporučuju zbog mogućnosti indukcije ubrzanja ciklusa smjene simptoma. 	<i>B</i>

- Uobičajna **neželjena dejstva** SSRI su glavobolja, nauzea, insomnia, tinitus, anksioznost i seksualna disfunkcija

BENZODIAZEPINI

<ul style="list-style-type: none"> Dugodjelujući benzodiazepini mogu se koristiti kao dodatni tretman agitiranosti i tretman poremećaja spavanja. Preporučuje se korištenje visokopotentnog <i>klonazepama</i> (alternative su <i>diazepam</i> i <i>lorazepam</i>). 	<i>Nivo preporuke</i> <i>B</i>
--	-----------------------------------

- Ukoliko pacijent ima anamnezu zloupotrebe supstanci, benzodiazepine ne treba prepisivati zbog adiktivnog potencijala.

INDIKACIJE ZA HOSPITALIZACIJU

- Visok suicidalni rizik,
- Ukoliko pacijent nema uvid u svoje stanje i potrebu za liječenjem,
- Pacijent, usljed nekritičnosti i dezinhibiranog ponašanja u maničnim fazama, može ugroziti sebe ili nekog iz svoje okoline,
- Postoji potreba za stalnim monitoringom novih lijekova koji se uvode u terapiju,
- U kliničkoj slici postoji katatona simptomatologija, te je neophodna detaljna somatska obrada da bi se isključio elektrolitni disbalans, dehidracija, abdominalne ili urinarne komplikacije.

TOK I PROGNOZA

Na tok bolesti NEPOVOLJNO utiču sljedeći faktori:

- Pozitivna porodična anamneza,
- Izražena komorbidnost sa drugim psihijatrijskim poremećajima,
- Rano pojavljivanje bolesti,
- Loše funkcionisanje u premorbidnom periodu,
- Brze izmjene epizoda, odnosno kratke interepizodne faze,
- Učestale hospitalizacije,
- Miješana simptomatologija manije i depresije,
- Izostanak odgovora na primijenjenu terapiju,
- Nepostojanje saradnje pacijenta u procesu liječenja.

Na tok bolesti POVOLJNO utiču sljedeći faktori:

- Negativna porodična anamneza (na BAP i druge psihijatrijske poremećaje),
- Medicinski uzroci pojave bolesti,
- Nagli početak bolesti nakon nekog stresa,
- Dobro premorbidno funkcionisanje,
- Dobar odgovor na farmakoterapiju
- Saradnja u procesu liječenja.

Bipolarni afektivni poremećaj ima lošiju prognozu od depresivnog poremećaja.

- U prosjeku 7% svih pacijenata s BAP nemaju povratne simptome,
- 45% imaju više od jedne epizode,
- 40% imaju hronično oboljenje.

PRILOZI

EPIDEMIOLOGIJA BIPOLARNOG AFEKTIVNOG POREMEĆAJA

Incidencija

(novi slučajevi na godinu) ▪ 1,2/100 muškaraca ▪ 1,8/100 žena

Prevalenca

(postojeći slučajevi) ▪ 1/100 muškaraca ▪ 1/100 žena

Očekivanje tokom života

▪ 1% ▪ 1%

Pol

- Ravnomjerno (može biti neznatno češći kod žena)
- Početak bolesti - prije 30-te, prosječna dob za muškarce i žene,
- Vršna dob početka: 15-19 godina,

Dob

- Raniji početak i teži oblik - kod zloupotrebe PAS,
- Kod pacijenata sa ranim početkom prosječno prođe 3-10 godina od prve epizode do početka liječenja/hospitalizacije,
- Kasni početak (kod starijih) može biti uslovljen drugim razlozima (moždana endokrinopatija).

Rasa:

- Nema razlike
- Dokazi za nasljeđivanje jači su za BAP, nego depresiju. 20-25% rizika za rođake I stepena,
- 50% bipolarnih pacijenata ima roditelje sa poremećajem raspoloženja,

Porodična anamneza

- Dijete sa jednim bipolarnim roditeljem - rizik 25%,
- Dijete sa dva bipolarna roditelja - rizik 50-75%,
- Stopa podudarnosti za jednojajčane blizance - 40-70%,
- Stopa podudarnosti za dvojajčane blizance - 20%.
- Nema razlike između urbane i ruralne sredine,
- Neznatno povišen rizik u višim socioekonomskim grupama,

Socioekonomski i kulturni uticaji

- Psihosocijalni stresori povećavaju rizik za pojavu BAP,
- Najnovija istraživanja govore u prilog određenog uticaja psihosocijalnih stresora i na tok BAP-a (pojava nove epizode bolesti, pogoršanje simptoma u okviru postojećeg stanja, uticaj na farmakološko liječenje), naročito u mlađoj životnoj dobi.

DSM IV - DIJAGNOSTIČKI KRITERIJUM ZA MANIČNU EPIZODU

A.	Određeno razdoblje nenormalnog i stalno povišenog, ekspanzivnog ili razdražljivog raspoloženja, koje traje najmanje sedmicu dana (ili bilo kojeg trajanja ako je bila potrebna hospitalizacija).
B.	Tokom perioda smetnji u raspoloženju, bilo je prisutno tri (ili više) od sljedećih simptoma (četiri, ako je raspoloženje samo razdražljivo) u značajnom stepenu: <ol style="list-style-type: none"> 1. Preuveličano samopoštovanje ili grandioznost, 2. Smanjena potreba za spavanjem (npr. osjećaj odmorenosti nakon samo 3 sata spavanja), 3. Pričljivost veća nego obično ili potreba da se stalno govori, 4. Gubitak ideja ili subjektivni osjećaj da misli brzaju, 5. Rastresenost (tj. pažnja se lako prebacuje na nevažne ili sporedne stvari), 6. Intenziviranje aktivnosti usmjerenih ka cilju (socijalnih - onih na poslu ili u školi; seksualnih) ili psihomotorna agitacija, 7. Pretjerano uključanje u aktivnosti koje imaju veliku mogućnost bolnih posljedica (npr. nekontrolisana kupovina svega i svačega, seksualna nepromišljenost ili nerazumna poslovna ulaganja).
C.	Simptomi ne zadovoljavaju kriterijume za miješanu epizodu.
D.	Promjene raspoloženja dovoljno su teške da mogu da uzrokuju oštećenje u radnom funkcionisanju, uobičajenim socijalnim aktivnostima, vezama sa drugim osobama ili da zahtijevaju hospitalizaciju kako bi se spriječilo nanošenje zla sebi ili drugima, ili su prisutna psihotična obilježja.
E.	Simptomi nisu posljedica neposrednih fizioloških učinaka psihoaktivnih supstanci (npr. zloupotreba droga, lijekova) ili nekog opšteg zdravstvenog stanja (npr. hipertireoidizma).

DSM IV - DIJAGNOSTIČKI KRITERIJUM ZA VELIKU DEPRESIVNU EPIZODU

A.	<p>Pet (ili više) od sljedećih simptoma prisutni su tokom dvonedelnog razdoblja i predstavljaju promjenu od ranijih funkcionisanja; barem jedan od tih simptoma je ili (1) depresivno raspoloženje ili (2) gubitak zanimanja ili uživanja.</p> <p>Napomena: Ne uključivati simptome koji su jasna posljedica opšteg zdravstvenog stanja, ili sumanutosti ili halucinacije u zavisnosti od raspoloženja.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Depresivno raspoloženje veći dio dana, gotovo svaki dan, što se navodi kao subjektivna pritužba (na primjer osjeća se žalosno ili prazno) ili to vide drugi (npr. izgleda žalosno). Napomena: Kod djece ili adolescenata može biti prisutno razdražljivo raspoloženje. 2. Značajno smanjeno zanimanje ili uživanje u svim ili gotovo svim aktivnostima veći dio dana, gotovo svaki dan (što se navodi kao subjektivna pritužba ili to vide drugi ljudi). 3. Značajan gubitak tjelesne težine bez dijete ili dobijanje na težini (npr. promjena više od 5% tjelesne težine u jednom mjesecu), ili smanjenje ili povećanje apetita gotovo svakog dana. Napomena: Kod djece treba uključiti i nemogućnost dostizanja očekivane težine. 4. Nesanica ili hipersomnija gotovo svakog dana. 5. Psihomotorna agitacija ili retardacija gotovo svakog dana (koju vide drugi, a ne samo subjektivni osjećaj nemira ili usporenosti). 6. Umor ili gubitak energije gotovo svakog dana. 7. Osjećaj bezvrijednosti ili velike ili neprimjerene krivice (koja može biti sumanuta) gotovo svakog dana (ne samo samoprebacivanje ili osjećaj krivice zbog bolesti). 8. Smanjena sposobnost mišljenja ili koncentrisanja, ili neodlučnost, gotovo svakog dana (bilo kao subjektivni osjećaj ili vidljivo od strane drugih). 9. Ponavljano razmišljanje o smrti (ne samo strah od smrti), ponavljane suicidalne ideje bez posebnog plana, ili pokušaj samoubistva ili poseban plan za izvršenje samoubistva.
B.	Simptomi ne zadovoljavaju kriterije za miješanu epizodu.
C.	Simptomi uzrokuju klinički značajne smetnje ili oštećenja u socijalnom, radnom ili drugim važnim područjima funkcionisanja.
D.	Poremećaj ne nastaje zbog neposrednih fizioloških učinaka (psihoaktivne) supstance (npr. zloupotreba droga, lijekova), ili zbog opšteg zdravstvenog stanja (npr. hipotireoidizma).

E.	Simptomi se ne mogu bolje opisati kao žalovanje, tj. ne nastaju nakon gubitka voljene osobe, traju duže od dva mjeseca ili su obilježeni značajnim funkcionalnim oštećenjem, bolesnom zaokupljenošću bezvrijednošću, suicidalnim idejama, psihotičnim simptomima ili psihomotornom usporenošću.
-----------	---

DSM IV - DIJAGNOSTIČKI KRITERIJUM ZA MIJEŠANU EPIZODU

A.	Zadovoljeni su kriterijumi i za maničnu i za veliku depresivnu epizodu (osim trajanja), skoro svakog dana tokom razdoblja od barem sedmicu dana.
B.	Promjene raspoloženja dovoljno su teške da mogu da uzrokuju oštećenje u radnom funkcionisanju, uobičajenim socijalnim aktivnostima, vezama sa drugim osobama ili da zahtijevaju hospitalizaciju, kako bi se spriječilo nanošenje zla sebi ili drugima, ili su prisutna psihotična obilježja.
C.	Simptomi nisu posljedica neposrednih fizioloških učinaka psihoaktivnih supstanci (npr. zloupotreba droga, lijekova) ili nekog opšteg zdravstvenog stanja (npr. hipertireoidizma).

LIJEKOVI KOJI SE NAJČEŠĆE KORISTE U TRETMANU BIPOLARNIH AFEKTIVNIH POREMEĆAJA¹

Lijek	Uobičajna doza u mg	Maksimalna doza u mg
Psihostabilizatori		
<i>litijum</i>	900	1800
<i>valproinska kiselina</i>	750	2000
<i>carbamazepine</i>	400-600	1600
<i>lamotrigin</i>	75-200	400
Neuroleptici		
<i>haloperidol</i>	2-5	60
<i>risperidone</i>	2-6	10
<i>olanzapine</i>	5-10	20
<i>chlorpromazine</i>	100-400	1000
<i>clozapine</i>	200-450	900
<i>promazine</i>	50-100	300
Anksiolitici		
<i>diazepam</i>	15-30	30
<i>lorazepam</i>	3.0-7.5	7,5
<i>klonazepam</i>	2-4	10
<i>alprazolam</i>	0,75-1,5	4
Antidepresivi		
<i>fluoksetin</i>	20-40	60
<i>sertaline</i>	50-150	200
<i>paroksetin</i>	20-30	50
<i>citalopram</i>	20	40
<i>bupropion</i>	300	300

¹ Fabrički nazivi lijekova navedeni su u „Registru lijekova Republike Srpske sa osnovama farmakoterapije“.

KLASIFIKACIJA PREPORUKA

Pri pretrazi literature korištene su elektronske baze podataka i štampani materijali relevantni za specifičnu oblast kojom se vodič bavi. Stepen dokaza i nivo preporuke dati u kliničkim vodičima zasnivaju se na sljedećim kriterijumima:

Stepen dokaza:

Ia: Meta-analize, sistematski pregledi randomiziranih studija

Ib: Randomizirane kontrolisane studije (najmanje jedna)

IIa: Sistematski pregledi kohortnih studija

IIb: Dobro dizajnirana kohortna studija i lošije dizajnirana randomizirana studija.

IIIa: Sistematski pregledi "case control" studija.

IIIb: Dobro dizajnirana "case control" studija, "correlation" studija.

IV: Studije slučaja ("case-series") i loše dizajnirane opservacione studije.

V: Ekspertska mišljenja.

Nivo preporuka:

Nivo preporuke	Na osnovu stepena dokaza	Obrazloženje:
A	Ia i Ib	Zahtijeva bar jednu randomiziranu kontrolisanu studiju kao dio literature koja obrađuje određeno područje.
B	IIa, IIb i III	Zahtijeva dobro dizajniranu, ne nužno i randomiziranu studiju iz određenog područja.
C	IV i V	Preporuka uprkos nedostatku direktno primjenljivih kliničkih studija dobrog kvaliteta.

LITERATURA

1. *Baldassano CF*. Assessment tools for screening and monitoring bipolar disorder. *Bipolar Disorders* 2005; 7:8-15.
2. *Bauer MS, Mitchner L*. What is a "mood stabilizer"? An evidence-based response. *American Journal of Psychiatry* 2004; 161: 3-18.
3. Bipolarni afektivni poremećaj, Hrvatsko psihijatrijsko društvo, Hrvatsko društvo za kliničku psihijatriju, Hrvatskog liječničkog zbora, Hrvatsko društvo za biologijsku psihijatriju, Hrvatskog liječničkog zbora, Zagreb 2007.
4. *Cipriani A. et al*. Lithium in the prevention of suicidal behavior and all-cause mortality in patients with mood disorders : a systematic review of randomized trials. *American Journal of Psychiatry* 2005; 182: 148-152.
5. *Evidence based medicine guidelines*: Bipolar disorder (manic-depressive disorder), Helsinki, Finland Medical Society Duodecim Publications Ltd, 2001
6. *Henry C et al*. Antidepressant-induced mania in bipolar patients: identification of risk factors. *Journal of Clinical Psychiatry* 2001; 62: 249-255.
7. *Kaplan HI, Sadock BJ*. Priručnik kliničke psihijatrije, Naklada Slap, Jastrebarsko, 1998
8. [National Institute for Clinical Excellence](#). The management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care. London: National Institute for Clinical Excellence, 2006
9. *Rendell JM, Geddes JR*. Risperidone in long-term treatment for bipolar disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 4. Art. No.: CD004999. DOI: 10.1002/14651858.CD004999.pub2
10. *Stoisavljević-Šatara S.*, urednik Registar lijekova Republike Srpske sa osnovama farmakoterapije 2008. Banja Luka: Agencija za lijekove Republike Srpske, 2008.
11. *Timotijević I., Jašović-Gašić M*. Terapijske smernice za lečenje bipolarnog afektivnog poremećaja, Srpsko lekarsko društvo-Psijatrijska sekcija, 2004.

KLINIČKI VODIČI ZA PRIMARNU ZDRAVSTVENU ZAŠTITU

Klinički vodiči namijenjeni su prvenstveno specijalistima porodične medicine, ali i svim ljekarima-praktičarima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

Ažuriranje kliničkih vodiča vrši se svake tri godine saglasno najnovijim saznanjima medicine zasnovane na dokazima, prema metodologiji opisanoj u „Smjernicama za razvoj i reviziju kliničkih vodiča“. Na nivou primarne zdravstvene zaštite, nadležno za ovu aktivnost je Udruženje ljekara porodične medicine Republike Srpske.

Drugo, revidirano izdanje kliničkih vodiča pripremila je konsultantska kuća "Bonex inženjering" d.o.o. Beograd, u okviru Projekta jačanja zdravstvenog sektora (HSEP) – projektni zadatak "Revizija i unapređenje kliničkih vodiča za primarnu zdravstvenu zaštitu", finansiranog iz kredita Svjetske banke².

Na izradi ovog izdanja vodiča radila je radna grupa³ u sastavu⁴:

dr Biljana Lakić, specijalista psihijatar, Nacionalni koordinator za mentalno zdravlje RS, Klinika za psihijatriju KC Banjaluka,

doc. dr Maja Račić, specijalista porodične medicine, Katedra porodične medicine, Medicinski fakultet Foča,

prof. dr Svjetlana Stoisavljević-Šatara, specijalista kliničke farmakologije, šef Katedre za farmakologiju, toksikologiju i kliničku farmakologiju, Medicinski fakultet u Banjaluci.

Koordinator radne grupe: **dr Đina Martinović**, Bonex inženjering, Beograd.

² Mišljenja i interesi organizacije koja je finansirala razvoj i reviziju kliničkih vodiča nisu imali uticaja na konačne preporuke.

³ Članovi radne grupe izabrani su saglasno kriterijumima definisanim u "Smjernicama za razvoj i reviziju kliničkih vodiča" i ne postoji sukob interesa.

⁴ Imena autora su navedena abecednim redom.

Vodiči za praktičan rad ljekara razvijeni su 2004. godine unutar projekta «Osnovno zdravstvo».

Tim koji je radio na razvoju vodiča činili su:

doc. dr sc. med. Gordana Tešanović, specijalista pedijatar, zamjenik šefa Katedre porodične medicine Medicinskog fakulteta u Banjaluci, direktor za medicinska pitanja Doma zdravlja u Banjaluci;

dr Rajna Tepić, specijalista porodične medicine, šef Edukacionog centra porodične medicine u Banjaluci;

prof. dr Ranko Škrbić, specijalista kliničke farmakologije, šef Katedre za farmakologiju Medicinskog fakulteta u Banjaluci,

dr Dina Naunović, specijalista fizijatar, vođa tima.

Konsultanti:

mr. sc. med. dr Jagoda Balaban, specijalista dermatovenerolog,

dr Snježana Gajić, specijalista pedijatar,

mr. sc. med. dr Zoran Mavija, specijalista interne medicine – hepato-gastroenterolog,

dr Miodrag Naunović, specijalista psihijatar,

Prim. dr Zoja Raspopović, specijalista fizijatar – reumatolog,

mr. sc. med. dr Sanja Špirić, specijalista otorinolaringolog,

mr. sc. med. dr Duško Vulić, specijalista interne medicine – kardiolog,

mr. sc. med. dr Milan Žigić, specijalista urolog.

