

Medicinska edukacija/  
Medical education

PATOPLASTIKA I NOZOLOGIJA DEPRESIJA

THE PATHOPLASTIC AND NOSOLOGY OF  
DEPRESSION

Prim. Prof. dr sc. med. Petar Bokun\*

Correspondence to:

Prim. Prof. dr sc. med. Petar Bokun  
specijalista neuropsihijatrije  
Adresa: Gospićka 4, Beograd  
Telefon: 011 2831286  
E-mail: pbokun@ptt.rs

\* specijalista neuropsihijatrije. Predavao na Akademiji umetnosti u Beogradu, na Medicinskom i Pravnom fakultetu u Splitu. Bio je šef psihijatrijskog odjela Opće bolnice u Splitu, Vojne bolnice u Splitu. Sada je stalni sudski veštak Ministarstva pravde Republike Srbije. Redovni član Akademije JUPIN-A.

Apstrakt

Ključne reči

Depresivne bolesti, klasifikacija, suicid

Key words

depressive disorders, classification, suicide

Svetska zdravstvena organizacija proglasila je prvu dekadu dvadeset prvog veka kao vreme epidemičkog širenja depresija. Svedoci smo da je to realnost. Svako proširenje znanja iz tog segmenta psihijatrije može pomoći boljem sagledavanju i eo ipso tretmanu obolelih.

U radu je poklonjena pažnja klasifikaciji, da bi se i drugi lekari a ne samo psihijatri lakše snašli u kompleksu depresivnih oboljenja i da bi brže pronašli adekvatan lek. Za krajnji, nepovoljni ishod depresija-suicid, Kami je rekao da je depresija i suicid jedino pravo filozofsko pitanje. To na neki način pokazuje da su depresije već pomalo izišle iz isključivog kruga zanimanja neuropsihijatarata. Zbog toga smo smatrali da je uvek nanovo potrebno osvetljavati ovaj deo duše, koji neki nazivaju njenim tamnim delom.

UVOD

Da li zbog duge zime ili svetske finansijske krize, iznenada se aktualizovalo pitanje depresija. U ordinacije dolazi sve više pacijenata a mediji su postali radoznali da gledaocima i čitaocima prezentuju svoje viđenje problema. Svi ti pristupi imaju prizvuk površnosti, pa smo smatrali potrebnim da objasnimo neke aspekte ovog duševnog stanja.

Depresije su etiološki veoma raznolik klinički entitet i zbog toga je, pre svega, neophodno razgraničiti poreklo stanja i nozološki se opredeliti. To je neophodno jer je terapijski pristup različitim nozološkim entitetima ponekad dijametralno suprotan.

Svetska Zdravstvena organizacija <sup>(13)</sup> u svojoj najnovijoj sistematizaciji bolesti i povreda, poznaje depresivne poremećaje kao:

F.31.3 Bipolarni afektivni poremećaj, sadašnji poremećaj, umereno jaka ili blaga depresija i to F 31.30 Bez somatskog sindroma, i F 31.31 sa somatskim sindromom,

F 31.4. Bipolarni afektivni poremećaj, sadašnja epizoda, teška depresija bez psihotičnih simptoma,

F 31.5. Bipolarni afektivni poremećaj, sadašnja epizoda, teška depresija sa psihotičnim simptomima,

F 31.50 Sa raspoloženjem saglasni psihotični simptomi,

F 31.51. Sa raspoloženjem nesaglasni psihotični simptomi,

F 32. Depresivna epizoda,  
F 32.0 Blaga depresivna epizoda,  
F 32.00 Bez somatskog sindroma,  
F 32.01 Sa somatskim sindromom,  
F 32.1 Umerena depresivna epizoda,  
F 32.10 Bez somatskog sindroma,  
F 32.1 11 Sa somatskim sindromom,  
F 32.2 Teška depresivna epizoda bez psihotičkih simptoma,

F.32.3. Teška depresivna epizoda sa psihotičkim simptomima,

F 32..30. Sa raspoloženjem saglasni psihotički simptomi,  
F 32.31. Sa raspoloženjem nesaglasni psihotični simptomi,

F 32.8. Druge depresivne epizode,  
F 32.9. Depresivna epizoda, nespecificovana,  
F. 33.0 Rekurentni depresivni poremećaj sadašnja epizoda blaga,

F 33. 1 Rekurentni depresivni poremećaj umerene jačine,  
F 33.2. Rekurentni depresivni poremećaj, sadašnja epizoda teška bez psihotičkih simptoma,

F 33.3. Rekurentni depresivni poremećaj, sadašnja epizoda teška sa psihotičnim simptomima,

F 33.4. Sadašnji depresivni poremećaj, trenutno u remisiji,

F 33.8. Drugi rekurentni depresivni poremećaji,

F 33.9. Rekurentni depresivni poremećaj, nespecificovan,

F 38.1 Rekurentni kratki depresivni poremećaj.

Klinička slika depresija aficira voljno-nagonsku sferu ličnosti i pokazuje kvalitativno i kvantitativno širok dijapazon promena. Može se manifestovati anhedonijom, to jest nemogućnošću da se doživi radost i veselje, anorgazmijom, nemogućnošću doživljaja orgazma, frigiditetom, ali i posvećanim stuporom, to jest ukočenošću i odbijanjem jela i pića, mutizmom i pasivnom pokretljivošću u smislu *flexibilitas cerea* (3).

Subjektivno, pacijenti osećaju da im nedostaje snaga i energija što se reperkutuje na krzmanje pri donošenju odluka. Ne mogu se duže usresrediti na određeni problem, tenacitet pažnje je slab a vigiletet neizdašan. Sva jela su im bez ukusa, apetit im slabi, ne pokazuju volju da biraju jelo, a i ono što dobiju jedva da pojedju. Smatraju da sve što rade nema perspektivu, budućnost ili ne postoji a ako o njoj imaju predstavu ona se slika crnim bojama. Zanimanje za okolinu drastično opada a slabe i interesi za neke prethodne aktivnosti, što vodi fizičkoj pasivizaciji i povlačenju.

Što se motoričke aktivnosti tiče, depresije su uglavnom karakterisane usporenošću, smanjenjem obima i amplitude delatnosti pa sve do potpune pasivizacije u formi depresivnog stupora. Ređi oblik depresivne simptomatologije može se manifestovati u formi agitacije, kada pacijent deluje uznemireno, bez razloga je sklon paničnom reagovanju, pogled je unezveren, ne može se skrasiti na jednom mestu, oči deluju zaplašeno, pun je crnih slutnji i kao da u vazduhu visi neka nesreća. Puls je ubrzan, frekvencija disanja takođe, muskulatura napeta kao i izraz lica. Prvi znakovi depresije manifestuju se kompromitacijom ritma san-budno stanje, takozvanog cirkadijalnog ritma. (7)

Pacijenti provode dosta vremena u krevetu, ali ne spavaju. Bolje rečeno, ne postižu dovoljnu dubinu sna i iz njega se bude na svaki šum. Sve to dovodi do uozbiljenja, stvaranja nesigurnosti, nepoverenja u sopstvene snage i rezultuje smanjenjem samouverenosti i samopoštovanja. Motorička inaktivnost, nesigurnost u nastupu, daju kao rezultat da se pacijenti povlače iz aktivnog života, zapuštaju ličnu higijenu, društvene obaveze, zaboravljaju konvencije što doprinosi izolaciji i begu u samostvoreni svet. Tako se zatvara *circulus vitiosus* u kome gubitak vitalne snage na psihičkom planu stvara misli u kojima ništa nije vredno, sve je besmisleno, što dovodi do gubitka nade i osećanja bespomoćnosti, a iz toga slede nihilističke misli o sopstvenoj krivici, kako za neke manje stvari, tako u psihotičnom obliku za propast sveta i velike istorijske nesreće. Kvalitativna promena misli vodi idejama autoakuzacije i persekusije što može biti podloga za razmišljanje o samouništenju kao "rešenju". Samoubistvo se nameće kao kobna posledica depresije kada njen intenzitet i karakter poprima najdublje psihotičke forme.

Depresije mogu nastupiti naglo ali mogu imati i postepeni, šunjajući tok. Još jedan oblik depresija nazivamo *masked depression* (maskirana depresija). Ona ide pod plaštom telesnih simptoma i može se ispoljiti u obliku srčanih palpitacija, grčeva i bolova u probavnom traktu, vrtoglavica, hroničnog umora funkcionalnog, neorganskog tipa, glavobolja i vrtoglavica. Na to je posebno upozorio Preradović i svom radu o depresijama (14). Depresije prati smanjenje i sniženje životnog elana, bezvoljnost, apatija i

neraspoloženje, crne misli, pogled "kroz crne naočare" to jest sve događaje, zbivanja, reči i postupke bolesnik interpretira u nepovoljnom svetlu, u svemu vidi problem bez mogućnosti da ga reši ili malodušnost u pristupu rešavanju životnih zadataka. (9)

Izraz lica depresivnog bolesnika je kao isplakan bez suza, mimika osiromašena do potpune zakočenosti, gestikulacije snižene amplitude i obima, do potpune nepokretnosti, kada bolesnik samo pasivno leži u krevetu. Govor je tih, usporen, osiromašene artikulacije i oslabljene fonacije. Misli usiromašene, jednolične, vrti se u krugu svojih navodno nerešivih problema, nihilističke, kao što su ideje osiromašenja, propasti, greha, pa sve do misli o samouništenju, samoubistvu. Katkada se te misli opsesivno nameću i bolesnik neko vreme samo razmišlja o načinu kako da sebi prekrati muke. (4,11) Depresivne misli mogu biti solitarne, to jest gubitak samopouzdanja i sigurnosti samo u određenoj situaciji ili sferi delovanja, ali mogu u potpunosti preplaviti misaoni proces i blokirati svaku drugu misao.

#### Praktična podela depresija:

Reaktivne, to jest one situacije kada čovek reaguje na neki spoljni faktor, koji nadilazi njegove mogućnosti adekvatnog odgovora. To je na primer preteći otkaz na poslu kada čovek postaje malodušan, depresivan, kao reakcija na ugrožavanje egzistencije.

Slične su situacione depresije, kada čovek depresivno reaguje na neku, najčešće iznenadnu situaciju. To može biti na primer gubitak bližnje osobe.

Veoma bliski psihološki problem koji ne treba zameniti s depresijom je tuga. Tuga je reakcija na izvestan gubitak, koji nas emocionalno pogađa i na koji reagujemo gubitkom volje, elana, raspoloženja, ali svesni da je to prolazno stanje i da tim načinom ponašanja nećemo vratiti izgubljeno. Tuga ima racionalnu osnovu, dok deo depresija, pogotovo one psihotičkog intenziteta i karaktera, dolaze iz iracionalne sfere ličnosti, endogene.

Neurotske depresije imaju svoj koren u precenjenom stavu ličnosti neurotika o svojoj vrednosti i svom postavljenju, koje u realitetu ne može da brani. Na toj razlici između umišljene i stvarne vrednosti treba tražiti intenzitet depresivnog reagovanja. Pacijent kao da svojom depresijom želi negirati stvarnost, povlačeći se iz iste u onoj meri u kojoj nije uspeo da nametne svoja nerealna očekivanja i ambicije. (2,14)

Psihotične depresije mogu biti izolovane u smislu periodičkih epizoda ili mogu biti deo iz kruga manično-depresivne, cikličke psihoze.

Nekad se kao poseban entitet dijagnostifikovala i involutivna depresija, te mehanholija. To su stanja koja u svojoj etiogenezi imaju delimično i organski karakter najčešće na podlozi aterosklerotskog procesa krvnih sudova, prvenstveno mozga. Preradović navodi i depresije kod demencija. (14)

Ti entiteti su dokaz da i organski elementi mogu biti od značaja u etiologiji depresija. Spoljni faktori, kao na primer nedovoljna insolacija, "okrivljuju" se za sezonski afektivni poremećaj, takozvanu zimsku depresiju. Proletnje perturbacije vremena odgovorne su za proletnji mamurluk i pad vitalnih funkcija, zanesenost duše, letnja fjaka, siesta, omarina u popodnevnim satima na Mediteranu karakterisana

bezvoljnošću, motoričkom inaktivnošću, nalazi uzroke u visokim suvim temperaturama, a o jesenjim depresijama, kada zamire priroda i sa sobom povlači meteoropatski obeležene osobe da i ne govorimo.<sup>(6,8)</sup>

Sve to nakalemjeno na endogeni faktor ima uticaja na cikličke, cirkularne, manično-depresivne psihoze. Ipak, ostaje činjenica da nam je osnovni uzrok pojave depresija nepoznat. Biohemijski orijentisani psihijatri nalaze razlog u poremećaju metabolizma endorfina, enkefalina, serotonin-skih i hormonalnih disbalansa na osovini hipotalamus-hipofiza-nadbubrežna žlezda. Delimično se na toj bazi temelji terapija inhibitorima monoamino oksidaze, jedna od varijanti lečenja depresije.

Da bi se dijagnostifikovala depresija iz kruga manično-depresivne psihoze, neophodno je da se verifikuju barem dva šuba depresije ili manije i jedan psihotični mah manije ili obrnuto. To je važno zbog terapije, jer se broj epizoda psihoza može značajno umanjiti ako se primeni Lithii carbonas (litijumov karbonat). On značajno smanjuje broj psihotičnih epizoda u duljem vremenskom periodu.

Izmena manično-depresivnih stanja može biti u veoma kratkom razdoblju, gotovo u jedan do dva dana, ali između pojedinih epizoda može proći i decenija. Blaži oblici, naročito hipomaničnih stanja mogu proći subklinički, to jest nezapaženo, jer su to stanja koja odgovaraju pacijentu, on se oseća dobro, pa ako ne ugrožava okolinu izbegne bolnički tretman.

S druge strane, depresije su naročito opasne na samom izlasku iz tih stanja. Često tokom bolničkog lečenja kad se pacijent vidno oporavlja, postaje aktivniji, bolje raspoložen i priprema se otpust na kućnu negu, može kao neprijatno iznenađenje da usledi suicid. To je zato što je na samom vrhuncu depresije pacijent zakočen nema snage ni da posegne za sredstvom za izvršenje suicida, a kad se oporavlja dobije motoričku snagu a psihotički autoakuzativni i autodestruktivni elemeneti nisu još nestali. To rezultuje time da se povećani broj pokušaja i izvršenja suicida statistički nalazi neposredno pred otpust iz bolnice ili kratko po samom otpustu. To mnogi objašnjavaju strahom od uključenja u normalni život, što je, kao što vidimo, samo delimično tačno.

Vremensko trajanje depresija može biti veoma različito. Od periodičkih depresija koje žene osećaju premenstrualno u trajanju od jedan-dva dana (premenstrualni sindrom) do višegodišnjih depresija u kom periodu osoba samo vegetira, ne povisujući vitalne nagone i najčešće uz pomoć okoline preživljava.<sup>(10)</sup>

Omraženi elektrošokovi, kao i insulinski, koji su najvećim delom izbačeni iz upotrebe u psihijatriji, nalaze u nekim klinikama svoju indikaciju samo kod kočenih depresija, kada je osoba u stuporu, odbija hranu, mora se hraniti na sondu, ne kreće se iz kreveta, opstipirana je i po petnaest dana, dakle vitalno ugrožena. To je alternativna indikacija za EKT(elektrokonvulzivnu terapiju) i to samo u nekim ustanovama.<sup>(11)</sup>

Kod cirkularnih psihoza neophodno je lečiti onaj vid koji se klinički pojavljuje. Dakle, pored litijuma kao terapije održavanja u depresiji treba primenjivati antidepresive, a u maniji lekove koji deluju na to stanje, kao što su standardni antipsihotici, hipnotici, major i minor trankvilizeri.

Posebnu pažnju treba obratiti na dečije depresije. Na nju je pre dvadesetak godina upozorio povećani broj suicida u tom životnom razdoblju. Roditelji moraju obratiti pažnju na

promene raspoloženja kod deteta, kada odjednom prestaje da jede ili počne naglo da povećava apetit, kada se povlači, osamljuje i osobito ako verbalizuje suicidalne misli. Koren dečijih depresija mnogi vide u odvajanju od roditelja u najranijem detinjstvu (Child mother separation syndrome). Dete, koje je za sebe centar univerzuma, odjednom se, makar kratkotrajno odvojeno od roditelja oseća usamljeno, napušteno i panično reaguje. Tu je borba za harmoniju, normalan duševni život apsolutno indikovana, jer nikad ne smemo smetnuti s uma da savremena psihijatrija ima oružje za borbu protiv depresija. Jedno od njih je staro koliko i čovek, a to je rad. Svaki oblik stvaralaštva pri pojavi depresija treba brižljivo negovati, ohrabrivati, podržavati kao deo psihoterapije i okupacione terapije. Na toj životnoj podlozi rastu i očekivanja od farmakološkog pristupa lečenju depresija.

### ZAKLJUČAK

Slična klinička slika depresije koja je toliko etiološki raznolika, postavlja dodatne zahteve lekaru da se podrobnije udubi u anamnezu i što preciznije klasifikuje nozološki entitet. O tome zavisi uspešnost terapije. Ponekad je potrebna i duža vremenska distanca u tretmanu da bismo adekvatno odredili kojoj vrsti pripada depresija koju tretiramo. To je posebno važno kod periodičkih depresija kao i onih iz kruga cirkularnih psihoza. Danas se s depresijama događa sličan fenomen koji se u istoriji psihijatrije desio s grupom shizofrenija. Ta poznata dijagnoza zahtevala je tokom vremena redefinisane i preciznije određivanje tako da se u svom suštinskom obliku danas mnogo ređe dijagnostifikuje nego pre pola veka. Od preciznog određivanja oblika i uzroka depresije zavisi i uspeh terapijskih nastojanja. Nedostatak vremena u ordinaciji dvostruko se negativno odražava kod ovih pacijenata; prvo, jer se osećaju odbačeni i neshvaćeni a drugo, što se zbog brzine mogu prevideti pravi uzroci i konsektivno, neadekvatan terapijski stav. Depresije zahtevaju stalno proučavanje strpljivost lekara i okoline, da bismo očekivali uspeh kombinovanog lečenja koje osim medikamentoznog, mora uključiti i psihoterapijski pristup a neretko i izmenu stava okoline prema ovim bolesnicima.

### Abstract

World Health Organization proclaimed 21st century's first decade as the period of the epidemical widening of depressive disorders. We are now witnessing the realization of this statement. Spreading knowledge about this part of psychiatry can help in better understanding and treatment of this condition.

In this paper, author focuses his attention to the classification of the depressive disorders, with a goal to help not only psychiatrists but also other medical practitioners in easier management and earlier application of adequate therapy for this condition. Camus wrote that suicide - the ultimate, worst possible outcome of the depression is the unique philosophical question, which in some way excludes the depressive disorders from the exclusive interest of neuropsychiatry. Therefore, we think that is important to lighten this part of the psyche, which is sometimes referred as its dark side.

### LITERATURA

1. Arieti, S.: AMERICAN HANDBOOK OF PSYCHIATRY, Basic book Inc. Publishers, New York, 1959
2. Beck, J. S.: PRECIPITATING STRESS, CRISIS THEORY AND HOSPITALISATION IN SCHIZOPHRENIA AND DEPRESSION, Arch. gen. psych, 26:123, 1972
3. Bleuler E. und M.:LEHRBUCH DER PSYCHIATRIE, Springer Verlag, Berlin, 1966.
4. Bokun, P.: ANTROPOLOŠKA PSIHIJATRIJA, Vojna štamparija. Split, 1989
5. Berelson, B., Steiner, G. A.: HUMAN BEHAVIOUR, Harcourt Brace Jovanovic, New York, 1964.
6. De Martis, D. Tadia, G. Tadia, Scioli, R.: ASPETTI PSICHIOPATOLOGICI DELL' EMIGRAZIONE, FRENIA, 18:7, 1974.
7. Fenichel, Otto,: PSIHOANALITIČKA TEORIJA NEUROZA, Medicinska knjiga, Zagreb- Beograd, 1961.
8. Johanson, E.:MILD PARANOIA, Acta scand. psych. suppl. 177, 1964.
9. Kilibarda, M.: UČESALOST MENTALNIH POREMEĆAJA U JUGOSLAVIJI, LEK, Ljubljana, 1966.
10. Lazarus, R. S.:THE CONCEPT OF STRESS AND DISEASE IN "SOCIAL STRESS AND DISEASE", Oxford univ. press., London, New York, Toronto, 1971.
11. Redlich, f. C. :SOCIAL CLASS AND MENTAL ILLNESS, Willey Sons, NEW YORK, 1958.
12. SEYLE, H.:STRESS OF LIFE MC Graw Hill, New York, 1956
13. MEĐUNARODNA KLASIFIKACIJA BOLESTI I POVREDA, XI REVIZIJA, BEOGRAD, 2008
14. Preradović, M.: DEPRESIVNI SINDROMI, Med Data Rev. 2009, 2, 57-60