

# Udruženost poremećaja osobnosti i bipolarnog poremećaja tipa I

---

**Vujičić, Helena**

**Master's thesis / Diplomski rad**

**2024**

*Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj:* **University of Rijeka, Faculty of Medicine / Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet**

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:184:136631>

*Rights / Prava:* [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

*Download date / Datum preuzimanja:* **2025-02-22**



*Repository / Repozitorij:*

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Medicine - FMRI Repository](#)



SVEUČILIŠTE U RIJECI MEDICINSKI FAKULTET SVEUČILIŠNI  
INTEGRIRANI PRIJEDIPLOMSKI I DIPLOMSKI STUDIJ  
MEDICINA

Helena Vujičić

Udruženost poremećaja osobnosti i bipolarnog poremećaja tipa I

Diplomski rad

Rijeka, 2024.

Mentor rada: izv.prof.dr.sc. Ivana Ljubičić Bistrović, dr.med

Diplomski rad obranjen je dana \_\_\_\_\_ u/na \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, pred povjerenstvom u sastavu:

1. Izv.prof.dr.sc. Marija Vučić Peitl, dr.med
2. Doc.dr.sc. Tanja Grahovac Juretić, dr.med
3. Izv.prof.dr.sc. Daniela Petrić, dr.med

Rad sadrži 41 stranica, 0 slika, 0 tablica, \_\_\_\_\_ 39  
\_\_\_\_\_ literaturnih navoda.

## Zahvale

Zahvaljujem se svojoj mentorici, izv.prof.dr.sc. Ivani Ljubičić Bistrović, dr.med na ukazanom povjerenju, pomoći, savjetima i podršci tijekom pisanja diplomskog rada. Veliko hvala mojim roditeljima, bratu i prijateljima što ste mi u svakom trenutku bili oslonac. Vaša vjera u mene, ljubav i podrška dali su mi snagu da prevladam sve izazove koji su se našli na putu i uspješno završim ovo zahtjevno poglavlje u životu. Posebne zahvale upućujem svojoj noni Adele. Kao liječnica, pokazala si mi što znači istinska predanost svom pozivu, i upravo iz te ljubavi prema medicini rodila se, još od malih nogu, moja želja da nastavim tvojim stopama. Zahvaljujući tvojoj neprekidnoj vjeri u mene, tvojoj podršci i savjetima, ostvarila sam san koji smo dijelile sve ove godine.

# Sadržaj

1. Uvod .....	1
2. Poremećaji osobnosti .....	1
2.1. Epidemiologija poremećaja osobnosti .....	2
2.2. Kulturološka, dobna i spolna obilježja .....	2
2.3. Podjela poremećaja osobnosti .....	3
2.3.1. Shizoidni poremećaj osobnosti .....	3
2.3.2. Paranoidni poremećaj osobnosti.....	3
2.3.3. Shizotipni poremećaj osobnosti .....	4
2.3.4. Disocijalni poremećaj osobnosti.....	5
2.3.5. Granični poremećaj osobnosti .....	5
2.3.6. Histrionski poremećaj osobnosti .....	6
2.3.7. Narcistički poremećaj osobnosti .....	7
2.3.8. Opsesivno kompulzivni poremećaj osobnosti.....	7
2.3.9. Izbjegavajući (anksiozni) poremećaj osobnosti .....	8
2.3.10. Ovisna osobnosti .....	8
2.4. Klinička slika i klasifikacija poremećaja osobnosti.....	9
2.5. Dijagnoza .....	10
2.6. Liječenje poremećaja osobnosti.....	11
3. Bipolarni poremećaj tip I .....	12
3.1. Epidemiologija .....	13
3.2. Etiologija .....	14
3.3. Dijagnostički kriteriji za bipolarni poremećaj I .....	15
3.4. Liječenje.....	17
4. Udruženost poremećaja osobnosti i bipolarnog poremećaja tip I .....	19
4.1. Granični poremećaj osobnosti i bipolarni poremećaj tip I .....	20
4.2. Narcistični poremećaj osobnosti i bipolarni poremećaj tip I.....	21
4.3. Histrionski poremećaj osobnosti i bipolarni poremećaj tip I.....	22
4.4. Antisocijalni poremećaj osobnosti i bipolarni poremećaj tip I.....	23
4.5. Anksiozni poremećaj osobnosti i bipolarni poremećaj tip I .....	24
5. Rasprava .....	25
6. Zaključak.....	27
7. Sažetak/ Summary .....	29
7.1. Sažetak.....	29

7.1.Summary .....	29
8.Literatura .....	30

## 1. Uvod

Svaka osoba ima jedinstvenu osobnost koja se manifestira kroz karakteristične načine razmišljanja, osjećanja, ponašanja i odnosa prema drugima. Ona se formira kroz kombinaciju genetskih predispozicija, iskustava iz djetinjstva i društvenih utjecaja. Osobnost utječe na sve aspekte života, od odnosa s drugim ljudima do načina na koji se suočavamo sa stresom i izazovima. Osobe s poremećajima osobnosti često pate i od drugih psihijatrijskih poremećaja (1). Bipolarni poremećaj tip I, karakteriziran epizodama manije koje mogu biti praćene depresivnim epizodama, već je sam po sebi zahtjevan za dijagnosticiranje i liječenje. No, dodaju li se i poremećaji osobnosti, dobiva se kompleksna klinička slika koja zahtijeva dublje razumijevanje i pažljiv pristup u liječenju.

## 2. Poremećaji osobnosti

Poremećaji osobnosti predstavljaju kompleksnu skupinu mentalnih poremećaja karakteriziranih dugotrajnim, nefleksibilnim i maladaptivnim obrascima mišljenja, ponašanja i funkcioniranja. Ti obrasci značajno odstupaju od očekivanih normi kulture pojedinca i dovode do značajnog oštećenja socijalnog, radnog i drugih važnih aspekata života. Dijagnoza poremećaja osobnosti zahtijeva dugoročnu procjenu stabilnosti simptoma, obično s početkom u adolescenciji ili ranoj odrasloj dobi, te se ti simptomi moraju manifestirati u različitim kontekstima. Patogeneza poremećaja osobnosti je multifaktorijalna, uključujući biološke, genetske, psihološke i socijalne čimbenike. Razumijevanje ovih poremećaja zahtijeva sveobuhvatni pristup koji uzima u obzir sve ove aspekte kako bi se razvile učinkovite strategije liječenja i podrške. Poremećaji osobnosti često su komorbidni s drugim mentalnim poremećajima, što dodatno komplicira dijagnostiku i tretman te zahtijeva interdisciplinarnu suradnju u pristupu bolesnicima (1).

## 2.1. Epidemiologija poremećaja osobnosti

Prevalencija poremećaja osobnosti u općoj populaciji iznosi od 10 do 13%. Prevalencije pojedinih tipova poremećaja osobnosti iznose: paranoidni poremećaj osobnosti 0,5-2,5%, shizotipni poremećaj 3%, disocijalni poremećaj 3% kod muškaraca, 1% kod žena, granični poremećaj 2%, histrionski poremećaj 2-3%, narcistični poremećaj 2-16%, izbjegavajući poremećaj 0,5-1%, opsesivno-kompulzivni poremećaj 1%. (1).

## 2.2. Kulturološka, dobna i spolna obilježja

Kada procjenjujemo funkcioniranje pojedinca, važno je uzeti u obzir etničko, kulturno i socijalno porijeklo. Poremećaje osobnosti ne treba miješati s problemima vezanim uz prilagodbu nakon imigracije ili s izrazima navika, običaja ili vjerskih i političkih stavova karakterističnih za kulturu iz koje osoba dolazi. Dijagnoza poremećaja osobnosti može se primijeniti na djecu ili adolescente samo kada su te neprilagođene osobine pervazivne i trajne te nisu povezane s određenim razvojnim stupnjem ili prolaznom epizodom (1). Treba napomenuti da osobine poremećaja osobnosti koje se javljaju u djetinjstvu često ne ostaju iste u odrasloj dobi. Za dijagnozu poremećaja osobnosti kod osoba mlađih od 18 godina, obilježja moraju biti prisutna barem godinu dana. Izuzetak je antisocijalni poremećaj osobnosti, koji se ne može dijagnosticirati kod osoba mlađih od 18 godina. Iako poremećaji osobnosti obično počinju najkasnije u ranoj odrasloj dobi, osoba možda neće privući pažnju liječnika sve do kasnijeg razdoblja u životu. Neki poremećaji osobnosti češće se dijagnosticiraju kod muškaraca (npr. disocijalni poremećaj), dok su drugi češći kod žena (npr. granični, histrionski, ovisni poremećaji osobnosti) (1).



### 2.3. Podjela poremećaja osobnosti

Poremećaji osobnosti se često grupiraju u tri klastera, svaki sa svojim karakterističnim osobinama i simptomima. Klaster A obuhvaća ekscentrične poremećaje poput paranoidnog, shizoidnog i shizotipnog poremećaja osobnosti. Dramatični klaster (klaster B) uključuje disocijalni, granični, narcistički i histrionski poremećaj ličnosti. Anksiozne poremećaje (klaster C) čine opsesivno-kompulzivni, izbjegavajući i ovisni poremećaji osobnosti. Svjetska zdravstvena organizacija procjenjuje prevalenciju poremećaja osobnosti na 6,1% (2). Prevalencija tri odvojena klastera (A, B i C) je 3,6%, 1,5%, odnosno 2,7%. Ova klasifikacija pomaže u organizaciji i razumijevanju različitih tipova poremećaja osobnosti, olakšavajući dijagnozu i pristup u terapiji (2).

#### 2.3.1. Shizoidni poremećaj osobnosti

Shizoidni poremećaj osobnosti je psihijatrijski poremećaj koji se razlikuje po odvojenosti od društvenih odnosa i ograničenom rasponu emocionalnog izražavanja u interpersonalnim okruženjima. Osobe sa shizoidnim poremećajem osobnosti opisuju se kao povučene, tupe, izolirane, neangažirane i distancirane. Etiologija shizoidnog poremećaja osobnosti je složena i uključuje genetske, okolišne i psihološke čimbenike (3). Dijagnoza se postavlja pomoću kriterija opisanih u Dijagnostičkom i statističkom priručniku za mentalne poremećaje (DSM-5). Shizoidni poremećaj osobnosti može nepovoljno utjecati na više aspekata života, naglašavajući potrebu za ranom intervencijom i interdisciplinarnom skrbi (3).

#### 2.3.2. Paranoidni poremećaj osobnosti

Osobe s paranoidnim poremećajem osobnosti karakterizira duboko nepovjerenje prema okolini i stalni strah da im drugi predstavljaju opasnost, što često rezultira izbjegavanjem

socijalnih interakcija. Prevalencija ovog poremećaja u općoj populaciji iznosi između 0,5% i 2,5%, a češće se javlja kod muškaraca. Osobe s paranoidnim poremećajem osobnosti često svoje vlastite osjećaje ne priznaju kao svoje, već vlastite poteškoće i greške pripisuju drugima, smatrajući ih prijetnjom koju treba izbjegavati. Ovi osjećaji neprijateljstva i sukoba često su povezani s niskim samopoštovanjem, osjećajem manje vrijednosti, podređenosti i sramom. Poremećaj se također povezuje s roditeljskim odbacivanjem i neprihvatanjem od strane okoline (4). Klinička slika pokazuje da su ove osobe stalno anksiozne i na oprezu, osjetljive na nepravdu i sumnjičave. Specifična karakteristika paranoidnog poremećaja ličnosti jest ustrajna, nerealna sklonost interpretaciji namjera i pažnje drugih kao ponižavajućih ili prijetećih, iako nemaju ustrajnih psihotičnih simptoma poput sumanutosti ili halucinacija. Njihovo nepovjerenje prema drugima popraćeno je rigidnim vjerovanjima i osobnim stavovima. Često imaju nisko samopoštovanje i snažnu potrebu za kontroliranjem drugih, te su u suštini nezadovoljne i nesigurne (5).

### 2.3.3. Shizotipni poremećaj osobnosti

Shizotipni poremećaj osobnosti karakteriziran je deficitima u socijalnim i interpersonalnim vještinama, smanjenom sposobnošću uspostavljanja bliskih odnosa, što se događa u kontekstu ekscentričnog ponašanja i kognitivnih ili perceptivnih distorzija. Nemaju prijatelje te se osjećaju anksiozno u socijalnom okruženju (6). Simptomi poput ograničenog afekta i socijalne izolacije kod shizotipnog poremećaja osobnosti mogu imati sličnosti s onima koji se nalaze kod shizoidnog i paranoidnog poremećaja osobnosti. Simptome treba razlikovati od neurorazvojnih poremećaja, promjena osobnosti zbog drugih medicinskih stanja, poremećaja uzrokovanih zlouporabom supstanci i drugih mentalnih poremećaja sa psihotičnim simptomima (6).

#### 2.3.4. Disocijalni poremećaj osobnosti

Disocijalni poremećaj osobnosti je trajni obrazac nepoštivanja i kršenja prava drugih ljudi koji se manifestira nakon 15. godine života. Učestalost u općoj populaciji iznosi oko 3% kod muškaraca i 1% kod žena, dok se kod muških zatvorenika taj postotak penje na 50 do 70%. Društveno je najdestruktivniji poremećaj osobnosti, povezan s ozbiljnim problemima ponašanja, nasiljem i kriminalom. Osobe s ovim poremećajem osobnosti su izrazito neodgovorne i predstavljaju socijalnu prijetnju u odrasloj dobi. Klinička slika disocijalnog poremećaja uključuje brze reakcije, impulzivnost i traženje zadovoljenja vlastitih potreba bez odgađanja. Osobe s disocijalnim poremećajem ne mare za tuđe osjećaje, često su neodgovorne i ne mogu podnijeti frustraciju, što rezultira naglim reakcijama. Ove osobe često lažu, varaju i prebacuju krivnju na druge. Iako se mogu prikazivati kao mirne osobe, ubrzo postaju napete, neprijateljski raspoložene i bijesne (7). Osoba mora biti starija od 18 godina i imati dokaze o poremećaju ponašanja s početkom prije 15. godine kako bi se postavila dijagnoza. Dijagnoza se može postaviti ako se simptomi javljaju do 15. godine života, uz prisutnost najmanje tri od sljedećih simptoma: nepridržavanje zakonskih normi, sklonost prijevarama i lažima, varanje radi osobne koristi ili zadovoljstva, impulzivnost i neplaniranje, razdražljivost i agresivnost, zanemarivanje sigurnosti, nedostatak odgovornosti i grižnje savjesti (8).

#### 2.3.5. Granični poremećaj osobnosti

Granični poremećaj osobnosti je poremećaj s karakterističnim prožimajućim obrascem nestabilnosti u regulaciji afekta, kontroli impulsa, međuljudskim odnosima i slici o sebi. Prevalenciju iznosi 1,6% u općoj populaciji (9). Učestalost graničnog poremećaja osobnosti u psihijatrijskoj skrbi pokazuje tendenciju rasta. Duboko poznavanje etioloških čimbenika

neophodno je za pravilnu dijagnozu i liječenje (10). Počinje u ranoj odrasloj dobi. Osobe s ovim poremećajem imaju poremećaj identiteta, povratna suicidalna ponašanja, emocionalnu nestabilnost, kronični osjećaj praznine i izraženi, neprimjereni intenzitet bijesa (11). Također se može prezentirati kao višestruke nejasne somatske tegobe, visokorizično seksualno ponašanje, prejedanje ili kronična bol (9). Predloženi dijagnostički kriteriji uključuju dvije skupine karakterističnih poteškoća. Prvo, postoji umjereno ili veće oštećenje funkcioniranja osobnosti koje se očituje problemima u dva ili više područja: identitet, usmjerenje prema sebi, empatija ili intimnost. Drugo, moraju biti prisutne četiri ili više od sljedećih osobina osobnosti: emocionalna labilnost, anksioznost, nesigurnost odvajanja, depresivnost, impulzivnost, preuzimanje rizika ili neprijateljstvo. Najmanje jedan od simptoma mora biti impulzivnost, preuzimanje rizika ili neprijateljstvo (12).

#### 2.3.6. Histrijski poremećaj osobnosti

Histrijski poremećaj osobnosti karakteriziran je ponašanjem koje je obilježeno samodramatizacijom, sugestivnošću i neprestanim traženjem pažnje. Prevalencija histrijskog poremećaja osobnosti iznosi oko 0,6% (13). Osobe s ovim poremećajem često pokazuju teatralnost, plitke emocije, egocentričnost te sklonost seksualno provokativnom ponašanju. Ove osobe su također pretjerano zaokupljene svojim fizičkim izgledom i često su prekomjerno zavodljive. Osjećaju se najugodnije kada su u središtu pažnje (14). Njihove emocije su često preuveličane, labilne i površne, a stil govora je opširan i impresionistički. Živahni su i dramatični, a njihovo ponašanje je reaktivno i snažno. Kratkoročno, takvo ponašanje može privući pažnju njihovih partnera i okoline, no dugoročno gledano, može dovesti do povlačenja i konačnog prekida veza. Partneri i bliski ljudi često osjećaju

iscrpljenost i frustraciju zbog stalne potrebe za pažnjom i dramom, što rezultira povlačenjem iz odnosa (13).

### 2.3.7. Narcistički poremećaj osobnosti

Narcistički poremećaj osobnosti definiran je u smislu prožimajućeg obrasca grandioznosti (u fantaziji ili ponašanju), potrebe za divljenjem i nedostatka empatije, s početkom u ranoj odrasloj dobi i prisutan u različitim kontekstima. Prevalencija iznosi 1%-2% opće populacije, 1,3%-20% kliničke populacije i 8,5%-20% ambulantne populacije privatne prakse (15). Povezan je s povećanim rizikom i postojanošću komorbidnih stanja—poremećaja raspoloženja i anksioznosti; poremećaji ovisnosti o alkoholu i drogama (16). Osoba pretjerano osjeća da je važna i jedinstvena te traži pažnju. Ima potrebu da joj se drugi dive te nema razumijevanja za druge. Postoje normalni i patološki narcizam. Normalni je dio samopoštovanja uključuje kao aspekt normalnog samopoštovanja, obuhvaća samopouzdanje, samoodržanje, pozitivno osjećanje koje izvire iz zadovoljstva svojim tijelom, ali i asertivnost. U patološkom narcizmu samopoštovanje je u funkciji zaštite grandioznog i krhkog selfa koji se očituje precjenjivanjem vlastitih sposobnosti i postignuća (15).

### 2.3.8. Opsesivno kompulzivni poremećaj osobnosti

Opsesivno-kompulzivni poremećaj osobnosti je stanje koje uključuje maladaptivni obrazac pretjeranog perfekcionizma, preokupacije urednošću i detaljima te potrebe za kontrolom nad vlastitom okolinom. To je jedan od najčešćih poremećaja ličnosti u općoj populaciji, s procijenjenom prevalencijom od 1,9% do 7,8%. Osnovne značajke opsesivno-kompulzivnog poremećaja osobnosti su pretjerani perfekcionizam, preokupacija urednošću i detaljima, opsjednutost pravilima, redom i sitnim detaljima te potreba za kontrolom nad sobom, drugim ljudima i situacijama. Često se

prezentiraju kao vrlo savjesne (posvećene radu i pravilima), tvrdoglave i rigidne (poteškoće s prilagođavanjem novim situacijama ili promjenama) i perfekcionista (postavljaju visoke standarde za sebe i druge) (17).

### 2.3.9. Izbjegavajući (anksiozni) poremećaj osobnosti

Anksiozni poremećaj je jedan od najčešćih poremećaja u Europi, s prevalencijom od 14% unutar 12 mjeseci među osobama u dobi od 14 do 65 godina (18). Žene obolijevaju dva do tri puta češće nego muškarci. Obično se javlja u adolescenciji ili ranoj odrasloj dobi (18). Skupina anksioznih poremećaja uključuje generalizirani anksiozni poremećaj, fobične poremećaje, panične poremećaje te dva poremećaja koja su često ograničena na djetinjstvo - separacijsku anksioznost i selektivni mutizam. Sveobuhvatna diferencijalna dijagnostička procjena je neophodna, budući da anksioznost može biti glavna manifestacija i drugih vrsta psihičkih ili somatskih bolesti. Anksioznost se može očitovati na tjelesnoj, emocionalnoj, kognitivnoj i bihevioralnoj razini. Anksioznost se manifestira kroz fizičke, emocionalne, kognitivne i ponašajne simptome. Fizički simptomi uključuju promjene u kardiovaskularnom sustavu, probavnom traktu i dišnom sustavu. Emocionalno, anksioznost se doživljava kroz fiziološke promjene poput napetosti mišića, ubrzanog rada srca, osjećaja slabosti i nesigurnosti. Na kognitivnoj razini, anksioznost se razlikuje od drugih emocionalnih reakcija zbog prisutne intelektualne konfuzije (19). Psihoterapija i liječenje psihoaktivnim lijekovima predstavljaju terapijske strategije prvog izbora. Suvremeni antidepresivi su lijekovi prvog izbora za liječenje paničnih poremećaja, agorafobije, socijalne fobije i generaliziranog anksioznog poremećaja (18).

### 2.3.10. Ovisni poremećaj osobnosti

Ovisni poremećaj osobnosti karakterizira izrazita potreba za brigom i podrškom od strane drugih, što rezultira submisivnim ponašanjem i strahom od separacije. Prevalencija ovisnog poremećaja osobnosti u općoj populaciji kreće se između 2% i 8%, dok je među psihijatrijskim pacijentima ta stopa između 5% i 15%. Poremećaj je češći kod žena nego kod muškaraca (5). Osobe s ovisnim poremećajem vjeruju da im je tuđa pomoć nužna za svakodnevno funkcioniranje. Često traže savjete drugih čak i za najsitnije odluke i nikada ne pokazuju neslaganje s tuđim mišljenjima, iz straha od gubitka podrške. Njihovo ponašanje je pasivno i nesamostalno, imaju nisko samopouzdanje i osjećaju se nekompetentno. Izrazito ih je strah napuštanja, što dodatno pojačava njihovu ovisnost o drugima. Potreba za brigom i podrškom dovodi ih u situacije gdje često zanemaruju vlastite potrebe i želje kako bi održali odnos i osigurali tuđu podršku (20).

#### 2.4. Klinička slika i klasifikacija poremećaja osobnosti

Poremećaji osobnosti podijeljeni su u klastere (engl. cluster) na temelju kliničke slike:

- Klaster A: Poremećaji osobnosti s čudnim ili ekscentričnim karakteristikama, uključujući paranoidni poremećaj osobnosti, shizoidni poremećaj osobnosti i shizotipni poremećaj osobnosti
- Klaster B: Poremećaji osobnosti s dramatičnim, emocionalnim ili nepredvidivim karakteristikama, uključujući antisocijalni poremećaj osobnosti, granični poremećaj osobnosti, histrionski poremećaj osobnosti i narcistički poremećaj osobnosti
- Klaster C: Poremećaji osobnosti s anksioznim i strašljivim karakteristikama, uključujući izbjegavajući poremećaj osobnosti, ovisni poremećaj osobnosti i opsesivno-kompulzivni poremećaj osobnosti

Poremećaj osobnosti, neodređen, prikladna je dijagnoza za kliničke slike u kojima nisu zadovoljeni kriteriji za jedan, specifičan, poremećaj, ali su opći kriteriji zadovoljeni, a samo oštećenje je klinički značajno. Pri prosuđivanju funkcioniranja neke osobe, treba uzeti u obzir i njeno etničko, kulturološko i socijalno podrijetlo, kako se određena ponašanja vezana uz navike, običaje, vjerske stavove ili problemi koji se javljaju nakon imigracije ne bi pomiješali s neprilagođenošću vezanoj uz poremećaj ličnosti. Primijećena je razlika u prevalenciji poremećaja prema spolu, tako da su npr. granični, histrionski i ovisni češći kod žena, a antisocijalni kod muškaraca (21).

## 2.5. Dijagnoza

Za postavljanje dijagnoze poremećaja osobnosti bitno je procijeniti dugotrajni model funkcioniranja pojedinca. To uključuje prepoznavanje specifičnih crta osobnosti prisutnih od rane odrasle dobi. Dijagnoza se postavlja kada su te crte nefleksibilne, neprilagođene te uzrokuju značajno funkcionalno oštećenje ili subjektivne smetnje. Liječnik treba pratiti stabilnost tih crta tijekom vremena i u različitim situacijama, razlikujući ih od reakcija na specifične stresore ili prolazna duševna stanja. Ponekad se dijagnoza može postaviti nakon jednog razgovora, no često je potrebno duže vrijeme praćenja. Dodatni podaci iz drugih izvora mogu pomoći u razumijevanju i postavljanju dijagnoze, s obzirom na to da osobe često ne percipiraju svoje osobine kao problematične. Postoje dva glavna pristupa dijagnostici poremećaja ličnosti. Kategorijski pristup, prisutan u MKB-10, sekciji II DSM-5, identificira poremećaje osobnosti kao kvalitativno različite sindrome. S druge strane, u DSM-5 se koristi i dimenzijski pristup, što odražava podijeljene stavove stručnjaka te naglašava procjenu oštećenja funkcioniranja i patoloških crta ličnosti. Glavni problem kategorijskog pristupa je



nedovoljna specifičnost dijagnoze, jer bolesnici često zadovoljavaju kriterije za više oblika poremećaja osobnosti. Alternativni pristup u DSM-5 fokusira se na procjenu oštećenja funkcioniranja i patoloških crta osobnosti, nudeći tako specifičniju dijagnozu. Dijagnoza specifičnih poremećaja osobnosti u DSM-5 izvedena je iz modela koji uključuje antisocijalni, izbjegavajući, granični, narcistični, opsesivno-kompulzivni i shizotipni poremećaj osobnosti. Ovaj alternativni pristup smatra se temeljnom bazom za daljnji razvoj u ovom području (1).

## 2.6. Liječenje poremećaja osobnosti

Poremećaji osobnosti jedni su od najtežih poremećaja za liječenje u psihijatriji iz razloga što pacijent nema uvida u svoje ponašanje koje je neprilagodljivo i neprimjereno. Motivacija za liječenje kod pacijenata često izostaje, pri čemu pacijenti terapiju doživljavaju kao nešto strano ili sebe vide kao žrtvu. Dugoročno, anksioznost i depresivnost povezane s poremećajima osobnosti rijetko se uspješno liječe farmakoterapijom. Liječenje uključuje psihoterapiju, farmakoterapiju i socioterapiju. Glavni oblik tretmana osoba s poremećajem osobnosti ostaje psihoterapija, naglasak je na bihevioralnim tehnikama. Primjena psihofarmaka je ograničena i usmjerena na ublažavanje simptoma. Oni su indicirani kod poremećaja afektiviteta, psihotičnih epizoda i sindroma gubitka kontrole. Najčešće se koriste anksiolitici i antidepresivi, ali se mogu primijeniti i druge vrste psihofarmaka, ovisno o specifičnim potrebama pacijenta (22). Najbolja strategija koju bi kliničar mogao primijeniti jest pomoći pacijentu da razvije novo ponašanje suočeno s nevoljama. Za poremećaje klastera A, grupna terapija možda nije preporučljiva jer su skloni biti sumnjičavi i nepovjerljivi; umjesto toga, individualni trening društvenih vještina može biti najkorisniji, zajedno s antipsihoticima druge generacije za shizoidne i shizotipne tipove. Za razliku od poremećaja skupine A, poremećaji skupine B mogu imati koristi od grupne terapije (uz

individualnu). Za asocijalne pacijente smanjenje agresije treba biti glavni cilj; to se može postići upotrebom farmakoloških sredstava kao što su litij, karbamazepini, valproična kiselina i antipsihotici. Histrionični pacijenti imaju koristi od kognitivno-bihevioralne terapije, koja se fokusira na njihovu potrebu za pažnjom. Narcisoidni pacijenti su jedinstveno teški jer rijetko dolaze, ako uopće, i osporit će sve kritike i prijedloge; u idealnom slučaju, i njima bi dobro došla intenzivna psihodinamska psihoterapija. Studije pokazuju da je bihevioralna terapija učinkovita u liječenju osoba s graničnim poremećajem osobnosti. I na kraju, klaster C poremećaja osobnosti, kao grupna dobit od kognitivno-bihevioralne terapije za rješavanje asertivnosti, neovisnosti i stava zajedno sa selektivnim inhibitorima ponovne pohrane serotonina za rješavanje temeljne anksioznosti. Potporna psihoterapija, asertivnost, obuka socijalnih vještina i psihodinamska psihoterapija su se pokazali korisnima kod izbjegavajućeg poremećaja osobnosti. Opsesivno-kompulzivni poremećaj osobnosti često dobro reagira na psihoanalitičku psihoterapiju (2).

### 3. Bipolarni poremećaj tip I

Bipolarni poremećaj je ozbiljan poremećaj raspoloženja karakteriziran ponavljajućim epizodama depresije koje se izmjenjuju s razdobljima hipomanije i/ili manije koja su obično odvojena razdobljima relativno normalnog raspoloženja i funkcioniranja (23). Depresija i manija predstavljaju suprotne polove ovog poremećaja. Pacijenti doživljavaju promjene raspoloženja između ovih dvaju stanja, pri čemu se u različitim vremenskim intervalima izmjenjuju faze povišenog raspoloženja (manija) i sniženog raspoloženja (depresija). Bipolarne depresivne epizode slične su velikim depresivnim epizodama. Dob početka je obično između 15 i 25 godina, a depresija je najčešća početna prezentacija. Otprilike 75%

simptomatskog vremena sastoji se od depresivnih epizoda ili simptoma. Rana dijagnoza i liječenje povezani su s povoljnijom prognozom (24). Zbog ovakvih promjenjivih simptoma i nepredvidivog toka bolesti, bipolarni poremećaj se često pogrešno dijagnosticira ili se dijagnoza postavlja kasno (25). Bipolarni i srodni poremećaji uključuju bipolarni poremećaj tip I, bipolarni poremećaj tip II, ciklotimični poremećaj, druge specificirane bipolarne i srodne poremećaje i bipolarne ili srodne poremećaje, nespecificirane (24).

### 3.1. Epidemiologija

Studija Svjetske zdravstvene organizacije pokazala je slične međunarodne stope prevalencije, težinu, učinak i komorbiditete bipolarnog spektralnog poremećaja. Ukupna životna prevalencija za bipolarni poremećaj tip I iznosila je 0,6%, za bipolarni poremećaj tip II 0,4%, a ukupna prevalencija za bipolarni spektar 2,4%. Postoje dva vrhunca u dobi početka: između 15 i 24 godine te između 45 i 54 godine. Više od 70% osoba pokazuju kliničke karakteristike stanja prije 25. godine života. Bipolarni poremećaj pokazuje relativno jednaku distribuciju među spolovima, etničkim skupinama te u urbanim i ruralnim područjima. Ciklotimija je povezana s životnom prevalencijom od približno 0,4-1% i omjerom muškaraca i žena 1:1 (25). Muškarci i žene podjednako su pogođeni bipolarnim poremećajem I, dok je bipolarni poremećaj II češći kod žena. Nema jasne povezanosti između rase/etniciteta, socioekonomskog statusa i mjesta stanovanja (npr. ruralno nasuprot urbano). Viša stopa bipolarnog poremećaja je među neudanim osobama (25).

### 3.2. Etiologija

Ne postoji jedinstvena hipoteza koja ujedinjuje genetske, biokemijske, farmakološke i anatomske čimbenike vezane za bipolarni poremećaj. Biokemijska istraživanja su u tijeku za neurotransmitere (katekolamine, serotonin, gama aminomaslačnu kiselinu (GABA), glutamat i druge), hormone (neurotrofični faktor izveden iz mozga, štitnjača i drugi) i steroide - samostalno i u suradnji. Istraživanja slikovnog prikaza mozga, koja se sve više provode u medicini, mogu pružiti dodatne uvide. Stupanj u kojem su bipolarni poremećaj I, bipolarni poremećaj II, hipomanija, ciklotimija i unipolarna depresija genetski povezani ili odvojeni entiteti nije poznat. Biokemijska i farmakološka istraživanja dovela su do katekolaminske hipoteze za objašnjenje bipolarnog poremećaja, posebno manije, pretpostavljajući da je manija posljedica viška, a depresija posljedica nedostatka katekolamina. Predloženo je nekoliko hipoteza o serotoninu, samostalno ili u odnosu na druge sustave. Hipoteza funkcije serotonina navodi da niska serotoninergička funkcija uzrokuje i manična i depresivna stanja kroz defektno prigušivanje drugih neurotransmitera (uglavnom noradrenalina i dopamina). Neki koriste ovu hipotezu kao objašnjenje zašto neki bipolarni pacijenti bolje reagiraju na određene antidepresive, uključujući rijetke slučajeve manije koji se povlače. Provedena su široka istraživanja neuroanatomskih i neuroslikovnih studija kako bi se saznalo više o bipolarnom poremećaju. Lezije u frontalnim i temporalnim režnjevima najčešće su povezane s bipolarnim poremećajem. Lezije na lijevoj strani obično su povezane s depresijom, a lezije na desnoj strani s manijom, iako se razlike mogu preokrenuti u stražnjim regijama mozga (npr. povezanost depresije s desnim parijeto-okcipitalnim lezijama). Nisu dosljedno pronađene abnormalnosti putem kompjutorizirane tomografije (CT), iako se sumnja na povećanje ventrikula. Studije magnetske rezonancije (MRI) otkrivaju povećanje intenziteta bijele tvari povezano s bipolarnim poremećajem i koreliralo s dobi, iako je klinička značajnost

nepoznata. Većina funkcionalnih imaging studija (jednofotonska emisiona kompjuterizirana tomografija i pozitronska emisiona tomografija) primijetila je hipoaktivnost prefrontalnog i anteriornog paralimbičkog područja kod bipolarne depresije.

Kognitivna obrada često je oštećena kod bipolarnih pacijenata, čak i kod eutimijskih pacijenata. Zabilježeni su deficiti izvršne funkcije, vizualno-prostorni, memorijski, verbalne fluentnosti i pažnje. To može biti primarna značajka bipolarnog poremećaja, sekundarna disfunkciji drugih sustava (npr. nesanica) ili sekundarna komorbidnim stanjima (npr. zloupotreba supstanci) (26).

### 3.3. Dijagnostički kriteriji za bipolarni poremećaj I

Za dijagnozu bipolarnog poremećaja tip I, potrebno je zadovoljiti sljedeće kriterije za maničnu epizodu. Manična epizoda može prethoditi ili može biti praćena hipomaničnim ili velikim depresivnim epizodama (hipomanične ili velike depresivne epizode nisu nužne za postavljanje dijagnoze). Manična epizoda definirana je kao izrazito razdoblje stalno povišenog ili razdražljivog raspoloženja s povećanom aktivnošću ili energijom koje traje najmanje sedam uzastopnih dana ili zahtijeva hospitalizaciju. Da bi se kvalificirala kao manična epizoda, potrebna je prisutnost najmanje tri od sljedećih simptoma (ako je raspoloženje razdražljivo, tada moraju biti prisutna najmanje četiri od sljedećih simptoma): povećano samopouzdanje ili grandioznost, smanjena potreba za snom, nezaustavljiva potreba za govorom ili izražavanje pričljivosti, brze misli ili let ideja, velika ometljivost, povećana usmjerenost na ciljeve (socijalno, na poslu ili u školi, ili seksualno) ili psihomotorna agitacija (aktivnosti koje nisu usmjerene na cilj), pretjerano uključivanje u aktivnosti koje imaju visok potencijal za bolne posljedice, poput nekontroliranih kupovina,

seksualnih avantura ili nepromišljenih poslovnih ulaganja. Epizoda nije posljedica fizioloških učinaka tvari ili općeg medicinskog stanja. Simptomi manične epizode su znatno ozbiljniji od simptoma hipomanične epizode i rezultiraju oštećenjem socijalnog ili profesionalnog funkcioniranja ili zahtijevaju hospitalizaciju (27).

Prema definiciji, pacijenti s bipolarnim poremećajem I imali su barem jednu epizodu manije. Brzo cikliranje tehnički znači četiri ili više epizoda godišnje, iako mnogi kliničari koriste taj izraz za opisivanje dnevnih oscilacija raspoloženja. Manija koja se javlja u kontekstu lijekova, supstanci ili medicinske bolesti poznata je kao sekundarna manija i klasificira se zasebno.

Diferencijalna dijagnoza bipolarnog poremećaja je prilično opsežna i složena. Prvo, prezentacija pacijenata može biti slična drugim poremećajima raspoloženja i psihotičnim poremećajima, uključujući veliku depresiju, shizoafektivni poremećaj i shizofreniju. Pozitivna obiteljska povijest poremećaja raspoloženja sugerira poremećaj raspoloženja, čak i kada pacijenti prezentiraju istaknute psihotične simptome. Drugo, simptomi bipolarnog poremećaja kao što su nesmotrenost, impulzivnost, sklonost izostancima i drugo antisocijalno ponašanje nisu jedinstveni u odnosu na zlouporabu supstanci, poremećaje osobnosti (granični, antisocijalni i drugi) i poremećaje hiperaktivnosti s deficitom pažnje. Treće, odnos između afektivnih bolesti i osobnosti mora se uzeti u obzir prilikom postavljanja dijagnoze bipolarnog poremećaja. Bipolarni poremećaj uvijek treba uzeti u obzir u diferencijalnoj dijagnozi pacijenata s depresijom, jer je 3,9 % pacijenata prešlo u bipolarni poremećaj I, a 8,6 % u bipolarni poremećaj II prilikom praćenja tijekom 2 do 11 godina. Prediktori bipolarnog poremećaja I su akutni početak depresije, ozbiljnost depresivne epizode i psihoza, dok su prediktori bipolarnog poremećaja II uključivali labilnost

raspoloženja, veće stope zloupotrebe supstanci, poremećaj psihosocijalnog funkcioniranja i ubrzane misli (26).

### 3.4. Liječenje

Liječenje bipolarnog afektivnog poremećaja složen je proces u psihijatriji. Farmakološka terapija varira ovisno o fazi bolesti. Pravilan odabir psihofarmaka i njihovih kombinacija ključan je za brže poboljšanje i bolju kvalitetu života pacijenata i njihovih obitelji. S obzirom na individualne potrebe svakog pacijenta, postoji nekoliko općih smjernica za psihofarmakološko liječenje koje olakšavaju liječnicima pronalaženje najbolje terapije za svakog pojedinca. Američka psihijatrijska udruga razvila je Smjernice za liječenje pacijenata s bipolarnim poremećajem. Terapeutski savez je ključan za razumijevanje pacijenta, otkrivanje ponovnog javljanja bolesti, poboljšanje pridržavanja liječenja i rješavanje psihosocijalnih stresora. Pacijentima je potrebna kontinuirana edukacija o bolesti, mogućnostima liječenja i utjecaju bolesti na društvene i obiteljske odnose, zanimanje i financijska pitanja. Grafički prikaz bolesti može pomoći u konsolidaciji informacija (redoslijed epizoda, polaritet, ozbiljnost, učestalost i odnos prema stresorima i liječenju), edukaciji pacijenta i razvijanju terapeutskog saveza.

Iako su psihološke, socijalne i profesionalne intervencije važne u upravljanju bipolarnim poremećajem, lijekovi su trenutno temelj liječenja. Bipolarni poremećaj zahtijeva farmakološko liječenje akutnih depresivnih i akutnih maničnih epizoda te profilaktičko liječenje recidiva. Litij je opsežno proučavan kao stabilizator raspoloženja i pokazalo se da je učinkovit u akutnoj depresiji, akutnoj maniji i u prevenciji i depresivnih i maničnih recidiva. Antikonvulzivni lijekovi kao što su natrijev valproat i karbamazepin također se često

propisuju kao stabilizatori raspoloženja i imaju razumnu osnovu dokaza za učinkovitost u akutnoj maniji i dugoročnoj prevenciji, iako postoje ograničeni podaci o akutnoj depresiji i niža kvaliteta dokaza u usporedbi s litijem. Ipak, mogu biti vrlo korisni za one koji ne mogu tolerirati litij i učinkovitiji su od litija za mješovite epizode. Noviji antikonvulzivi su proučavani, ali od njih se jedino lamotrigin do sada pokazao kao vjerojatni stabilizator raspoloženja u prevenciji depresivnih epizoda (26). Liječenje bipolarnе depresije antidepresivima ostaje kontroverzno zbog dokaza da kod određenih bipolarnih osoba oni mogu izazvati prelazak u maniju i brzi ciklus bolesti. (26). Nadalje, unatoč mogućoj kratkoročnoj učinkovitosti u usporedbi s placebom, još uvijek nije pokazano da su učinkovitiji od litija ili drugih stabilizatora raspoloženja za akutnu bipolarnu depresiju. Na temelju dosadašnjih kliničkih ispitivanja čini se da su neučinkoviti u dugoročnoj prevenciji depresije kod bipolarnog poremećaja. Ipak, mala podskupina, možda oko 20%, osoba s bipolarnim poremećajem može imati dugoročnu korist od antidepresivnih lijekova. Za većinu pacijenata, međutim, stabilizatori raspoloženja poput litija ili lamotrigina te psihosocijalni tretmani poput kognitivno-bihevioralne terapije ili grupne psihoedukacije najbolji su dokazani dugoročni tretmani za depresivne simptome (26).

Atipični antipsihotici jasno imaju antimaničnu učinkovitost akutno, ali je manje jasno jesu li dugoročno preventivno učinkoviti. Kombinacija antipsihotika s antidepresivom može imati neke kratkoročne koristi za akutnu bipolarnu depresiju s ograničenim rizikom od akutne manije, ali uvijek treba imati na umu da takve kombinacije nisu proučavane za dugoročnu učinkovitost. Česta je klinička pogreška kombinirati antidepresive i antipsihotike za dugotrajno liječenje bipolarnog poremećaja. Preporučujemo upotrebu antidepresiva, ako je potrebno, općenito kratkoročno za teške depresivne simptome, prekidajući ih 2-4 mjeseca nakon oporavka od akutnih bipolarnih depresivnih epizoda. Antipsihotici i neki novi



antikonvulzivi (poput gabapentina ili topiramata) mogu imati dugoročne koristi kada se koriste dodatno, ali ne bi se trebali koristiti u monoterapiji i često nisu potrebni ako je pruženo adekvatno liječenje stabilizatorima raspoloženja (23).

#### 4. Udruženost poremećaja osobnosti i bipolarnog poremećaja tip I

Poremećaji osobnosti često su povezani s kliničkim simptomima bipolarnog poremećaja, pri čemu oko 40-50% bipolarnih pacijenata ispunjava kriterije za neki oblik poremećaja osobnosti (28). Ova komorbidnost značajno utječe na tijek i ishod bolesti. Pacijenti s bipolarnim poremećajem i komorbidnim poremećajima osobnosti obično pokazuju izraženije simptome poremećaja raspoloženja, nižu razinu socijalnog funkcioniranja te više suicidalnih ideja i ponašanja u usporedbi s pacijentima bez takvih komorbiditeta (29). Nadalje, ovi pacijenti češće provode više dana hospitalizirani tijekom godine i teže postižu simptomatski oporavak. Poremećaji osobnosti iz klastera B (disocijalni, granični, narcistički, histrionski) i klastera C (opsesivno-kompulzivni, izbjegavajući, ovisni) češće su komorbidni s bipolarnim poremećajima u usporedbi s poremećajima iz klastera A (shizoidni, shizotipni, paranoidni). Kombinacija bipolarnog poremećaja i poremećaja osobnosti stvara složeniji klinički profil koji zahtijeva specifične pristupe u dijagnosticiranju, liječenju i praćenju, naglašavajući važnost prepoznavanja i razumijevanja ove komorbidnosti za bolje ishode liječenja (28).

Komorbiditet s poremećajima osobnosti kod pacijenata s bipolarnim poremećajem povezan je s težim tijekom bolesti (kao što su duže epizode, kraće razdoblje eutimije i ranija dob početka) te povećanjem komorbidne zlouporabe alkohola i opijata, suicidalnosti i agresije. Ovi problemi posebno su izraženi u komorbiditetu s graničnim poremećajem osobnosti. Komorbiditet s poremećajem antisocijalne osobnosti izaziva sličan spektar poteškoća;

antisocijalno ponašanje koje pokazuju pacijenti s ovim komorbiditetom posredovano je povećanom impulzivnošću, niskim frustracionim pragom, agresivnim ponašanjem (29).

#### 4.1. Granični poremećaj osobnosti i bipolarni poremećaj tip I

Bipolarni poremećaj i granični poremećaj osobnosti nalaze se među najraširenijim i najčešće dijagnosticiranim psihijatrijskim stanjima. Oba su povezana s povećanim morbiditetom, povišenim stopama samoubojstava i značajnim funkcionalnim oštećenjem. Dok je koncept graničnog poremećaja ličnosti tijekom proteklih nekoliko godina u potpunosti ugrađen u kulturu, većina opće populacije još nije u potpunosti upoznata njegovom dijagnozom, unatoč popularnosti ovog poremećaja među psihijatrima i pružateljima usluga mentalnog zdravlja. (30)

Simptomi navedenih poremećaja često se preklapaju. Važno je pronaći kliničke čimbenike koji mogu pomoći u razlikovanju ova dva poremećaja. Klinička analiza identiteta, self-koncepta i samopoštovanja može biti od pomoći. Postoje kvalitativne razlike između ova dva poremećaja. U graničnom poremećaju je dokumentirana difuzija identiteta, dok se u bipolarnom pacijenti bore s identitetom. (31)

Prevalencija bipolarnog poremećaja tipa I među osobama s graničnim poremećajem osobnosti kreće od 2,2 do 16,1% (32). Rezultati su potvrdili visoku prevalenciju komorbiditeta između oba stanja, s 21% bipolarnih pacijenata koji su imali povezan granični poremećaj osobnosti. Nalazi su također ukazali na moguću uključenost učinaka dobi i spola u

ovu povezanost, pri čemu muški spol i viša srednja dob predviđaju niže stope komorbidnog graničnog poremećaja među pacijentima s bipolarnim poremećajem (33).

#### 4.2. Narcistični poremećaj osobnosti i bipolarni poremećaj tip I

Dijagnostički kriteriji za bipolarnu maniju i narcisoidni poremećaj osobnosti dijele simptom grandioznosti, ali pokazuju razlike izvan toga. Istraživanja pokazuju da mogu dijeliti i druge značajke koje otežavaju diferencijalnu dijagnozu. Također mogu dijeliti zajedničke značajke kao što su epizode lošeg raspoloženja povezane s ranjivim narcizmom i postojanje stabilnih hipomaničnih crta ličnosti. Poremećaji osobnosti često pokazuju visok stupanj međusobnog komorbiditeta i komorbiditeta s poremećajima raspoloženja i anksioznosti. Osobine neprilagodljivog funkcioniranja osobnosti mogu potaknuti ili pogoršati poremećaj raspoloženja. Osobe s manijom opisuju se kao inteligentne i šarmantne, ali nemirne i nepouzdanе, što su i deskriptori modernog narcističnog poremećaja. DSM-5 kriteriji za maniju i narcistični poremećaj odražavaju sličnosti, naglašavajući simptome poput napuhanog samopoštovanja, grandioznosti i pretjerane aktivnosti usmjerene k cilju. Narcistični poremećaj osobnosti karakterizira grandiozan osjećaj vlastite važnosti, osjećaj prava i potreba za pohvalama. Manija uključuje simptome povezane s impulzivnošću, nesanicom i zabludama koji se ne smatraju simptomima narcističnog poremećaja osobnosti.

Komorbiditet može biti češći nego što se procjenjuje, zbog dijagnostičkih izazova i zasjenjenja. Narcistični poremećaj predviđa lošiji ukupni tijek simptoma kod pacijenata s bipolarnim poremećajem, čak i kada su u remisiji. Dijagnostičko zasjenjenje može smanjiti broj ljudi kojima je dijagnosticiran bipolarni poremećaj i narcistični poremećaj jer se fokusira na simptome raspoloženja. Nedavna istraživanja sugeriraju povezanost između bipolarnih

poremećaja i narcizma, pokazujući zajedničke naslijeđene tendencije. Mogu biti različiti izrazi iste temeljne tendencije prema grandioznosti i emocionalnoj ranjivosti. Njihove asocijacije mogu odražavati začarani krug u kojem nestabilna stanja raspoloženja pojačavaju usredotočenost na sebe. Bipolarni poremećaji i narcistični poremećaj mogu se bolje razumjeti kao kontinuum, a ne kao odvojena stanja, zbog svojih jedinstvenih veza s pozitivnom emocionalnošću, porivom i željom za nagradom (34).

#### 4.3. Histrionski poremećaj osobnosti i bipolarni poremećaj tip I

Bipolarni poremećaj tipa I i histrionski poremećaj osobnosti mogu pokazivati slične simptome, što otežava dijagnozu i liječenje. Bipolarni poremećaj tip I karakteriziraju ekstremne promjene raspoloženja, uključujući epizode manije i depresije, dok histrionski poremećaj uključuje stalnu potrebu za pažnjom, pretjeranu emocionalnost i dramatične izraze. Istraživanja pokazuju da osobine ličnosti značajno utječu na ishod i tijek bipolarnih poremećaja. Na primjer, osobe s bipolarnim poremećajem često pokazuju visoke razine neuroticizma, agresivnosti i dezinhibicije u usporedbi s općom populacijom, što može pogoršati simptome poremećaja i otežati liječenje. Ove osobine mogu biti izražene i kod histrionskog poremećaja, koji je obilježen impulzivnim ponašanjem i emocionalnom nestabilnošću. Istovremena prisutnost oba poremećaja može dovesti do težih kliničkih prezentacija i lošijih ishoda (21). Pacijenti će vjerojatno doživljavati intenzivnije promjene raspoloženja, veću impulzivnost i veće rizike od štetnog ponašanja. Prisutnost histrionskog poremećaja može pogoršati učestalost i težinu maničnih epizoda kod bipolarnog poremećaja, što dovodi do povećanog funkcionalnog oštećenja i smanjene kvalitete života (35). Razumijevanje međusobnog djelovanja ovih poremećaja ključno je za razvijanje učinkovitih strategija liječenja. Prepoznavanje zajedničkih simptoma, kao što su impulzivnost

i emocionalna disregulacija, može pomoći kliničarima da prilagode intervencije kako bi se nosili s jedinstvenim izazovima koje ova komorbidnost predstavlja. Štoviše, sveobuhvatan pristup koji uzima u obzir stabilizaciju raspoloženja i upravljanje simptomima poremećaja ličnosti bitan je za poboljšanje ishoda pacijenata (21).

#### 4.4. Antisocijalni poremećaj osobnosti i bipolarni poremećaj tip I

Bipolarni poremećaj tip I i antisocijalni poremećaj osobnosti često se javljaju zajedno, što može uzrokovati težu kliničku sliku. Prevalencija antisocijalnog poremećaja među pacijentima s bipolarnim poremećajem može biti do pet puta veća (4,1%), posebno kod bipolarnog poremećaja tipa I. Čini se da bolesnici s navedenim poremećajima kao komorbiditetom imaju raniji početak afektivne simptomatologije, veće psihopatološko opterećenje, veći broj maničnih i depresivnih epizoda, teže afektivne epizode, više razine agresivnog i impulzivnog ponašanja. Udruženost je povezana s lošijom prognozom, povećanom učestalošću relapsa, lošijim kliničkim ishodom, većom učestalošću opasnih ponašanja, višom stopom pokušaja samoubojstva, lošijim pridržavanjem liječenja i većim brojem hospitalizacija. Nadalje, čini se da su simptomi također povezani s čestim komorbiditetom s poremećajima ovisnosti (poremećaj zlouporabe alkohola ili kokaina), suicidalnošću i kriminalnim ponašanjem, vjerojatno zbog zajedničke temeljne značajke impulzivnosti (2). Uzimajući u obzir zajedničke simptome kao što su impulzivna i opasna ponašanja (tj. zlouporaba sredstava ovisnosti, nesmotrena vožnja, neprimjereno seksualno ponašanje), kod pacijenata sa samo jednom bolešću pogrešna dijagnoza je čest fenomen zbog međusobnog preklapanja simptoma. Može biti korisno prepoznati istodobnu pojavu poremećaja i razdvojiti jesu li ta dva poremećaja neovisna ili međuovisna stanja. Trebala bi

se posvetiti posebna pažnju karakterizaciji bolesnika kako bi se poboljšala dijagnoza i liječenje ovih pacijenata, s obzirom na njihove složene potrebe i visoku razinu rizika povezanu s komorbiditetom (36).

#### 4.5. Anksiozni poremećaj osobnosti i bipolarni poremećaj tip I

Bipolarni poremećaj često se pojavljuje u kombinaciji s anksioznim poremećajima kao što su generalizirani anksiozni poremećaj, panični poremećaj, socijalna anksioznost i specifične fobije. Simptomi anksioznosti kod bipolarnog poremećaja uključuju stalnu zabrinutost, nemir, poteškoće s koncentracijom i poremećaje spavanja. Ovi simptomi mogu značajno utjecati na kvalitetu života i funkcionalnost bolesnika, otežavajući upravljanje osnovnim simptomima bipolarnog poremećaja (37). Kod nekih bolesnika, anksioznost je simptom depresivne epizode i povlači se kada se raspoloženje stabilizira. Međutim, značajan dio bolesnika ima komorbidni anksiozni poremećaj koji ostaje prisutan čak i kada je bipolarni poremećaj u remisiji. Procjenjuje se da do polovice svih osoba s bipolarnim poremećajem razvije komorbidni anksiozni poremećaj tijekom života, a oko trećine razvije više od jednog komorbidnog anksioznog poremećaja. Ova komorbidnost često je nedovoljno dijagnosticirana, unatoč ozbiljnim posljedicama koje nosi. Naime, prognoza za bolesnike s komorbidnim anksioznim poremećajima znatno je lošija jer je povezana s većim intenzitetom simptoma, uključujući teže akutne epizode bolesti te izraženije manične i depresivne simptome. Također, često imaju smanjenu funkcionalnu sposobnost, više kognitivnih problema i nižu kvalitetu života. Ovi bolesnici zahtijevaju složenije terapijske pristupe koji uključuju liječenje oba poremećaja. Razumijevanje i prepoznavanje anksioznosti kao komorbidnog poremećaja kod bipolarnog poremećaja ključno je za pružanje adekvatne i sveobuhvatne skrbi bolesnicima. Liječenje bolesnika s bipolarnim i komorbidnim anksioznim

poremećajem zahtijeva složeniji pristup. Farmakoterapija često uključuje anksiolitike, stabilizatore raspoloženja, antipsihotike i antidepresive, dok psihoterapija može pomoći u upravljanju anksioznošću i poboljšanju strategija suočavanja (38).

## 5. Rasprava

Svrha ovog rada bila je istražiti povezanost između poremećaja osobnosti i bipolarnog poremećaja tipa I te bolje razumijevanje utjecaja komorbiditeta ovih poremećaja na kliničku sliku i liječenje. Bipolarni poremećaj i komorbidni poremećaj osobnosti stvaraju lošiji ishod liječenja i mogu dovesti do slabije psihosocijalne prilagodbe, kao i do većeg broja afektivnih epizoda. (29). Prema rezultatima istraživanja potvrđena je visoka prevalencija poremećaja osobnosti među pacijentima s bipolarnim poremećajem tip I (28). Posebno je uočena visoka učestalost poremećaja osobnosti iz klastera B (granični, narcistički, histrionski i antisocijalni poremećaj) (28). Ova udruženost ima značajne kliničke implikacije jer pacijenti s komorbidnim poremećajima često imaju složeniji tijek bolesti, s težim simptomima i češćim epizodama, što može utjecati na njihovu ukupnu kvalitetu života i funkcionalnost (28). Naše znanje o upravljanju nekomplikiranim bipolarnim poremećajem je široko, no znamo vrlo malo o mogućnostima liječenja bipolarnih pacijenata s komorbiditetom poremećaja osobnosti. U kontekstu ove teme, nastojali smo identificirati ključne izazove u dijagnostici i

terapiji pacijenata s bipolarnim i komorbidnim poremećajem osobnosti, kao i pružiti smjernice za optimizaciju terapijskih pristupa.

Prema rezultatima najveće nacionalne opservacijske studije za istraživanje statusa pacijenata s bipolarnim poremećajem u Japanu, dijagnoza poremećaja osobnosti pokazala je značajnu povezanost s trajnom remisijom kod pacijenata s bipolarnim poremećajem (39). Ovo ukazuje na to da prisutnost poremećaja osobnosti može utjecati na dugoročni ishod liječenja bipolarnog poremećaja, osobito u kontekstu postizanja i održavanja remisije. Stoga je važno da se kod takvih pacijenata provodi temeljita procjena poremećaja osobnosti, jer to može imati ključnu ulogu u planiranju i provedbi tretmana usmjerenog na postizanje dugotrajne stabilnosti i remisije (39).

Ključno je razumjeti da je osobama s udruženim poremećajima teško, stoga, stigmatizacija nije put, već pomoć i razumijevanje kojima se pridonosi procesu ozdravljenja, naglašavajući da pravi protagonisti ovog putovanja nisu terapeuti, već sami pojedinci koji se bore s ovim poremećajem. Proces ozdravljenja ovih pojedinaca je spor, težak i često nemoguć, a promjene koje se događaju neće uvijek biti vidljive na prvi pogled. Bitno je shvatiti da mali koraci prema poboljšanju imaju značajan utjecaj, a uspješan tretman zahtijeva realna očekivanja, strpljenje, postavljanje jasnih granica i suosjećajni pristup. Smatram da, umjesto fokusa na težinu rada s osobama s ovim udruženim poremećajima, potrebno je posvetiti pažnju njihovim potrebama. U konačnici, suočavanje s bipolarnim afektivnim poremećajem i poremećajem osobnosti zahtijeva sveobuhvatni pristup, uključujući podršku obitelji, prijatelja te šire društvene zajednice. Na kraju, shvaćanje ovih poremećaja nije samo izazov već i prilika za rast i promjenu u načinu na koji pristupamo ljudima koji se bore s ovom psihopatologijom. Odabir ove teme proizlazi iz dubokog zanimanja i interesa za poremećaje



ličnosti, posebno dramatične poremećaje unutar skupine B, s naglaskom na njihovu udruženost s bipolarnim afektivnim poremećajem. Kroz detaljan opis ove psihopatologije, stječe se uvid u njezinu kompleksnost i bolje razumijevanje razloga koji dovode do odstupanja od očekivanog ponašanja. Ova tema je intrigantna iz različitih aspekata, uključujući unutarnje monologe, izazove u interpersonalnim odnosima, obrambene mehanizme, fragmentirani ego te utjecaj bioloških i psihosocijalnih faktora na formiranje ovih poremećaja. Izbor teme također proizlazi iz želje da se razumije njihova perspektiva te da se suzbije stigma koja ih okružuje, bez obzira što su to objektivno „teške” ličnosti. Važno je shvatiti da su ljudi s udruženim bipolarnim afektivnim poremećajem i poremećajem osobnosti također pojedinci s vlastitim ranama i potrebom za pomoći. Izazovi u interpersonalnim odnosima postaju jasniji kada uvidimo da se osoba s ovim poremećajima suočava s vlastitim unutarnjim nemirima. Njihove unutarnje bitke, koje se očituju kroz dramatičnost, potrebu za pažnjom i često neobičan način izražavanja, često su znakovi nevalidacije njihovih emocija i duboko ukorijenjenih osjećaja bezvrijednosti i inferiornosti koji proizlaze iz osjećaja samoprezira. Njihova teatralnost, naizgled ekstravagantna ili neprimjerena, način je na koji se bore s duboko ukorijenjenim strahovima od odbačenosti ili nevažnosti. Povezanost između navedenih poremećaja otvara prostor za daljnja istraživanja, ali i za unapređenje postojećih terapijskih protokola.

## 6. Zaključak

Udruženost poremećaja osobnosti i bipolarnog poremećaja tipa I je komorbiditet koji zahtijeva složen pristup kako bi se postigla optimalna terapijska učinkovitost i poboljšali dugoročni ishodi liječenja

Komorbiditet poremećaja osobnosti i bipolarnog poremećaja tipa I može imati dubok utjecaj na tijek i ozbiljnost simptoma bipolarnog poremećaja te dodatno otežati dijagnosticiranje istog

Pacijenti s udruženim poremećajima osobnosti često pokazuju izraženije akutne faze bolesti, veći intenzitet maničnih i depresivnih simptoma te smanjenu funkcionalnu sposobnost

Sveobuhvatan terapijski pristup koji kombinira farmakoterapiju i psihoterapiju ključan je za postizanje boljih ishoda

Kontinuirano praćenje i prilagodba terapijskih protokola i edukacija pacijenta o bolesti neophodni su za poboljšanje kvalitete života pacijenata s ovim složenim kliničkim profilom

## 7. Sažetak/ Summary

### 7.1. Sažetak

Udruženost poremećaja osobnosti s bipolarnim poremećajem predstavlja složen fenomen u području mentalnog zdravlja. Bipolarni poremećaj, poznat po cikličkim epizodama manije i depresije, može biti dodatno kompliciran prisustvom poremećaja ličnosti. Poremećaj osobnosti karakteriziraju duboki i trajni obrasci ponašanja, mišljenja i funkcioniranja koji često ometaju međuljudske odnose i svakodnevno funkcioniranje. Kada se ova dva poremećaja udruže, simptomi mogu biti izraženiji, a dijagnostika i terapija složenija što utječe na tijek bolesti i ishode liječenja. Osobe s ovim udruženjem često imaju teže epizode manije i depresije, veći rizik od samoubojstva te poteškoće u održavanju stabilnih interpersonalnih odnosa. Kako bi se uspješno nosili s ovim izazovom, ključno je prilagoditi terapijski pristup potrebama svakog pojedinca. To uključuje kombinaciju farmakoterapije, psihoterapije i psihosocijalne podrške. Osim toga, važno je kontinuirano pratiti i prilagođavati terapiju kako bi se osiguralo da pacijenti dobiju optimalnu podršku i poboljšaju kvalitetu svog života.

### 7.1.Summary

The comorbidity of personality disorders with bipolar disorder represents a complex phenomenon in the field of mental health. Bipolar disorder, known for its cyclical episodes of mania and depression, can be further complicated by the presence of personality disorders. Personality disorders are characterized by deep and enduring patterns of behavior, thinking, and functioning that often interfere with interpersonal relationships and daily functioning.

When these two disorders co-occur, symptoms can be more pronounced, and treatment becomes more complex. Individuals with this comorbidity often experience more severe episodes of mania and depression, a higher risk of suicide, and difficulties in maintaining stable interpersonal relationships. To successfully address this challenge, it is crucial to tailor the therapeutic approach to the needs of each individual. This includes a combination of pharmacotherapy, psychotherapy, and psychosocial support. Additionally, it is important to continuously monitor and adjust treatment to ensure that patients receive optimal support and improve their quality of life.

## 8.Literatura

1. Marčinko D, Jakovljević M, Rudan V. Poremećaji ličnosti, stvarni ljudi, stvarni problemi. Zagreb: Medicinska naklada; 2015.
2. Fariba KA, Gupta V, Kass E. Personality Disorder. 2023 Apr 17. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.
3. Fariba KA, Madhanagopal N, Torrico TJ, Gupta V. Schizoid Personality Disorder. 2024 Mar 1. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.
4. Jacobs KA. Changes of intuition in paranoid personality disorder. Front Psychiatry. 2024 Jan 10;14:1307629. doi: 10.3389/fpsy.2023.1307629.
5. Begić D. Psihopatologija. 2. izdanje. Zagreb: Medicinska naklada; 2014.

6. Francois Z, Torrico TJ. Schizotypal Personality Disorder. 2024 May 7. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.
7. DeLisi M, Drury AJ, Elbert MJ. The etiology of antisocial personality disorder: The differential roles of adverse childhood experiences and childhood psychopathology. *Compr Psychiatry*. 2019 Jul;92:1-6. doi: 10.1016/j.comppsy.2019.04.001. Epub 2019 Apr 30.
8. Rhee SH, Woodward K, Corley RP, du Pont A, Friedman NP, Hewitt JK. The association between toddlerhood empathy deficits and antisocial personality disorder symptoms and psychopathy in adulthood. *Dev Psychopathol*. 2021 Feb;33(1):173-183. doi: 10.1017/S0954579419001676.
9. Mendez-Miller M, Naccarato J, Radico JA. Borderline Personality Disorder. *Am Fam Physician*. 2022 Feb 1;105(2):156-161.
10. Mezei J, Juhasz A, Kilencz T, Vizin G. A borderline személyiségzavar a fejlődépszichopatológia tükrében [Borderline personality disorder in the light of developmental psychopathology]. *Neuropsychopharmacol Hung*. 2020 Sep;22(3):102-111. Hungarian.
11. Begić D, Jukić V, Medved V. *Psihijatrija*. Zagreb: Medicinska naklada; 2015.
12. Chapman J, Jamil RT, Fleisher C, Torrico TJ. Borderline Personality Disorder. 2024 Apr 20. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.
13. Babl A, Gómez Penedo JM, Berger T, Schneider N, Sachse R, Kramer U. Change processes in psychotherapy for patients presenting with histrionic personality disorder. *Clin Psychol Psychother*. 2023 Jan;30(1):64-72. doi: 10.1002/cpp.2769. Epub 2022 Jul 6.

14. French JH, Torrico TJ, Shrestha S. Histrionic Personality Disorder. 2024 Jan 31. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.
15. Weinberg I , Ronningstam E : Dos and don'ts in treatments of patients with narcissistic personality disorder . J Pers Disord 2020 ; 34 : 122 – 142.
16. Eaton NR, Rodriguez-Seijas C, Krueger RF, Campbell WK, Grant BF, Hasin DS. Narcissistic Personality Disorder and the Structure of Common Mental Disorders. J Pers Disord. 2017 Aug;31(4):449-461. doi: 10.1521/peri\_2016\_30\_260. Epub 2016 Sep 12.
17. Pinto A, Teller J, Wheaton MG. Obsessive-Compulsive Personality Disorder: A Review of Symptomatology, Impact on Functioning, and Treatment. *Focus (Am Psychiatr Publ)*. 2022;20(4):389-396. doi:10.1176/appi.focus.20220058
18. Ströhle A, Gensichen J, Domschke K. The Diagnosis and Treatment of Anxiety Disorders. *Dtsch Arztebl Int*. 2018 Sep 14;155(37):611-620. doi: 10.3238/arztebl.2018.0611.
19. Vulić-Prtorić A. Anksiozna osjetljivost; Fenomenologija i teorije. *Suvremena psihologija* 2006; 9(2):171-194.
20. Beck A, Freeman A, Davis D. Kognitivna terapija poremećaja ličnosti. Zagreb: Naklada Slap; 2012.
21. Sparding T, Pålsson E, Joas E. Personality traits in bipolar disorder and influence on outcome. *BMC Psychiatry*. 2017;17:159
22. Miller JD. Editorial for Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment. *Personal Disord*. 2022 Jan;13(1):1-2. doi: 10.1037/per0000536.
23. Smith DJ, Whitham EA, Ghaemi SN. Chapter 15 - Bipolar disorder. In: *Handbook of Clinical Neurology*, Volume 106. Elsevier; 2012. p. 251-263.

24. Nierenberg AA, Agustini B, Köhler-Forsberg O, Cusin C, Katz D, Sylvia LG. Diagnosis and Treatment of Bipolar Disorder: A Review. *JAMA*. 2023 Oct 10;330(14):1370-1380. doi: 10.1001/jama.2023.18588. PMID: 37815563.
25. National Institute for Health and Care Excellence. Bipolar disorder: assessment and management. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2023 Dec 21. PMID: 31556980. Bipolar disorder: assessment and management. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2023 Dec 21.
26. Hilty DM, Leamon MH, Lim RF, Kelly RH, Hales RE. A review of bipolar disorder in adults. *Psychiatry (Edgmont)*. 2006 Sep;3(9):43-55.
27. Jain A, Mitra P. Bipolar Disorder. 2023 Feb 20. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.
28. Nagel MG, Marcus DK, Zeigler-Hill V. Bipolar disorders and narcissism: Diagnostic concerns, conceptual commonalities and potential antecedents. *Clin Psychol Psychother*. 2023 Mar;30(2):235-249. doi: 10.1002/cpp.2796. Epub 2022 Nov 20.
29. Post RM, Leverich GS, McElroy S, Kupka R, Suppes T, Altshuler L. Relationship of comorbid personality disorders to prospective outcome in bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2020 Nov 1;276:147-151. doi: 10.1016/j.jad.2020.07.031. Epub 2020 Jul 16.
30. Latalova K, Prasko J, Kamaradova D, Sedlackova J, Ociskova M. Comorbidity bipolar disorder and personality disorders. *Neuro Endocrinol Lett*. 2013;34(1):1-8.
31. Wright L, Lari L, Iazzetta S, Sættoni M, Gragnani A. Differential diagnosis of borderline personality disorder and bipolar disorder: Self-concept, identity and self-esteem. *Clin Psychol Psychother*. 2022 Jan;29(1):26-61. doi: 10.1002/cpp.2591. Epub 2021 Apr 21.

32. Fornaro M, Orsolini L, Marini S, De Berardis D, Perna G, Valchera A. The prevalence and predictors of bipolar and borderline personality disorders comorbidity: Systematic review and meta-analysis. *J. Affect. Disord.* 2016;195:105–118.
33. Küng AL, Pham E, Cordera P, Hasler R, Aubry JM, Dayer A. Psychiatric disorders among offspring of patients with Bipolar and Borderline Personality Disorder. *J Clin Psychol.* 2019 Oct;75(10):1810-1819. doi: 10.1002/jclp.22817. Epub 2019 Jun 10.
34. Mitra P, Torrico TJ, Fluyau D. Narcissistic Personality Disorder. 2024 Mar 1. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.
35. Carbone EA, de Filippis R, Caroleo M, Calabrò G, Staltari FA, Destefano L. Antisocial Personality Disorder in Bipolar Disorder: A Systematic Review. *Medicina.* 2021; 57(2):183.
36. Swann AC, Lijffijt M, Lane SD, Steinberg JL, Moeller FG. Antisocial personality disorder and borderline symptoms are differentially related to impulsivity and course of illness in bipolar disorder. *J Affect Disord.* 2013 Jun;148(2-3):384-90. doi: 10.1016/j.jad.2012.06.027. Epub 2012 Jul 24.
37. Oakes DJ, Pearce HA, Roberts C, Gehrman PG, Lewis C, Jones I. Associations between comorbid anxiety and sleep disturbance in people with bipolar disorder: Findings from actigraphy and subjective sleep measures. *J Affect Disord.* 2022 Jul 15;309:165-171. doi: 10.1016/j.jad.2022.04.065. Epub 2022 Apr 12.
38. Jensen RN, Csillag C, Vinberg M. [Anxiety in patients with bipolar affective disorder]. *Ugeskr Laeger.* 2021 May 31;183(22):V12200973. Danish.
39. Sugawara N, Adachi N, Kubota Y, Watanabe Y, Miki K, Azekawa T. Determinants of three-year clinical outcomes in real-world outpatients with bipolar disorder: The



multicenter treatment survey for bipolar disorder in psychiatric outpatient clinics  
(MUSUBI). J Psychiatr Res. 2022;151:683-692.

## 9. Životopis

Helena Vujičić rođena je 23. Kolovoza 1999. Godine u Puli. Završava Osnovnu školu Veli Vrh te upisuje opću Gimnaziju Pula. Kroz svoje osnovnoškolsko i srednjoškolsko

obrazovanje sudjelovala je na županijskim natjecanjima iz hrvatskog jezika i kemije te ostvarila brojna sportska postignuća s odbojkaškim klubom Veli Vrh. Bila je jedna od najboljih učenica generacije te 2018. godine upisuje Medicinski fakultet u Rijeci. Za vrijeme studija aktivno se bavi odbojkom i tenisom te podučavanjem kemije. Tijekom studiranja sudjeluje aktivno i pasivno na kongresima.