

Pristup pacijentu s depresijom u obiteljskoj medicini

Gjergja, Juraj

Master's thesis / Diplomski rad

2023

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:184:109437>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-26**



Repository / Repozitorij:

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



SVEUČILIŠTE U RIJECI

MEDICINSKI FAKULTET

SVEUČILIŠNI INTEGRIRANI PRIJEDIPLOMSKI I DIPLOMSKI

STUDIJ MEDICINE

Juraj Gjergja

PRISTUP PACIJENTU S DEPRESIJOM U OBITELJSKOJ MEDICINI

Diplomski rad

Rijeka, 2023.

SVEUČILIŠTE U RIJECI

MEDICINSKI FAKULTET

SVEUČILIŠNI INTEGRIRANI PRIJEDIPLOMSKI I DIPLOMSKI

STUDIJ MEDICINE

Juraj Gjergja

PRISTUP PACIJENTU S DEPRESIJOM U OBITELJSKOJ MEDICINI

Diplomski rad

Rijeka, 2023.

Mentor rada: doc. dr. sc. Aleksandar Ljubotina, dr.med.

Diplomski rad ocjenjen je dana _____

u/na _____

pred povjerenstvom u sastavu:

1. prof. dr. sc. Ines Diminić Lisica, dr.med.

2. doc. dr. sc. Branislava Popović, dr.med

3. doc. dr. sc. Tatjana Čulina, dr.med

Rad sadrži 30 stranica, 1 sliku, 1 tablicu i 46 literaturnih navoda.

POPIS KRATICA SA OBJAŠNENJEM

CT	računalna tomografija (engl. <i>Computerized Tomography</i>)
DSM-IV	Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje, IV. revizija
DSM-V	Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje, V. revizija
EKG	elektrokardiografija
HAM-D	Hamiltonova ocjenska ljestvica za depresiju (engl. <i>Hamilton Rating Scale for Depression</i>)
IPT	interpersonalna terapija
KBT	kognitivno-bihevioralna terapija
MARDS	Montgomery-Asbergova ocjenska ljestvica za depresiju (engl. <i>Montgomery-Asberg Depression Rating Scale</i>)
MDD	veliki depresivni poremećaj (engl. <i>Major Depressive Disorder</i>)
MKB-10	Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema, X. revizija
NASSA	noradrenergički i specifični serotoninergički inhibitori (engl. <i>Noradrenergic and specific serotonergic antidepressants</i>)
NDRI	inhibitori ponovne pohrane noradrenalina i dopamina (engl. <i>Noradrenaline Dopamine Reuptake Inhibitors</i>)
NICE	Nacionalni institut za zdravlje i izvrsnost (engl. <i>National Institute for Health and Care Excellence</i>)
PET	pozitronska emisijska tomografija
PHQ-9	Upitnik o zdravlju pacijenta-9 (engl. <i>Patient Health Questionnaire</i>)
PST	terapija rješavanja problema (eng. <i>Problem-solving therapy</i>)
SIPPS	selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina
SNRI	inhibitori ponovne pohrane serotonina i noradrenalina (engl. <i>Serotonine-Noradrenaline Reuptake Inhibitors</i>)

SADRŽAJ:

1. UVOD.....	1
2. SVRHA RADA	2
3. PREGLED LITERATURE NA ZADANU TEMU	3
3.1. KLASIFIKACIJA DEPRESIJE	3
3.2. EPIDEMIOLOGIJA DEPRESIJE	4
3.3. SPOLNE RAZLIKE.....	5
3.4. ETIOLOGIJA DEPRESIJE	6
3.4.1. GENETSKI I NEUROFIZIOLOŠKI FAKTORI	6
3.4.2. HORMONALNI FAKTORI	7
3.4.3. SOCIJALNI I PSIHOLOŠKI FAKTORI.....	8
3.5. DIJAGNOSTIKA DEPRESIJE	9
3.6. PROCJENA SUICIDALNOG RIZIKA.....	13
3.7. LIJEČENJE DEPRESIJE	13
3.7.1. FARMAKOTERAPIJSKO LIJEČENJE.....	14
3.7.2. NEFARMAKOLOŠKO LIJEČENJE	17
3.7.3. LIJEČENJE DEPRESIJE KOD PACIJENATA STARIJE ŽIVOTNE DOBI	18
4. RASPRAVA	20
5. ZAKLJUČCI	23
6. SAŽETAK.....	24
7. SUMMARY	25
8. LITERATURA.....	26
9. ŽIVOTOPIS.....	30

1. UVOD

Depresija je vrlo čest psihički poremećaj kojeg obilježava dugotrajno sniženo raspoloženje, gubitak interesa i zadovoljstva u uobičajenim aktivnostima i smanjena životna energija (1). Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije u svijetu oko 280 milijuna ljudi pati od depresije (2). Ovaj psihički poremećaj može zahvatiti bilo koju dobnu skupinu, uključujući djecu, adolescente, odrasle i starije osobe. Međutim, treba imati na umu kako su određene populacije posebno osjetljive prema razvoju depresije. Starije osobe pokazuju povećani rizik zbog tjelesnih, emocionalnih i socijalnih promjena koje se događaju u ovoj dobi. Osim toga, osobe sa kroničnim bolestima poput kardiovaskularnih bolesti, dijabetesa melitusa ili malignih bolesti također pokazuju veću sklonost depresiji (3,4).

S obzirom na složenost depresije i uzimajući u obzir njezin utjecaj na pacijente, liječnici obiteljske medicine imaju vrlo važnu ulogu u prepoznavanju, dijagnosticiranju, liječenju i praćenju ovog poremećaja. Obiteljski liječnici imaju prednost sveobuhvatne i kontinuirane skrbi za pacijente što im omogućava duboko razumijevanje pacijenta, njihovih socijalnih i emocionalnih dinamika, somatskog zdravstvenog statusa i konteksta u kojem depresija može nastati. Osim toga, liječnici obiteljske medicine često su prvi zdravstveni radnici s kojima pacijent s depresijom dolazi u kontakt, što im omogućava da rano prepoznaju simptome depresije i započnu terapiju, sprječavajući tako produbljivanje simptoma i morbiditet.

Kako depresija može imati značajan utjecaj na različite aspekte obiteljskog života i otežavati roditeljstvo, poslovnu sposobnost i svakodnevne aktivnosti, liječnici obiteljske medicine pravovremenim prepoznavanjem depresije, edukacijom bolesnika i njihovih obitelji, kao i pružanjem podrške i savjeta, mogu znatno pomoći pacijentima i njihovim obiteljima te poboljšati ishode liječenja.

2. SVRHA RADA

Svrha ovog rada je prikazati pristup pacijentu s depresijom u obiteljskoj medicini kroz analizu znanstvenih istraživanja koja se bave ovom temom, proučavanje smjernica relevantnih institucija i pregled najčešćih praksi u Hrvatskoj i svijetu.

Odluka za pisanje ovog rada donesena je razmatranjem toga da upravo psihičko zdravlje, odnosno osjećaj dobrobiti i blagostanja s ispunjavajućim i kvalitetnim interpersonalnim odnosima, kao i sretno i svrsishodno življenje, imaju vrlo važnu ulogu za ukupno zdravlje pojedinca, ali i društvo u cjelini. Dodatan razlog za odabir ove teme i dublje istraživanje jest činjenica da su psihički poremećaji često stigmatizirani u društvu te da je depresija značajan javnozdravstveni problem s velikim utjecajem na zdravlje ljudi.

3. PREGLED LITERATURE NA ZADANU TEMU

3.1. KLASIFIKACIJA DEPRESIJE

Depresija se klasificira i dijagnosticira prema dva klasifikacijska sustava: Međunarodnoj klasifikaciji bolesti i srodnih zdravstvenih problema, X. revizija (MKB-10) i prema Dijagnostičkom i statističkom priručniku za mentalne poremećaje, V. revizija (DSM-V). U Hrvatskoj je u službenoj upotrebi MKB-10 (5).

Prema DSM-V, depresija se klasificira kao "Veliki depresivni poremećaj" (engl. *Major Depressive Disorder* – MDD). Za dijagnozu ovog poremećaja mora biti prisutno pet ili više simptoma depresije tijekom dvotjednog razdoblja, pri čemu jedan od simptoma mora biti depresivno raspoloženje ili gubitak interesa ili zadovoljstva. Ostali simptomi mogu biti: poremećaji sna, smanjena koncentracija, umor, osjećaj krivnje ili bezvrijednosti, misli o smrti ili suicidalnost, osjećaj nemira ili usporenost, promjene u težini. Osim velikog depresivnog poremećaja, DSM-V prepoznaje i klasificira druge depresivne poremećaje: perzistentni depresivni poremećaj, poremećaj prilagodbe s depresivnim simptomima, depresivni poremećaj zbog drugog medicinskog stanja, disruptivni poremećaj raspoloženja i predmenstrualni disforični poremećaj (6).

Prema MKB-10, depresija je svrstana u poremećaje raspoloženja (F30 do F39). Prva depresivna epizoda (F32) obilježena je depresivnim raspoloženjem i gubitkom interesa za svakodnevne aktivnosti, i prema MKB-10 možemo razlikovati: blagu depresivnu epizodu (F32.0), umjereno tešku depresivnu epizodu (F32.1), tešku bez psihotičnih simptoma (F32.2) i tešku s psihotičnim simptomima (F32.3). Povratni depresivni poremećaj (F33) obilježavaju ponavljajuće epizode depresije bez maničnih epizoda, i slično kao kod prve depresivne epizode, s obzirom na težinu depresije razlikuje se blagi (F32.0), srednje teški (F32.1), teški

bez psihotičnih simptoma (F32.3) i teški s psihotičnim simptomima (F32.3). U povratni depresivni poremećaj uključene su depresivne reakcije, psihogene depresije i reaktivne depresije sezonskog depresivnog poremećaja (1,7).

3.2. EPIDEMIOLOGIJA DEPRESIJE

Prema procjenama Svjetske zdravstvene organizacije iz 2019. godine, oko 970 milijuna ljudi u svijetu živi s nekim oblikom psihičkog poremećaja, a među njima najveću zastupljenost imaju depresivni poremećaji s udjelom od 28.9% (8,9). S obzirom na spol, procjene prevalencije depresivnih poremećaja (koje su u ovom istraživanju obuhvaćale veliki depresivni poremećaj i distimiju) na svjetskoj populaciji iznose 4% za muškarce i 6% za žene (ukupna prevalencija iznosi 5%). S obzirom na dobnu skupinu, depresivni poremećaji se najčešće dijagnosticiraju kod ljudi između 50 i 69 godina (prevalencija iznosi 5.8%) i između 40 i 59 godina života (prevalencija iznosi 5.4%) (10). Prema rezultatima ovog istraživanja može se reći kako s porastom životne dobi raste prevalencija i incidencija depresije, uzimajući u obzir blagi pad koji nastupa nakon 70. godine života.

U Hrvatskoj, prema procjenama Svjetske zdravstvene organizacije, prevalencija depresije u 2015. godini je iznosila 5.08% (11). Prema dostupnim podacima u Hrvatskoj na razini primarne i konzilijarne zdravstvene zaštite, relativno je teško procijeniti točnu prevalenciju depresije, pa se u istraživanjima koje se provode u Hrvatskoj češće zastupljenost depresije procjenjuje prema podacima o hospitalizacijama i bolničkom liječenju depresivnih poremećaja, iako nam to ne daje u potpunosti precizne podatke o epidemiologiji budući da je vjerojatno da se ovakvom analizom neće obuhvatiti depresija koja je svrstana u blaže kvalifikacijske okvire. U svakom slučaju, s obzirom na mentalne poremećaje koji su hospitalizirani, depresija se nalazi na trećem mjestu s udjelom od 13.5%, prema podacima iz

2015. godine (12,13). Prema podacima Eurostata iz 2019. godine, prevalencija kronične depresije u Hrvatskoj procjenjuje se na 11.6%, što nas u kontekstu zemalja članica Europske unije svrstava na 4. mjesto, dok je na razini prosjeka ovih zemalja prevalencija 7.2% (14).

3.3. SPOLNE RAZLIKE

Rezultati prethodno navedenog novijeg istraživanja također pokazuju i općeprihvaćene znanstvene nalaze o razlikama među spolovima s obzirom na rizik od depresije i depresivnih poremećaja općenito, a koji pokazuju kako su osobe ženskog spola podložnije depresiji. U ovom istraživanju omjer prevalencije depresije među spolovima iznosio je 1.5 : 1. (ženski spol: muški spol), a u različitim istraživanjima obično se navodi efekt u istom smjeru s vrijednostima od 1.6:1 (15) do 2:1 (1,16,17). Postoje različite teorije koje pokušavaju objasniti ove spolne razlike u sklonosti depresiji, a najčešće se navode:

1. Teorija bioloških faktora: žene i muškarci imaju različite prosječne vrijednosti hormona, primjerice testosterona i estrogena, ali i drugih, koje mogu utjecati i biti povezani s različitim rizikom od razvoja depresije tako što utječu na kognitivne funkcije, limbički sustav, doživljavanje emocija, različite procese pri socijalnim interakcijama i percepciju. Osim toga, mjesečne fluktuacije u razinama hormona koju su jasno izražene kod osoba ženskog spola mogu stvarati prilikom negativnih oscilacija kontekst za depresivno raspoloženje koji se uz negativne faktore iz okoline, ukoliko su prisutni, može nadovezati na potencijalno prisutnu genetsku predispoziciju kod ranjivih pripadnica ženskog spola (18).

2. Sociokulturološki faktori: Sociokulturni čimbenici igraju važnu ulogu u izražavanju i prepoznavanju simptoma depresije. U društvu postoje određene norme i očekivanja povezana s rodnim ulogama koje mogu oblikovati način na koji muškarci i žene prikazuju svoje emocionalno stanje. Muškarci često pokazuju simptome koji se percipiraju kao "muški", kao

što su izražavanje ljutnje, iritabilnosti ili pribjegavanje zloupotrebi supstanci. S druge strane, žene češće izražavaju simptome koji se tradicionalno povezuju s depresijom, kao što su tuga, osjećaj bespomoćnosti i gubitak interesa. Ove sociokulturne norme mogu utjecati na to kako se simptomi depresije manifestiraju kod muškaraca i žena te mogu otežati prepoznavanje depresije kod određenih skupina ljudi (18).

3.4. ETIOLOGIJA DEPRESIJE

U ovom poglavlju ukratko ćemo opisati paradigme koje opisuju patofiziologiju depresije, budući da razumijevanje nastanka depresije može pomoći boljem razumijevanju i prirode samog poremećaja i prikladnost pojedinih terapijskih metoda. Općenito se smatra kako je depresija kompleksan psihički poremećaj i etiologija se pokušava objasniti genetskim, neurotransmitterskim i neurofiziološkim, hormonalnim, socijalnim i psihološkim faktorima (19).

3.4.1. GENETSKI I NEUROFIZIOLOŠKI FAKTORI

Istraživanja koja su se usmjerila na genetsku podlogu depresije pokazuju da je nasljeđe ima umjereni doprinos u nastanku velikog depresivnog poremećaja s korelacijom od .37 među blizancima; genetski doprinos bio je i veći kada su u uzorku ispitanika bili hospitalizirani pacijenti. (20). Druga istraživanja usmjerila su se na pronalazak specifičnih lokusa u biološkim putevima koji bi bili povezani s nastankom depresije i nalazi tih istraživanja pokazuju kako su depresija, ali i drugi poremećaji raspoloženja povezani s više različitih gena. Konkretno, otkriveno je kako polimorfizam serotoninskog transporterskog gena može povećati rizik za nastanak depresije, ali u kontekstu nepovoljnih okolinskih faktora (19).

Uzimajući u obzir neurotransmitterske sustave, smatra se kako dopaminski sustav ima važnu ulogu u osjetljivosti sustava za "nagrađivanje" u mozgu koji je povezan s motivacijom, osjećajem zadovoljstva i energije u kontekstu izvršenja zadataka (21). Prema tome, osobe s depresivnim poremećajima bi mogle, uz deficit u ovom području, doživljavati manje zadovoljstva i biti manje motivirane za ponašanja koja dovode do osjećaja dobrobiti, što bi naposljetku rezultiralo klasičnim simptomima depresije. Ova hipoteza donekle je potvrđena u farmakološkim istraživanjima koja su pokazala kako osobe sa depresijom pokazuju značajno manji odgovor na lijekove koji povisuju razinu dopamina u odnosu na ljude iz opće populacije (22). Usprkos tome, neka druga istraživanja koja su proučavala neurotransmitterske sustave koristeći PET slikovne metode nisu pronašla konzistentne dokaze koji bi potvrdili ovu dopaminsku teoriju, te se smatra kako su potrebna detaljnija istraživanja koja bi se bavila regulacijom i interakcijom neurotransmitterskih sustava po specifičnim područjima središnjeg živčanog sustava (23).

3.4.2. HORMONALNI FAKTORI

Ako se osvrnemo na hormonalni sustav, istraživanja pokazuju kako kod depresivnih bolesnika postoji disregulacija na osi hipotalamus-hipofiza-nadbubrežna žlijezda što dovodi do povećanih razina kortizola. U testu supresije deksametazonom ne dolazi do primjerene inhibicije oslobađanja adrenokortikotropnog hormona. Također, kod depresivnih bolesnika uočeni su poremećaji u radu štitne žlijezde (1).

3.4.3. SOCIJALNI I PSIHOLOŠKI FAKTORI

Istraživanja koja su se bavila socijalnim kontekstom u razvoju depresije pokazuju kako kod ljudi sa depresivnim poremećajima često postoje problemi u interpersonalnim odnosima. Longitudinalna istraživanja pokazala su kako su važni faktori u nastanku depresije povezani s djetinjstvom koje su pratili česti nepovoljni događaji, nedostatak socijalne podrške u obitelji i u prijateljskim odnosima, česti negativni životni događaji i pretjerana kritičnost obitelji. Također, kako problematični interpersonalni odnosi povećavaju rizik od nastanka depresije, tako i depresija negativno utječe na interpersonalne odnose, što dovodi do nepovoljnog mehanizma pozitivne povratne sprege koja otežava osobi da poboljša raspoloženje, kao i da uspostavi povoljnije interpersonalne odnose. Naglašava se i važnost stresnih životnih događaja koji su često percipitirajući faktor koji konačno dovodi do nastanka depresivnog poremećaja budući da osoba često nema više resursa kojima bi kompenzirala novonastalu nepovoljnu situaciju (19,24–26).

Postoji više kognitivnih teorija koje pokušavaju objasniti etiologiju depresije. Prema Beckovoj kognitivnoj teoriji depresija nastaje zbog negativnih interpretacija i iskrivljenih i neadaptivnih razmišljanja o samome sebi, svijetu i budućnosti. Ovakve iskrivljene kognitivne sheme dovode do negativnih emocionalnih reakcija i ponašanja koja su karakteristična za depresiju. Prema tome, kognitivnom terapijom bi trebalo identificirati ove distorzije i raditi na njihovom ispravljanju što će u konačnici rezultirati smanjenjem depresivnih simptoma i poboljšati emocionalni odgovor kako bi osoba mogla razviti adekvatne i adaptivne mehanizme ponašanja i doživljavanja (19).

Prema teoriji bespomoćnosti, najvažniji faktor za razvoj depresije je osjećaj bespomoćnosti koji se definira kao vjerovanje da će u nekoj situaciji sigurno doći do negativnog ishoda i da ne postoji ništa što se može napraviti kako bi se to spriječilo. Ovaj način

razmišljanja povezan je s atribuiranjem stresnih događaja stabilnim/trajnim i globalnim uzrocima (u kontrastu s vjerovanjem kako je neki stresni događaj privremen/slučajan i specifičan za tu situaciju). Osobe koje na ovaj način atribuiraju stresne događaje sklone su razviti osjećaj bespomoćnosti, a ona se prema ovoj teoriji smatra najvažnijim okidačem za razvoj depresije (19,27,28).

3.5. DIJAGNOSTIKA DEPRESIJE

Prema rezultatima meta-analize istraživanja koje je provedeno 2022. godine, a koje je obuhvatilo 3159 znanstvenih radova, u primarnoj zdravstvenoj zaštiti zemalja niskog i srednjeg ekonomskog razvoja se često propušta rano prepoznavanje i dijagnosticiranje depresije, što predstavlja ozbiljan javnozdravstveni problem s potencijalno ozbiljnim posljedicama (29). Prema NICE smjernicama iz 2022. godine, liječnici bi trebali razmotriti postojanje depresije kod pacijenata prilikom pregleda, a posebno obratiti pažnju kod pacijenata koji su ranije bolovali od depresije ili boluju od kronične bolesti koja ometa svakodnevno funkcioniranje (30). Ukoliko se sumnja na postojanje depresije potrebno je postaviti dva pitanja:

1. "Tijekom zadnjeg mjeseca, jeste li se često osjećali sniženog raspoloženja, depresivno ili beznadno?"
2. "Tijekom zadnjeg mjeseca, jeste li često osjećali kako nemate interesa i zadovoljstva za svakodnevne aktivnosti?"

Ukoliko je odgovor na jedno (ili oba) pitanja potvrđan, potrebno je provesti klinički intervju i napraviti obradu nekim validiranim testom za procjenu depresije. Pri tome treba razmišljati o ozbiljnosti simptoma, povijesti bolesti kod pacijenta i komorbiditetima, trajanju i tijeku bolesti. Također, važno se osvrnuti i na stupanj u kojem je smanjeno svakodnevno funkcioniranje i kako to utječe na obiteljske i poslovne interakcije i razmotriti ima li pacijent razdoblja

povišenog raspoloženja kako bismo dijagnostički isključili bipolarni poremećaj. Osim toga, korisni su i podaci o: prethodnom liječenju depresije (ukoliko se radi o povratnoj depresiji) i kakav je bio odgovor na terapiju, životnom stilu (prehrana, tjelovježba, spavanje), postojanju nedavnih stresnih životnih okolnosti (ili ranijih stresnih događaja u životu, npr.: razvod, gubitak bliske osobe, gubitak posla, traumatski događaji), životnim okolnostima (socio-ekonomskom statusu, upotrebi alkohola, dugovima, socijalnoj izolaciji, i sl.) (30). Također, potrebno je napraviti i laboratorijske pretrage. Specifični laboratorijski ili dijagnostički testovi koji bi ukazivali na razvoj depresivnog poremećaja ne postoje; međutim, prilikom dijagnosticiranja, posebno prve epizode bolesti, preporučuje se provjera nalaza krvi (kompletna krvna slika), biokemijskih nalaza, hormona štitnjače i EKG-a. U nekim slučajevima, ovisno o prikazu kliničkih simptoma koji mogu ukazivati na organsku osnovu depresivnih simptoma, mogu biti potrebni EEG i CT mozga, kao i testiranje na psihoaktivne tvari (12,31).

Uzimajući u obzir prethodno navedeno, kliničkim intervjuom trebali bismo dobiti podatke o trajanju simptoma, broju simptoma i funkcioniranju pacijenta (uz heteroanamnestičke podatke bliskih osoba) i tako uspostaviti ili odbaciti dijagnozu depresije (5–7,12,31). Ukoliko pacijent zadovoljava kriterije za dijagnozu depresije prema prisutnosti najmanje 2 tipična i 2 druga simptoma (Tablica 1) s trajanjem od najmanje 2 tjedna, treba odrediti radi li se o prvoj depresivnoj epizodi (F32) ili povratnom depresivnom poremećaju (F33). Zatim, s obzirom na broj simptoma, poremećaj socijalnog funkcioniranja i prisustvo psihotičnih simptoma, odrediti stupanj težine depresivnog poremećaja (Slika 2) (5–7,12,32).

Tablica 1. Simptomi depresije

TIPIČNI SIMPTOMI	DRUGI SIMPTOMI
1. depresivno raspoloženje	1. smanjen apetit
2. gubitak interesa i zadovoljstva	2. smanjena koncentracija i pažnja
3. smanjenje energije i povećan umor	3. ideje krivnje i bezvrijednosti
	4. poremećen san
	5. smanjeno samopoštovanje i samopouzdanje
	6. pesimističan pogled na budućnost
	7. suicidalne ideje ili ideje o samoozljeđivanju

(Prilagođeno prema: Kliničke smjernice za liječenje depresivnog poremećaja, Medix, 2013.) (32)

prva ili ponovljena epizoda		broj simptoma	funkcioniranje	psihotični simptomi	
prva epizoda	F32 PRVA DEPRESIVNA EPIZODA	≥4 (2 tipična + 2 druga)	blago poremećeno	→	F32.0 BLAGA
		≥5 (2 tipična + 3 druga)	umjereno poremećeno	→	F32.1 UMJERENA
		≥7 (3 tipična + ≥4 druga)	somatski sindrom	→	F32.2 TEŠKA BEZ PSIHOTIČNIH SIMPTOMA F32.3 TEŠKA SA PSIHOTIČNIM SIMPTOMIMA
ponovljena epizoda (2., 3. ili više)	F33 POVRATNI DEPRESIVNI POREMEĆAJ	≥4 (2 tipična + 2 druga)	blago poremećeno	→	F33.0 BLAGA
		≥5 (2 tipična + 3 druga)	umjereno poremećeno	→	F33.1 UMJERENA
		≥7 (3 tipična + ≥4 druga)	somatski sindrom	→	F33.2 TEŠKA BEZ PSIHOTIČNIH SIMPTOMA F33.3 TEŠKA SA PSIHOTIČNIM SIMPTOMIMA

Slika 1. Dijagnostika depresije s obzirom na broj simptoma, prvu pojavu simptoma i prisustvo psihotičnih simptoma (Prilagođeno prema: Kliničke smjernice za liječenje depresivnog poremećaja, Medix, 2013.) (32)

Od standardiziranih upitnika i ljestvica za procjenu i probir depresije u kliničkoj praksi u Hrvatskoj najčešće se koristi Beckov inventar depresije-II (engl. *Beck Depression Inventory-II*) (5). Ovim testom može se mjeriti težina depresije; razvijen je kao indikator postojanja i jačine depresivnih simptoma, koji su u skladu s DSM-IV kriterijima, ali ne i kao instrument za specifikaciju kliničke dijagnoze. Beckov inventar depresije pokazuje visoku pouzdanost i valjanost u različitim znanstvenim istraživanjima – dobro diskriminira depresivne i

nedeprisivne ispitanike pa se s obzirom na navedeno često koristi zbog svoje jednostavnosti i učinkovitosti u raznim znanstvenim istraživanjima, ali i kliničkoj praksi (33–35).

Ovaj upitnik se sastoji od 21 čestice, a svaka čestica ima 4 tvrdnje o određenom simptomu depresije koje se razlikuju prema stupnju težine i boduju se sa: 0 (odsustvo simptoma), 1 (blago izražen simptom), 2 (umjereno izražen simptom) ili 3 (izrazito prisutan simptom). S obzirom na to, na cijelom upitniku je moguće ostvariti najmanje 0, a najviše 63 boda – veći rezultat ukazuje na veću težinu depresivnog poremećaja, a interpretira se prema sljedećim intervalima (5):

- 0 – 10 normalan rezultat
- 11 – 16 blagi poremećaj raspoloženja
- 17 – 20 klinički granična depresija
- 21 – 30 umjerena depresija
- 31 – 40 teška depresija
- 41 – 63 vrlo teška depresija

Osim Beckovog inventara depresije, u primarnoj zdravstvenoj zaštiti često se koriste i: Upitnik o zdravlju pacijenta – 9 (engl. *Patient Health Questionnaire*, PHQ-9), Hamiltonova ocjenska ljestvica za depresiju (engl. *Hamilton Rating Scale for Depression*, HAM-D) i Montgomery-Asbergova ocjenska ljestvica za depresiju (engl. *Montgomery-Asberg Depression Rating Scale*, MARDS) (5).

Prilikom dijagnosticiranja depresije, a prije početka liječenja treba napraviti i procjenu suicidalnog rizika.

3.6. PROCJENA SUICIDALNOG RIZIKA

Kod pacijenata s depresijom važno je imati na umu i rizik od suicidalnog ponašanja. Procjenjuje se da oko 15% s depresijom počini suicid, a još veći postotak je onih koji razmišljaju o suicidu ili ga pokušaju (36,37). Pri razmatranju suicidalnog rizika važno je razmotriti čimbenike koji bi mogli potaknuti bolesnika na suicid, kao i na postojanje zaštitnih faktora u pacijentovoj okolini. Ključna metoda je klinički intervju kojim treba ispitati suicidalne ideje i namjere, osjećaj bespomoćnosti i beznadnosti. Također treba ispitati obiteljsku anamnezu. Ova procjena se najčešće donosi individualno za svakog pacijenta te ne postoje apsolutne smjernice. Međutim, u praksi se često koristi neki oblik skala procjene koje mogu biti korisne te pomoći liječnicima u donošenju kliničke procjene o riziku (5,31). Osim toga, ne treba oklijevati pacijenta s depresijom izravno pitati o suicidalnim ideacijama ili namjeri. Ukoliko se procjeni da je pacijent u riziku od suicida, potrebno je razmotriti socijalnu podršku i organizirati pomoć psihijatra ili hospitalizaciju, ovisno o težini procijenjenog rizika (30).

3.7. LIJEČENJE DEPRESIJE

Liječenje depresije može biti zahtjevno, a vrlo važnu ulogu u terapiji ima liječnik obiteljske medicine. Liječnik bi nakon dijagnoze depresije trebao osmisliti prikladan plan liječenja u suradničkom odnosu s pacijentom. Pri tome treba razmišljati o psihološkim osobinama pacijenta, socijalnoj okolini u kojoj se pacijent nalazi, predrasudama koje pacijent može imati nakon uspostavljanja dijagnoze depresije i predlaganja terapije. Vrlo je važno da pacijent i liječnik ostvare odnos povjerenja i da pacijent doživljava liječnika kao stručnu i etičnu osobu koja će uz svoja profesionalna znanja i prateći najnovije preporuke za liječenje

depresije donijeti najbolje odluke u cjelokupnom planu liječenja te na taj način poboljšati i očuvati zdravlje pacijenta (30,31,38).

Terapija depresije u obiteljskoj medicini provodi se farmakoterapijski i potpornom psihoterapijom (5).

3.7.1. FARMAKOTERAPIJSKO LIJEČENJE

Najvažnija grupa lijekova za liječenje depresije su antidepresivi. Antidepresivi se svrstavaju u više skupina s obzirom na njihovu specifičnu farmakodinamiku; međutim, većina ovih lijekova djeluje na noradrenalinski i/ili serotoninski sustav u centralnom živčanom sustavu. Premaaminskoj hipotezi, kod poremećaja raspoloženja, osobito depresije, dolazi do funkcionalnog smanjenja aktivnosti ovih neurotransmitera u moždanim putevima koji su odgovorni za raspoloženje, što dovodi do pojave bolesti. Ova hipoteza se temelji na istraživanjima koja pokazuju kako lijekovi koji funkcionalno pojačavaju aktivnost ovih neurotransmiterskih puteva, smanjuju simptome depresije i/ili dovode do remisije (39).

Prema većini relevantnih smjernica za liječenje depresije, preporučuju se antidepresivi druge generacije zbog svog sigurnosnog profila i učinkovitosti. Kao lijek prvog izbora, ističu se selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (SIPPS) (12). Ovi lijekovi ostvaruju svoj učinak vrlo selektivnim djelovanjem na serotoninski transporter. SIPPS alosterički inhibiraju serotoninski transporter, vežući se na presinaptički neuron na mjesto različito od vezujućeg mjesta za serotonin, što u konačnici dovodi do povećanja koncentracije serotonina u sinapsi. Također, SIPPS imaju minimalan inhibitorni učinak na noradrenalinski transporter, kao i na inhibiciju adrenergičkih i kolinergičkih receptora (39). Ovoj skupini lijekova pripadaju: citalopram, escitalopram, fluvoksamin, fluoksetin, paroksetin i sertralin.

Osim selektivnih inhibitora ponovne pohrane serotonina, kao lijek prvog izbora mogu se koristiti i (5,12,40):

- inhibitori ponovne pohrane serotonina i noradrenalina (engl. *Serotonine-Noradrenaline Reuptake Inhibitors*, SNRI) – duloksetin, venlafaksin
- inhibitori ponovne pohrane noradrenalina i dopamina (engl. *Noradrenaline Dopamine Reuptake Inhibitors*, NDRI) - bupropion
- noradrenergički i specifični serotoninergički inhibitori (engl. *Noradrenergic and specific serotonergic antidepressants*, NASSA) - mirtazapin
- multimodalni antidepresivi - vortiooksetin
- inhibitori ponovne pohrane serotonina antagonisti receptora 5-HT_{2C} – trazodon
- pojačivači ponovne pohrane serotonina – tianeptin

Prilikom korištenja navedenih lijekova, najčešće se javljaju nuspojave poput glavobolje, mučnine, suhoće usta, seksualnih problema, agitacije, vrtoglavice, znojenja i povećanja ili smanjenja apetita. Ove nuspojave mogu varirati ovisno o odabranom lijeku te su određene češće kod pojedinih lijekova. Važno je spomenuti i povećanje suicidalnosti na početku liječenja, što svakako treba imati na umu kada započinjemo terapiju (12,30,31,40).

Odluku o tome koji lijek treba odabrati treba donijeti na temelju intenziteta depresije, specifičnosti simptoma, komorbiditetnim bolestima, dobi pacijenta i cijeni lijeka. Kasnije u tijeku liječenja treba razmatrati odgovor na terapiju, ozbiljnost nuspojava i sigurnost primjene lijeka te eventualno donijeti odluku o promjeni lijeka ukoliko za to postoje indikacije (30,31,40).

Na početku terapije vrlo je važno pratiti pacijenta kako bi se sagledalo težinu simptoma, javljanje nuspojava i procijenio suicidalni rizik. Preporučuje se blagu do srednje tešku depresiju liječiti monoterapijom. Smatra se kako je kod blage depresije moguće u liječenju koristiti i

promjenu životnog stila, uz psihoterapijske metode i tehnike relaksacije, savjetovanje s liječnikom ili psihologom, grupnom tjelovježbom - bez upotrebe farmakoterapije (1,30,40). Odluku o korištenju farmakoterapije kod blage depresije treba donijeti zajedno s pacijentom.

U svakom slučaju, kod blage i umjerene depresije, odabrani lijek se primjenjuje u početnoj dozi i pacijenta se prati najčešće jednom tjedno. Ukoliko dođe do povoljnog terapijskog odgovora (smanjenje simptoma depresije za $\geq 50\%$), praćenje se može nastaviti svakih mjesec dana. Ukoliko ne dođe do povoljnog odgovora u očekivanom razdoblju od 2 do 4 tjedna, moguće je povišiti dozu lijeka (te ponovno pratiti pacijenta kroz razdoblje u kojem očekujemo poboljšanje; ako i tada izostane povoljan odgovor na terapiju, treba zamijeniti antidepresiv nekim drugim lijekom iz iste skupine lijekova te ga ponovno pratiti. Prije prelaska na drugu liniju liječenja, treba pokušati i liječenje nekom drugom skupinom lijekova prve linije. Prema većini smjernica, liječenje prve epizode depresije trebalo bi trajati 6-9 mjeseci a optimalno bi bilo 12 mjeseci. Kod povratne depresije, ukoliko se radi o drugoj epizodi, preporučuje se terapiju provoditi najmanje 1 godinu, a može se liječenje produžiti i do 2 godine. Ako se radi o trećoj ili više puta dijagnosticiranoj povratnoj depresiji, preporuka je da se farmakoterapija provodi doživotno ili minimalno 2 godine (5,12,40).

Kod liječenja umjereno teške depresije, uz farmakoterapiju bi trebalo koristiti i psihoterapiju, a farmakološko liječenje se također započinje lijekovima iz skupine SIPPS. Ukoliko ne dođe do poboljšanja u očekivanom periodu, moguće je dodati i drugi lijek iz skupine lijekova prvog izbora, a treba razmisliti i o upotrebi anksiolitika i sedativnih antipsihotika; međutim, liječenje rezistentnih i zahtjevnih oblika depresije trebalo bi provoditi u dogovoru s psihijatrom (1).

Farmakološka terapija teške depresije ovisi o tome radi li se o teškoj depresiji sa psihotičnim simptomima (F32.3, F33.3) ili o teškoj depresiji bez psihotičnih simptoma (F32.2,

F33.2). Ovakvi oblici depresije obično se liječe pod vodstvom psihijatra ili u suradnji s psihijatrom, budući da je odgovor na terapiju često nedostatan prema smjernicama o praćenju odgovora na terapiju (1).

Kod teške depresije bez psihotičnih simptoma liječenje se obično počinje monoterapijom, lijekom prve linije, najčešće escitalopramom, mirtazapinom, sertralinom, duloksetinom ili venlafaksinom (1,31,41). Međutim, često se zbog izostanka očekivanog odgovora dodaje još jedan lijek, također iz skupine lijekova prvog izbora. Čak i nakon prelaska na lijekove drugog, pa i trećeg izbora, koji djeluju na više neurotransmiterskih sustava, ali koji često imaju i ozbiljnije nuspojave, kod 30% pacijenata ne dođe do očekivanog poboljšanja (1,31). Prema smjernicama, u obzir dolazi i elektrokonvulzivna terapija (1,31).

Kod teške depresije sa psihotičnim simptomima uz navedenu farmakoterapiju treba koristiti i antipsihotike. Prvi izbor su svi atipični antipsihotici, drugi izbor je klozapin, a tipični antipsihotici su treći izbor (31).

3.7.2. NEFARMAKOLOŠKO LIJEČENJE

Osim farmakoterapije, u liječenju depresije koriste se i različite psihoterapijske metode, promjena životnog stila, tjelesna aktivnost, socijalne grupe podrške i samoedukacija pacijenta kroz različite bibliografske izvore. Potrebno je uključiti više modaliteta terapije, budući da to povećava vjerojatnost pozitivnog ishoda (30,40).

Veliki broj znanstvenih istraživanja i meta-analiza, kao i relevantnih smjernica, pokazuje kako kognitivno bihevioralna terapija (KBT) postiže učinkovite rezultate pri liječenju depresije (30,31,42–45). Kognitivno bihevioralna terapija se može koristiti bez farmakoterapije, ovisno o procjeni liječnika koji će evaluirati stupanj depresije, želje pacijenta,

psihobiosocijalne čimbenike i druge okolnosti koji bi govorili u prilog tomu da je to prikladan izbor za pojedinog pacijenta. Može se kombinirati s farmakoterapijom, a ponekad se pridodaje farmakoterapiji naknadno, kada različiti farmakoterapijski pristupi nisu doveli do očekivanog odgovora.

KBT se temelji na pretpostavci da disfunkcionalna vjerovanja o sebi i svijetu značajno doprinose razvoju depresivnog raspoloženja. U ovoj vrsti psihoterapije pokušava se promjenom kognitivnih procesa (poput automatskih misli, temeljnih vjerovanja i kognitivnih iskrivljenja), doći do promjene u emocijama i ponašanju. Potrebno je identificirati iskrivljena uvjerenja, provjeriti njihovu valjanost i promijeniti ih kako bi došlo do promjene raspoloženja. Osim toga, u kognitivno bihevioralnoj terapiji se potiče promjena u ponašanjima koja su posljedica pogrešnog učenja, budući da se prema ovoj paradigmi svako ponašanje, pa tako i ono patološko, smatra naučenim. KBT je posebno korisna kod rješavanja problema povlačenja i gubitka zadovoljstva, jer se kroz različite tehnike usmjerava na povećavanje osjećaja zadovoljstva i aktivnosti (31,46). Osim kognitivno bihevioralne terapije, često se koriste i interpersonalna terapija (IPT), terapija rješavanja problema (PST) i psihoanalitička terapija (1,40).

3.7.3. LIJEČENJE DEPRESIJE KOD PACIJENATA STARIJE ŽIVOTNE DOBI

Kod pacijenata starije životne dobi, u liječenju depresije važno je razmotriti pacijentovo opće zdravstveno stanje, uzimajući u obzir komorbiditetne bolesti, lijekove koji su u kroničnoj terapiji i moguće interakcije s odabranom terapijom. Također, treba pratiti razvoj mogućih nuspojava i imati na umu veći rizik od njihovog nastanka kao i veći rizik od padova i potencijalnih fraktura. S obzirom na tjelesno zdravlje i komorbiditetne bolesti, treba razmišljati

i o hiponatrijemiji, pogotovo kod pacijenata koji već uzimaju lijekove koji povećavaju rizik od manjka natrija, primjerice diuretika (30).

Kao lijek prvog izbora i kod osoba starije životne dobi obično se koriste SIPPS. Nakon uvođenja maksimalne doze, tijekom 3 do 4 tjedna treba provjeriti je li došlo do očekivanog terapijskog odgovora, ukoliko odgovor na terapiju nije zadovoljavajući, može se prepisati neki drugi lijek iz skupine SIPPS, te ponovno pratiti odgovor na terapiju. Preporuka je da se kod prve epizode depresije liječenje provodi tijekom 12 mjeseci, a kod povratne depresije 24 mjeseca. Ako se radi o trećoj epizodi, tada liječenje treba trajati minimalno 36 mjeseci. (12). Od nuspojava, mogu se javiti tremor, poremećaji spavanja, glavobolja ili gubitak na tjelesnoj težini. Treba uzeti u obzir i interakcije koje se najčešće javljaju sa lijekovima iz skupine nesteroidnih antireumatika, a očituje se povećanim rizikom od krvarenja, posebice u gastrointestinalnom sustavu (ibuprofen, ketoprofen, diklofenak, indometacin, naproksen) (12).

4. RASPRAVA

Depresija je psihički poremećaj koji se očituje sniženom životnom energijom, gubitkom interesa i zadovoljstva u svakodnevnim životnim aktivnostima i perzistiranjem sniženog raspoloženja. Ona može značajno narušiti funkcioniranje pojedinca, ali i njegovo tjelesno zdravlje. Osim na pojedinca, ostvaruju se negativne posljedice i na njegovu obitelj, bliske prijatelje, a u konačnici i na društvo u cjelini. Kako je ovo relativno čest poremećaj, vrlo je važno pravovremeno je prepoznati u primarnoj zdravstvenoj skrbi. Obiteljski liječnici imaju specifičnu ulogu i zadatak, budući da ostvaruju kontinuiranu skrb o pacijentu i mogu bolje poznavati samog pacijenta, njegovu obitelj, životne navike i stilove, nego liječnici drugih specijalnosti. Samim time, mogu pristupiti pacijentu holistički, što uvelike može poboljšati ishode liječenja (12,30,31).

Međutim, liječnicima obiteljske medicine vrlo često može biti izazovno posvetiti se zdravlju pacijenata onoliko koliko bi sami htjeli ili smatrali da je prikladno s obzirom na vrlo velik broj pacijenata s kojima svakodnevno ostvaruju kontakt i na ograničene resurse. Upravo zbog toga, važno je poznavati alate i metode kojima će u relativno kratkom vremenu moći napraviti učinkovit probir pacijenata te pravovremeno prepoznati rizik od depresije.

U suvremenim smjernicama koje se bave pristupom, dijagnostikom i liječenjem depresije, prepoznaje se multidisciplinarni pristup koji uključuje farmakoterapiju, kognitivno bihevioralnu terapiju (i druge psihoterapijske metode), metode socijalne podrške i grupnu tjelovježbu (30,31,40).

Kod pristupa pacijentu s depresijom, liječnik obiteljske medicine trebao bi razmišljati o ostvarivanju odnosa povjerenja u kojem će s pacijentom moći raspraviti sve okolnosti koje su povezane sa samom bolešću, pacijentovom obiteljskom situacijom, životnim okolnostima,

odabirom terapije i očekivanjima od liječenja. Treba imati na umu i stigmatizaciju koja može pratiti dijagnozu psihičkih poremećaja i negativne posljedice koje to može imati na pacijenta i na pridržavanje terapije, kao i na ishode samog liječenja (30).

Liječnik može uputiti pacijenta na relevantne bibliotekarske izvore i literaturu koja pacijentu može pomoći kroz samoedukaciju i dublje upoznavanje sa samim poremećajem. Uz svoju stručnost, može pomoći pacijentu pri odabiru te razjasniti nedoumice s kojima se pacijent u svom informiranju može susresti.

Ukoliko u pacijentovoj blizini postoje specijalizirane ustanove ili stručne osobe, koje se bave pomoći i potporom u liječenju psihičkih poremećaja, liječnik može uputiti pacijenta te ga informirati s obzirom na svoja stručna znanja. Pri tome treba obratiti pažnju na pacijentove vremenske i financijske mogućnosti.

Kod donošenja plana liječenja, s pacijentom treba raspraviti o efikasnosti predložene terapije, bilo da se radi o farmakoterapiji, psihoterapiji ili drugim oblicima liječenja depresije. Pri farmakološkom liječenju, pacijenta treba informirati o njegovim komorbiditetnim bolestima, kroničnoj terapiji i objasniti zašto je odabrani lijek najbolji izbor za njega. Treba razmotriti njegovu dob i upozoriti ga na potencijalne nuspojave, kao i naglasiti pacijentu da se u slučaju javljanja ovih nuspojava ponovno javi kako bi liječnik odlučio o daljnjim koracima u tom slučaju. Također treba naglasiti period u kojem je realistično očekivati odgovor na terapiju, i objasniti zašto je važno održavati farmakoterapiju po smjericama predloženom vremenu korištenja lijeka. Liječnik može objasniti i zašto je potrebno dulje uzimanje terapije kada se radi o povratnoj depresiji (5,40). Pri prekidu terapije, liječnik vodi računa o potencijalnom relapsu, uzimajući u obzir postotak pacijenata kod kojih se on javlja i period u kojem ga je realistično očekivati te donosi plan liječenja ukoliko postoje indikacije za to.

S obzirom na to da neki oblici depresije mogu biti izazovni za liječenje, bilo da se radi o težim oblicima depresije, depresijom sa psihotičnim simptomima, komorbiditetnim psihičkim poremećajima, zahtjevnim poremećajima ličnosti ili pak o refraktornoj depresiji koja ne reagira na predložene oblike i modalitete liječenja, liječnik obiteljske medicine će u takvim slučajevima, kao i u slučajevima kada se ne osjeća dovoljno kompetentnim da samostalno provodi liječenje, uputiti pacijenta psihijatru. Ponekad će liječnik zatražiti psihijatrijsko bolničko liječenje, a kod nekih pacijenata će u suradnji sa psihijatrom suradnički sudjelovati u liječenju pacijenta.

Kod pacijenata s depresijom obavezno se procjenjuje i suicidalni rizik, uzimajući u obzir rizične faktore poput suicidalne ideacije, osjećaja beznadnosti i bespomoćnosti, ali i zaštitne faktore koji mogu biti prisutni u obliku socijalne i obiteljske podrške te "razlozima za život" (5,31).

5. ZAKLJUČCI

Budući da depresija predstavlja globalni javnozdravstveni problem, potrebno je ulagati u programe za prevenciju mentalnih poremećaja. Ovi programi mogu sadržavati javno obrazovanje populacije o mentalnom zdravlju, promicati zdrav način života i tehnike za smanjenje stresa, poboljšati pristup psihološkoj terapiji i savjetovanju i utjecati na smanjivanje stigmatizacije psihičkih poremećaja. Time bi se potaknuo otvoreniji pristup psihičkom zdravlju i potaknulo pojedince koji su u riziku na traženje adekvatne pomoći.

Kako je depresija često neprepoznata, treba pružiti i dodatnu edukaciju liječnicima koja bi uključivala informacije o raznolikim manifestacijama depresije i drugih mentalnih poremećaja i osigurala redovito obnavljanje znanja o dijagnostičkim kriterijima prema najnovijim i najrelevantnijim smjernicama. Također, potrebno je usmjeriti liječnike na aktivan i suradnički odnos s pacijentima kako bi se otkrili simptomi depresije i pravovremeno započelo s terapijom.

Liječenje depresije trebalo bi uključivati multidisciplinarni i individualizirani pristup pacijentu. Treba razmotriti različite modalitete liječenja poput farmakoterapije, psihoterapije, grupa socijalne podrške, poticanje promjene životnog stila, tjelovježbe i tehnika relaksacije. Kako bi terapija bila što uspješnija, potrebno je redovito pratiti pacijenta kako bi se osigurala adekvatna učinkovitost i prilagodba terapije tijekom procesa liječenja.

6. SAŽETAK

Depresija je vrlo čest psihički poremećaj kojeg obilježava dugotrajno sniženo raspoloženje, gubitak interesa i zadovoljstva u uobičajenim aktivnostima i smanjena životna energija. Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije u svijetu oko 280 milijuna ljudi pati od depresije. Nastanak depresije se objašnjava genetskim, neurofiziološkim, hormonalnim, psihološkim i socijalnim faktorima. Simptomi depresije mogu biti blagi, umjereni ili teški, a ponekad su u kombinaciji sa psihotičnim simptomima. Da bi se dijagnosticirala depresija, potrebno je da su prisutna barem dva od tri tipična simptoma i potrebno je da oni traju barem dva tjedna. Liječnici obiteljske medicine igraju ključnu ulogu u prepoznavanju i liječenju depresije te poboljšanju ishoda liječenja kroz edukaciju, podršku i pravovremenu terapiju. Kod pacijenata s depresijom liječnik treba procijeniti i suicidalni rizik. Moderne smjernice za liječenje depresije ističu multimodalni i individualizirani pristup pacijentu, a terapijski pristupi uz farmakoterapiju uključuju i savjetovanje, individualnu i grupnu psihoterapiju, pružanje socijalne podrške, grupnu tjelovježbu te samoedukaciju pacijenta o poremećaju. Smatra se kako se depresija može uspješno liječiti kod velikog broja pacijenata. Međutim, ponekad je depresija rezistentna pa je nužno pacijenta uputiti psihijatru i liječenje nastaviti na sekundarnoj razini zdravstvene zaštite.

Ključne riječi: depresija, obiteljska medicina, dijagnostika depresije, liječenje depresije, veliki depresivni poremećaj

7. SUMMARY

Depression is a very common mental disorder characterized by persistent low mood, loss of interest and pleasure in usual activities, and reduced energy. According to the World Health Organization, around 280 million people worldwide suffer from depression. The etiology of depression is explained by genetic, neurophysiological, hormonal, psychological, and social factors. Symptoms of depression can be mild, moderate, or severe, sometimes accompanied by psychotic symptoms. To diagnose depression, at least two of the three typical symptoms must be present for at least two weeks. Family physicians play a crucial role in recognizing and treating depression and improving treatment outcomes through education, support, and timely therapy. Suicidal risk should also be assessed in patients with depression. Modern guidelines for treating depression emphasize a multimodal and individualized approach to patients, with therapeutic approaches including pharmacotherapy, counseling, individual and group psychotherapy, social support, group exercise, and patient self-education about the disorder. Depression is considered treatable in a large number of patients. However, in cases of treatment-resistant depression, referral to a psychiatrist and continuation of treatment at the secondary level of healthcare may be necessary.

Keywords: depression, family medicine, diagnosis of depression, treatment of depression, major depressive disorder

8. LITERATURA

1. Begić D. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 2015.
2. Institute of Health Metrics and Evaluation. [Internet] Global Health Data Exchange (GHDx). [citirano: 02.06.2023.]; Dostupno na: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>.
3. Alexopoulos GS. Depression in the elderly. *Lancet*. 2005 Jun 4-10;365(9475):1961-70.
4. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*. 2007 Sep 8;370(9590):851-8. [citirano 02.06.2023.]; Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17826170/>
5. Ljubotina A, Zavidčić T, Fišić M, Bukmir L, Popović B. Smjernice za liječenje depresivnih i anksioznih poremećaja. U: Bergman Marković B, Diminić Lisica I, Katić M i suradnici: Smjernice u praksi obiteljskog liječnika. Zagreb; Medicinska naklada 2020: 225-241.
6. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2017.
7. MKB-10. Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema. Deseta revizija. 2.izd. Zagreb: Medicinska naklada; 2012.
8. World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
9. GBD Results Tool. In: Global Health Data Exchange [Internet]. Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation; 2019. [citirano 02.06.2023.]; Dostupno na: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/5066348dc958b095cb6ceb4bfd9c3e0>
10. GBD Results Tool. In: Global Health Data Exchange [Internet]. Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation; 2019. [citirano 02.06.2023.]; Dostupno na: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/cb9c37d9454c80df77adaed394d7fc0f>
11. World Health Organization. Estimated population-based prevalence of depression. 2015. [Internet]. [citirano 02.06.2023.]; Dostupno na: <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/estimated-population-based-prevalence-of-depression>
12. Bukmir L, Fišić M, Popović B, Ljubotina A, Zavidčić T. Smjernice za dijagnostiku i liječenje depresivnih poremećaja. *Medix*. 2019.;XXV(135):83-88. str.
13. Depresija [Internet]. [citirano 06. svibanj 2021.]. Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/sluzba-promicanje-zdravlja/depresija/>.

14. Persons reporting a chronic disease, by disease, sex, age and educational attainment level [Internet]. Eurostat; 2019 [citirano 02.06.2023.]; Dostupno na: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_EHIS_CD1E/bookmark/table?lang=en&bookmarkId=2d249b06-f173-48b3-b6ed-e90b57e6f683&page=time:2019
15. “Major depression”. U.S. National Institute of Mental Health (NIMH). January 2022. [Internet]. [citirano 02.06.2023.]; Dostupno na: <https://web.archive.org/web/20220809144808/https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/major-depression>
16. Desai HD, Jann MW. Major depression in women: a review of the literature. *J Am Pharm Assoc (Wash)*. 2000 Jul-Aug;40(4):525-37. Erratum in: *J Am Pharm Assoc (Wash)* 2001 Jan-Feb;41(1):7. [citirano 02.06.2023.]; Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10932463/>
17. Malhi GS, Mann JJ. Depression. *Lancet*. 2018 Nov 24;392(10161):2299-2312. [citirano 02.06.2023.]; Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30396512/>
18. Parker G, Brotchie H. Gender differences in depression. *Int Rev Psychiatry*. 2010;22(5):429-36. [citirano 02.06.2023.]; Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21047157/>
19. Kring AM, Johnson SL. *Abnormal psychology: The science and treatment of psychological disorders*. Hoboken, NJ: Wiley; 2018.
20. Sullivan PF, Neale MC, Kendler KS. Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 2000. [citirano 02.06.2023.]; Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11007705/>
21. Depue RA, Iacono WG. Neurobehavioral aspects of affective disorders. *Annu Rev Psychol*. 1989;40:457-92. [citirano 02.06.2023.]; Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2648983/>
22. Pizzagalli DA. Depression, stress, and anhedonia: toward a synthesis and integrated model. *Annu Rev Clin Psychol*. 2014;10:393-423. [citirano 02.06.2023.]; Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24471371/>
23. Treadway MT, Pizzagalli DA. Imaging the pathophysiology of major depressive disorder - from localist models to circuit-based analysis. *Biol Mood Anxiety Disord*. 2014 Mar 7;4(1):5. [citirano 02.06.2023.]; Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24606595/>
24. Coyne JC. Depression and the response of others. *J Abnorm Psychol*. 1976 Apr;85(2):186-93. [citirano 02.06.2023.]; Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1254779/>
25. Kendler KS, Hetttema JM, Butera F, Gardner CO, Prescott CA. Life event dimensions of loss, humiliation, entrapment, and danger in the prediction of onsets of major depression and generalized anxiety. *Arch Gen Psychiatry*. 2003 Aug;60(8):789-96. [citirano 02.06.2023.]; Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12912762/>

26. Sheets ES, Craighead WE. Comparing chronic interpersonal and noninterpersonal stress domains as predictors of depression recurrence in emerging adults. *Behav Res Ther.* 2014 Dec;63:36-42. [citirano 02.06.2023.]; Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25277497/>
27. Frieze, Irene, and Bernard Weiner. "Cue utilization and attributional judgments for success and failure." *Journal of Personality* 39.4 (1971): 591-605. [citirano 02.06.2023.]; Dostupno na: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1467-6494.1971.tb00065.x>
28. Abramson LY, Metalsky GI, Alloy LB. Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review.* 1989;96:358–372. [citirano 02.06.2023.]; Dostupno na: <https://psycnet.apa.org/record/1989-26014-001>
29. Fekadu A, Demissie M, Birhane R, Medhin G, Bitew T, Hailemariam M, Minaye A, Habtamu K, Milkias B, Petersen I, Patel V, Cleare AJ, Mayston R, Thornicroft G, Alem A, Hanlon C, Prince M. Under detection of depression in primary care settings in low and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev.* 2022 Feb 5;11(1):21. [citirano 02.06.2023.]; Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35123556/>
30. NICE Guidance: Depression in adults: treatment and management [Internet]. [citirano 02.06.2023.]; Dostupno na: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/Recommendations#recognition-and-assessment>
31. Klinicke smjernice za liječenje depresivnog poremećaja. Hrvatsko psihijatrijsko društvo. [citirano 02.06.2023.]; Dostupno na: <http://www.psihijatrija.hr/site/wp-content/uploads/2020/03/SMJERNICE-DEPRESI- JA-2020-s-izmjenama.pdf>.
32. Hrvatsko društvo za kliničku psihijatriju HLZ-a, Hrvatsko psihijatrijsko društvo HLZ-a, Hrvatsko društvo za psihofarmakoterapiju i biologijsku psihijatriju HLZ-a. Kliničke smjernice za liječenje depresivnog poremećaja. *Medix.* 2013.;XIX(106, Supl. 1):1-23.
33. Wang YP, Gorenstein C. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: a comprehensive review. *Braz J Psychiatry.* 2013 Oct-Dec;35(4):416-31. [citirano 02.06.2023.]; Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24402217/>
34. Lee EH, Lee SJ, Hwang ST, Hong SH, Kim JH. Reliability and Validity of the Beck Depression Inventory-II among Korean Adolescents. *Psychiatry Investig.* 2017 Jan;14(1):30-36. [citirano 02.06.2023.]; Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5240453/>
35. García-Batista ZE, Guerra-Peña K, Cano-Vindel A, Herrera-Martínez SX, Medrano LA. Validity and reliability of the Beck Depression Inventory (BDI-II) in general and hospital population of Dominican Republic. *PLoS One.* 2018 Jun 29;13(6):e0199750. [citirano 02.06.2023.]; Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6025862/>
36. Angst J, Angst F, Stassen FF. Suicide risk in patients with major depressive disorder. *J Clin Psychiatry* 1999;60(suppl 2):57-62.

37. Brown GK, Beck AT, Steer RA, Grisham JR. Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: a 20-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2000;68:371-377.
38. Kennedy SH, Gorwood P. *Successful Management of Major Depressive Disorder*. London: Evolving Medicine; 2012.
39. Katzung BG, Vanerah TW. *Basic & Clinical Pharmacology*. New York: McGraw-Hill; 2021.
40. Popović B, Diminić Lisica I. Bolesnik s depresivnim poremećajem. U: Diminić Lisica I, Katić M, Bergman Marković B i suradnici: *Izazovi u praksi obiteljskog liječnika*. Zagreb: Medicinska naklada; 2022: 248-261.
41. Lam RW, Kennedy SH, Grigoriadis S, McIntyre RS, Milev R, Ramasubbu R, i ostali. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. III. Pharmacotherapy. *J Affect Disord*. listopad 2009.;117 Suppl 1:S26-43.
42. David D, Cristea I, Hofmann SG. Why Cognitive Behavioral Therapy Is the Current Gold Standard of Psychotherapy. *Front Psychiatry*. 2018 Jan 29;9:4. [citirano 02.06.2023.]; Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5797481/>
43. Health Quality Ontario. Psychotherapy for Major Depressive Disorder and Generalized Anxiety Disorder: A Health Technology Assessment. *Ont Health Technol Assess Ser*. 2017 Nov 13;17(15):1-167. [citirano 02.06.2023.]; Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5709536/>
44. Li JM, Zhang Y, Su WJ, Liu LL, Gong H, Peng W, et al. Cognitive behavioral therapy for treatment-resistant depression: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res*. 2018 Oct 1;268:243–50.
45. Wiles NJ, Thomas L, Turner N, Garfield K, Kounali D, Campbell J, et al. Long-term effectiveness and cost-effectiveness of cognitive behavioural therapy as an adjunct to pharmacotherapy for treatment-resistant depression in primary care: follow-up of the CoBaT randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry*. 2016 Feb 1;3(2):137–44.
46. Beck JS. *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond*. 3rd ed. London, England: Guilford Press; 2020.

9. ŽIVOTOPIS

Juraj Gjergja rođen je 05.05.1990. godine u Zadru gdje pohađa osnovnu školu i Gimnaziju Jurja Barakovića. Nakon srednjoškolskog obrazovanja upisuje studij psihologije na Odsjeku za psihologiju Filozofskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. Pod mentorstvom prof.dr.sc. Nataše Jokić Begić napisao je i obranio diplomski rad s naslovom “Tjelesna aktivnost i psihičko zdravlje”, čime stječe naziv magistar psihologije 2015. godine. Upisuje studij medicine 2017. godine na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Rijeci. Područje interesa su mu farmakologija, psihoterapija i fitoterapija.