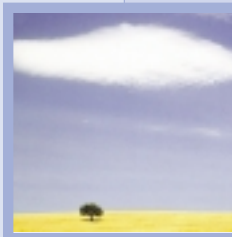




PLIVA

živjeti s  *depresijom*



Urednik:

prof. dr. sc. Ljubomir Hotujac, predstojnik Klinike za psihijatriju,
KBC Rebro, Zagreb

Suradnici:

Igor Filipčić, dr. med.
mr. sc. Jasmina Grubišin, dr. med.
Aran Tomac, dr. med.
Sanda Radanović-Čorić, dr. med.
Biljana Kosanović-Rajačić, dr. med.



PLIVA d.d.

Ivana Božikov, dipl. oec.
Sonja Krstić, dr. med.
Azijada Pašiček-Srkalović, dr. med.
Ljubica Vukšić, dr. med.
Tanja Žignić Gotlin, mr. pharm.

Lektor:

Drijenka Pandžić Kuliš, prof.

Idejno i grafičko oblikovanje:

Ideo dizajn d.o.o.



HRVATSKO PSIHIJATRIJSKO DRUŠTVO

Predsjednik:
prof. dr. sc. Ljubomir Hotujac

veljača, 2003.

<http://depresija.plivazdravlje.hr>

e-mail: depresija@plivazdravlje.hr

www.plivazdravlje.hr

Besplatni telefon:

PLIVA kontakt centar "Živjeti s..." 0800-0222



Sadržaj

sadržaj

Uvod	02
I. O bolesti	03
II. Liječenje	26
III. Savjeti	37
IV. Rječnik	40





Uvod

Poštovani čitatelji,

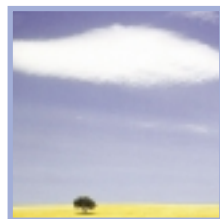
Pred vama je nova PLIVINA brošura iz javnozdravstvenog projekta "Živjeti s...". Ovoga puta, tema brošure je depresija. Teško je definirati koliko je depresija prisutna u populaciji, jer se vrlo često javlja kao popratna bolest ili sindrom uz neku već postojeću bolest ili stanje u kojemu se današnji čovjek nalazi. Ova je brošura namijenjena svima: osobama koje se nađu u situaciji koja im se čini bezizlaznom pa počinju razvijati depresivan sindrom, osobama koje žive ili rade s nekim tko je depresivan te javnozdravstvenim djelatnicima. U tekstu ćete saznati kako je depresija česta, teška ali izlječiva bolest i ako je takvu prihvatimo, lakše ćemo se s njome nositi i pobijediti je. Upravo je i jedan od ciljeva ove PLIVINE brošure ukloniti predrasude o psihijatrijskim bolestima te poboljšati informiranost opće populacije.

Nadamo se da će vam tekst biti razumljiv i od koristi.

Srdačan pozdrav,

PLIVA d.d.
Tržište Hrvatska

Direktor:
Matko Bolanča, dr. med.





0 bolesti

Ako postoji pakao na zemlji, naći ćete ga u srcu melankoličnog čovjeka!

Robert Burton
Anatomy of Melancholy, 1621.

1. Što je depresija?

Depresija je stara koliko i čovječanstvo. Ubraja se ne samo u najranije opisane bolesti u povijesti medicine, nego i u najčešće psihičke poremećaje današnjice. Riječ "depresija" podrijetlom je iz latinskoga jezika - latinski *depressio* dolazi od *deprimere*, što znači potisnuti, pritisnuti, udubiti ili potlačiti.

Trenutno je depresija za žene zdravstveni problem broj dva, a u ukupnoj populaciji depresija je na četvrtom mjestu. Prema procjenama Svjetske zdravstvene organizacije depresija će do 2020. godine postati drugi svjetski zdravstveni problem, a gledajući samo žensku populaciju, zdravstveni problem broj jedan. Posljedica je to kontinuiranog porasta broja depresivnih osoba što se prati od 1910. g. nadalje. Najmanje svaki deseti čovjek ima šansu jednom u životu oboljeti od depresije, može se javiti od dječje do starije dobi, a naročito je česta u srednjim godinama. Depresija uzrokuje duboke patnje i većina se stručnjaka slaže da je to za čovjeka najbolnije životno iskustvo s kojim se može suočiti.

Depresija je više od obične tuge. Međutim, ako se tuga pojavi bez ikakva razloga ili je ona nesrazmjerna razlogu nastanka, ako ne prestaje ili se ponovno vrati, ako nam je teško raditi, družiti se, spavati, jednom riječju više se ne možemo veseliti životu, onda to više nije neraspoloženje, nije obična tuga, nego **depresija**.

Depresija je ozbiljan duševni poremećaj, prava bolest koja se mora liječiti. Ona zahtijeva liječenje jer utječe na cjelokupni život bolesnika, a ako se ne liječi, sve se više pogoršava. Zbog neupućenosti, depresiju često ne prepoznaju ni osobe koje od nje pate, kao ni njihova najbliža okolina, čak i kad depresija uzrokuje značajne bračne, obiteljske, profesionalne i socijalne poteškoće. Depresija je bolest sa značajnom smrtnošću. Podaci govore da i do



15% depresivnih osoba počini samoubojstvo. Stoga depresija zahtijeva ozbiljan pristup, čim ranije prepoznavanje i adekvatno liječenje da bi se izbjegle moguće pogubne posljedice.

2.

Što je raspoloženje, a što je afekt?



Raspoloženje je unutarnje duboko i trajno emocionalno stanje koje daje ton i boju percepciji, doživljaju svijeta i sebe samoga. Raspoloženje utječe na cjelokupna duševna zbivanja, voljni i nagonski život, opažanje, mišljenje, svijest, pažnju, pamćenje i psihomotoriku. Za razliku od raspoloženja, **afekt** je kratkotrajno, aktualno emocionalno stanje koje se ogleda u izrazu i mimici lica, tonu i modulaciji glasa, pokretima i ponašanju. Raspoloženje je unutarnje emocionalno stanje pojedinca, a afekt je vanjski izražaj tog stanja. Raspoloženje oscilira u svakodnevnom, normalnom životu, pa tako može biti nešto tužnije ili veselije, ali se uglavnom održava unutar nekih društveno prihvatljivih granica i osoba ga može kontrolirati. Međutim, promjene raspoloženja koje klasificiramo kao psihijatrijski poremećaj razlikuju se od prethodnog po jačini otklona od normalnog, po duljini trajanja i nemogućnosti da osoba takvo raspoloženje kontrolira. **Raspoloženje** može biti **bolesno sniženo**, pa tada govorimo o depresiji, ili **bolesno povišeno**, pa tada govorimo o maniji ili hipomaniji. Te se promjene mogu javiti bez ikakvog očiglednog razloga ili su u očitom neskladu s uzrokom.

3.

Koje su najčešće zablude vezane uz depresiju?



- Depresija će brzo proći sama od sebe, pa liječenje i nije potrebno.
- Depresija je nešto što napada samo slabe i bespomoćne.
- Promjenom okoline, proći će i depresija (Depresija je kao kovčeg, putuje zajedno s njegovim vlasnikom!).
- Depresivan čovjek najbolje zna kako mu je (djelomice točno!) pa se sam može i izliječiti (pogrešno!).

4.

Što ne smijemo zaboraviti?

- Depresija je izlječiva bolest.
- Što više bolesnik zna o depresiji i što više sudjeluje u programu svog liječenja, lakše će se osloboditi depresije.



PLIVA
neurologija • psihijatrija



- Izlječenje nikada ne dolazi preko noći; potrebno je više tjedana da bi se bolesnik osjećao bolje.
- Depresija nije znak slabosti, depresija je bolest.
- Depresija je često neprepoznata i od liječnika primarne zdravstvene zaštite, najčešće zbog prisutnih tjelesnih simptoma koji pozornost liječnika odvlače u pogrešnom smjeru.
- Zbog neznanja, krivih stavova i uvjerenja, velik broj depresivnih osoba ne traži medicinsku pomoć.
- Depresiju moramo upoznati da bismo se lakše mogli boriti protiv nje.

5.

Što nije depresija?



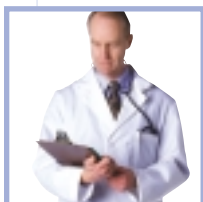
- Depresija nije osjećaj prolaznog neraspoloženja, ona je bolest koja značajno narušava svakodnevni život.
- Depresija nije znak moralne slabosti; depresija je posljedica narušene ravnoteže kemijskih tvari u mozgu, pri čemu važnu ulogu igra nasljeđe, stres, način života.
- Velika je razlika između običnog neraspoloženja i patnje uzrokovane depresijom. Kada smo razočarani životom, kada ostanemo bez prijatelja ili izgubimo voljenu osobu, prirodno je da smo tužni i zabrinuti. Takvi događaji gase nam radost življenja, no ubrzo se većina ljudi vraća u svoje uobičajeno stanje.

6.

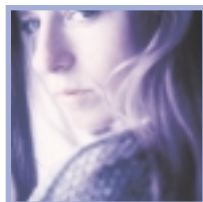
Kako prepoznati depresiju?

Depresija je bolest, jednako kao i povišeni krvni tlak ili šećerna bolest. Bolesnici, kao i kod bilo koje druge kronične bolesti, moraju naučiti kako je prepoznati i nositi se s njom tijekom života. Ne smijete biti posramljeni ako ste depresivni. Izrecite kako se osjećate! Neka Vaš liječnik zna sve o Vašim tegobama. Ako liječnik ne upozna Vaše smetnje, tegobe i simptome, teško mu je postaviti ispravnu dijagnozu. Postoje učinkoviti načini za liječenje depresije i za ponovni povratak u normalan život bez patnje. Ali ako se depresija ne liječi, ona može postati bolest koja ugrožava život!

Depresija je bolest koja uzrokuje smetnje u osjećajnoj, ali i tjelesnoj sferi pojedinca. Većina ljudi tijekom života iskusi žalosno raspoloženje. Stresni događaji poput smrti u obitelji ili financijskih problema mogu biti povod za depresiju, a ponekad se ljudi osjećaju depresivnima bez ikakvog jasnog razloga. Na pravu depresiju treba posumnjati kada se osoba konstantno osjeća žalosno svakog dana **u razdoblju od dva tjedna ili duže** i kada je više ništa ne može razveseliti. **Depresivni bolesnici su slabo raspoloženi, tužni, bezvoljni i**



pojačano umorni. Depresija se također manifestira ravnodušnošću, bezidejnošću, apatijom, gubitkom životne radosti (ahedonijom), ali i u nekim slučajevima pojačanom napetošću, nemirom i razdražljivošću. Isto tako depresija može ometati osnovne tjelesne funkcije, te se manifestirati poremećajem sna, smanjenjem ili pojačanjem apetita, tromošću, nemirom, slabošću, isprpljenošću, gubitkom koncentracije i zaboravljivošću. Depresivno raspoloženje onemogućava bolesnike u obavljanju normalnih i svakodnevnih životnih aktivnosti. Ljudi oboljeli od depresije mogu osjećati pretjerani sram ili krivnju i mogu se opširno baviti mišlju o smrti i umiranju, uključujući i ideje o samoubojstvu.



7. *Koliko često se depresija javlja u populaciji?*

Depresija je jedan od najčešćih psihičkih poremećaja današnjice. Broj osoba s depresivnim poremećajem raste kontinuirano od početka prošlog stoljeća u svim industrijaliziranim zemljama svijeta. Procijenjuje se da se tijekom života unipolarna depresija može javiti u oko 20% žena i 10% muškaraca. Žene češće oboljevaju od muškaraca, točan razlog takve pojave se ne zna, ali je pretpostavka da tome doprinose hormonske promjene u žena, trudnoće, porodi i predodređenost životnih uloga.

Depresija se najčešće javlja u 40-im godinama života, iako se u 50% slučajeva bolest pojavi ranije. U dobi iznad 60 godina javlja se 10% depresija, što ponekad predstavlja dijagnostički problem. Nema značajnije razlike u učestalosti javljanja poremećaja između različitih rasa, niti je opažen značajniji utjecaj socijalno-ekonomskog stanja. Povišeni rizik pojavljivanja depresivnog poremećaja postoji kod obiteljske anamneze alkoholizma, depresije i gubitka roditelja prije dobi od 11 godina.

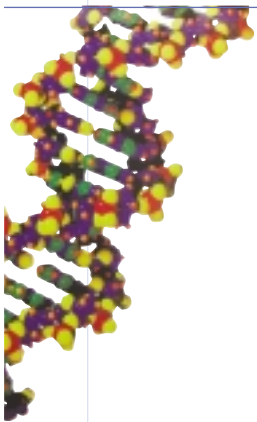
Depresija predstavlja ozbiljnu bolest i može uzrokovati velike ekonomske gubitke društva.



Način kako depresija nastaje za sada nam nije poznat. Postoje brojne teorije o nastanku depresije, no većinu ih se može prikazati unutar dvije osnovne podskupine - **biološke i psihosocijalne osnove bolesti.**

Koje su biološke osnove bolesti?

Genetička istraživanja i istraživanja djelovanja antidepresivnih lijekova ukazali su na značajnost biološke podloge depresije. Tako je rizik obolijevanja od tog poremećaja u obiteljima bolesnika depresije 2-3 puta veći nego što je to slučaj u općoj populaciji. Biološku osnovu depresije predstavlja poremećaj ravnoteže prijenosnika živčanih impulsa (neurotransmitora). Naime, premda mozak izgleda poput kompaktne mase, njega tvore milijarde sitnih živčanih stanica koje su međusobno odijeljene vrlo uskim prostorom. Osnovnu jedinicu živčanog sustava čini živčana stanica - neuron, a uski prostor koji odjeljuje neurone međusobno nazivamo sinapsom. Prijenos impulsa (informacije) između dviju živčanih stanica ne može se odvijati izravnim kontaktom, već taj prostor (sinaptičku pukotinu) "premoštavaju" posebne kemijske tvari (neurotransmitori) koje se oslobađaju iz završetka jedne živčane stanice, prelaze sinaptičku pukotinu, vežu se na posebna mjesta (receptore) susjedne živčane stanice i tako prenose podražaj. Najzastupljeniji neurotransmitori su serotonin, noradrenalin, dopamin, acetilkolin i drugi. Dugo se vremena u poremećaju neurotransmiterskih sustava, osobito noradrenergičkog i serotonergičkog, tragalo za uzrokom nastanka depresije. Depresija se dovodi u vezu s promjenama u nastanku i razgradnji pojedinih neurotransmitora u mozgu, te s promjenama u broju i osjetljivosti njihovih receptora. Osobito je bila poznata tzv. "katekolaminska" teorija depresije, koja je objašnjavala depresiju kao manjak noradrenalina i/ili serotonina. Ta teorija je u sebi objedinila niz kliničkih zapažanja i eksperimentalnih istraživanja, međutim, nije uspjela na zadovoljavajući način objasniti zašto uz terapiju antidepresivima, koji gotovo neposredno nakon uzimanja povećavaju razinu neurotransmitora u sinapsi (mjestu dodira dvaju živčanih stanica), do poboljšanja kliničkog stanja bolesnika dolazi tek nakon 3-4 tjedna kontinuiranog uzimanja. Odgovor vjerojatno leži u činjenici da je antidepresivima potrebno vrijeme za izazivanje određenih promjena, odnosno za korekciju promjena koje su izazvale depresiju. Budući da su svi neurotransmiterski sustavi međusobno funkcionalno povezani, teško se može za promjene u depresiji "okriviti" samo jedan



od njih. Radi se najvjerojatnije o dinamičkom međudodnosu, gdje je jedan ili više sustava odgovorno za početak promjena, na što se nadovezuju druge promjene.

Koja je psihosocijalna pozadina?

Bihevioralna teorija govori o depresiji kao o naučenoj bespomoćnosti. Naučena bespomoćnost uspostavlja se u stresnim situacijama koje se ne mogu izbjeći ili nad kojima se ne može uspostaviti kontrola. Depresija nastaje kod osoba koje uvijek iznova doživljavaju neuspjeh u nastojanju da svojim snagama prevladaju neke životne probleme. U depresivnih osoba nedostaje pozitivnih poticaja zdravog ponašanja i doživljavanja.

U centru pažnje **psihodinamske** teorije leži gubitak, stvarni ili zamišljeni, drage osobe ili predmeta (objekta). Negativne emocije usmjerene k objektu bolesnik ne priznaje i ne prepoznaje te se one pretvaraju u osjećaj krivnje, bezvrijednosti i besperspektivnosti. Ti su simptomi tipični za depresiju.

U **socijalnim** teorijama važnu ulogu ima stres, pa se tako pretpostavlja da niz stresnih situacija predodređuje osobu za razvoj depresije. No to se nizom znanstvenih istraživanja nije uspjelo potkrijepiti. Međutim, nađena je povezanost između javljanja depresije i gubitka jednog od roditelja prije navrššenih 11 godina, te gubitka bračnog partnera.



Koje je suvremeno tumačenje nastanka depresije?

Danas smatramo da je depresija biopsihosocijalni poremećaj. Ona ne može nastati ako u osobe ne postoji manja ili veća urođena predodređenost za pojavnost depresije. Ako je ta predodređenost (predispozicija) vrlo jaka, tada postoji velika mogućnost da će se depresija javiti i bez nekog vanjskog povoda. Naprotiv, u slučaju slabe predispozicije, trebat će se zbivati brojni nepovoljni i stresni događaji da se depresija pojavi.

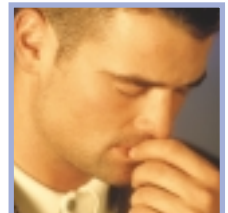


9.

Kako izgleda i kako se osjeća

osoba koja pati od depresije?

Osnovne karakteristike ove bolesti su sniženo, depresivno raspoloženje, gubitak osjećaja zadovoljstva, gubitak snage i energije, javljanje osjećaja neodređenog straha (anksioznosti), osjećaj krivnje, bezperspektivnosti, bezizglednosti, gubitak volje za životom, razmišljanja o samoubojstvu i pokušaji. Uz to nastupa promjena mišljenja, sna i apetita.





otvorite zdravu stranicu

 PLIVA zdravlje.hr

zdravstveni internet portal
www.plivazdravlje.hr

Kakvo je raspoloženje?

Promjena raspoloženja je "crvena zastavica" koja upozorava liječnika da razmotri dijagnozu depresije. Depresivne osobe tipično osjećaju žalost i beznađe. One gube sposobnost osjećanja zadovoljstva i nisu više zainteresirane za aktivnosti koje su ih ranije veselile i u kojima su uživale. Depresivno se raspoloženje u bolesnika razlikuje od uobičajene tuge. Ono u sebi sadrži osjećaj duboke patnje i emocionalnoga bola. Neki depresivni bolesnici mogu biti više iritabilni, napeti i anksiozni (tjeskobni) nego žalosni. Karakteristično je njihovo nevjerovanje u mogućnost poboljšanja, iako je većina zbog same prirode bolesti takvo poboljšanje već više puta iskusila. Lice i mimika daju sliku bola, zdvojnosti i tjeskobe, često bez suza, no neki bolesnici plaču, uzbuđeni su i zaplašeni, stalno zapitkuju o svojoj bolesti i traže pomoć. Vrlo često bolesnici koji se inače tuže na veliki osjećaj tuge, istodobno se tuže na nemogućnost da se isplaču ili uopće da zaplaču. U fazi oporavka, naizgled paradoksalno, oporavlja se sposobnost plakanja. Polovica bolesnika negira depresivno raspoloženje, ti pacijenti su često dovedeni od strane obitelji ili s radnog mjesta zbog socijalnog zakazivanja. Tipične su dnevne varijacije raspoloženja, pa se mnogi bolesnici lošije osjećaju ujutro. Depresija je vrlo često praćena anksioznošću, povećanom potrošnjom i zloupotrebom alkohola, a ponekad dominiraju somatski (tjelesni) simptomi, što je osobito često u starijih bolesnika i u slučajevima maskiranih depresija. Anksioznost je ponekad tako jako izražena da je teško reći radi li se o anksioznom poremećaju praćenom s depresijom ili depresivnom poremećaju praćenom anksioznošću. Za takve je slučajeve predviđena dijagnoza anksiozno-depresivnog poremećaja.



Što je sa tjelesnim funkcijama?

Česte su promjene apetita. Tipično je apetit oslabljen. Ipak, depresija se može manifestirati i pojačanim apetitom i porastom tjelesne težine, što je karakteristično za atipične depresije. Poremećaj spavanja je također čest. Gotovo 80% bolesnika tuži se na smetnju spavanja, osobito na teškoće pri usnivanju i na rano jutarnje buđenje. Često im se događa da se uzastopno više puta bude noću i da tada ne mogu lagano zaspati. Upravo pojedinci koji se bude u ranim jutarnjim satima (terminalna insomnija) naginju najtežem kliničkom obliku depresije. Povremeno se depresivni bolesnici žale na kroničnu iscrpljenost. Depresivna osoba smanjenog je interesa za seksualne aktivnosti što se ponekad može manifestirati kao glavni problem, a neodgovarajuća dijagnoza može ponekad takve osobe usmjeriti na bračnu terapiju s ciljem rješavanja seksualnih problema jer se depresivni poremećaj ne prepoznaje.

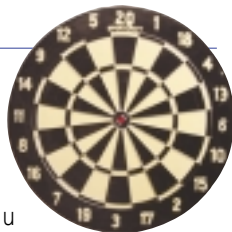


Kakva je psihomotorika?

Depresivni bolesnik može imati ukočeno držanje, bez spontanih pokreta, pogled u stranu i prema dolje. Psihomotorna usporenost manifestira se kao usporeno mišljenje i govor koji zbog gubitka intonacije djeluje monotono, kretnje su također usporene, a rečenice kratke i oskudne. Psihomotorna zakočenost može ići do potpune nepokretnosti (tzv. depresivnog stupora), takvi bolesnici često su zapuštena izgleda i mutistični (odbijaju govoriti). Kada izađu iz stupora, bolesnici se mogu prisjetiti što su tijekom tog perioda doživljavali. Nasuprot takvom "sputanom" ponašanju, depresivne osobe mogu biti i uznemirene (psihomotorna agitacija), posebno stariji bolesnici. Depresivne osobe u psihomotornom nemiru ili agitaciji ne mogu mirno sjediti ili stajati na jednom mjestu, stalno su u pokretu. **Npr. stiskanje šaka, "kršenje prstiju" i "čupanje" kose česti su znakovi agitacije.**

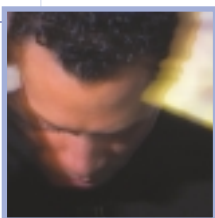
Kakva je koncentracija?

Mnogi depresivni bolesnici imaju poteškoće koncentracije ili smanjenu sposobnost mišljenja. Mogu osjećati kako više ne uče efikasno ili zakazuju na poslu, pa čak i u svakodnevnim aktivnostima. U ozbiljnim slučajevima depresivni bolesnici nisu u mogućnosti ni pogledati televiziju. U dvije trećine bolesnika postoje određene smetnje pamćenja i zapamćivanja koje ponekad ostavljaju sliku tzv. depresivne pseudodemencije. Neki se ne mogu sjetiti čak ni uobičajenih svakodnevnih radnji, npr. kod žena se javlja nesposobnost za kuhanje ili spremanje pa takvo stanje može imitirati demenciju. Osobito to može predstavljati dijagnostički problem u starijih bolesnika. Stoga se nikako ne bi smjelo dogoditi da se u starijih bolesnika sa takvim simptomima, a koji su uzrokovani depresijom, previdi postavljanje prave dijagnoze i tako zanemari odgovarajuće liječenje.

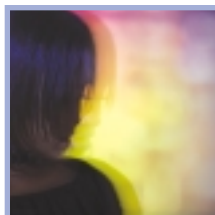


Kakvi su to psihotični simptomi i kada se javljaju u depresiji?

U vrlo teškim slučajevima depresije pacijenti mogu razviti **psihotične simptome**, kao što su halucinacije (privedanja) ili sumanutosti. Sumanutosti (pogrešna vjerovanja koja nemaju svoju potvrdu u stvarnosti, lažna uvjerenja, zablude nastale na nerealnoj osnovi i nedostupne racionalnoj korekciji) i halucinacije koje odgovaraju depresivnom raspoloženju nazivaju se raspoloženju kongruentne ili sukladne. To su one koje uključuju osjećaj krivnje, grešnosti, siromaštva, bezvrijednosti, teške tjelesne bolesti, nesposobnosti.



Sumanutosti i halucinacije koje ne odgovaraju raspoloženju nazivaju se raspoloženju nekongruentne, ili nesukladne. U depresivnog bolesnika nesukladne sumanutosti su one koje uključuju ideje veličine, proganjanja, prekomjernoga znanja, vrijednosti itd. Halucinacije su u depresivnih bolesnika relativno rjeđe. Neki teško oboljeli depresivni bolesnici čuju glasove koji im govore da se ubiju (slušne halucinacije imperativnog karaktera).



10. Neki kriteriji za postavljanje dijagnoze

Depresija je bolest koja se javlja u epizodama. Kada se depresija javi prvi put, govorimo o **depresivnoj epizodi**, a simptomi potrebni za postavljanje dijagnoze trebaju trajati najmanje **dva tjedna**. Za dijagnosticiranje nove depresivne epizode mora postojati vremenski period od najmanje **dva mjeseca** bez depresivnih simptoma prije nego što se pojavi nova depresivna epizoda. Tada govorimo o **ponavljajućem depresivnom poremećaju**. Međunarodna klasifikacija bolesti poznata pod nazivom ICD-10 (Tenth Revision of International Classification of Diseases and Related Health Problems) predstavlja službenu klasifikaciju bolesti koju koristimo i u našoj zemlji.

Kriteriji potrebni za postavljanje dijagnoze depresivne epizode

Tipični simptomi (tzv. **A simptomi**):

1. depresivno raspoloženje,
2. gubitak interesa i zadovoljstva u uobičajenim aktivnostima koje su ga donosile,
3. smanjena životna energija u vidu umora i pojačanog umaranja.

Drugi česti simptomi (tzv. **B simptomi**):

1. poremećen san,
2. smanjen apetit,
3. smanjena koncentracija i pažnja,
4. smanjeno samopoštovanje i samopouzdanje,
5. ideje krivnje i bezvrijednosti,
6. sumoran i pesimističan pogled na budućnost,
7. ideje o samoozljeđivanju ili samoubojstvu.



Neki od simptoma mogu biti posebno izraženi dajući specifično obilježje kliničkoj slici pojedinog bolesnika;

1. rano buđenje - dva ili više sati ranije nego uobičajeno,
2. jutarnje pogoršanje depresije,
3. psihomotorna usporenost ili nemir - prisutnost objektivnih znakova (što se čuje ili izvješćuje od drugih osoba),
4. gubitak apetita - u značajnoj mjeri,

5. gubitak na težini - min. 5% u zadnjih mjesec dana,
6. smanjenje libida.

Skup spomenutih simptoma naziva se "Somatski" sindrom, koji može i ne mora biti prisutan kod blage i umjerene depresivne epizode. Prisutan je kod teškog oblika depresivne epizode, kada su prisutna minimalno četiri od gore navedenih simptoma, a kada su somatski simptomi izuzetno intenzivni, dovoljna je prisutnost dva ili tri.

Depresivna epizoda može se označiti kao *blaga, umjerena, teška* ili *teška s psihotičnim simptomima*.

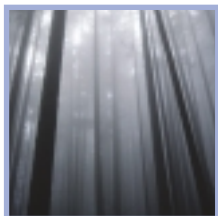
Blaga depresivna epizoda ima najmanje 4 simptoma: najmanje 2 tipična + 2 druga + blaži poremećaj socijalnog funkcioniranja.

Umjerena depresivna epizoda ima najmanje 5 simptoma: 2 tipična + 3 druga simptoma + umjeren poremećaj socijalnog funkcioniranja.

Teška depresivna epizoda bez psihotičnih simptoma ima najmanje 7 simptoma: 3 tipična simptoma + najmanje 4 druga, od kojih su neki izuzetno teški. Uobičajeno je prisutna jača uznemirenost ili usporenost, a somatski sindrom je uobičajeno prisutan. Socijalne i radne aktivnosti osobe u teškoj depresivnoj epizodi su znatno ograničene.

Teška depresivna epizoda s psihotičnim simptomima

U ovom slučaju zadovoljeni su kriteriji za tešku depresivnu epizodu bez psihotičnih simptoma uz prisutnost psihotičnih simptoma (sumanutosti, halucinacija ili depresivnog stupora).



11. Koji oblici depresije postoje?

Postoji mnoštvo kliničkih podjela depresije, uglavnom dihotomnih, pa se tako razlikuju unipolarne i bipolarne depresije, endogni i reaktivni tip depresije, psihotični i neurotski, primarni i sekundarni.



Unipolarni poremećaj nasuprot bipolarnom

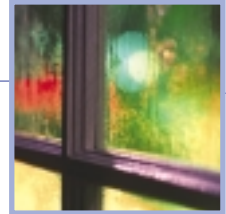
Poremećaji raspoloženja mogu se podijeliti u dvije osnovne skupine na temelju javljanja jedne ili više maničnih ili hipomaničnih epizoda, pa se tako svi poremećaji u kojima se javi *manično (povišeno) raspoloženje* nazivaju **bipolarnim** poremećajima, a oni u kojih se javlja *samo depresija* se nazivaju depresivnim **unipolarnim** poremećajima.

Endogena nasuprot reaktivne depresije

Za endogene depresije drži se da su biološkog podrijetla, te se kao mogući uzroci smatraju genetska predispozicija odnosno nasljednost, kao i poremećaj adrenergičkog, serotonergičkog, acetilkolinergičkog, dopaminergičkog i gabaerģičkog sustava u mozgu. Reaktivne depresije predstavljaju reakcije na životne probleme i stresne situacije kao što su smrt bliske osobe, razvod braka, gubitak posla i sl., samo što su depresivna stanja jače izražena i traju duže od tuge u svakodnevnom životu.

Psihotična nasuprot nepsihotične depresije

Za razliku od nepsihotičnih depresija, u psihotičnih depresija prisutne su halucinacije i sumanute ideje. One mogu biti sukladne raspoloženju, te uključuju osjećaj krivnje, grešnosti, siromaštva, bezvrijednosti, nesposobnosti, teške tjelesne bolesti. Raspoloženju nesukladne sumanutosti su ideje veličine, prekomjernog zdravlja, vrijednosti itd. Psihotična depresija neodgodivo zahtijeva bolničku obradu i liječenje.

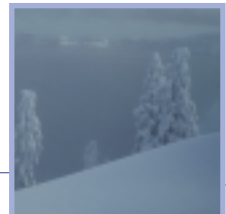


Primarna nasuprot sekundarnoj depresiji

Primarna depresija je ona koja se razvija bez ikakvog drugog prethodnog psihijatrijskog poremećaja dok se sekundarnom označava ona koja je komponenta neke druge psihijatrijske ili druge tjelesne bolesti. U liječenju sekundarnih depresija antidepresivna terapija je samo simptomatsko liječenje dok je najvažnije naći sam tjelesni uzrok.

Sezonska depresija (sezonski afektivni poremećaj)

Poremećaj se javlja u jesen ili zimu, a popravljiva se u proljeće i ljeto. Uz sniženo raspoloženje javlja se psihomotorna usporenost, pojačan apetit i hipersomnija (pretjerano spavanje). Bolesnici dobro reagiraju na fototerapiju (liječenje svjetlom).



Atipična depresija

U ovom obliku depresije simptomi su suprotni onima što se pojavljuju u "klasičnoj" depresiji: javlja se prekomjerno spavanje (hipersomnija), značajno povećanje apetita i porast tjelesne težine, "olovna paraliza" (osjećaj težine i umora u rukama i nogama). Atipičnu depresiju također karakterizira "odgovor u raspoloženju", tj. raspoloženje se popravljiva kao odgovor na stvarni ili mogući pozitivni događaj. Smatra se da ovaj tip depresije dobro reagira na liječenje inhibitorima monoaminooksidaze (IMAO).



Dvostruka depresija

Pod ovim pojmom razumijeva se javljanje depresije u bolesnika koji inače boluju od distimije.

12. Što je distimija?

Distimija spada u skupinu poremećaja raspoloženja i predstavlja blaži oblik depresije. Najčešće započinje neprimjetno u kasnom djetinjstvu i adolescenciji, ali se može pojaviti i kasnije, te je tri puta češća u žena.

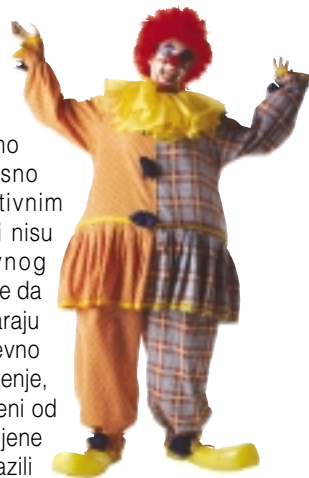
Glavni simptom je deprimirano raspoloženje karakterizirano tugom, nelagodnom, neraspoloženjem i gubitkom interesa za uobičajene aktivnosti uz samopotcjenjivanje, poteškoće u donošenju odluka i osjećaj beznadnosti. Depresivno raspoloženje prisutno je veći dio dana i veći broj dana nego što nije prisutno, što se vidi bilo kao subjektivni doživljaj ili primijećeno od strane drugih, tijekom najmanje 2 godine. Dok depresivni poremećaj karakterizira epizodičan tijek, tijekom distimije je više kroničan i dugotrajan. Kod ranog pojavljivanja distimije često bolesnici svoje simptome prihvaćaju kao način življenja, a psihijatri se obraćaju tek kad postanu disfunkcionalni na obiteljskom i poslovnom planu.

Liječenje se provodi u većini slučajeva ambulantno, a u terapiji prvo mjesto zauzimaju antidepresivi uz psihoterapiju koja je učinkovit dodatak farmakoterapiji.



13. Što je maskirana depresija?

U nekih se depresivnih bolesnika javlja depresija koja odudara od klasične slike depresivnog bolesnika, pa tada govorimo o "maskiranim, larviranim ili skrivenim depresijama". Depresivno raspoloženje je maskirano, odnosno ispoljava se tjelesnim i vegetativnim simptomima bolesti. Takvi bolesnici nisu uopće svjesni svog depresivnog raspoloženja, štoviše na izravno pitanje da li se osjećaju depresivno, oni odgovaraju niježno. Međutim, njihovo svakodnevno ponašanje odaje depresivno raspoloženje, jer oni veći dio dana provode povučeni od obitelji i prijatelja i značajno su smanjene aktivnosti u kojima su prethodno nalazili zadovoljstvo.



14. *Može li se nakon izliječene epizode depresije ponovno oboljeti?*

Bolesnici mogu u životu imati samo jednu depresivnu epizodu koja se više nikada ne ponavlja. Ipak oko 50 do 80% bolesnika doživi više od jedne epizode. Tada govorimo o povratnom depresivnom poremećaju. One se mogu javiti već tijekom sljedećih 6 mjeseci. Faktori koji povećavaju rizik za javljanje sljedeće epizode su zloropotreba alkohola ili droge, izraziti simptomi anksioznosti, starija dob pri početku kao i prethodno javljanje više od jedne depresivne epizode. Povećani rizik ponavljane epizode predstavlja i distimija. Prilikom dugotrajnog praćenja gotovo polovica bolesnika je bez simptoma, 30% pokazuje umjereno oštećenje prijašnjeg funkcioniranja, a 20% je značajno oštećeno. Tijek bolesti teži je kod muškaraca nego kod žena.



15. *Može li se depresija dijagnosticirati laboratorijskim pretragama?*

Opisane su brojne pretrage i laboratorijski testovi koji daju patološke nalaze u depresivnih bolesnika. Međutim, brojni lažno pozitivni i lažno negativni nalazi, osobito u tjelesno bolesnih osoba, onemogućavaju rutinsku primjenu takvih testova. Treba reći da su ti testovi poznati i pod zajedničkim nazivom "biološki markeri". Psihijatri se u svom radu mogu osloniti na neke od pretraga, koje omogućavaju bolji uvid u patofiziološka zbivanja u središnjem živčanom sustavu, a ujedno pomažu pri određivanju optimalne terapije. Među takve pretrage spadaju deksametazon supresijski test (DST), TRH-TSH test (hormoni odgovorni za uredan rad štitnjače) i cjelonočno snimanje EEG-a.



16. *Kakav je tijekom depresije?*

U gotovo polovice oboljelih prva depresivna epizoda javlja se prije 40-te godine života. Većina liječenih epizoda traje dva do tri mjeseca, ali ako se neodgovarajuće liječi ili ne liječi, prosječno traje 6 do 13 mjeseci. Prekid terapije antidepresivima prije 9 do 12 mjeseci predstavlja opasnost od obnavljanja simptoma. S vremenom, kako bolesnik postaje stariji, depresivne epizode obično postaju sve češće i traju sve duže. Tijekom dvadesetogodišnjeg perioda bolesnici prosječno imaju 5 do 6 epizoda. U jednog dijela bolesnika, kojih je



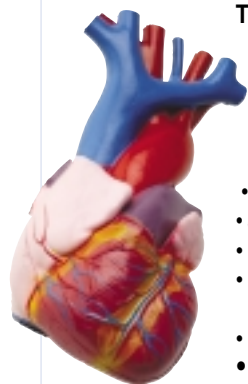
5-10%, mogu se pojaviti epizode manije (povišenog raspoloženja). Najčešće se javljaju nakon dvije do četiri depresivne epizode. Kada se u bolesnika pojavljuju i depresivne i manične epizode, govoriemo o **bipolarnom afektivnom poremećaju**. Važno je da depresivni bolesnici redovito uzimaju propisanu terapiju (antidepresive), jer se depresivne epizode mogu uspješno liječiti. Djelovanje antidepresiva nastupa s odgodom od dva, tri, a katkad i šest tjedana. Ako se epizode pojavljuju s velikom učestalošću, preventivna terapija se mora uzimati doživotno.

17. Može li se depresija pojaviti uz neku tjelesnu bolest?



Brojne tjelesne bolesti mogu izazivati simptome depresije. Najčešće neurološke bolesti u kojih se mogu javiti simptomi depresije su Parkinsonova bolest, demencije, epilepsija, cerebrovaskularna bolest (posebno prve dvije godine nakon moždanog udara u prednjim regijama mozga) i tumori.

U osoba koje su značajno lakše ili teže od prosjeka potrebno je misliti na moguću endokrinu etiologiju (bolesti štitnjače ili nadbubrežne žlijezde). Kod depresije u adolescenata treba isključiti mononukleozu. Depresija se također može javiti u starijih bolesnika koji boluju od virusne pneumonije odnosno u bolesnika koji boluju od SIDE. Treba istaknuti da značajan broj depresivnih bolesnika često odlazi obiteljskom liječniku tužeći se na razne tjelesne smetnje (glavobolje, gušenje, lupanje srca, bol u prsištu) čiji je pravi izvor u neprepoznom depresivnom poremećaju. Stoga je potrebno odrediti razlog spomenutih simptoma pomoću iscrpnog razgovora, detaljnog fizikalnog pregleda, te neuroloških i laboratorijskih pretraga.



Tjelesne bolesti koje mogu uzrokovati depresiju:

- **organska oštećenja mozga različitih uzroka**
(traume glave, tumori mozga, moždani udar);
- **neurološke bolesti**
(multipla skleroza, Parkinsonova bolest, temporalne epilepsije);
- **maligne bolesti** (karcinomi);
- **endokrine bolesti** (šećerna bolest i bolest štitnjače);
- **autoimune bolesti** (reumatoidni artritis, sistemski lupus eritematosus);
- **bolesti krvotvornog sustava** (leukemija, anemija)
- **kardiovaskularne bolesti**
(hipertenzija, infarkt miokarda, angina pectoris);
- **bolesti jetre;**
- **zarazne bolesti**
(SIDA, hepatitis, infektivna mononukleozu, virusni hepatitis, TBC);
- **nutritivni poremećaji** (manjak vitamina B12, C, folati, niacin, tiamin)

18.

Depresija i hipertenzija

**(povišeni krvni tlak),
depresija i infarkt miokarda**

Unatrag desetak godina, stručnjaci su otkrili značajnu povezanost povećanog stresa, anksioznosti i depresije sa kardiološkim bolestima, posebno hipertenzijom, infarktom miokarda i učestalošću operativnih zahvata na srcu.

Podaci ukazuju da više od 60% kardioloških bolesnika ima neki od gore spomenutih psihičkih simptoma, dok je učestalost depresivnih 2 i 1/2 puta veća nego u tjelesno zdravoj populaciji.

Redovite kontrole te odgovarajuća terapija (kombinacija antihipertenziva sa antidepresivima i psihoterapijom) uvelike umanjuju broj hitnih dolazaka kardioloških bolesnika, potrošnju lijekova i broj srčanih udara za 50%.

**19.**

Koji lijekovi mogu potaknuti razvoj depresije ?

Svaki lijek koji bolesnik uzima može se smatrati potencijalnim uzrokom depresije. Lijekovi za liječenje kardiovaskularnih, malignih i zaraznih bolesti, kao i niz lijekova sa psihoaktivnim djelovanjem (sedativi, antipsihotici, antiparkinsonici, antiepileptici), zatim analgetici, kortikosteroidi, kontraceptivi i mnogi drugi mogu biti uzrok depresivnih simptoma.

Najčešći lijekovi koji izazivaju depresiju:

- amantadin;
- bromokriptin;
- karbamazepin;
- cimetidin;
- klonazepam;
- digitalis;
- kortikosteroidi;
- propranolol;
- rezperin;
- alfametildopa;
- fenitoin;
- peroralni kontraceptivi;
- spironolakton;
- vinblastin.



20.

Može li se depresija pojaviti

kod djece?



Znakovi i simptomi depresije u djece slični su onima u odraslih. No vrlo često je prisutna maskirana depresija koja se manifestira bježanjem od kuće, strahom od škole, razdražljivošću te slabije razvijenim socijalnim vještinama. U mladih je depresija često povezana sa zloupotrebom opojnih sredstava (droga, alkohol). U slučaju neprepoznavanja poremećaja i neodgovarajućeg liječenja najveći rizik predstavlja pokušaj suicida.

21.

Koje su specifičnosti depresije

u starijih ljudi?



Depresija se češće javlja u starijoj životnoj dobi. U starijih osoba veći je broj komplikacija, uključujući nemogućnost brige za sebe i vlastito zdravlje. Češći je razvoj psihotičnih simptoma i broj samoubojstava. Starije osobe nerijetko pate od depresije, a da njihova okolina to ne primjećuje, jer ne povezuju svoje tegobe sa psihičkom bolesti. Najčešće se žale na fizičke smetnje poput problema s probavom, glavobolje, boli u zglobovima, mišićima i križima. Iscrpnim pregledom te upitima o poremećenom spavanju, gubitku apetita, koncentracije, sjećanja i smanjenom opsegu dotadašnjih aktivnosti saznaje se da je u podlozi smetnji depresija, koja se pravilnom terapijom može liječiti.

22.

Postoje li razlike u depresiji

žena i muškaraca?

Depresivni poremećaj u žena i muškaraca se razlikuje po učestalosti i izraženosti simptoma.



ŽENE:

- atipični simptomi: povećan apetit, povećanje tjelesne težine, više anksioznih i tjelesnih simptoma;
- suicidalnost: više pokušaja, tri puta manje dovršenih suicida od muškaraca, manje nasilne metode;
- komorbiditet (istovremeno prisustvo drugih bolesti): veći udio

- anksioznih poremećaja i poremećaja hranjenja;
- trajanje bolesti: raniji početak kod žena, duže epizode, češća ponavljanja i kroničnost.

MUŠKARCI:

- tipični simptomi: nesanica, gubitak težine;
- atipični simptomi: iritabilnost, agresivnost, gubitak kontrole;
- suicidalnost: veći udio dovršenih suicida, nasilne metode;
- komorbiditet: alkoholizam, ovisnosti.



23. Javlja li se depresija u trudnoći i babinju?

Depresija u trudnoći

Zanimljivo je da se normalna trudnoća, premda se ubraja u tzv. velike životne događaje, smatrala razdobljem s bitno manjim rizikom od razvoja psihijatrijskog poremećaja. Objašnjenje leži u povišenoj razini hormona progesterona tijekom trudnoće što ima smirujući i blago euforični učinak, povišenom stupnju tolerancije okoline prema budućoj majci, te u psihološkom segmentu očekivanja majčinstva. Dvije trećine trudnica pokazuje neke psihološke simptome, posebno u prvom i trećem tromjesečju trudnoće, u vidu napetosti, razdražljivosti, labilnog raspoloženja i sklonosti depresiji. Može se pojaviti velika zabrinutost zbog mogućih malformacija ploda, rađanja mrtvog djeteta, bolnog ili kompliciranog poroda. Puna slika depresije je prisutna u čak **10% trudnica**, posebice u prvom tromjesečju trudnoće. Rizik je veći kod trudnica koje su ranije imale depresiju, abortuse, neželjenu trudnoću i bračne nesuglasice i sukobe.

U adolescentnim trudnoćama zbog spleta socio-razvojnih okolnosti postoji povećan rizik za depresiju i suicidalno ponašanje. U najvećoj mjeri taj se rizik pripisuje čimbeniku stresa što opterećuju mladu majku koja je još u razvoju i nije sposobna nositi se s teretom majčinstva. Zanimljiv je podatak, da su prije perioda učestalog korištenja kontracepcije i legalnih pobačaja, trudnice svih životnih dobi bile pod povećanim rizikom nastanka depresije i suicida, što se objašnjavalo faktorom neželjene trudnoće i nezadovoljavajuće socijalne podrške.



Depresija u babinju

Babinje predstavlja razdoblje, čak i **do 18 puta** povećanog rizika od razvoja psihijatrijskih poremećaja, među kojima se izdvajaju poslijeporođajna tuga, depresija i psihoza. Drži se kako je manja vjerojatnost da se radi o poslijeporođajnom psihičkom poremećaju ako je pri pojavi simptoma dulje vrijeme proteklo od poroda.



24. Kada se javlja i koje su značajke

poslijeporođajne depresije?

Poslijeporođajna depresija je psihički poremećaj koji se javlja nakon poroda, a očituje se simptomima disforičnog do depresivnog temeljnog raspoloženja, uz poremećaj sna, poremećaj apetita, psihomotorni nemir, zamor, osjećaj krivnje i suicidalna promišljanja. Kao posljedica depresije majke, stradava odnos majka-dijete što se, ukoliko duže traje, može očitovati problemima u djetetovom intelektualnom i emocionalnom razvoju. Učestalost javljanja je između 8 i 15%. U periodu ovih hormonalnih promjena, žene klinički često imaju simptome poslijeporođajne tuge (postpartal blues), znatno češće nego sliku početka poslijeporođajne depresije. Komplikacije kod poroda, koje se smatraju značajnim stresnim životnim čimbenicima, predisponiraju izgleda nastanak poslijeporođajne depresije. Depresija koja se javlja u babinju, pokazuje često drugačije simptome od depresije koja se javlja neovisno o porodu. Dominiraju neurotski simptomi, tjeskoba, iritabilnost, razni strahovi, što prevladava nad temeljnim depresivnim raspoloženjem i afektom. Pravilnim liječenjem prognoza je povoljna, a trajanje epizode poslijeporođajne depresije se ne razlikuje značajno od trajanja depresivne epizode kod opće populacije.



Glavna posljedica kod žena koje boluju od poslijeporođajne depresije je rizik javljanja nove depresivne epizode tijekom života. Uz element patnje kod majke, depresija ima direktne posljedice i na rani razvoj djeteta stoga ju je važno pravovremeno dijagnosticirati i pravilno liječiti.

25. Što je sezonska (zimska) depresija

i terapija svjetlom?

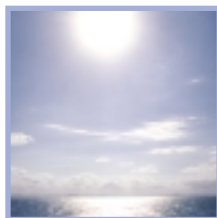


Sezonska depresija (sezonski afektivni poremećaj) javlja se obično u isto doba godine, u zimskim mjesecima.

Osjećaj iscrpljenosti, povećana potreba za slatkišima i želja da se respava zima, nedostatak volje da se čak i osmehne, te tuga bez nekog posebnog razloga, prvi su simptomi zimske depresije. To je bolest od koje, prema službenim medicinskim podacima, pati od 8 do 10% Australaca, 28% stanovnika Aljaske, te svaki deseti stanovnik srednje Europe. Smatra se da bi značajnu ulogu u nastanku ove depresije mogao imati hormon epifize melatonin, na čiju produkciju

djeluje sunce. Možda je sezonska depresija zato i učestalija u sjevernim dijelovima planeta (Švedska, Kanada).

Ustanovljeno je da se zimska depresija češće javlja kod žena nego kod muškaraca, u dobi od 30 do 40 godina. Na osnovi rezultata ispitivanja, **svjetlosnom terapijom** uspješno se liječi oko 80 posto pacijenata, a do znatnog poboljšanja raspoloženja dolazi već poslije tri do četiri dana terapije. Nakon dva tjedna, neugodan osjećaj sasvim se gubi. Druga sredstva koja se koriste u liječenju su antidepresivi i biljni pripravci.



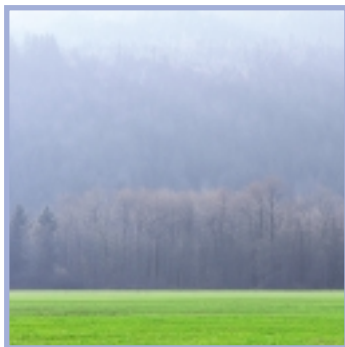
26. Može li se od depresije

umrijeti?

Depresija nije smrtonosna. Najteža komplikacija depresije je **samoubojstvo**. U dvije trećine bolesnika se javljaju suicidalna razmišljanja, a 15% bolesnika počini suicid. Nije moguće točno predvidjeti hoće li i kada depresivna osoba pokušati ili počinuti suicid. Početak i kraj depresivne epizode predstavljaju povećani rizik od samoubojstava. Posebno opasno razdoblje je kada bolesnik izlazi iz depresivne faze (vraćanje energije i snage što omogućava suicidalno djelovanje). Rizičnu skupinu čine i osobe sa anamnezom paničnog poremećaja.

Opći faktori suicidalnog rizika su:

- prisutstvo psihotičnih simptoma
- prijašnji pokušaji suicida
- registrirani suicidi u obitelji bolesnika
- prisutnost razrađenog plana suicida
- dob od 45 g.
- ovisnost o alkoholu
- bijes, anksioznost, agitacija, beznadnost
- muški spol
- odbijanje pomoći
- produljeni tijekom depresivne epizode
- nedavni gubitak ili razdvajanje
- gubitak fizičkog zdravlja
- nezaposlenost
- socijalna ugroženost
- samci (neoženjeni, udovci, rastavljeni)
- zanemarivajući i provocirajući stav bliskih osoba



27. Koji su poremećaji slični depresiji?

Žalovanje



Tuga, tugovanje i žalovanje su sinonimi koji opisuju sindrom kojega uzrokuje gubitak voljene osobe, ali se može pojaviti i kao posljedica rastave, gubitka posla, vrijednog predmeta, ili ozljede same osobe (amputacija).

Po simptomima kao što su plakanje, gubitak na tjelesnoj težini, smanjen libido, povlačenje, nesanica, razdražljivost, smetnje koncentracije i pažnje, žalovanje slični depresiji, ali antidepressivi nemaju jednak terapijski učinak već se simptomi često povlače spontano u vremenskom razdoblju od nekoliko mjeseci. Ako se tijekom žalovanja jave suicidalne ideje, osjećaj opće krivnje, bezvrijednosti, ambivalencija, nesvjesna srdžba prema umrlom, socijalna izolacija, treba razmišljati o mogućem razvitku depresije te na vrijeme početi s liječenjem.

Kod liječenja žalovanja uvijek je bolje ponuditi verbalnu utjehu nego tabletu iako male doze anksiolitika mogu pomoći u kraćem razdoblju. Osobi treba dozvoliti da govori o voljenom objektu, plače ako osjeća potrebu, ne inzistirati na razgovoru ako osoba ne želi i nije spremna. Većina ljudi prebrodi krizu žalovanja i bez pomoći liječnika, uz podršku okoline.

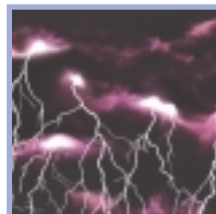
Predmenstrualni disforični poremećaj (PMDP), predmenstrualni sindrom (PMS)



Bitna obilježja predmenstrualnog disforičnog poremećaja (još nazvanog predmenstrualni sindrom - PMS) su depresivno raspoloženje, anksioznost, emocionalna nestabilnost i smanjeno zanimanje za uobičajene aktivnosti koji se pojavljuju u luteinskoj fazi ciklusa (dakle nekoliko dana prije menstruacije) u većini menstrualnih ciklusa. Navedeni simptomi prestaju nekoliko dana nakon početka menstruacije. Može se pojavljivati osjećaj tuge, beznađa i samosažaljenja, napetost i zabrinutost, primjetna labilnost raspoloženja protkana čestom plačljivošću, razdražljivost, bijes, pojačani međuljudski sukobi, teškoće koncentracije, umor i nedostatak energije, promjene apetita, poremećaj uobičajenog ritma sna, fizički simptomi kao što su osjetljive ili natečene grudi, glavobolja, osjećaj "bubrenja" ili debljanja te je odjeća i obuća tijesna ili natiču prsti. Mogu se pojaviti i bolovi u zglobovima i mišićima. Ne moraju biti prisutni svi navedeni simptomi. Tipično je da se simptomi predmenstrualnog disforičnog poremećaja mogu po ozbiljnosti (ali ne i trajanju!) uspoređivati s velikom depresivnom epizodom i uzrokuju oštećenje društvenog i profesionalnog funkcioniranja u tjednu prije menstruacije. PMS se u blažem obliku javlja u gotovo 40% žena, a

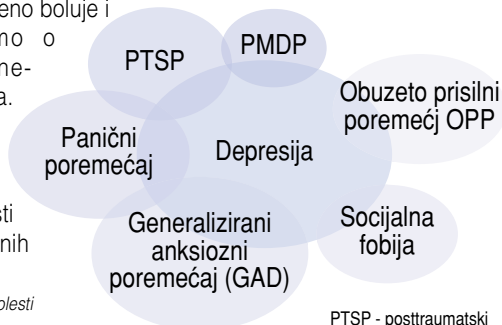
punu kliničku sliku poremećaja pokazuje 2-10% žena. U liječenju predmenstrualnog disforičnog poremećaja primjenjuje se hormonska terapija progesteronom (prema savjetu ginekologa!), zatim antidepresivi i anksiolitici. Ni jedan od navedenih lijekova nije specifičan za PMS, ali kod mnogih žena izazivaju olakšanje simptoma.

28. Kakva je veza između depresije i anksioznosti?



Simptomi depresije i anksioznosti često se preklapaju. Nekad niti simptome depresije niti simptome anksioznosti ne možemo izdvojiti kao dominantne pa se tada dijagnosticira anksiozno-depresivni poremećaj. Anksiozni poremećaji mogu postojati usporedno s depresijom. Primjerice, 50 do 60% bolesnika s generaliziranim anksioznim poremećajem istovremeno boluje i od depresije; tada govorimo o komorbiditetu* depresije i generaliziranog anksioznog poremećaja. U gotovo 60% depresivnih bolesnika u komorbiditetu nalazimo simptome anksioznosti ili neki od anksioznih poremećaja. Simptomi anksioznosti tipično prethode razvoju depresivnih simptoma.

*komorbiditet = istovremeno prisustvo drugih bolesti



PTSP - posttraumatski stresni poremećaj
PMDP - predmenstrualni disforički poremećaj

29. Kakva je veza između depresije i alkoholizma?

Depresivni bolesnici ponekad u nadi da lakše prebrode tugu, napetost i anksioznost uzimaju veće količine alkoholnih pića što nerijetko ima za posljedicu razvoj alkoholizma. Osobito se često u muškaraca iza alkoholizma skriva depresija. Ovdje treba upozoriti da uzimanje alkohola ne samo da spomenute tegobe ne umanjuje ili odgađa na svega nekoliko sati, već za posljedicu ima intenzivniji i brži razvoj depresivnog poremećaja.

Također poznato je da euforično stanje izazvano alkoholom pogoduje nastanku depresivnih stanja, tj. alkoholizam može biti jedan od uzroka depresije.

Pokušaj suicida i suicid često se spominju u alkoholičara, osobito u onih koji su primarno bili depresivni ili su depresiju stekli tijekom alkoholizma. Kod njih je broj suicida veći jer su zbog uzimanja alkohola razdražljiviji, uzbuđeni i dodatno nekritični prema svom psihičkom stanju.

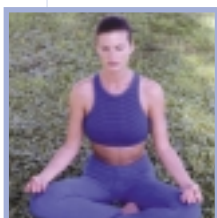




Liječenje

30.

Kako se liječi depresija?



Prvi korak pri liječenju znači donošenje odluke gdje će se liječenje provoditi, da li ambulantno ili u bolnici. Liječenje se može provoditi lijekovima, psihoterapijom, psihoeducacijom i metodama samopomoći. Osnovu u liječenju ovih poremećaja predstavljaju lijekovi - antidepresivi, iako ne treba zaboraviti da najbolji rezultat daje kombinacija farmakoterapijskih i psihoterapijskih mjera.

Depresivne se epizode mogu liječiti u velikom broju u gotovo 70-80% slučajeva. Bolesnika već na samom početku liječenja treba obavijestiti o tome da je njegov poremećaj vjerojatno nastao kao rezultat međudjelovanja različitih biokemijskih i psiholoških čimbenika te da će se u liječenju koristiti i lijekovi i različite psihološke metode liječenja. Također je neobično važno upozoriti bolesnika da to nije bolest koja se može vrlo brzo ukloniti i da lijekovi koje uzima ne djeluju poput onih koji se uzimaju kod glavobolje. Djelovanje lijekova koji se koriste u depresiji nastupa sa latencijom od dva, tri, četiri, a ponekad i šest tjedana. Stoga bolesnika treba upozoriti da izostanak brzog terapijskog učinka ne znači da je lijek nedjelotvoran već samo da ga još nije uzimao dovoljno dugo da bi iskusio njegovo povoljno djelovanje. Također mu treba objasniti da lijekovi izazivaju određene nuspojave koje baš nisu uvijek ugodne. Međutim, one ukazuju na to da je lijek prisutan u organizmu i da tamo djeluje i da će uskoro započeti i ono djelovanje zbog kojeg ga bolesnik i uzima. S obzirom da nam je poznato u većini slučajeva kojim se redoslijedom javljaju poboljšanja, to treba prenijeti bolesniku. Treba mu reći da će se nažalost njegovo potišteno raspoloženje popraviti zadnje, ali da će zato poboljšanje apetita i sna predstavljati rane znakove njegovog nastupajućeg oporavka. Što se prije počne s liječenjem, bolji su izgledi za izlječenje.

Kako napreduje liječenje, bolesnik treba obavještavati svog liječnika o tome kako se osjeća i surađivati u liječenju, a to znači:

- pri uzimanju lijekova točno slijediti upute liječnika;
- napomenuti liječniku svaku neželjenu reakciju na lijek, tada će liječnik možda promijeniti terapiju;
- bolesnik koji nije zadovoljan tijekom liječenja treba o tome razgovarati s liječnikom, možda će pomoći promjena lijeka ili psihoterapija;
- odmah se javite liječniku ako se pojave misli o smrti i želja za samoubojstvom.

31. Što su antidepresivi?

Liječenje lijekovima (psihofarmakoterapija) predstavlja temelj uspješne borbe protiv depresije. Danas nam na raspolaganju stoje brojni antidepresivni lijekovi, različitih mehanizama djelovanja. Jedan od čestih uzroka neuspješne terapije antidepresivima jest nedovoljna doza lijeka ili prijevremeni prekid terapije. Najčešći razlog za to su nuspojave lijekova i/ili neinformiranost depresivnih bolesnika i njihovih obitelji. Danas se drži nužnim da depresivni bolesnik uzima antidepresive najmanje godinu dana ako je riječ o prvoj depresivnoj epizodi, a 3 do 5 godina ako se radi o ponovljenoj epizodi. Cilj liječenja nije samo otklanjanje simptoma, nego uspostava dugotrajnog dobrog stanja i prevencija novih depresivnih epizoda.



32. Koje su vrste antidepresiva?

Neselektivni inhibitori ponovne pohrane monoamina

Ovi antidepresivi neselektivno blokiraju ponovnu pohranu neurotransmitora noradrenalina, serotonina i dopamina te tako povećavaju njihovu koncentraciju na spojevima živčanih stanica. Njihove najčešće nuspojave posljedica su utjecaja na sustav neurotransmitora acetilkolina (tzv. antikolinergičke nuspojave): suhoća usta, zamućenje vida, otežano mokrenje, zatvor, pogoršanje glaukoma, mentalna konfuzija. Također mogu izazvati poremećaj rada srca pa je u bolesnika koji ih uzimaju uputno kontrolirati EKG. U kliničkoj uporabi su dulje od 40 godina i njihova je djelotvornost pouzdano dokazana. U ovu skupinu ubrajaju se lijekovi kao što su klomipramin, maprotilin, imipramin, amitriptilin i drugi.

Selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (SSRI)

Ovi antidepresivi selektivno blokiraju ponovnu pohranu serotonina, a na druge neurotransmitske sustave djeluju slabo ili ne djeluju uopće. Ova skupina lijekova nastala je na temelju poznavanja biokemijskog mehanizma djelovanja starijih antidepresiva i ciljano je dizajnirana kako bi se dobilo djelovanje isključivo na serotoninski sustav. Njihova selektivnost za serotoninski sustav i slabo izražen ili nikakav učinak na druge prijenosničke sustave u mozgu razlog su njihovoj dobroj podnošljivosti. U ovu skupinu lijekova ubrajaju se paroksetin, sertralín, citalopram, fluoksetin i fluoksamin. Radi se o



djelotvornim i sigurnim antidepresivima. koji se sve više preporučuju kao antidepresivi prvog izbora.

Neselektivni inhibitori monoaminooksidaze (MAOI)

Antidepresivi iz ove skupine blokiraju enzim monoaminooksidazu (MAO) koji razgrađuje neurotransmitore. Posljedica je povećanje koncentracije neurotransmitora u mozgu. Prva generacija ovih lijekova može imati opasne nuspojave. Istovremenim uzimanjem tih lijekova i hrane koja sadrži mnogo tvari zvane tiramin (primjerice fermentirani sirevi i pivo) može nastati iznenadni, smrtonosni porast krvnog tlaka.

Selektivni inhibitori monoaminooksidaze tipa A

Prvu generaciju inhibitora monoaminooksidaze danas su zamijenili reverzibilni inhibitori monoaminooksidaze tipa A, kao što je moklobemid. To su sigurni lijekovi, dobre podnošljivosti, a pri uzimanju nije potrebna dijeta.

Ostali antidepresivi

Na našem i svjetskom tržištu lijekova postoje i brojni drugi antidepresivi, različitih mehanizama djelovanja.

Dualni serotoninski antidepresivi: Djeluju kao antagonisti serotoninskih receptora tipa 2 i kao slabi selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina. Predstavnicu su trazodon i nefazodon.

Dualni inhibitori ponovne pohrane serotonina i noradrenalina: Predstavnik je venlafaksin, antidepresiv s brzim nastupom učinka i s dobrom podnošljivošću čak i tijekom dugotrajne primjene

Selektivni inhibitori ponovne pohrane noradrenalina: Predstavnik je reboksetin..

Pojačivači ponovne pohrane serotonina: Predstavnik je tianeptin. Inhibitor ponovne pohrane noradrenalina i dopamina: Predstavnik je bupropion.

Noradrenergički i specifični serotonergički antidepresiv: Predstavnik je mirtazapin.



33. Koji će antidepresiv liječnik

propisati?



Odabir antidepresiva se može vršiti na temelju podataka o povoljnom djelovanju tih lijekova u jednog od članova obitelji ako je taj bio liječen od depresije, odnosno na temelju podataka o prethodnom bolesnikovom reagiranju na te lijekove ako je on prethodno uopće bio liječen. Ako takvi podaci ne postoje, liječnik će se rukovoditi poznavanjem nuspojava pojedinih lijekova, osobito njihovim sedativnim ili antikolinergičkim osobinama, postojanjem tjelesnih bolesti u bolesnika i vlastitim iskustvom.

34.

Zašto nekad treba uzimati

više lijekova istovremeno?

Iako je poželjna primjena samo jednog antidepresiva, često su u liječenju depresije nužne kombinacije lijekova. U takvim situacijama treba kombinirati lijekove mehanizama djelovanja koji se međusobno nadopunjuju, tako da dolazi do pojačanog terapijskog učinka, ali bez više nuspojava.

Depresiju često prate simptomi anksioznosti, stoga se, osobito u početku uzimanja antidepresiva, uz antidepresive uzimaju i anksiolitici. Najzastupljeniji anksiolitici su lijekovi iz skupine benzodiazepina. Uporabu anksiolitika treba ograničiti na kraće vrijeme, do mjesec dana, zbog mogućeg razvoja ovisnosti. Mnogi antidepresivi uz antidepresivni imaju i anksiolitički učinak.

U liječenju depresivnih bolesnika sa slabim terapijskim odgovorom na antidepresive nekad primjenjujemo i druge lijekove: hormone štitnjače, litij i antipsihotike. Dodavanje malih doza trijodtironina (hormona štitnjače) poboljšava se djelotvornost antidepresiva i skraćuje vrijeme terapijskog odgovora. Dodavanjem litija antidepresivima postiže se zadovoljavajući terapijski odgovor u 50-65% slučajeva.

U bolesnika sa vrlo izraženom psihotičnom slikom bit će potrebno u terapiju uključiti i antipsihotike. Prednost treba dati novim antipsihoticima od kojih su se neki i potvrdili kao stabilizatori raspoloženja.

**35.**

Kada depresiju liječiti u bolnici

i koje su indikacije za bolničko liječenje?

Rizik suicida, očita nesposobnost da se održi briga o samome sebi, uključujući prehranu, oblačenje i osobnu higijenu, te potreba za dijagnostičkim razjašnjavanjem stanja zahtijeva bolničko liječenje - hospitalizaciju. Osobito je važno dobro procijeniti rizik mogućeg pokušaja suicida o čemu bolesnici rjeđe govore spontano, već ih to treba izravno pitati. Ne treba se pri tome bojati da će to povrijediti bolesnika ili ga navesti na takvo razmišljanje ili štoviše potaći da samoubojstvo i učini. Nesuradnja obitelji također je dodatna preporuka da se liječenje obavi u bolnici. Bolesnici sa depresijom koja je blažeg karaktera i gdje nema jačih suicidalnih ideja mogu se liječiti ambulantno. To osobito vrijedi u onom slučaju kada postoji značajni potporni sustav u vidu njihovih srodnika ili prijatelja. Bolničko liječenje, kada postoje sistemi razvijenog vanbolničkog liječenja, treba biti što kraće, a preporuča se liječenje u prirodnoj okolini bolesnika kada god je to moguće.



Mjesto liječenja ovisi o sljedećim parametrima:

- cjelokupna klinička slika težine simptoma,
- rizik suicidalnog ponašanja,
- procjena socijalnog funkcioniranja,
- suradnja bolesnika u liječenju,
- prisustvo komorbidnih bolesti,
- prisustvo psihosocijalnih stresnih okolnosti,
- postojanje podrške okoline,
- isključenje organskog razloga depresije.

Kod postavljanja indikacije za bolničko liječenje treba procijeniti sljedeće:

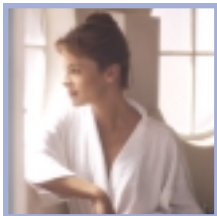
- sposobnost bolesnika za brigu o sebi, kao i suradnja,
- je li opasan za sebe ili okolinu - prisilno bolničko liječenje,
- bolesnik sa težom epizodom bolesti, a koji nema na raspolaganju adekvatne sisteme podrške izvan institucije; takav se bolesnik liječi u bolnici ili ga se uključuje u intenzivni dnevni program.

Kod pacijenta s depresivnim poremećajem treba posebnu pažnju obratiti na procjenu suicidalnog rizika, stoga treba procijeniti sljedeće:

- ima li pacijent suicidalna razmišljanja, razmišlja li o suicidalnom
- prisutnost psihotičnih simptoma

Faktori povećanja suicidalnog rizika su:

- prisustvo psihotičnih simptoma,
- vrlo izražena anksioznost,
- prisustvo paničnih napadaja,
- prisustvo komorbiditeta ovisnosti,
- pozitivna anamneza o ranijem pokušaju suicida,
- podaci o suicidu u obitelji.



36.

Kakav je tijek liječenja?

Liječenje depresije odvija se u tri faze.

Prva, **akutna faza** liječenja traje četiri do šest tjedana. U bolesnika koji reagiraju na antidepresiv početno se poboljšanje može uočiti nakon 2 do 3 tjedna liječenja, a smanjenje simptoma za 40-50% događa se nakon 3 do 4 tjedna. Ukoliko nakon razdoblja od 4 do 6 tjedana redovitog uzimanja lijeka u odgovarajućoj terapijskoj dozi nema zadovoljavajućeg poboljšanja, treba promijeniti lijek tako da se uvede lijek druge farmakološke skupine, odnosno drugog mehanizma djelovanja. Promjena jednog antidepresiva s drugim antidepresivom dolazi u obzir kada izabrani antidepresiv kojeg smo primijenili prema pravilima odgovarajućeg terapijskog pokušaja (terapijska doza u rasponu do maksimalne u razdoblju od najmanje 4 tjedna, a optimalno od 6 do 8 tjedana) nema povoljan antidepresivni učinak ili kada lijek izaziva teže podnošljive nuspojave. Jedan od

čestih razloga terapijskog neuspjeha je subdoziranje antidepresiva (uzimanje antidepresiva u dozi nižoj od terapijski djelotvorne), dok je prijevremeni prekid terapije razlogom učestalog javljanja novih epizoda.

Ako je postignut dobar učinak, slijedi druga faza - **terapija održavanja** koja treba trajati godinu dana. Cilj terapije je održavanje sprečavanja pojave nove depresivne epizode. U fazi terapije održavanja lijek se uzima u istoj dozi kao i u akutnoj fazi liječenja. U bolesnika u kojih nije nužna profilaksa (prva depresivna epizoda, potpuno povlačenje simptoma), terapija antidepresivima se postupno ukida. U bolesnika u kojih su se depresivne epizode javljale sa velikom učestalošću trebalo bi nastaviti s **profilaktičkom terapijom** koja traje najmanje 5 godina, a nekad i doživotno. U slučajevima kada se nakon određenog vremena odlučimo na prekid terapije on mora biti postupan.

37. Kada se lijekovi za depresiju

trebaju uzimati doživotno?



Ponekad se uzimaju doživotno jer se radi o dugotrajnoj i upornoj bolesti koja ako se ne liječi, traje mjesecima i nakon kraćih razdoblja poboljšanja dolazi do nove epizode bolesti. **Važno je uzimati terapiju toliko dugo koliko je odredio liječnik, a ne prekidati liječenje kada se bolesnik osjeća zdravo.** Svaki samoinicijativni prekid terapije znači povratak bolesti. Dugotrajnu terapiju antidepresivima treba većina bolesnika s 2 ili više depresivnih epizoda, svi bolesnici s 3 ili više depresivnih epizoda, bolesnici liječeni elektrostimulativnom terapijom i bolesnici kod kojih nije postignuto potpuno povlačenje simptoma.

38. Kako spriječiti povratak

bolesti?



Nakon što nastupi remisija (povlačenje simptoma) depresije, preporuča se da bolesnici koji su tijekom akutne faze bili liječeni antidepresivima, nastave uzimati iste lijekove u istoj dozi tijekom godinu dana, a po potrebi i dulje ako tako odredi liječnik. U spomenutom vremenu preporuča se redovita psihijatrijska kontrola, a broj posjeta u ovoj fazi ovisi o vrsti odabranog liječenja i kliničkom stanju bolesnika. Najbolja prevencija ponovnog pojavljivanja depresije je uzimanje antidepresiva kao terapije održavanja, čak i neko vrijeme nakon što su se simptomi posve povukli. Terapija se smije prekidati samo u dogovoru s liječnikom! Ako se nakon prekida terapije simptomi depresije ponovo pojave, treba odmah započeti s uzimanjem antidepresiva kako bismo na vrijeme spriječili daljnju progresiju bolesti.

39. Uzrokuju li antidepresivi ovisnost?



Nekad se lijekovi za depresiju uzimaju doživotno, ali **ne** uzrokuju ovisnost. U slučaju prekidanja terapije koju je propisao liječnik, doze lijekova se smanjuju postupno.

Antidepresivna sredstva nisu stimulativi kao npr. amfetamini, nego depresiju postepeno, kroz 4 do 6 tjedana, smanjuju dok se normalno raspoloženje ponovo ne uspostavi. Uobičajeni strah od ovisnosti je neutemeljen; prava ovisnost, praćena neizdrživom potrebom, zloupotrebom, te potrebom za sve većim količinama da bi se osigurao isti učinak, nepoznata je kod uzimanja antidepresivnih sredstava, čak i ako se lijek uzima više mjeseci ili godina.

40. Kako se liječi poslijeporođajna depresija?



Poslijeporođajna depresija zahtijeva stručni psihijatrijski nadzor i tretman. S obzirom na hormonalne posebnosti perioda babinja i psihološke obrasce reagiranja, terapija tih žena ima i neke posebnosti. Preventivne strategije usmjerene su na niz praktičnih aktivnosti (kako da si žena pomogne i potraži pomoć nakon poroda, posebice glede brige o djetetu) i terapijskih aktivnosti (učenje relaksacijskih tehnika i rad u grupi). Ustanovljeno je da žene koje sudjeluju u provođenju preventivnih aktivnosti, imaju bolji emocionalni status tijekom perioda nakon porođaja.

Psihoterapija. Od psihoterapijskih tehnika, za rad sa ženama koje imaju poslijeporođajnu depresiju, savjetuje se više tehnika, od suportivnih pa do interpersonalnih, kognitivno-bihejvioralnih te psihodinamskih tehnika.

Lijekovi. Što se tiče primjene antidepresiva, treba biti oprezan, jer unatoč tome što je neosporna djelotvornost i korist uporabe antidepresiva kod žena s poslijeporođajnom depresijom, treba upozoriti žene da se lijek izlučuje u majčinom mlijeku te da je, ukoliko žena doji, moguće nepoželjno djelovanje lijeka na dijete. Ženama koje primaju antidepresive, u principu se savjetuje da ne doje djecu. U farmakoterapiji, kod žena kod kojih postoji potreba uzimanja lijekova, obično se koristi kombinacija antidepresiva i anksiolitika-sedativa (diazepam ili drugi benzodiazepinski pripravak). Terapijsku opciju predstavlja i elektrostimulativna terapija (EST) kod žena kod kojih antidepresivima nije postignut zadovoljavajući terapijski učinak.

41. Kako se liječi depresija u bolesnika koji boluju od tjelesnih bolesti?

Ako bolesnik uz depresiju ima i neku tjelesnu bolest, treba o tome, kao i o lijekovima koje uzima, informirati svog liječnika.

KOMORBIDITET	ANTIDEPRESIV/napomena
ASTMA	MAOI, potreban je oprez glede interakcije sa simpatomimetičkim bronhodilatatorima
SRČANE BOLESTI	Izbjegavati TCA i MAOI, u prednosti tianeptin, SSRI, bupropion, EST
DEMENCIJA	Prednost fluoksetin, sertralin, trazodon, tianeptin, desipramin, nortriptilin, EST
EPILEPSIJA	Treba povećati dozu antiepileptika
GLAUKOM	Izbjegavati antidepresive s antikolinergičkim učinkom, a ako se koriste treba kontrolirati intraokularni tlak. Prednost: bupropion, sertralin, fluoksetin i trazodon
HIPERTENZIJA	Oprez s interakcijama
OPSTRUKTIVNA UROPATIJA	Izbjegavati antidepresive s antikolinergičkim učinkom, prednost SSRI, bupropion, desimipramin
PARKINSOVA BOLEST	Izbjegavati amoksapin i litij



42. Što je to farmakološka terapijska rezistencija?

Farmakološka terapijska rezistencija postoji u slučajevima kada nije postignuta potpuno izlječenje, odnosno zadovoljavajući terapijski odgovor, a nakon višekratnih primjena antidepresiva po pravilima odgovarajućeg terapijskog pokušaja. Radi se o najmanje dva pokušaja (iako je uobičajenije više pokušaja) liječenja antidepresivima različite kemijske skupine, primijenjenih u punim dozama i u dovoljno dugom vremenskom razdoblju (6 do 8 tjedana).

43. Kako svladati terapijsku rezistenciju?



Kada se u liječenju depresivnog bolesnika pojavi terapijska rezistencija, moguće je sljedeće:

- izabrati lijek iz različite kemijske skupine koji do tada nije primjenjivan;
- dodati drugi antidepresiv (kombinacija antidepresiva SSRI+ TCA);
- dodati litij u dozi od 600 do 1200 mg dnevno uz kontrolu koncentracije;
- dodati hormone štitnjače;
- primijeniti EST;
- psihoterapija uvijek treba biti u kombinaciji.

44. Što je psihoterapija i kakvo je njezino mjesto u liječenju depresije?



Liječenje psihoterapijom (terapijom razgovorom s educiranim stručnjakom - psihoterapeutom) bez psihofarmakološkog liječenja može biti prikladno za bolesnika s blagim depresivnim poremećajem. Psihoterapija se preporuča kad postoje značajni psihosocijalni stresori, unutarnji psihički sukobi, međuljudske poteškoće. Izbor psihoterapijske metode ovisi o specifičnim ciljevima, dužini liječenja i učestalosti seansi, te raspoloživosti terapeuta educiranih za određenu tehniku, ali i uvažavanju bolesnikovih želja. Psihoterapija ima značajni utjecaj na povećanje povjerenja bolesnika u uspjeh liječenja i motivira bolesnika za redovito uzimanje lijeka. U liječenju depresije kao specifični pristupi koriste se interpersonalna, kognitivna i bihevioralna terapija, a rjeđe i drugi oblici psihoterapije. *Interpersonalna terapija* je vid kratkotrajne psihoterapije koja se obično sastoji od 12 do 16 tretmana koji se odvijaju s razmakom od tjedan dana. Karakterizirana je aktivnim terapijskim pristupom pri čemu se naglašava uloga sadašnjeg bolesnikovog stanja i potreba odgovarajućeg socijalnog funkcioniranja. Tijekom terapije ne razrađuju se obrambeni mehanizmi niti unutarnji konflikti. Glavni naglasak u terapiji je usmjeren na interpersonalne odnose. Interpersonalnom terapijom pokušavamo pomoći bolesniku fokusiranje na nedavni značajni događaj, npr. gubitak, socijalnu izolaciju i druge interpersonalne faktore koji mogu utjecati na razvoj depresije. *Kognitivna terapija* depresije se temelji na shvaćanju da je kognitivna disfunkcija vrlo značajna u nastajanju depresije. Pretpostavlja se npr. da je sva apatija i smanjenje energije rezultat životnog očekivanja

pojedince, odnosno njegovog osjećaja neuspjeha na svim životnim područjima. Cilj je kognitivne terapije da se smanji depresija i da se spriječi njeno ponovno javljanje pomažući bolesniku da spozna i ukloni negativno razmišljanje, da razradi alternative i stvori fleksibilniji način razmišljanja i izvježba nove kognitivne i bihevioralne odgovore (promjena ponašanja).

Bihevioralna terapija je vrlo strukturirana i općenito kratkotrajna. Pri tome se nastoji što je moguće više utjecati na promjenu ponašanja što se smatra ključnim u otklanjanju depresije. Bihevioralna terapija uključuje tehnike planiranja aktivnosti, samokontrole, vježbanje socijalnih vještina i rješavanja problema.

Premda *obiteljska terapija* ne predstavlja primarni terapijski pristup u liječenju depresije, ona može biti vrlo značajna u slučajevima gdje je zbog bolesnikovog stanja značajno narušen obiteljski sklad i funkcioniranje cijele obitelji. Obiteljska terapija ispituje ulogu depresivnog člana u ukupnom dobrom psihološkom funkcioniranju cijele obitelji, a s druge strane ispituje ulogu cijele obitelji u održavanju depresije.

Psihodinamska psihoterapija nema značajnu ulogu u liječenju depresije.

Grupna psihoterapija je indicirana kada postoje teškoće komunikacije i socijalne adaptacije.



45. Kada kombinirati psihoterapiju i antidepressive?

Uvijek kada je to moguće, depresiju treba liječiti kombinacijom antidepressiva i psihoterapije. Ukoliko je više osoba uključeno u liječenje pacijenata s depresijom (npr. psihijatar koji propisuje psihofarmak i psihoterapeut), potrebni su njihovi kontakti radi važnih izmjena informacija.

46. Što je elektrostimulativna (EST) (elektrokonvulzivna (ECT)) terapija?

Elektrostimulativna terapija od svog otkrića, već više od 60 godina predstavlja metodu liječenja teških oblika depresije koju provode educirani zdravstveni djelatnici. Ovo liječenje provodi se uz prethodno potpisani informirani pristanak. Njenu primjenu treba razmotriti kod svih umjerenih ili teških depresija koje nisu dale zadovoljavajući terapijski odgovor na farmakološku terapiju. EST može biti terapija izbora u bolesnika s psihotičnom depresijom koji nisu odgovorili na kombinaciju antidepressiva i antipsihotika. Nadalje, EST se može primijeniti u bolesnika kod kojih je depresija udružena s katatonim stuporom, ozbiljnom suicidalnošću, ili odbijanjem hrane koje vodi do tjelesne ugroženosti.



47. *Koje su nove biološke metode u liječenju depresija?*



TMS ili transkranijska magnetska stimulacija je neinvazivna tehnika stimulacije mozga, moderna i učinkovita tehnika u liječenju depresivnih poremećaja uz minimalne nuspojave. Prolazom električne struje kroz žičanu zavojnicu stvara se magnetsko polje koje prolazi kroz lubanju i u vodljivom mediju, kao što je mozak, inducira električnu struju koja podražuje stanice mozga. Dokazan je antidepresivni učinak u 64% ispitanika, na velikom uzorku bolesnika, a još se pojačava u kombinaciji sa antidepresivima. Dugoročne nuspojave nisu zabilježene, a poslije tretmana u manjem broju slučajeva zabilježena je napetost mišića glave i lica. TMS se ne primjenjuje kod osoba kod kojih su unutar lubanje prisutni metalni ili magnetizirajući predmeti.

48. *Kako i kada pomažu biljni preparati?*



U narodnoj medicini mnogih zemalja primjena raznih čajeva i biljnih pripravaka u svrhu poboljšanja raspoloženja ima dugu tradiciju. Učinkovitost nekih od pripravaka dokazana je i znanstveno, npr. **gospine trave** čija je primjena raširena u Njemačkoj i u SAD-u, a primjenjuje se kod blagih i srednje izraženih depresivnih stanja te nemira, tjeskobe i razdražljivosti. Glavni aktivni sastojci biljke su hipericin i pseudohipericin, koji imaju inhibicijski učinak na monoaminoooksidazu tip A.

49. *Razlikuje li se liječenje depresije u starijoj životnoj dobi?*

Tjelesne bolesti koje su češće u starijoj dobi, veća osjetljivost na nuspojave lijekova te drugi psihički poremećaji karakteristični za stariju dob utječu na liječenje depresije. Preporuča se koristiti lijekove bez antikolinergičkog učinka, a kod bolesti jetre ili bubrega primjenjuju se manje doze lijekova.



Savjeti

50. Kako obitelj i prijatelji mogu pomoći depresivnom bolesniku?

Najvažnije što netko može učiniti za depresivnu osobu je **pomoći joj da dobije odgovarajuću liječničku pomoć**. To obuhvaća ohrabrivanje bolesnika da ne prekida terapiju ili da potraži korekciju terapije ako ne dođe do poboljšanja. Nekada to može zahtijevati ugovaranje pregleda kod psihijatra i pratnju bolesnika u ordinaciju. Također, ta pomoć obuhvaća praćenje uzima li bolesna osoba redovito propisanu terapiju.

Druga najvažnija stvar je **ponuditi emotivnu podršku**, što uključuje razumijevanje, strpljivost, ljubav i ohrabrivanje. Uključite depresivnu osobu u razgovor i pažljivo je slušajte. Ne podcjenjujte njene osjećaje, nego istaknite realnost i ponudite nadu. **Ne ignorirajte naznake suicida!** Odmah ih iznesite bolesnikovom liječniku/psihijatru. Pozovite depresivnog bolesnika u šetnju, kino i sl. Diskretno inzistirajte ako je Vaš poziv odbijen. Ohrabrite ga u sudjelovanju u aktivnostima kojima se nekada radovao, kao hobiji, sport, religijske ili kulturne aktivnosti, ali ne tjerajte depresivnu osobu da odjednom preuzme previše zadataka. Takve osobe trebaju zabavu i društvo, ali preveliki zahtjevi mogu pojačati osjećaj neuspjeha. Nikako ne optužujte depresivnu osobu za lijenost ili da hini kako je bolesna, te nemojte očekivati kako će se sama "izvući" iz depresije.

Konačno, **depresivne se epizode mogu liječiti u velikom broju - u gotovo 70-80% slučajeva**. Imajte to na umu i nastojte uvjeriti i oboljelu osobu kako će se s vremenom i uz adekvatno liječenje početi osjećati znatno bolje. Teško je živjeti s depresivnom osobom, razumjeti što se s njom događa, a da se ponekad ne razljutimo i ne krivimo je za stanje u kojem se nalazi. Jedan od najbeskorisnijih savjeta nesretnom patniku glasi: "Saberite se, potrudite se" i slično. Uistinu, on može prikriti svoja osjećanja, ponašati se kao da je normalan, šutke nastaviti s radom, premda pod velikim pritiskom. Depresivne osobe ne traže da budu depresivne i takve primjedbe samo povećavaju njihov osjećaj osamljenosti i nesreće.



51. *Mogu li se liječiti sam?*



Svojim ponašanjem svaki čovjek može unaprijediti svoje zdravlje ili potaknuti razvoj bolesti. Aktivnim sudjelovanjem u liječenju svaki bolesnik može ubrzati rezultate liječenja. Često mnogi ljudi misle da se mogu izliječiti sami. Međutim, bez obzira na to što su mogućnosti današnjeg informiranja i samoedukacije veće nego ikada, kada primijetite simptome depresije, neophodno je savjetovati se s liječnikom. Ako su prisutni umjereno do jako izraženi simptomi depresije, odmah i bezrezervno potrebno je obratiti se obiteljskom liječniku ili **psihijatru**.

52. *Što mogu učiniti da pomognem sam sebi?*



Pratite svoje misli i osjećaje. To je početak suočavanja s problemom. To će vam naposljetku omogućiti razvijanje vještine uočavanja epizoda depresije prije nego bude kasno. Korištenje tehnike praćenja misli može vam omogućiti da odlučite koje Vaše misli su odraz pravog stanja oko Vas - a koje su misli najvjerojatnije nerealne i stvorene tijekom padanja osnovnog raspoloženja i razvijanja epizode depresije.

Neka netko drugi, kome vjerujete, prati Vaše raspoloženje. Nećete uvijek moći uočiti nastupanje depresije, ali Vama najbliži, često će biti u mogućnosti prepoznati rane znakove. Biti sposoban pričati s njima o ovom problemu je vjerojatno najbolja strategija koju možete imati u borbi protiv depresije.

Imajte povjerenja u svog liječnika i surađujte s njim u svom liječenju. Zajedničkim ćete snagama lakše i brže preboljeti depresiju.



53.

Gdje mogu potražiti pomoć

kada sam u krizi?

Jako je korisno popričati s nekim tko je prošao kroz iste probleme ili koji ih zna uspješno riješiti. "Uho koje sluša" često je depresivnim ljudima najbolja pomoć. Stoga je preporuka pohađati tečajeve relaksacije ili poslušati savjet osoba koje su pobijedile spomenute probleme. Također, podržavamo svaku inicijativu osnivanja klubova samopomoći i međusobne pomoći, grupa za podršku i udruga depresivnih bolesnika.

U našoj zemlji, u većim gradovima, postoje centri kao i 24h otvoreni (dežurni) telefoni koji pružaju psihološku pomoć u krizi, u stanjima panike ili u trenucima beznadnosti, preplavljenosti crnim ili suicidalnim mislima. U Zagrebu, pri KBC-u Rebro u tu svrhu djeluje **Centar za krizna stanja Klinike za psihijatriju, tel. 2388 466.**

S.O.S.



analgetici - lijekovi protiv boli

anksiolitici - lijekovi protiv tjeskobe

anksioznost - tjeskoba

demencija - trajni, progresivni, stečeni gubitak intelektualnih sposobnosti

endokrine žlijezde - žlijezde sa unutarnjim lučenjem

halucinacije - priviđanja

invazivni postupci (medicinski) - dijagnostički i terapijski postupci

komorbiditet - istovremeno prisustvo dvije ili više bolesti

kontraceptivi - sredstva protiv neželjenog začeća

kortikosteroidi - hormoni nadbubrežne žlijezde

psihoaktivne tvari - odnosi se na sve tvari koje utječu na rad mozga; mogu biti stimulativne ili smirujuće, utjecati na promjenu raspoloženja, percepciju i razmišljanje

psihomotorika - sprega psihičkih osobina i voljnih pokreta koja obilježava ponašanje, držanje i djelovanje pojedinca

psihoza - skup psihičkih poremećaja karakteriziran smetnjama u komunikaciji, neshvaćanju situacija, nedovoljnom socijalnom prilagodbom i sl.

profilaksa - prevencija, sprečavanje

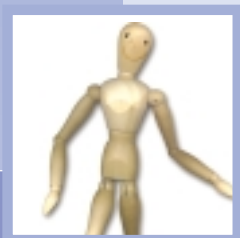
somatski sindrom - tjelesni sindrom

suicid - samoubojstvo



Ljepota života





Dragi čitatelji,

nadamo se da smo Vam ovom brošurom pomogli pronaći odgovore na barem neka od Vaših pitanja.

Kako bismo Vam na odgovarajući način i dalje što uspješnije pružali podršku, pozivamo Vas da nam pomognete svojim prijedlozima i komentarima!

- Je li Vam sadržaj ove brošure bio dovoljno razumljiv?
- Ima li još pitanja na koja biste željeli dobiti odgovor?
- Na koji način želite ubuduće dobivati slične informacije?
- Ostalo...

Vaše komentare i prijedloge možete poslati na sljedeću adresu:

PLIVA d.d.

Ured za razvoj odnosa s korisnikom
Ulica grada Vukovara 49
10000 Zagreb

besplatni info-telefon: 0800-0222
fax. 01/6111 835
e-mail: depresija@plivazdravlje.hr