

DIJAGNOSTIČKO TERAPIJSKI VODIČ

**VODIČ ZA
LIJEČENJE
DEPRESIVNIH POREMEĆAJA**



Sarajevo 2007.

DEPRESIVNI POREMEĆAJI



Ministarstvo zdravstva Kantona Sarajevo



**Institut za naučnoistraživački rad i razvoj
Kliničkog centra Univerziteta u Sarajevu**



Ljekarska / liječnička komora Kantona Sarajevo



JU Opća bolnica Sarajevo



JU Dom zdravlja Kantona Sarajevo



JU Zavod za javno zdravstvo Kantona Sarajevo



ZZ Zavod zdravstvenog osiguranja Kantona Sarajevo

**Predsjednik
Radne grupe:**

Mustafa Cuplov

Uređivački savjet:

Mustafa Cuplov

Mirza Dilić

Ismet Gavrankapetanović

Članovi Radne grupe:

Hajro Bašić

Marina Bera

Marko Bukša

Zehra Dizdarević

Šukrija Dozić

Mahmut Đapo

Ismet Gavrankapetanović

Faris Gavrankapetanović

Vjekoslav Gerc

Mehmed Gribajčević

Jasmina Gutić

Midhat Haračić

Bećir Heljić

Zuvdija Kandić

Adnan Kapidžić

Jasmina Krehić

Milan Mandilović

Davorka Matković

Bakir Mehić

Alija Mulaomerović

Bakir Nakaš

Zoran Riđanović

Habiba Sallhović

Edina Stević

Slobodan Trninić

Hasan Žutić

Sekretarijat:

Edina Stević, Suada Švrakić, Marijana Jović

MINISTARSTVO ZDRAVSTVA KANTONA SARAJEVO
INSTITUT ZA NAUČNOISTRAŽIVAČKI RAD I RAZVOJ
KLINIČKOG CENTRA UNIVERZITETA U SARAJEVU

**VODIČ ZA LIJEČENJE
DEPRESIVNIH POREMEĆAJA**

**Abdulah Kučukalić
Alma Bravo-Mehmedbašić
Alma Džubur-Kulenović**

Sarajevo, 2007.

Prof. dr sc. **Abdulah KUČUKALIĆ**, redovni profesor,
šef Katedre za psihijatriju, neurologiju i med. psihologiju
Medicinskog fakulteta u Sarajevu,
šef Klinike za psihijatriju
Kliničkog centra Univerziteta u Sarajevu

Prim. dr sc. **Alma BRAVO-MEHMEDBAŠIĆ**, spec. psihijatar,
Klinike za psihijatriju
Kliničkog centra Univerziteta u Sarajevu

Prim. dr **Alma DŽUBUR-KULENOVIĆ**, spec. psihijatar,
Klinike za psihijatriju
Kliničkog centra Univerziteta u Sarajevu

Predgovor

Primjena dijagnostičko-terapijskih vodiča u pristupu i tretmanu određenih bolesti je opće prihvaćena praksa u savremenoj medicini.

U cilju obezbjeđenja kvalitetne zdravstvene usluge, kao i standardizacije dijagnostike i terapije, Ministarstvo zdravstva Kantona Sarajevo je među prvima na području Federacije Bosne i Hercegovine pokrenulo proces pripreme i izdavanja dijagnostičko-terapijskih vodiča.

Formirani su stručni ekspertni timovi, koji su, svako iz svoje oblasti, dali prijedloge tema, odnosno procedura i postupaka, koji su prilagođeni situaciji u našoj zemlji, a koji su komparabilni sa savremenim procedurama koje se primjenjuju u svijetu. Dijagnostički i terapijski stavovi bazirani su na velikim multicentričnim studijama i/ili konsenzusima ekspertnih timova ili radnih grupa.

Cilj dijagnostičko-terapijskih vodiča je:

- Primjena savremenih doktrinarnih stavova u dijagnostici i terapiji,
- Standardizacija dijagnostičkih i terapijskih procedura,
- Usvajanje standarda za medicinski nadzor,
- Racionalizacija troškova zdravstvene zaštite,
- Razvijanje nivelirane nacionalne liste esencijalnih lijekova,
- Razvijanje medicinskih i farmaceutskih nastavnih planova,
- Razvijanje internih edukacionih programa,
- Razvijanje i implementacija dobre liječničke prakse i dobre kliničke prakse,
- Edukacija medicinskog osoblja i pacijenata.

Uspostava dijagnostičko-terapijskih vodiča će olakšati i racionalizirati rad liječnika, posebno liječnika porodične/obiteljske medicine u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, te omogućiti dobivanje podataka za izradu osnovnog paketa usluga koji se finansira kroz obavezno zdravstveno osiguranje.

Skupština Kantona Sarajevo je svojom Odlukom Br.01-05-23603/04 od 28.10.2004., kao i Odlukom o dijagnostičko-terapijskim vodičima „Sl.novine Kantona Sarajevo, 26/05, utvrdila osnovne principe dijagnostike i liječenja **koje su dužni primjenjivati zdravstveni radnici Kantona Sarajevo.**

Dijagnostičko-terapijski vodiči su *in extenso* dostupni i na web stranici Kantona Sarajevo – **www.ks.gov.ba**

Radna grupa

www.ks.gov.ba

SADRŽAJ

1. DEPRESIJA	6
1.1 Epidemiologija	6
1.2 Etiologija	7
1.3 Simptomi i klinička sila	9
1.4 Dijagnoza	11
1.5 Tok i prognoza	12
1.6 Poremećaj funkcionalnosti	14
1.7 Liječenje depresije	15
1.7.1 <i>Prepoznavanje, dijagnostika i upućivanje u primarnoj zdravstvenoj zaštiti</i>	15
1.7.2 <i>Dijagnostička evolucija i koordinacija usluga</i>	16
1.7.3 <i>Nespecifični učinci liječenja i placebo</i>	19
1.7.4 <i>Farmakološko liječenje</i>	20
1.7.5 <i>Psihološko liječenje</i>	21
1.7.6 <i>Nivo usluga i druge intervencije</i>	22
1.7.7 <i>Stepeničasti sistemi usluga</i>	22
1.8 Preferencije bolesnika, psihoedukacija i međusobna podrška	24
2. SMJERNICE ZA LIJEČENJE	
A. Vođenje slučaja	27
B. Liječenje u akutnoj fazi	32
C. Faza kontinuiranog liječenja	46
D. Faza održavanja	46
E. Diskontinuiranje aktivnog tretmana	48
3. REFERENCE	50

1. DEPRESIJA

Ovaj vodič obrađuje način liječenja i vođenja slučaja oboljelih od depresivnog poremećaja u primarnoj i sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti. Tokom proteklih godina terminologija i dijagnostički kriteriji su se uvelike izmijenili, pa je važno naglasiti da se ovaj tekst odnosi samo na one poremećaje koje prepoznaje MKB 10 (Međunarodna klasifikacija bolesti, deseta revizija, SZO 1992), odnosno na: depresivnu epizodu (F 32), povratni depresivni poremećaj (F 33), miješani anksiozno depresivni poremećaj (F 41.2). Vodič ne obrađuje liječenje i vođenje slučaja pridruženih poremećaja raspoloženja kao što je bipolarni poremećaj ili distimija.

1.1. Epidemiologija

Prema procjenama Svjetske zdravstvene organizacije, trenutno je, depresija u ukupnoj populaciji četvrti najvažniji zdravstveni problem. Na osnovi epidemiološkog praćenja u svijetu postoji kontinuirani porast broja depresivnih osoba što ukazuje da će depresija do 2020. godine postati drugi svjetski zdravstveni problem, a gledajući samo žensku populaciju, zdravstveni problem broj jedan. Najmanje svaki deseti čovjek ima šansu da jednom u životu oboli od depresije. Bolest se može javiti od dječje do starije dobi. Najčešće se javlja od 25-e do 40-te godine života, ali u 50 posto slučajeva bolest se može pojaviti i ranije. U dobi iznad 60 godina, prema istraživanjima, javlja se 10 posto depresija. Anksiozne simptome ima oko 90 posto depresivnih bolesnika, a 50 posto bolesnika, istovremeno zadovoljava kriterije za anksiozni poremećaj (komorbiditet). Depresija je najčešće epizodni povratni poremećaji, a spolna raspodjela je 2:1 u korist žena. Procjenjuje se da se tokom života unipolarna depresija može javiti u oko 10 posto žena, i 6 posto muškaraca. Niži socio-ekonomski status je proporcionalan sa stopom prevalencije za depresiju. Utjecaj edukacije se jasnije vidi u po-

pulaciji muškaraca nego u žena (više godina formalne edukacije –manja stopa prevalencije depresije). Urbana sredina ima višu stopu prevalencije od ruralne (Meltzer,1995). Studije beskućnika ukazuju na visoku prisutnost depresije, a jedna od studija navodi broj od 60% (Gill ,1996). Povišeni rizik pojavljivanja depresivnog poremećaja postoji kod postojanja depresije u obiteljskoj anamnezi, alkoholizma i gubitka roditelja prije 11-te godine života. Ovi epidemiološki podaci, naravno ne mogu biti izravno korišteni u interpretaciji kauzaliteta.

Prema epidemiološkim podacima 15 posto depresivnih bolesnika počinu suicid, te je depresija bolest koja značajno utječe na smrtnost, ne samo zbog suicida, nego i zbog utjecaja na nastanak i ishod liječenja somatskih bolesti. Depresija uzrokuje velike ekonomske gubitke u zajednici. Broj osoba s depresivnim poremećajem raste kontinuirano od početka prošlog stoljeća u svim industrijaliziranim zemljama svijeta.

1.2. Etiologija

Velike varijacije u kliničkoj slici depresije, toku i ishodu reflektiraju se i na spektar teoretskih objašnjenja njene etiologije koja uključuje genetičke teorije, biohemijske i endokrine teorije, psihološke teorije i socijalne teorije. Nema dvojbe da je naglasak na fizičkoj, a osobito endokrinnoj teoriji uzroka depresije bio potkrijepljen opservacijama da neke somatske bolesti, primjerice diabetes, kardijalne bolesti, hipertireoidizam, Cushingov sindrom, Addisonova bolest i hiperprolaktinemijska amenoreja, povećavaju rizik obolijevanja od depresije. (Cassano & Fava, 2002)

Genetička istraživanja i istraživanja djelovanja antidepressivnih lijekova ukazala su na značaj biologijske podloge depresije. Tako je rizik obolijevanja od tog poremećaja u obiteljima bolesnika od depresije 2-3 puta veći nego što je to slučaj u općoj populaciji. Biološku osnovu depresije predstavlja pore-

mećaj ravnoteže prijenosnika živčanih impulsa (neurotransmitera). Prijenos impulsa (informacije) između dviju živčanih stanica ne može se odvijati izravnim kontaktom, već taj prostor (sinaptičku pukotinu) “premoštavaju” posebne hemijske tvari (neurotransmiteri) 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 neurotransmiteri su serotonin, noradrenalin, dopamin, acetilkolin i drugi. Dugo se vremena u poremećaju neurotransmiterskih sustava, osobito noradrenergičkog i serotoninergičkog, tragalo za uzrokom nastanka depresije. 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 neurotransmitera u sinapsi, ne dolazi do promptnog poboljšanja kliničkog stanja bolesnika. 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 međuodnosu, gdje je jedan ili više sustava odgovorno za početak promjena na što se nadovezuju druge promjene.

Strukturalne i funkcionalne slikovne tehnike (MRI; fMRI) prikazale su neuroanatomske abnormalnosti u prefrontalnoj, limbičko-paralimbičkoj i strijatalnim regijama koje su karakteristične za depresivne bolesnike, sniženu aktivnost i slabu međusobnu povezanost ovih regija. Uočene disfunkcije su mnogo teže kod psihotičnih depresivnih pacijenata, ali se u toku liječenja sa antidepresivima (SSRI) abnormalnosti korigiraju, a depresivni simptomi reduciraju.

Premda su sve teorije nastanka depresije našle potporu u istraživačkim i epidemiološkim studijama niti jedna od njih do danas nije u cijelosti usvojena. Većina stručnjaka vjeruje da svi

navedeni faktori doprinose vulnerabilnosti pojedinca za depresiju, ali način interakcije ovih faktora i njihovog utjecaja na pojavu samog poremećaja u određene individue (a kod određene ne), ostaje da bude razjašnjen. U okviru modela stres – vulnerabilnost, ovi faktori vulnerabilnosti u interakciji sa aktualnim socijalnim okolnostima, zajedno, djeluju kao okidač za pojavu depresivne epizode. U skladu sa gore navedenim, somatske bolesti se također smatraju značajnim životnim stresom.

Prisutnost depresije u obiteljskoj anamnezi doprinosi većem riziku za depresiju oba spola, a rana traumatska iskustva, bračni problemi i razvod, zapostavljanje i fizičko zlostavljanje nedvojbeno povećavaju rizik osobe za razvoj depresije. Uloga aktualnih životnih okolnosti kao što je siromaštvo, nedostatak smještaja, nezaposlenost i kronične somatske i duševne bolesti je jasno vidljiva čak i u površnim analizama epidemiologije depresije. Kao najznačajnije prediktivne faktore za depresiju kod žena, jedna britanska studija izdvaja: troje ili više djece u dobi ispod 14 godina, odsustvo povjerljive i bliske veze sa drugom osobom, nezaposlenost.

Ipak, koliko god atraktivno djelovala interpretacija etiologije depresije pomoću modela stres-vulnerabilnosti, u realnom životu nju uvijek ne podržavaju činjenice: neke epizode depresije javljaju se u potpunoj odsutnosti stresnih događaja, a također mnoge od ovih stresnih događaja ne slijedi depresija.

1.3. Simptomi i klinička slika

Depresija podrazumijeva širok spektar mentalno zdravstvenih problema koje karakterizira odsutnost pozitivnog afekta (gubitak interesa i zadovoljstva u uobičajenim aktivnostima i iskustvima), sniženo raspoloženje i cijeli spektar pridruženih emocionalnih, kognitivnih, fizičkih i bihevioralnih simptoma. Razlikovanje promjena raspoloženja kod depresije od uobičajenih fluktuacija raspoloženja kod zdravih osoba ponekad predstavlja problem; perzistencija, intenzitet kao i pridruženi sim-

ptomi kao i stupanj poremećaja funkcionalnosti predstavljaju osnovu za ovo razlikovanje.

U velikoj depresivnoj epizodi su raspoloženje i afekt najčešće nereaktivni na okolnosti i ostaju sniženi tijekom čitavog dana, premda kod nekih bolesnika postoje dnevne varijacije raspoloženja pa se ono postupno poboljšava u toku dana da bi slijedećeg jutra nakon buđenja opet bilo sniženo. U nekih bolesnika raspoloženje može biti reaktivno na pozitivna iskustva i događaje premda ove elevacije raspoloženja nisu dugo održive, a depresivni osjećaji se ubrzo ponovo javljaju.

Bihevioralni i fizički simptomi najčešće uključuju plačljivost, iritabilnost, socijalno povlačenje, poremećaj spavanja (insomnija ili hipersomnija), egzacerbaciju preegzistentnih bolnih stanja, bolove koji predstavljaju posljedicu mišićne napetosti kao i druge bolove, snižen ili povišen apetit (koji katkada vodi do značajnog gubitka ili porasta tjelesne težine), snižen libido, zamor i sniženu aktivnost, premda su i agitacija i izražena anksioznost vrlo česti. Usporedo s ovim postoji gubitak interesa i zadovoljstva u svakodnevnom životu, osjećaji krivnje, bezvrijednosti, sniženo samopoštovanje i samopouzdanje, osjećaj bespomoćnosti i beznadežnosti, suicidalna ideacija, pokušaji samoozljeđivanja pa i suicid.

Depresiju često prate i anksiozni simptomi pa se u ovim okolnostima mogu postaviti tri dijagnoze: (1) depresija, (2) anksiozni poremećaj, (3) miješani poremećaj anksioznosti i depresije, ovisno o tome koja konstelacija simptoma dominira kliničkom slikom. U dodatku, prezentacija depresije mijenja se s godinama, kod mladih ljudi nalazimo više bihevioralnih simptoma, dok kod starijih prevladavaju somatski simptomi sa manje pritužbi na sniženo raspoloženje (Quitkin et al, 1991).

Kod bolesnika kod kojih je prisutna vrlo izražena tipična klinička slika koja uključuje i značajne psihomotorne simptome (usporenost ili agitaciju) sa pridruženim spektrom somatskih simptoma govorimo o melankoličnoj depresiji ili depresiji sa melankoličnim karakteristikama.

Bolesnici sa kliničkom slikom teške depresije mogu razviti i psi-

hotične simptome (halucinacije i/ili sumanute ideje) koje su najčešće tematski konzistentne sa negativnim samo-optužujućim kognicijama i sniženim raspoloženjem koje tipično nalazimo u velikoj depresiji, premda neki bolesnici mogu razviti i raspoloženju nekongruentne psihotične simptome (Andrews & Jenkins, 1999). U ovom slučaju može biti teško razlikovati ih od simptoma koje nalazimo kod drugih psihotičnih poremećaja, kao što je na primjer shizofrenija.

1.4. Dijagnoza

Dijagnostički kriteriji i metode klasifikacije doživjeli su značajne promjene u proteklm godinama, a razvoj operacionalnih dijagnostičkih kriterija povećao je relijabilnost dijagnoze. MKB-10 se služi dogovorenom listom od 10 simptoma depresije i daje podjelu depresivne epizode u četiri grupe: bez depresije (manje od 4 simptoma), blaga epizoda (4 simptoma), umjerena (5 – 6 simptoma), i izražena (7 simptoma i više, sa ili bez psihotičnih simptoma). Simptomi moraju biti prisutni najmanje dva tjedna. Što je depresivna epizoda izraženija manja je vjerojatnost spontanog oporavka. Bolesnici sa blagim depresivnim simptomima koje se viđa u primarnoj praksi se često spontano oporave, ali ove epizode mogu biti perzistentne ili predstavljati prijelazna stanja u razvoju ozbiljnijih oblika bolesti. Blaga depresija također predstavlja faktor vulnerabilnosti, stanje u kojem postoji veća vjerojatnost da kao reakciju na životne stresove ovi bolesnici razviju izraženije oblike poremećaja. Važno je naglasiti da je katkada teško realistično evaluirati dijagnozu jednostavnim prebrojavanjem simptoma, i za ovo postoje određeni dokazi: kliničari uz ovo uzimaju u obzir i faktore prethodne anamneze kao i obiteljskog opterećenja za psihijatrijske poremećaje, kao i stupanj pridružene disfunkcionalnosti prije postavljanja konačne dijagnoze.

Unatoč napretku koji je postignut u povećanju relijabilnosti dijagnoze depresije, ovakav napredak nije pratio i odgovarajući porast validnosti dijagnoze. Ovo je djelomice posljedica širine dijagnostičke kategorije velike depresije, drugim dijelom posljedica nedostatka fizikalnih pretraga koje mogu potvrditi dijagnozu, a ta-

kođer dijelom i posljedica našeg nedovoljnog razumijevanja specifične etiologije ovog poremećaja.

Dijagnostički pristup koji fokusira na simptomima koristi se u najvećem broju suvremenih istraživanja, a bit će korišten i u ovom Vodiču, naglašava razlike između tipova depresije (npr. unipolarna nasuprot bipolarnu), kronicitetu, recidiviranju i rezistenciji na liječenje. Ipak, depresivni pojedinci se također uvelike razlikuju po svojoj osobnosti, premorbidnim poteškoćama (npr. seksualno zlostavljanje), trenutnim poteškoćama u vezama ili društvenom funkcioniranju, a svi ovi faktori mogu značajno utjecati na ishod depresije. Također je vrlo često da depresivni bolesnici imaju i komorbidne psihijatrijske poremećaje kao što su anksioznost, socijalna fobija, panične atake i različiti poremećaji osobnosti. (Brown et al, 2001.) Diferencijalna dijagnoza depresije može zadavati poteškoće, a osobito je važno naglasiti značaj diferencijalne dijagnoze između unipolarne i bipolarnu depresije pri čemu je valjana anamneza jedan od ključnih faktora za razlikovanje ova dva poremećaja, a dijagnostičke greške se snažno odražavaju na koncept liječenja i tok poremećaja.

1.5. Tok i prognoza

U prosjeku se prva velika depresivna epizoda javlja sredinom trećeg desetljeća života. Iako ona može nastupiti bilo kada od djetinjstva do starije dobi, veliki broj bolesnika razvija prve depresivne simptome već u djetinjstvu ili adolescenciji. I jednako kako postoje varijacije u inicijalnoj kliničkoj slici depresivnog poremećaja, tako se iste različitosti registriraju u oblicima prodromalnog stanja. Neke osobe doživljavaju različite simptome mjesecima prije razvoja pune kliničke slike depresije, primjerice anksioznost, fobije, blaže depresivne simptome, panične atake; druge osobe mogu razviti veliku depresivnu epizodu brzo, vrlo često nakon značajnog stresnog događaja. Ponekad kliničkom slikom dominiraju somatski simptomi što često rezultira u brojnim nepotrebnim dijagnostičkim pretragama prije nego što promjena raspoloženja postane vidljiva.

Uvriježeno je mišljenje da je depresija vremenski ograničen poremećaj koji traje otprilike 6 mjeseci i slijedi ga kompletan oporavak. Unatoč tome studija mentalnih poremećaja u 14 centara iz cijelog svijeta SZO ukazuje na to da je 66% oboljelih od depresije nakon godinu dana još uvijek zadovoljavalo dijagnostičke kriterije za psihijatrijski poremećaj, a za 50% ispitanika radilo se o depresiji. (Simon et al 2002.) U ovoj studiji epizode depresije koje su bile ili neprepoznate ili neliječene od strane liječnika opće prakse imale su sličan ishod kao i liječene epizode; no ipak ove potonje su bile blaže kod kontrolnog pregleda. (Goldberg et al, 1998.) U meta-analizi 12 studija depresije u starijih ljudi, ishod depresivnog poremećaja bio je u prosjeku osrednji ili loš; 20% ispitanika je umrlo, a skoro 40% je još uvijek bilo depresivno. (Cole et al, 1999.)

Otprilike, polovica bolesnika koji su imali veliku depresivnu epizodu neće iskusiti ponovne epizode ovog poremećaja, dok će preostala polovica imati opetovane epizode depresije. Ovaj poremećaj ima izraženu tendenciju recidiva kao i drugi psihijatrijski poremećaji, npr. shizofrenija. Dakle, 50% bolesnika će imati barem još jednu depresivnu epizodu (Kupfer, 1991), a kod depresije sa ranim početkom osobito postoji povećana vulnerabilnost za relaps.

Nakon druge ili treće epizode depresije, rizik daljnjeg relapsa raste na 70%, odnosno 90% (Kupfer, 1991). Stoga, premda je ishod poremećaja općenito dobar kada govorimo o prvoj depresivnoj epizodi, kod povratnog depresivnog poremećaja dugoročni ishod je znatno lošiji, a mnogi bolesnici imaju izraženu patnju koja traje godinama. Ponekad recidivi slijede sezonski obrazac pa ih se onda naziva sezonskim afektivnim poremećajem.

Termin 'refrakтерна depresija' koristi se za depresivni poremećaj u kojem nije registriran značajan terapijski odgovor na dva ili više antidepresiva koji su davani sekvencijalno i to u adekvatnoj dozi i adekvatnom vremenu. Ovaj termin je nedostatan jer ne uzima u obzir podtipove depresije, hronicitet, relaps ili recidiv, a također ne uzima u obzir psihosocijalne faktore koji mogu interferirati sa oporavkom.

1.6. Poremećaj funkcionalnosti

Depresija je najčešći psihijatrijski poremećaj i jedan od najznačajnijih uzroka radne nesposobnosti u cijelom svijetu. 1990. je predstavljala četvrti po redu uzrok nesposobnosti za rad u cijelom svijetu, a predviđanja su da će 2020. biti drugi najčešći uzrok odsustva s posla. (Svjetska banka, 1993.) Poremećaji mentalnog zdravlja imaju jednak udio u ukupnoj radnoj nesposobnosti kao i somatske bolesti.

Osim subjektivne patnje pojedinca, utjecaj depresije na socijalno i radno funkcioniranje, fizičko zdravlje i mortalitet je izrazito značajan. Utjecaj na fizičko zdravlje stavlja depresiju u istu ravninu sa najznačajnijim hroničnim bolestima današnjice kao što su dijabetes, hipertenzija i artritis. (Cassano & Fava, 2002.) Depresivni poremećaj značajno umanjuje radnu sposobnost što utječe na osobni i obiteljski prihod, ali i na društveni prihod bilo to kroz manju količinu ubranog poreza, povećana izdvajanja za bolovanje ili povišenu stopu nezaposlenosti. Šire društvene posljedice uključuju sve veću ovisnost o socijalnim i mirovinskim službama sa neizbježnim negativnim efektom na samopouzdanje i samopoštovanje, poremećaj socijalnog funkcioniranja, uključujući i oslabljene komunikacijske vještine za vrijeme bolesti, ali i poremećene odnose sa drugim ljudima koji dugoročno rezultiraju iz ovoga, osiromašujući mrežu podrške što se osobito pogoršava nakon opevotvanih epizoda depresije. Stigma koja je općenito povezana sa psihijatrijskim poremećajima (Sartorius, 2002), kao i uvriježeno poimanje da su depresivni ljudi neuravnoteženi, neurotični i iritirajući (Priest et al, 1996) može rezultirati u oklijevanju depresivnih bolesnika da se obrate za stručnu pomoć.

Depresija, također može egzacerbirati bol i patnju koji su posljedica somatske bolesti, ali i negativno utjecati na ishod njihovog liječenja. Na primjer, kod oboljelih od infarkta miokarda (AIM) smrtni ishod je značajno češći kod bolesnika koji razviju depresivne simptome nakon AIM; ne samo neposredno nakon infarkta nego i u godini nakon koronarnog incidenta. U jednoj populacijskoj studiji je pronađeno da su srčani bolesnici koji su imali

depresiju imali veći rizik od smrti zbog kardijalnih uzroka u usporedbi sa srčanim bolesnicima koji nisu imali depresiju, ali i da su depresivni pojedinci koji nisu imali srčanu bolest imali povećan rizik od kardijalnog mortaliteta. (Pennix et al, 2001.) Slične studije koje se odnose na druge somatske bolesti ukazuju na povećani rizik od smrtnog ishoda kada postoji komorbidni depresivni poremećaj. (Cassano & Fava, 2002.)

Samoubojstvo je uzrok 1 posto od ukupnog broja smrti; gotovo dvije trećine samoubojstava dešava se kod depresivnih pojedinaca. (Sartorius, 2001.) Ponekad depresija dovodi i do nasilja prema drugima, čak i do ubojstva. Ipak, mnogo je češći, a predstavlja i značajniji uzrok radne nesposobnosti utjecaj koji depresivni poremećaj ima na socijalnu i okupacionu funkcionalnost pojedinca. Negativni utjecaj na bračne i obiteljske odnose je također često prisutan, a depresija roditelja nerijetko dovodi do zanemarivanja djece, a potom i značajnih psiholoških poteškoća djece. (Ramachandani & Stein, 2003.)

1.7. Liječenje depresije

Osnovne prepreke liječenju depresije leže u tome što se mnogi bolesnici ne obraćaju za pomoć u sistemu zaštite mentalnog zdravlja, kao i u tome što su mnogi slučajevi depresije u primarnoj zaštiti neprepoznati. Stoga su u strategiji zaštite mentalnog zdravlja SZO (SZO, 2001.) osnovne komponente poboljšanje prepoznavanja i liječenje depresije u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

1.7.1. Prepoznavanje, dijagnostika i upućivanje u primarnoj zdravstvenoj zaštiti

Na 1000 stanovnika od 130 slučajeva depresije (uključujući i blage oblike), samo njih 80 će zatražiti pomoć liječnika opće

prakse. Najčešći razlozi za ovakvo ponašanje su slijedeći: mislio sam da mi nitko ne može pomoći (28%), nisam smatrao potrebnim da se obratim liječniku (17%), mislio sam da će samo proći (15%), bilo me sram da o tome sa nekim razgovaram (13%), strah od posljedica (npr. liječenje, pretrage, psihijatrijska hospitalizacija) – 10%. (Priest et al, 1996.)

Od 80 bolesnika koji su zatražili pomoć liječnika opće prakse, 49 nisu prepoznati, najviše zbog toga što je razlog konzultacije bio neka somatska tegoba, a ne u tome da su bolesnici smatrali da imaju psihički problem, unatoč jasnom prisustvu simptoma depresije. (Kisely et al, 1995.) Od onih koji su prepoznati kao depresivni većina je tretirana na nivou primarne zdravstvene zaštite, a samo 1 od 5 bolesnika upućivan je na pregled i liječenje specijalisti (Goldberg & Huxlkey, 1980).

Može se zaključiti da su bolesnici sa izraženijim oblikom poremećaja i oni koji su sami prezentirali svoj problem kao psihološki, imali veću vjerojatnost da budu prepoznati kao depresivni u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, od onih koji su problematizirali neobjašnjive somatske tegobe. Jasno je da ovo rezultira jednim nepoželjnim stanjem, u kojem veliki broj ljudi koji pate od simptoma depresije sa svim njenim ličnim i socijalnim posljedicama neće biti prepoznat. Ako se 50% depresivnih bolesnika nikada ne obrati liječniku, 95% nikada ne bude upućeno specijalisti, a još kod mnogo njih depresivni simptomi nisu prepoznati, jasno je da ovo predstavlja značajan problem za primarnu zdravstvenu zaštitu.

Pokušaji da se poveća prepoznavanje depresije u primarnoj zaštiti uključuju izradu vodiča kao što je ovaj, predavanja i diskusije, trening vještina (osobito komunikacijskih vještina), kao i poboljšavanje komunikacije i izmjene informacija unutar sistema zdravstvene zaštite.

1.7.2. Dijagnostička evaluacija i koordinacija usluga

Kada imamo u vidu nizak postotak detekcije i prepoznavanja depresivnog poremećaja, onda je posve jasna važnost postojan-

ja potrebnih dijagnostičkih vještina kod profesionalaca zaposlenih u primarnoj zdravstvenoj i mentalnoj zdravstvenoj zaštiti. Ovo se odnosi na sposobnost procjene kliničkih simptoma, ali i socijalnih okolnosti i rizika koji ovi bolesnici mogu predstavljati za sebe ili druge. Ovo je tim više važno zbog činjenice da je depresija povezana sa visokom stopom suicidalnosti, velikom šansom recidiva, i visokim osobnim i društvenim troškovima. Efikasna evaluacija bolesnika koja uključuje i evaluaciju rizika i koordinacija usluga liječenja koja nakon toga slijedi predstavljaju faktore koji mogu doprinijeti boljem ishodu i stoga trebaju biti sveobuhvatni.

- Svi zdravstveni radnici koji su uključeni u dijagnostiku i koordinaciju njege trebaju imati visoke specijalističke standarde tako da se dijagnostici i stvaranju plana liječenja može pristupiti strukturirano.

- U starijih depresivnih bolesnika treba izvršiti i procjenu njihovog fizičkog zdravlja, životnih i stambenih okolnosti kao i socijalne izolacije. Poželjno je uključivanje službe socijalne skrbi i drugih službi ako je to potrebno.

- Kada su depresivni simptomi udruženi sa anksioznim simptomima, prvi prioritet je najčešće liječenje depresije. Psihološke komponente liječenja depresije obično reduciraju anksioznost, a mnogi antidepresivi imaju i sedativno/anksiolitičko djelovanje.

- Kod donošenja odluka o načinu liječenja depresivnog bolesnika, zdravstveni radnik treba opcije tretmana prodiskutirati sa bolesnikom, uzimajući u obzir kod odlučivanja i druge faktore kao što je prethodna anamneza, obiteljska anamneza za depresiju, terapijski odgovor na određeni lijek u prethodnim epizodama i prisutnost pridruženih problema kao što su poteškoće u socijalnim ili interpersonalnim odnosima.

- Zdravstveni radnici trebaju pitanja o suicidalnosti direktno u intervjuu sa bolesnikom. Potrebno je zasebno evaluirati suicidalne ideje, namjere i planove.

- Ako je depresivni bolesnik evaluiran kao visoko suicidalan potrebno je razmotriti hospitalizaciju ili angažirati dodatnu podršku u smislu češćih kontakata, direktnih ili telefonskih.

- Profesionalci trebaju savjetovati bolesnike i članove obitelji da obrate pažnju na promjene raspoloženja, negativističnost i beznađe i suicidalne ideje, osobito za vrijeme perioda visokog rizika, kao što je na primjer period započinjanja terapije ili promjene u medikamentoznom liječenju kao i periodi visokog osobnog stresa. Također ih je potrebno savjetovati da u slučaju zabrinutosti odmah kontaktiraju odgovarajuće profesionalce u službi zaštite mentalnog zdravlja.
- Profesionalci trebaju procijeniti da li bolesnici sa izraženim suicidalnim rizikom imaju adekvatnu socijalnu podršku i da li im je poznato gdje se mogu obratiti za pomoć.
- Kada bolesnik predstavlja značajan rizik za sebe ili druge potrebno ga je hitno uputiti na evaluaciju u specijalističku ustanovu gdje je moguća hospitalizacija.
- Kod izostanka terapijskog odgovora na nekoliko strategija augmentacije i kombiniranog liječenja, bolesnika je potrebno uputiti subspecijalisti za liječenje depresivnih poremećaja.
- Evaluacija bolesnika koji se upućuju u specijalističke ustanove treba uključivati punu procjenu simptoma i suicidalnog rizika, a kada je moguće i podatke o prethodnom liječenju. Procjena psihosocijalnih stresora također treba biti obavljena, osobito kada je u pitanju hronična ili rekurentna depresija.
- U specijalističkoj ustanovi nakon pomnog pregleda podataka o prethodnom liječenju treba razmotriti potrebu ponovno pokušaja određenog vida liječenja koji nije u cijelosti proveden, ili bolesnik u njemu nije adekvatno surađivao.
- Potrebu za hospitalizacijom treba razmotriti kod bolesnika kod kojih je prisutan značajan rizik suicida ili samoozljeđivanja.
- Tok i priroda depresivnog poremećaja je pod značajnim utjecajem psiholoških, socijalnih i fizičkih karakteristika bolesnika. Ovi faktori imaju značajan utjecaj kako na inicijalni izbor metode liječenja tako i na vjerojatnost koristi od ovih intervencija za bolesnika. Ovo treba imati na umu kod inicijalne evaluacije bolesnika.

- Potreba za što boljom evaluacijom depresivnih bolesnika zahtijeva i kontinuirano poboljšavanje ovih vještina kod profesionalaca mentalnog zdravlja.
- Kada se tretman bolesnika odvija i u primarnoj i u sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti, potrebno je postići jasan dogovor između profesionalaca o odgovornosti i terapijskom praćenju bolesnika, a plan liječenja treba podijeliti i sa bolesnikom kao i (kada je to prikladno) sa članovima njegove obitelji.

1.7.3. Nespecifični učinci liječenja i placebo

Oni bolesnici koji se obrate za liječenje depresije i budu stavljani na listu čekanja se također s vremenom polako oporavljaju. Posternak i Miller (2001.) proučavali su 221 bolesnika na listi čekanja za 19 studija specifičnog liječenja depresije, i pronašli da se 20% ispitanika značajno poboljšalo nakon 4 do 8 tjedana, a nakon šest mjeseci došlo je do poboljšanja kod čak 50% ispitanika. Njihova je procjena da 60% ispitanika koji se oporavljaju na placebo i 30% onih koji pokazuju odgovor na specifično liječenje antidepresivom zapravo doživljavaju spontano izlječenje simptoma. Ranija studija Coryella i suradnika (1994.) pratila je 114 ispitanika sa neliječenom depresijom u toku 6 mjeseci: prosječno trajanje epizode iznosilo je 6 mjeseci, a 50% ispitanika ulazilo je u remisiju nakon 25 tjedana. Ovdje je važno naglasiti visoku stopu relapsa i recidiva koja je prisutna kod depresije.

Unatoč razlikama u grupama ispitanika Furukawa i suradnici (2000.) su pokazali da bolesnici koji se liječe kod psihijatra imaju značajno bolji ishod: prosječno vrijeme do oporavka iznosilo je 3 mjeseca, a 26% ispitanika oporavilo se nakon 1 mjeseca, 85% nakon 1 godine, a 88% nakon dvije godine.

Placebo učinak u ispitivanjima psihijatrijskih lijekova može biti tako velik da je ponekad teško identificirati specifične farmakološke učinke. Ovo se osobito odnosi na ispitanike uvrštene u šire i heterogenije dijagnostičke kategorije. Liječenje depresije predstavlja jasan primjer ovoga (Kirsch i suradnici, 2002.) I lijek ili ne-

ki drugi specifični tretman depresije u usporedbi sa bolesnicima u kontrolnoj grupi (na listi čekanja) u ispitivanju blage do umjerenе depresije proizvode značajnu i otprilike podjednaku redukciju simptoma depresije. Kada se učinak antidepresiva u ovoj dijagnostičkoj grupi usporedi sa placebom, ne nalaze se kliničke signifikantnosti. (Kirsch et al, 2002.) Uzimajući u obzir sve veći fokus na istraživačku pristrasnost, može se pretpostaviti da neki lijekovi ili drugi specifični tretmani blage depresije, ne nude nikakvu prednost nad placebom. Ipak, najvjerojatnije je da bolja definicija podgrupa u istraživačkim studijama može pokazati jasnije i značajnije razlike liječenja u usporedbi sa placebom.

1.7.4. Farmakološko liječenje

Antidepresivi predstavljaju kamen temeljac farmakološkog liječenja depresije u četrdesetak godina. Triciklički antidepresivi (TCA) pojavili su se u pedesetim godinama prošloga stoljeća sa prvim predstavnikom, imipraminom. Način djelovanja ovih lijekova za koji se pretpostavlja da je odgovoran za njihovu sposobnost korekcije raspoloženja je u njihovoj sposobnosti da inhibiraju ponovni povrat monoamina, uključujući noradrenalin (NA), 5-hidroksitriptamin (5-HT) i dopamin (DA). Antidepresivi zapravo naj snažnije inhibiraju ponovni povrat NA i 5-HT, a manje DA. Antidepresivno djelovanje inhibitora monoaminioksidaze (MAOI) otkriveno je slučajno, istovremeno kada i TCA, pedesetih godina prošloga stoljeća.

Pojava tricikličkih antidepresiva bila je izrazito dobrodošla u vremenu u kojem specifični oblici tretmana depresije nisu postojali. Ipak, njihovo prihvaćanje bilo je značajno reducirano zbog nuspojave ovih lijekova koje su posljedica njihovog antikolinergičnog, histaminergičkog djelovanja i djelovanja na druge receptorske sisteme. Također, predoziranje TCA nosi značajan mortalitet i morbiditet, što osobito otežava njihovu upotrebu u bolesnika koji imaju suicidalne ideje.

Kao odgovor na nuspojave i toksičnost TCA, razvijaju se nove klase antidepresiva, a one uključuju: inhibitore ponovne po-

hrane serotonina (IPPS) kao što je na primjer fluoksetin; lijekove koji hemijski nalikuju TCA, ali su različiti od njih, kao što je na primjer trazodon; kao i cijeli dijapazon hemijski nesrodnih supstanci kao što je mirtazapin. Efikasnost i profil nuspojava ovih lijekova se razlikuju, a mehanizam djelovanja se opet povezuje sa sposobnošću za povećanje koncentracija monoamina u sinaptičkoj pukotini, pri čemu opet neki lijekovi više utječu na NA, neki na 5-HT, a neki djeluju na oba ova monoamina.

Pored antidepresiva u liječenju depresije koriste se i drugi lijekovi sami ili u kombinaciji sa antidepresivima, primjerice litijeve soli ili antipsihotici. Upotreba ovih lijekova je, uglavnom rezervirana za teže, hronične ili psihotične oblike depresivnog poremećaja.

Na kraju, potrebno je napomenuti da naučni dokazi ukazuju na to da farmakogenetičke varijacije mogu imati značajan utjecaj na efikasnost i podnošenje antidepresiva. Za vjerovati je da će daljnja istraživanja u ovom području dovesti do razvoja klinički upotrebljivih farmakogenetičkih markera za što u ovom trenutku ne postoji dovoljno podataka da bi se oni mogli pretočiti u upotrebljive preporuke.

1.7.5. Psihološko liječenje

Freud je 1917. objavio 'Žalovanje i melankoliju' koja najvjerojatnije predstavlja prvu modernu psihološku teoriju uzroka, značenja i psihološkog liječenja depresije. Nakon ovog pionirskog djela nastao je veliki broj teorija i metoda psihoterapije depresije i drugih psiholoških poremećaja. Specifične psihoterapijske metode za liječenje depresije datiraju unatrag 30 do 40 godina, a istraživanja njihove efikasnosti su još recentnija pojava. Veliki broj ovih teorija (premda ne sve) vuku korijene iz Freudove psihodinamske teorije, ali fokusiraju na liječenju tegoba depresivnih bolesnika odbacujući rigidnost psihoanalitičke metode. (Fonagy, 2003.) Tek pojava kognitivnih i bihevioralnih pristupa u psihoterapiji stavlja naglasak na naučnoistraživačke dokaze efikasnosti psihoterapije, i prvi puta daje mjerljive i usporedive rezultate.

Psihoterapijske tehnike čija je efikasnost dokazana i koje se najčešće koriste za liječenje depresivnih bolesnika uključuju: kognitivno bihevioralnu psihoterapiju (KBT), bihevioralnu terapiju (BT), interpersonalnu psihoterapiju (IPT), savjetovanje, kratkotrajnu psihodinamsku psihoterapiju kao i partnersku i bračnu terapiju. Dijapazon psihoterapijskih intervencija posljednjih godina sve više raste i ovi su oblici liječenja općenito više prihvaćeni od samih bolesnika.

1.7.6. Nivo usluga i druge intervencije

Uzimajući u obzir kompleksnost organizacije zdravstvenih usluga kao i varijacije u uslugama koje se mogu pružiti (bolničko, ambulantno liječenje, parcijalna hospitalizacija, timovi u zajednici), odabir optimalne intervencije za specifične grupe korisnika privlači sve više interesa, kako na nivou donošenja mentalne politike tako i na istraživačkom nivou. Upotreba RCT (randomizirane kontrolirane studije) istraživačke metodologije ovdje ima znatnih poteškoća, na primjer, korištenje usporedbe sa 'standardnim uslugama'. Stoga su rezultati ovih studija u SAD-u teški za primjenu ili analizu u zemljama koje imaju drugačije 'standardne usluge'.

1.7.7. Stepeničasti sistem usluga

Slika u ovom odjeljku prikazuje model 'stepeničastog sistema usluga'. Ovaj model naglašava različite potrebe depresivnih bolesnika koje ovise o karakteristikama njihove depresije i njihovim ličnim i socijalnim okolnostima kao i o odgovorima koji se očekuju od sistema usluga. Ovaj stepeničasti sistem usluga pruža okvir u kojem se može organizirati usluge koje podržavaju i bolesnike i njihove članove obitelji, ali i zdravstvene radnike u prepoznavanju i angažiranju najefikasnijih terapijskih intervencija.

Tko je odgovoran za liječenje?	Što je fokus?	Vrsta aktivnosti
Stepenica 5: Hospitalizacija Krizni timovi	Suicidalni rizik, samo-zanemarivanje, zapuštenost	Farmakoterapija, Kombinirane terapije, EKT
Stepenica 4: Specijalistička skrb, Krizni timovi	Refrakтерна, recidivirajuća, atipična i psihotična depresija, kao i ona sa velikim rizikom	Farmakoterapija, Psihološke intervencije, Kombinirane terapije
Stepenica 3: Tim CMZ i obiteljske medicine	Umjerena ili teška depresija	Farmakoterapija, Psihološke intervencije, Socijalna podrška
Stepenica 2: Tim CMZ i obiteljske medicine	Blaga depresija	Praćenje, Vođena samo-pomoć, Kratke psihološke intervencije
Stepenica 1: Obiteljska medicina	Detekcija	Evaluacija

Neke osobe kod kojih timovi primarne zaštite prepoznaju depresiju ne žele prihvatiti farmakoterapiju, a kod nekih će ionako doći do remisije i bez lijekova. Zbog ovoga kod blagih oblika depresije brojni liječnici primarne zaštite preferiraju strategiju 'opservacije i čekanja'. Ovaj pristup mogu pratiti opći savjeti i psihoedukativne mjere, osobito savjeti o reguliranju ritma budnost-spavanje i strukturiranja dnevnih aktivnosti. Drugi bolesnici su voljni prihvatiti i uistinu su im potrebne medicinske, psihološke i socijalne intervencije. Zbog toga se njima mogu predložiti kompleksnije usluge. Razne intervencije koje mogu pružiti razni članovi tima u primarnoj zaštiti su se pokazale korisnima.

Liječenje depresije u primarnoj zaštiti, ipak, često ne daje zadovoljavajuće rezultate u nedostatku optimalnih smjernica za liječenje (Donoghue & Tyler, 1996.) pa su ishodi liječenja is-

pod onih koje je moguće ostvariti. (Ross et al. 2002.) Kao što je izneseno ranije, samo jedan od pet bolesnika na ovom nivou usluga zahtijevat će upućivanje specijalistima, najčešće zbog izostanka terapijskog odgovora, nepotpunog odgovora ili recidiva depresije. Naravno, bolesnici kod kojih postoji suicidalnost ili imaju psihotičnu depresiju, također trebaju biti upućeni specijalisti.

I konačno, jedan vrlo mali broj bolesnika zahtijevat će psihijatrijsku hospitalizaciju gdje mogu biti pod cjelodnevnom paskom medicinskog osoblja i dobiti različite specijalističke intervencije.

- Za bolesnike sa blagom depresijom koji odbijaju psihijatrijske usluge ili koji se po mišljenju liječnika primarne zaštite mogu oporaviti i bez njih, potrebno je zakazati kontrolni pregled (i evaluaciju) za dva tjedna ('opservacija i čekanje').
- Zdravstveni radnici trebaju stupiti u kontakt sa bolesnicima koji ne dolaze na kontrolni pregled.
- Bolesnicima sa blagim oblikom depresije mogu biti korisne i samo psihoedukacijske mjere kao što je savjetovanje o higijeni spavanja i nošenju sa simptomima anksioznosti.

1.8. Preferencije bolesnika, psihoedukacija i međusobna podrška

Danas postoji veliki broj različitih mogućnosti liječenja depresije. Svaka od ovih metoda ima svoju vlastitu ili kombinaciju općih i specifičnih nuspojava i mehanizama djelovanja, i ove se metode mogu koristiti na raznim nivoima zaštite mentalnog zdravlja, od primarne zaštite do specijaliziranih ustanova. Imajući ovo u vidu moramo biti svjesni važnosti pružanja informacija bolesniku i kada je to potrebno i moguće članovima njegove porodice ili mreže podrške na način i jezikom koji je razumljiv i jasan. Bolesnicima su potrebne informacije o toku liječenja, mogućim nuspojavama i ishodu liječenja. Pisani materijali u obliku letaka ili brošura sročeni laičkim jezikom olakšavaju zdravstveno prosvjeđivanje i pružaju priliku bolesnicima da izražavaju svoje

preferencije za tretman i da prave informirani izbor čineći ih tako ravnopravnim partnerima u liječenju. Ovo značajno utječe na saradnju u liječenju i time poboljšava ishod liječenja.

Princip informirane suglasnosti postaje sve više nužnom komponentom liječenja, a ovo je osobito važno kod bolesnika sa teškim oblicima depresije ili u slučajevima prisilne hospitalizacije.

Imajući u vidu velike društvene i ekonomske troškove povezan sa depresivnim poremećajem i njegovim liječenjem, bolesnici i članovi njihovih obitelji mogu se obratiti za pomoć grupama podrške i grupama za samo pomoć. Ovo je također važno u cilju promicanja suradnje između bolesnika, njihovih obitelji i zdravstvenih radnika na svim nivoima zaštite zdravlja i mentalnog zdravlja.

- Veći broj različitih metoda liječenja može biti jednako efikasan za bolesnike sa depresijom, osobito za one koji imaju blagi ili umjereni oblik ovog poremećaja i kod kojih nije prisutan značajan rizik samoozljeđivanja. Bolesnikove preferencije i izbor kao i ishod prethodnog liječenja treba uzeti u obzir prije odlučivanja o planu liječenja.

- Potrebno je obratiti pažnju često prisutnoj zabrinutosti i strahu od uzimanja lijekova. Bolesnicima je potrebno objasniti da se tolerancija i ovisnost na antidepresive ne razvijaju kao i da uzimanje lijekova ne predstavlja znak slabosti ili kukavičluka.

- Bolesnicima (i članovima obitelji kada je to prikladno) treba dati informacije o prirodi, toku i liječenju depresije uključujući i informacije o mogućim nuspojavama lijekova.

- U razgovoru sa bolesnicima i članovima njihove obitelji zdravstveni radnici trebaju koristiti svakodnevni jezik neopterećen izrazima koje koriste u profesionalnom žargonu. U toku razgovora potrebno je provjeriti i osigurati da su pružene informacije u cijelosti razumljive i shvaćene. Kada se koriste stručni izrazi, njih je potrebno objasniti bolesniku na prihvatljiv i razumljiv način.

- Kada god je moguće bolesniku treba dati pisani materijal, brošure ili letke namijenjene bolesnicima i napisane jezikom koji je razumljiv laicima.

- Preporučuje se voditi detaljnu dokumentaciju o liječenju, osobito kod bolesnika koji imaju recidivirajući oblik depresije, tešku ili psihotičnu depresiju kao i kod onih koji su podvrgnuti prisilnoj hospitalizaciji ili prisilnom liječenju.
- Bolesnicima i članovima njihovih obitelji treba dati informacije o grupama podrške i grupama za samo pomoć i ohrabriti ih da uzmu udjela u njihovim aktivnostima.

2. SMJERNICE ZA LIJEČENJE

A. Vođenje slučaja

U toku formulacije plana liječenja kao i u toku svih naknadnih faza liječenja treba imati u vidu slijedeće principe psihijatrijskog vođenja slučaja:

1. Dijagnostička evaluacija

→ Utvrdite da li bolesnik kvalificira za dijagnozu depresivnog poremećaja

→ Utvrdite da li postoji psihijatrijski ili somatski komorbiditet

→ U procjenu uključite slijedeće elemente:

- Povijest sadašnje bolesti i sadašnji simptomi
- Prethodna psihijatrijska anamneza, uključujući simptome manije
- Podaci o sadašnjem liječenju i terapijskom odgovoru na prethodne metode liječenja
- Opća somatska povijest bolesti
- Anamneza o zloupotrebi psihoaktivnih supstanci
- Životna anamneza (npr. psihomotorni razvoj, reakcije na prijelazne faze u životu, značajni životni događaji)
- Socijalna, radna i obiteljska povijest
- Pregled lijekova koje bolesnik koristi i koje je koristio u prošlosti
- Psihički status
- Somatski pregled
- Rezultati dijagnostičkih pretraga koje su indicirane

2. Evaluacija sigurnosti bolesnika i drugih

- Procjena suicidalnog rizika je od suštinske važnosti (vidjeti Tablicu 1.)
- Ako bolesnik manifestira suicidalne ili homicidalne ideje, namjere ili planove, potrebno je intenzivno praćenje
- Ako je ovaj rizik značajan razmotriti potrebu hospitalizacije
- Ipak, imati u vidu da je naša sposobnost da predvidimo pokušaj suicida ili njegovo izvršenje vrlo skromna.

Tablica 1: Evaluacija rizika

- Prisutnost suicidalnih ili homicidalnih ideja, namjera ili planova
- Pristup sredstvima za izvršenje ovih namjera i stupanj opasnosti ovih sredstava
- Prisutnost psihijatrijskih simptoma, imperativnih halucinacija ili izražene anksioznosti
- Prisutnost zloupotrebe alkohola ili psihoaktivnih supstanci
- Povijest o postojanju i ozbiljnosti prethodnih pokušaja
- Porodična povijest za suicid ili homicid.

3. Evaluacija i oslovljavanje poremećaja funkcionalnosti

- Poremećaj podrazumijeva deficit u interpersonalnim odnosima, radu i stanovanju kao i deficit u medicinskim ili drugim zdravstvenim potrebama
- Osloviti identificirane deficite (npr. bolovanje)

4. Određivanje settinga (mjesta) liječenja

Odredite odgovarajući setting liječenja uzimajući u obzir slijedeće:

- Kliničko stanje (izraženost simptoma, komorbiditet, suicidalni rizik, homicidalni rizik, stupanj funkcionalnosti)
- Postojeći sistem podrške
- Sposobnost bolesnika da se adekvatno brine za sebe, daje pouzdane povratne informacije psihijatru i surađuje u liječenju)

Kontinuirano ponovno evaluirajte optimalni setting prilikom praćenja bolesnika

Razmotrite potrebu za hospitalizacijom ukoliko bolesnik:

- predstavlja značajnu prijetnju sigurnosti sebe ili drugih (u slučaju da bolesnik odbija predloženo mjesto liječenja u ovoj situaciji i prisilna hospitalizacija može biti validna opcija)
- kada je poremećaj vrlo izražen, a bolesnik nema adekvatnu mrežu podrške (u ovoj situaciji i intenzivni dnevni tretman može biti prikladna opcija)
- ima određene komorbidne psihijatrijske ili somatske poremećaje, ili
- u toku ambulantnog liječenja nije bilo adekvatnog terapijskog odgovora.

5. Stvaranje i održavanje terapijske alijanse (terapijskog saveza)

- Od velike je važnosti obratiti pažnju na potrebe i pitanja koja preokupiraju bolesnika i njegovu obitelj
- Biti svjestan važnosti transfernih i kontratransfernih pitanja.

6. Praćenje psihijatrijskog statusa i sigurnosti

Pratiti kod bolesnika promjene u destruktivnim impulsima prema sebi i drugima.

Temeljito i pomno pratiti promjene u psihičkom statusu, uključujući depresivne simptome, ali i potencijalne komorbidne simptome.

Razmotriti potrebu za ponovnom kliničkom evaluacijom kada se simptomi značajno mijenjaju ili se javljaju novi simptomi.

7. Psihoedukacija za bolesnika i kada je to prikladno za njegovu obitelj

- Potrebno je naglasiti da je depresivni poremećaj stvarna bolest
- Edukacija o liječenju pomaže bolesniku da donosi informirane odluke, da bude svjestan mogućih nuspojava liječenja i da surađuje u liječenju.

8. Mjere za povećanje terapijske komplijanse (suradljivosti)

U svrhu povećanja komplijanse potrebno je naglasiti:

- Podrobno objasniti kada i kako uzimati lijekove
- Objasniti tipični dvotjedni ili trotjedni interval nakon kojeg je moguće registrirati prve znakove poboljšanja
- Objasniti potrebu za nastavljanje uzimanja propisanog lijeka i nakon što su se simptomi povukli
- Objasniti potrebu da se prekidanje medikamentozne terapije radi postupno i u suradnji sa liječnikom koji je propisao lijek
- Dati upute što činiti ako dođe do bilo kakvih teškoća.

Poboljšati komplijansu starijih bolesnika kroz pojednostavljivanje režima uzimanja lijekova i minimiziranje troškova.

Razmotriti potrebu za psihoterapijskim intervencijama u slučajevima ozbiljne ili perzistentne nesuradljivosti.

9. Prevencija ranih znakova relapsa

Obavijestiti bolesnika (a kada je to prikladno i obitelj) o postojanju značajnog rizika za relaps.

Educirati bolesnika (i obitelj) o tome kako prepoznati rane znakove i simptome nove epizode.

Naglasiti potrebu za traženjem stručne pomoći u slučaju pojave simptoma relapsa zbog pravodobnog sprječavanja razvoja pune kliničke egzacerbacije.

B. Liječenje u akutnoj fazi

1. Izbor načina inicijalnog liječenja (vidjeti sliku 1. str. 37)

A. Farmakoterapija

Izraženost depresivne epizode	Farmakoterapija
-------------------------------	-----------------

Blaga	Antidepresivi ukoliko to preferira bolesnik
Umjerena do izražena	Antidepresivi predstavljaju optimalni izbor liječenja (ukoliko nije planiran EKT)
Sa psihotičnim simptomima	Antidepresivi plus antipsihotici ili EKT

Karakteristike koje upućuju na to da je medikamentozna terapija tretman izbora uključuju slijedeće:

- Podatak o prethodnom pozitivnom odgovoru na medikamentoznu terapiju
- Značajna izraženost simptoma
- Značajni poremećaj spavanja, apetita ili agitacija
- Pretpostavka da će biti potrebna terapija održavanja
- Preferencija (želja) bolesnika
- Nedostatak dostupnih alternativnih metoda liječenja

1. Izbor načina inicijalnog liječenja (**vidjeti sliku 1. str. 25 u ovom tekstu**)

B. Samo psihoterapija

→ Ako je izraženost depresivne epizode blaga ili umjerena, koristite psihoterapiju, ukoliko je to preferencija bolesnika

Karakteristike koje upućuju na upotrebu psihoterapije uključuju slijedeće:

- Prisutnost značajnih psihosocijalnih stresora
- Intrapsihički konflikt
- Interpersonalne poteškoće
- Komorbidni poremećaj ličnosti
- Trudnoća, laktacija ili želje za ostvarivanjem trudnoće
- Preferencija bolesnika

1. Izbor načina inicijalnog liječenja (**vidjeti sliku 1**)

C. Kombinirani tretman – psihoterapija i farmakoterapija

→ Razmotriti kombinaciju psihoterapije i farmakoterapije ukoliko je izraženost depresivne epizode blaga do umjerena sa klinički signifikantnim psihosocijalnim pitanjima, interpersonalnim problemima ili postoji komorbidni poremećaj ličnosti.

Druge karakteristike koje upućuju na izbor kombiniranog tretmana uključuju slijedeće:

- Podatak o prethodnom samo parcijalnom odgovoru na monoterapijske modalitete
- Slabo pridržavanje plana liječenja (kombinirati farmakoterapiju sa psihoterapijskim pristupom koji fokusira na suradljivost u liječenju)

1. Izbor načina inicijalnog liječenja (vidjeti sliku 1)

D. Elektrokonvulzivna terapija

Razmotriti upotrebu EKT ukoliko je prisutna bilo koja od slijedećih karakteristika:

- Depresivna epizoda jakog stupnja izraženosti simptoma sa značajnim poremećajem funkcionalnosti
- Psihotični simptomi ili katatonija
- Hitna potreba za terapijskim odgovorom (npr. suicidalnost ili nutritivni poremećaj kod bolesnika koji odbija hranu)

- prisutnost komorbidnih somatskih poremećaja koji isključuju upotrebu antidepresiva
- podatak o prethodnom pozitivnom odgovoru na EKT
- bolesnik izražava želju za EKT.

<p>Slika 1.</p> <p>Ne uključiti specifičnu efikasnu psihoterapiju u plan liječenja, ići na pitanje 2</p>	<p># Treba li uključiti u plan liječenja specifičnu efikasnu psihoterapiju?</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Blaga do umjerene depresija preferira se kao samostalno liječenje ili u kombinaciji <p>Umjerena ili ozbiljna depresija: u kombinaciji sa farmakoterapijom ili EKT, AKO su psihosocijalni aspekti važni ili AKO je to bolesnikova preferencija</p>	<p>Uključiti specifičnu efikasnu psihoterapiju u plan liječenja i ići na pitanje 2</p>
<p>Slika 2.</p> <p>Ne uključiti farmakoterapiju u plan liječenja i ići na pitanje 3</p>	<p># Treba li uključiti u plan liječenja farmakoterapiju?</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Blaga depresija AKO bolesnik preferira farmakoterapiju kao jedini oblik liječenja ■ Umjerena ili ozbiljna depresija: sa ili bez specifične efikasne psihoterapije ukoliko nije planiran EKT <p>Psihotična depresija: kombinacija antipsihotika i antidepresiva ili EKT</p>	<p>Uključiti farmakoterapiju u plan liječenja i ići na Druge opcije tretmane</p>
<p>Slika 3.</p> <p>Ne uključiti EKT u plan liječenja i nastaviti sa Druhim opcijama tretmana</p>	<p># Treba li uključiti EKT u plan liječenja?</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Hronična umjerena do ozbiljna depresija: sa ili bez specifične efikasne psihoterapije AKO je ovo preferencija bolesnika ■ Ozbiljna depresija ako je prisutno ijedno od slijedećeg: <ul style="list-style-type: none"> - Psihotični simptomi - Preferencija bolesnika - Podatak o prethodnom preferentnom odgovoru, potreba za brzim antidepresivnim odgovorom, izražene nuspojave i nepodnošljivost ost farmakoterapije 	<p>Uključiti EKT u plan liječenja i nastaviti sa drugim opcijama tretmana</p>
<p>↓ Idi na druge opcije tretmana ↓</p>		

2. Izbor antidepresiva

a. Principi inicijalnog izbora antidepresiva

Vidjeti Tabelu 2. (str. 39) sa listom antidepresiva i rasponom doza

S obzirom da postoji komparabilna efikasnost između klasa antidepresivnih lijekova, inicijalni izbor antidepresiva, uglavnom se bazira na slijedećim odrednicama:

- Anticipirane nuspojave
- Sigurnost i tolerancija nuspojava za pojedinačne bolesnike
- Preferencija bolesnika
- Kvantiteta i kvaliteta podataka iz kliničkih studija (RCT)
- Cijena i dostupnost

Uzimajući u obzor navedene faktore za većinu bolesnika će se vjerojatno pokazati efikasnim slijedeći antidepresivi: selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (SIPPS), SNRI, venlafaksin, mirtazapin, amitriptilin, maprotilin, dezipramin, bupropion, trazodon.

Tablica 2. Rasponi doza antidepresivnih lijekova

Generičko ime	Početna doza (mg/dan)	Uobičajena doza (mg/dan)
Triciklički i tetraciklički antidepresivi		
Tercijarni amini – triciklički		
■ amitriptilin	25-50	100-300
■ klomipramin	25	100-250
■ doksepin	25-50	100-300
■ imipramin	25-50	100-300
■ trimipramin	25-50	100-300
Sekundarni amini – triciklički		
■ dezipramin	25-50	100-300
■ nortriptilin	25	50-150
■ protriptilin	10	15-60
Tetraciklički		
■ amoksapin	50	100-400
■ maprotilin	50	100-225
SIPPS		
■ citalopram	10	20-60
■ fluoksetin	10	20-60
■ fluvoksamin	50	50-300
■ paroksetin	10	20-50
■ sertralin	25	50-200
■ es-citalopram	10	20
Inhibitori ponovne pohrane dopamina-noradrenalina		
■ bupropion	150	150-300
■ bupropion SR	150	150-300
Inhibitori ponovne pohrane serotonina-noradrenalina		
■ venlafaksin	37.5	75-375
■ venlafaksin ER	37.5	75-225
Modulatori serotonina		
■ nefazodon	50	150-600
■ trazodon	50	75-400
Noradrenalin-serotonin modulatori		
■ mirtazapin	15	15-45
MAOI		
■ Ireverzibilni, neselektivni		
- phenelzine	15	15-90
- tranilcypromin	10	30-60
■ Reverzibilni		
- moklobemid	300	300-450

a. Principi inicijalnog izbora antidepresiva

Razmotrite slijedeće:

- Podatak o prethodnom dobrom terapijskom odgovoru na određeni antidepresiv
- Prisutnost komorbidnog psihijatrijskog ili somatskog poremećaja (npr. triciklički antidepresivi nisu optimalan izbor kod bolesnika sa kardiovaskularnim poremećajima ili glaukomom)

Upotreba inhibitora monoamino oksidaze (MAOI) indicirana je samo kod bolesnika koji ne reagiraju na druge antidepresive zbog dijetalnih restrikcija i potencijalnih ozbiljnih nuspojava.

- MAOI mogu biti vrlo efikasni za depresivni poremećaj sa atipičnim karakteristikama (premda se sada u kliničkoj praksi, uglavnom koriste SIPPS za atipičnu depresiju zbog njihovog povoljnog profila nuspojava).

2. Izbor antidepresiva

b. Primjena antidepresivne terapije

Započnite liječenje sa dozom lijeka sugeriranom u Tabeli 2. (str. 39)

Titrirajte do pune terapijske doze uzimajući u obzir slijedeće parametre:

- Nuspojave
- Dob bolesnika
- Komorbidni poremećaji (npr. početna i terapijska doza trebaju se reducirati – obično na polovinu- kod starijih bolesnika ili ozbiljno somatski bolesnih osoba)

Pratite i evaluirajte slijedeće parametre:

- Odgovor na terapiju
- Nuspojave (vidjeti Sliku 2.)
- Kliničko stanje
- Sigurnost (npr. suicidalni rizik)

Odredite frekvenciju praćenja što ovisi o:

- Izraženosti depresivnog poremećaja
- Suicidalni rizik
- Značajne nuspojave ili interakcije lijekova
- Suradljivost bolesnika u liječenju
- Postojanje socijalne podrške
- Prisutnost komorbidnih somatskih poremećaja.

Odredite metodu praćenja (kontrolni pregled, telefonski kontakt, e-mail, kontakt sa obiteljskim liječnikom u ovisnosti od kliničkog konteksta.

Slika 2. Tretman nuspojava farmakoterapije

Obavijestite bolesnika o potencijalnim nuspojavama, uključujući i one koje zahtijevaju neodložnu intervenciju

Kod praćenja registrirajte prisutnost eventualnih nuspojava

Ako postoje problematične nuspojave razmotrite jednu od slijedećih opcija:

- Pratite i čekajte (ako ne postoji neposredni medicinski rizik)
- Promijenite dozu lijeka, frekvenciju ili vrijeme uzimanja
 - Prijeđite na drug lijek
- Pružite adekvatan tretman za nuspojave

Nastaviti pratiti prisutnost nuspojava

- Medicinski rizik
- Bolesnikova komplijansa
- Zadovoljstvo bolesnika

2. Izbor antidepresiva

c. Odsustvo inicijalnog terapijskog odgovora

→ Ako bolesnik nakon 4 do 8 tjedana nije barem umjerno poboljšán, ponovno evaluirajte režim liječenja (**vidjeti Sliku 3. str. 32 ovdje.**)

→ **Provjerite suradljivost bolesnika u liječenju.**

→ Razmotrite farmakokinetičke / farmakodinamske faktore (ovo može zahtijevati određivanje nivoa antidepresiva u serumu).

Revidirajte plan liječenja uzimajući u obzir slijedeće opcije:

■ Maksimizirajte inicijalnu terapijsku dozu.

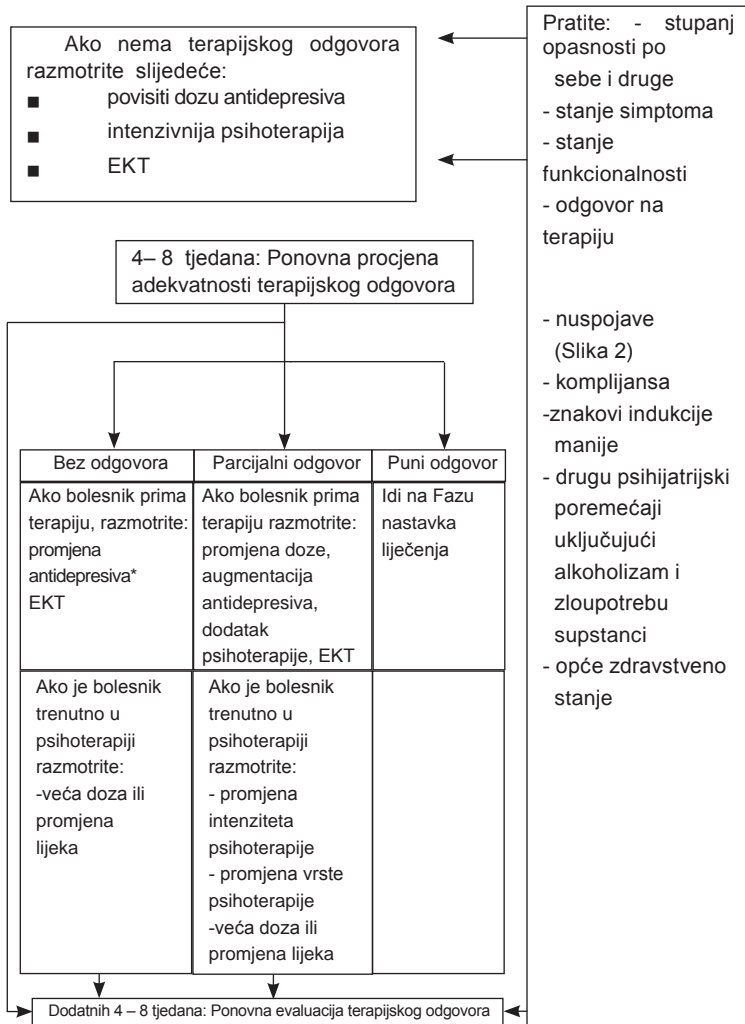
- Kod parcijalnog odgovora, produžite vrijeme davanja (npr za još 2 do 3 tjedna).
- Kod odsutnosti kliničkog odgovora na umjerene doze antidepresiva ili kod bolesnika sa niskim serumskim nivoom lijeka, povišite dozu i pratite nuspojave.

- Dodajte, promijenite ili povećajte frekvenciju psihoterapije.
- Promijenite lijek – drugi neMAOI antidepresiv (Tablica 2. (i Tablica 3.) iz iste ili različite klase antidepresiva.
- Osobito kada postoji parcijalni terapijski odgovor, odlučite se za agmentaciju sa:

- neMAOI antidepresiv iz druge klase (vodite računa o interakcijama lijekova).
- druga adjuvantna terapija (npr. litij, tiroidni hormoni, antikonvulzivi, psihostimulansi).

- Promijenite lijek na MAOI
- Uključite EKT

Slika 3. Liječenje akutne faze depresivnog poremećaja



*ili odaberite drugi antidepresiv iz iste klase, ili ako su dva farmakoterapijska pokušaja liječenja lijekovima iz iste klase bila neuspješna, odaberite antidepresiv iz druge klase

Tablica 3. Potrebna dužina wash-outa između različitih antidepresiva

<u>Promjena antidepresiva</u>	<u>Minimalno trajanje wash-outa</u>
MAOI nakon lijeka sa metabolitima koji imaju dugačak poluživot (npr. fluoksetin)	5 tjedana
MAOI nakon lijekova koji nemaju metabolite sa dugačkim poluživotom (npr. TCA, paroksetin, fluvoksamin, venlafaksin) ili drugog MAOI	2 tjedna
neMAOI antidepresiv nakon MAOI	2 tjedna
SIPPS nakon amitriptilina	2 tjedna
amitriptilin nakon SIPPS s metabolitima sa dugim poluživotom (fluoksetin)	2 tjedna
amitriptilin nakon ostalih SIPPS	1 tjedan

2. Izbor antidepresiva

d. Daljnje odsustvo terapijskog odgovora.

→ Provjerite dijagnozu i komplijansu.

→ Ukoliko se u bolesnika ne registrira najmanje umjereni klinički napredak u dodatnih 4 do 8 tjedana, eksplori-rajte prisutnost drugih faktora koji mogu interferirati sa oporavkom.

- Komorbidni somatski poremećaj
- Komorbidni psihijatrijski poremećaj (uključujući zlouporabu psihoaktivnih supstanci (PAS))
- Značajni psihosocijalni problemi

Ukoliko koraci navedeni gore ne daju objašnjenje za odsustvo terapijskog odgovora, razmislite o konzultaciji ili uvođenju EKT-a.

3. Izbor psihoterapije

a. Principi izbora psihoterapije

Izaberite vrstu psihoterapije

- Kognitivno bihevioralna terapija (KBT) i interpersonalna terapija imaju najbolje istraživanjima dokumentirane rezultate u liječenju depresivnih poremećaja

3. Izbor psihoterapije

b. Provođenje psihoterapije

Odredite frekvenciju psihoterapijskih seansi

Frekvencija u osnovi varira između jedan do nekoliko puta tjedno u akutnoj fazi liječenja i ovisi o:

- vrsti i ciljevima psihoterapije
- potrebi da se stvori i održava terapijski odnos
- potrebi da se osigura suradljivost u liječenju
- potrebi za kontrolom i oslovljavanjem pitanja suicidalnosti

U situacijama kada u liječenju sudjeluje više od jednog liječnika, zadržite kontinuitet kontakta sa bolesnikom, ali i drugim liječnicima.

Ukoliko se u bolesnika ne registrira barem umjereni klinički napredak nakon 4 do 8 tjedana, temeljito pregledajte bilješke o liječenju, reevaluirajte bolesnika i plan liječenja (**vidjeti Sliku 3.**)

4. Izbor kombinirane terapije (farmakoterapija plus psihoterapija)

Razmotrite ista pitanja koja se odnose na izbor lijeka

Ukoliko se kod bolesnika ne registrira barem umjereni klinički napredak nakon 4 do 8 tjedana, temeljito pregledajte bilješke o liječenju i ispitajte suradljivost kao i farmakokinetičke / farmakodinamske faktore.

Ukoliko se nakon promjene tretmana kod bolesnika nakon dodatnih 4 do 8 tjedana ne registrira barem umjereni klinički napredak, provedite temeljiti intervju i razmislite o konzultaciji ili mogućnosti EKT-a.

5. Procjena adekvatnosti terapijskog odgovora

Ne zaključujte fazu akutnog liječenja sve dok se kod bolesnika registrira samo parcijalni klinički odgovor.

C. Faza kontinuiranog liječenja

Faza kontinuiranog liječenja se definira kao period od 16 do 20 tjedana nakon postizanja stabilne i potpune remisije stanja iz akutne faze.

U cilju sprečavanja relapsa, nastavite terapiju antidepresivom u dozi koja je korištena u akutnoj fazi, odnosno u dozi kojom je postignuta remisija.

Razmotrite potrebu za psihoterapijom u cilju sprečavanja relapsa.

Razmotrite potrebu za EKT-om ukoliko se farmakoterapija i psihoterapija nisu pokazale efikasnim.

Frekvenciju kliničkih posjeta odredite na osnovi kliničkog stanja i specifičnih metoda liječenja koje su korištene. Frekvencija može varirati od jednom svaka 2 do 3 mjeseca do nekoliko puta tjedno.

D. Faza održavanja

Cilj liječenja u fazi održavanja je sprečavanje recidiva depresivnog poremećaja (vidjeti Tabelu 4, str. 36)

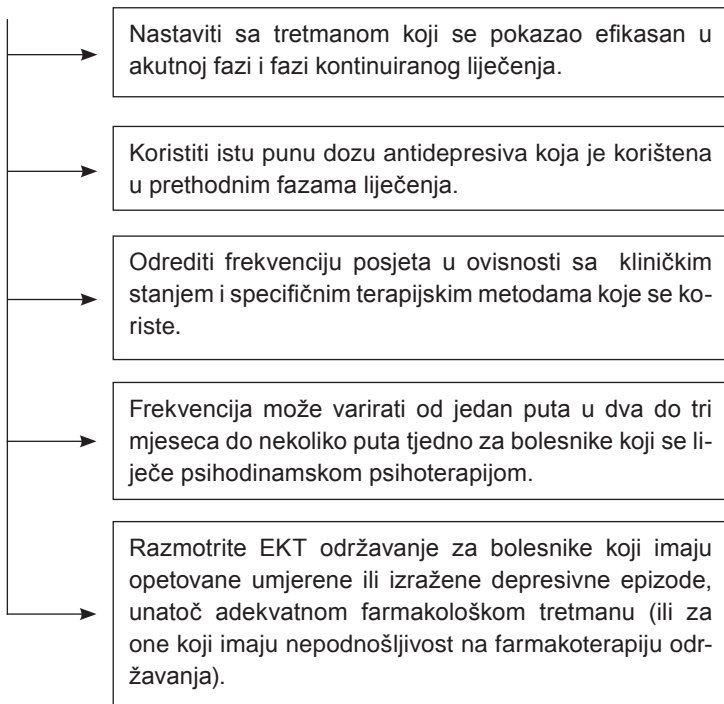


Tabela 4. Faktori važni u odlučivanju za terapiju održavanja

Faktor	Komponenta
Rizik recidiva	Broj prethodnih epizoda; Prisutnost komorbidnih stanja; rezidualni simptomi između epizoda
Izraženost epizoda	Suicidalnost; psihotični simptomi; izraženi poremećaj funkcionalnosti
Nuspojave kod tretmana održavanja	
Bolesnikova preferencija	

E. Diskontinuiranje aktivnog tretmana

→ Odlučite da li diskontinuirati liječenje razmatrajući iste faktore koji su uzeti u obzir kod odlučivanja o tome da li uključiti terapiju održavanja.

Npr. razmotrite vjerojatnost recidiva u svjetlu frekvencije i izraženosti prethodnih epizoda (vidjeti Tabelu 4, u tekst iznad, i Tabelu 5).

→ Kod diskontinuiranja psihoterapije, najbolja metoda ravna se bolesnikovim potrebama, a ovisi i o vrsti psihoterapije koja je korištena, trajanju i intenzitetu tretmana.

→ Kod diskontinuiranja farmakoterapije, postupno smanjivati dozu tijekom najmanje nekoliko tjedana.

-
- Ovo olakšava brzi povratak na terapijsku dozu ukoliko simptomi recidiviraju.
 - Minimalizira rizik od sindroma diskontinuiranja antidepresiva (vjerojatniji kod antidepresiva sa kraćim poluvremenom).

→ Napravite plan za reinstituiranje tretmana u slučaju recidiva.

→ Ukoliko kod bolesnika dođe do recidiva nakon ukidanja farmakoterapije, ponovno uključite terapiju koja se pokazala efikasnom u prethodnoj epizodi.

Tabela 5. Faktori rizika za recidiv depresivnog poremećaja

- podatak u prethodnoj historiji bolesti o opetovanim epizodama depresivnog poremećaja,
- perzistirajući distimični simptomi nakon oporavka od depresivne epizode,
- prisutnost dodatnog psihijatrijskog poremećaja koji nije poremećaj raspoloženja,
- prisutnost hronične somatske bolesti.

3. LITERATURA

1. Brown, G. & Harris, T. (1978) *The Social Origins of Depression: A Study of Psychiatric Disorder in Women*. London: Tavistock Publications.
2. Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., et al (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 585-599.
3. Cassano, P. & Fava, M. (2002). Depression and public health: an overview. *Journal of Psychosomatic Research*, 53 (4), 849-857.
4. Cole, M. G., Bellavance, F. & Mansour, A. (1999) Prognosis of depression in elderly community and primary care populations: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 156 (8), 1182-1189.
5. Coryell, W., et al (1994) The time course of nonchronic major depressive disorder. Uniformity across episodes and samples. National Institute of Mental Health Collaborative Program in the Psychobiology of Depression-Clinical Studies. *Archives of General Psychiatry*, 51 (5), 405-410.
6. Donoghue & Tylee, A. (1996) Cross sectional database analysis of antidepressant prescribing in general practice in the United Kingdom, 1993-5. *BMJ*, 313 (7061), 861-862.
7. Fonagy, P. (2003) Some complexities in the relationship of psychoanalytic theory to technique. *Psychoanalytic Quarterly*, 72 (1), 13-47.
8. Furukawa, T. A., Kitamura, T. & Takahashi, K. (2000) Time to recovery from an inception cohort with hitherto untreated unipolar major depressive episodes. *British Journal of Psychiatry*, 177, 331-335.
9. Goldberg, D., Privett, M., Ustun, B., et al (1998) The effects of detection and treatment on the outcome of major depression in primary care: a naturalistic study in 15 cities. *British Journal of General Practice*, 48 (437), 1840-1844.
10. Kirsch, I., Scoboria, A. & Moore, T. J. (2002). Antidepressants and placebos: secrets, revelations, and unanswered questions. *Prevention and Treatment*, 5, Article 33. Available on the World Wide Web: <http://journals.apa.org/prevention/volume5/pre0050033r.html>
11. Kisely, S., Gater, R. & Goldberg, D. P. (1995) Results from the Manchester Centre. In *Mental Illness in General Health Care: An International Study* (eds T. B. Ustun & N. Sartorius), pp. 175-191. Chichester: Wiley.

12. Ormel, J., Von Korff, M., Oldehinkel, T., et al, (1999) Onset of disability in depressed and nondepressed primary care patients. *Psychological Medicine*, 29, 847-853.
13. Priest, R. G., Vize, C., Roberts, A., et al (1996) Lay people's attitudes to treatment of depression: results of opinion poll for Defeat Depression Campaign just before its launch. *BMJ*, 313 (7061), 858-859.
14. Pennix, B. W., Beekman, A.T., et al (2001) Depression and cardiac mortality: results from a community-based longitudinal study. *Archives of General Psychiatry*, 58 (3), 221-227.
15. Posternak, M. A. & Miller, I. (2001) Untreated short-term course of major depression: a metaanalysis of outcomes from studies using wait-list control groups. *Journal of Affective Disorders*, 66 (2-3), 139-146.
16. Ramachandani, P. & Stein. A. (2003) The impact of parental psychiatric disorder on children. *BMJ*, 327 (7409), 242-243.
17. Ross, D. C. Quitkin, F. M. & Klein, D. F. (2002) A typological model for estimation of drug and placebo effects in depression. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 22 (4), 414-418.
18. Sartorius, N. (2001) The economic and social burden of depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 (suppl 15), 8-11.
19. Simon, G. E., Goldberg, D. P., Von Korff, M., et al (2002). Understanding cross-national differences in depression prevalence. *Psychological Medicine*, 32 (4), 585-594.
20. World Bank (1993) *World Development Report: Investing in Health Research Development*. Geneva: World Bank.
21. World Health Organisation (2001) *World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva, Switzerland: WHO
22. World Health Organisation (1992) *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva, Switzerland: WHO

**DIJAGNOSTIČKO TERAPIJSKI VODIČ
ZA LIJEČENJE DEPRESIVNIH POREMEĆAJA**

Autori:

Prof. dr sc. Abdulah Kučkalić
Prim. dr sc. Alma Bravo-Mehmedbašić
Prim. dr Alma Džubur-Kulenović

Recenzenti:

Prof. dr sc. Ismet Cerić
Doc. dr sc. Ljiljana Oruč
Prof. dr sc. Zehra Dizdarević
Mr. ph. Edina Stević

Lektor:

Biljana Jandrić

Izdavač:

Ministarstvo zdravstva Kantona Sarajevo
Institut za naučnoistraživački rad i razvoj
Kliničkog centra Univerziteta u Sarajevu

Za izdavača:

Prim. dr Mustafa Cuplov

Štampa:



Za štampariju:

Graf. ing. Muhamed Hrović

Tiraž: 1 000 primjeraka

CIP - Katalogizacija u publikaciji
Nacionalna i univerzitetska biblioteka
Bosne i Hercegovine, Sarajevo

616.895.4-07-085(036)

Kučkalić, Abdulah
Vodič za liječenje depresivnih poremećaja /
Abdulah Kučkalić, Alma Bravo-Mehmedbašić, Alma
Džubur Kulenović. - Sarajevo : Ministarstvo
zdravstva Kantona Sarajevo : Institut za
naučnoistraživački rad i razvoj Kliničkog centra
Univerziteta, 2007. - 54 str. ; 20 cm

Bibliografija: str. 52-54
ISBN 9958-695-02-1

1. Bravo-Mehmedbašić, Alma 2. Džubur Kulenović,
Alma
COBISS.BH-ID 15308038

www.ks.gov.ba



978995846900251

DEPRESIVNI POREMEĆAJI