

DEPRESIJE I ANKSIOZNOSTI

Mikulandra, Angela

Undergraduate thesis / Završni rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Rijeka, Faculty of Health Studies / Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija u Rijeci**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:184:654600>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-22**

Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Health Studies - FHSRI Repository](#)



SVEUČILIŠTE U RIJECI
FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVA

Angela Mikulandra
DEPRESIJE I ANKSIOZNOSTI
Završni rad

Rijeka, 2020.

UNIVERSITY OF RIJEKA
FACULTY OF HEALTH STUDIES
UNDERGRADUATE STUDY OF NURSING

Angela Mikulandra

DEPPRESION AND ANXIETY

Final work

Rijeka, 2020.

SADRŽAJ

1. UVOD.....	1
2. DEPRESIVNI POREMEĆAJI	2
3. ETIOLOGIJA, UČESTALOST I EPIDEMIOLOGIJA DEPRESIJA	3
3.1 Biološki čimbenici.....	3
3.2 Psihosocijalni čimbenici.....	3
3.3 Učestalost depresivnosti u Republici Hrvatskoj.....	4
4. VRSTE DEPRESIJA.....	5
4.1 Povratni ili unipolarni depresivni poremećaj	5
4.2 Bipolarni afektivni poremećaj	5
4.3 Melankolija.....	7
4.4 Atipična depresija.....	7
4.5 Minor depresije	8
4.6 Maskirana depresija.....	8
4.7 Mala depresija	8
4.8 Psihoteična depresija.....	8
4.9 Ciklotimija.....	9
4.10 Distimija.....	9
4.11 Postpartalni poremećaji	9
4.11.1 Postpartalna tuga.....	9
4.11.2 Postpartalna depresija	10
4.11.3 Postpartalna psihoza.....	10
4.11.4 Prevalencija depresije tijekom i nakon trudnoće	10
5. DEPRESIVNOST KOD DJECE I ADOLESCENATA.....	11
5.1 Simptomi	11
5.1.1 Emocionalni simptomi	12

5.1.2	Tjelesni simptomi.....	13
5.1.3	Kognitivni simptomi	13
5.1.4	Bihevioralni simptomi	15
6.	TIJEK I KOMPLIKACIJE DEPRESIVNIH POREMEĆAJA.....	17
6.1	Suicid.....	17
6.1.1	Suicid u Hrvatskoj.....	17
7.	DIJAGNOZA DEPRESIVNIH POREMEĆAJA	19
7.1	Hamiltonova ljestvica procjene za depresiju (HAM).....	19
7.2	Montgomery-Asbergerova ljestvica za depresiju (MADRS).....	19
7.3	Youngova ljestvica za procjenu manije (YMRS)	19
7.4	Upitnik za afektivne poremećaje (MDS)	20
7.5	Diferencijalna dijagnoza	20
8.	LIJEČENJE DEPRESIVNIH RASPOLOŽENJA.....	22
8.1	Djelovanje antidepresiva	22
8.2	Akutna faza terapije	23
8.3	Faza terapije održavanja.....	23
8.4	Faza profilaktičke terapije.....	23
8.5	Liječenje bipolarnog afektivnog poremećaja	24
8.5.1	Litij u liječenju bipolarnog afektivnog poremećaja	24
9.	ANKSIOZNI POREMEĆAJI.....	26
9.1	Epidemiologija	26
9.1.1	Anksioznost među studentima sestrinstva	27
9.1.2	Zastupljenost anksioznih poremećaja u djece i adolescenata	27
9.1.3	Zastupljenost anksioznih poremećaja	28
9.2	Uzročni čimbenici i obrambeni mehanizmi anksioznih poremećaja	28
10.	OBLICI ANKSIOZNOG POREMEĆAJA	30
10.1	Generalizirani anksiozni poremećaj (GAP)	30

10.2	Panični poremećaj	30
10.3	Fobični poremećaj	31
10.3.1	Agorafobija	31
10.3.2	Jednostavne fobije.....	31
10.4	Opsesivno-kompulzivni poremećaj (OKP)	32
10.4.1	Opsesije.....	32
10.4.2	Kompulzije.....	32
10.5	Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP)	33
11.	DIJAGNOZA ANKSIOZNIH POREMEĆAJA.....	34
11.1	Dijagnoza generaliziranog anksioznog poremećaja (GAP)	34
11.2	Dijagnoza paničnog poremećaja	35
11.3	Dijagnoza fobičnog poremećaja.....	35
11.4	Dijagnoza opsesivno-kompulzivnog poremećaja (OKP).....	36
11.5	Dijagnoza posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP)	36
12.	LIJEČENJE ANKSIOZNIH POREMEĆAJA.....	38
13.	PROGNOZA DEPRESIVNIH I ANKSIOZNIH POREMEĆAJA	39
14.	UČINKOVITOST PSIHOTERAPIJE I FARMAKOTERAPIJE U LIJEČENJU DEPRESIVNIH I ANKSIOZNIH POREMEĆAJA	41
15.	ZAKLJUČAK.....	43
16.	LITERATURA	44

Izvešće o provedenoj provjeri izvornosti studentskog rada

Opći podatci o studentu:

Sastavnica	SVEUČILIŠTE U RIJECI - FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA RIJEKA
Studij	PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVO
Visina studentskog rada	ZAVRŠNI RAD
Ime i prezime studenta	ANGELA MIKULANDRA
JMBAG	0351003337

Podatci o radu studenta:

Naslov rada	DEPRESIJE I ANKSIOZNOSTI
Ime i prezime mentora	Radoslav Kosić
Datum predaje rada	30.08.20
Identifikacijski br. podneske	1382989661
Datum provjere rada	09.09.20
Ime datoteke	Angela_Mikulandra_-_DEPRESIJE...
Velčina datoteke	84.59K
Broj znakova	77224
Broj riječi	12492
Broj stranica	55

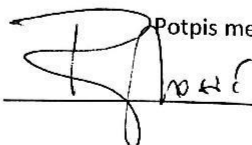
Podudarnost studentskog rada:

Podudarnost (%)	0,00%
-----------------	-------

Izjava mentora o izvornosti studentskog rada

Mišljenje mentora	
Datum izdavanja mišljenja	
Rad zadovoljava uvjete izvornosti	<input checked="" type="checkbox"/> DA
Rad ne zadovoljava uvjete izvornosti	<input type="checkbox"/>
Obrazloženje mentora (po potrebi dodati zasebno)	Izvornost rada provjerena je pomoću Turnitin programa. Dobiven je rezultat od 0%. Može se zaključiti da je Završni rad izvorni rad studentice.

Datum
9.rujna 2020.

Potpis mentora


SAŽETAK

U današnje vrijeme mnogo ljudi boluje od depresije i anksioznosti, no najveći izazov predstavlja prepoznavanje ovih bolesti, a često i neadekvatno liječenje. Osobe koje boluju od ovih poremećaja nerijetko nailaze na odbijanje i nerazumijevanje okoline, pogotovo na prostorima Balkana gdje su depresije i anksioznosti još uvijek tabu tema. Također, još jedan od problema je osjećaj srama i strah od mišljenja okoline ukoliko osoba posjeti psihijatra. Odbijanje i nerazumijevanje uzrokuju još bržu progresiju bolesti, što može uzrokovati fatalne posljedice. Zbog toga je ključno znati važnost mentalnog zdravlja i poznavati simptome ovih poremećaja kako bi ih na vrijeme prepoznali, liječili i samim time spriječili kronični oblik bolesti, te omogućili oboljeloj osobi što veću kvalitetu života. U ovom radu korištena su istraživanja iz znanstvenih radova i članaka s ciljem prikazivanja incidencije postpartalne depresije, učestalosti suicida, učestalosti anksioznih poremećaja općenito, te među studentima, djecom i adolescentima, kao i usporedba učinkovitosti farmakoterapije i psihoterapije.

Ključne riječi: depresija, anksioznost, poremećaji

SUMMERY

In today's world there is a large number of people who suffer depression and anxiety disorder but the biggest challenge is to recognize these illnesses as it is often inadequate treatment. People who suffer a form of these disorders often get to be refused and misunderstood by others in their surroundings, especially in the Balkan area where depression and anxiety are still taboo topics. Also, another problem is feeling of shame and fear of other people's opinion if a person goes to a psychiatrist. Refusing and misunderstanding develop even faster progression of illness, which can cause fatal consequences. That is why it is crucial to know the importance of mental health and to be familiar with symptoms of these disorders, so that we could recognize and treat illness on time and in that way prevent chronic type of disease so a person could get the most quality life. In this final work we used researches from scientific work and articles with purpose of showing incidence of postpartal depression, frequency of suicide, frequency of anxiety disorders in general and between children and adolescents, as comparison of efficiency between pharmacotherapy and psychotherapy.

Key words: depression, anxiety, disorders

1. UVOD

S obzirom na stresove s kojima se suvremeni čovjek suočava u svojoj svakodnevici, postoji mnogo rizika za razvoj depresivnog ili anksioznog poremećaja. Ovaj smo rad odabrali zbog sve većeg broja ljudi s ovom vrstom poremećaja koji su postali vodećim problemom današnjice. Rizični čimbenici mogu biti biološke, odnosno genetske podloge, no to su najčešće psihosocijalni čimbenici iz okoline. Po istraživanjima se pokazalo da studenti, u većem postotku, pokazuju znakove depresivnosti i anksioznosti. Pa tako možemo reći da stresovi, poglavito oni u ranom djetinjstvu i dječjoj dobi, predstavljaju najbolju podlogu za stvaranje nekog od ovih poremećaja, a pokazalo se i da mala djeca pokazuju veći postotak separacijske anksioznosti, dok se kod adolescenata češće primjećuje panični poremećaj i socijalna fobija. Tako naprimjer, djeca koja odrastaju bez roditelja imaju veću šansu razviti neku vrstu poremećaja od djece koja odrastaju uz roditelje. Rodilje, s druge strane, često pokazuju znakove postpartalne depresije i za vrijeme trudnoće i nakon porođaja. Nadalje, kada se sama bolest pojavi, teško ju je primijetiti, kako pojedincu, tako često i njegovoj okolini, pa nerijetko ovi poremećaji ostanu nedijagnosticirani. Depresivne i anksiozne poremećaje možemo liječiti medikamentima, no uvijek je bitno uključiti osobu u psihoterapiju, ali i njezinu obitelj, kako bi prognoza i sam oporavak bili što bolji. U ovom radu korištena su znanstvena istraživanja i opisane su vrste, epidemiologija, klasifikacija, dijagnostika, liječenje i incidencija depresija i anksioznosti, kao i usporedba učinkovitosti psihoterapije i farmakoterapije. Također, u ovom radu se navodi incidencija suicida u RH, pojavnost postpartalne depresije kod trudnica, pojavnost anksioznih poremećaja kod male djece i adolescenata, pojavnost anksioznosti kod studenata, kao i sama prognoza depresija i anksioznosti.

2. DEPRESIVNI POREMEĆAJI

Osim pravih patologija u ponašanju, moramo naučiti razlikovati fiziološke promjene u ponašanju. Tuga ili »normalna depresija« je, naprimjer, jedna od fizioloških pojava koja se javlja kao emotivni odgovor na neku razočaravajuću ili nesretnu situaciju i u prosjeku traje mnogo kraće od patološkog ponašanja (1). Najpoznatiji oblik nepatološke depresije jest žalovanje koje se javlja nakon gubitka bliske osobe, rastave ili značajnijeg odvajanja od obitelji (npr. odlazak u inozemstvo). Prilikom žalovanja uz najdominantniji simptom promjene raspoloženja, također se pojavljuju simptomi poput anksioznosti, nesanice, uznemirenosti i jakog nadražaja autonomnog živčanog sustava (2). Isto tako valja spomenuti tzv. »prazničnu tugu« ili fiziološka depresivna razdoblja koja se uglavnom pojavljuju u određenom dijelu godine zbog nekakve objećnice npr. smrti člana obitelji, a može biti i dio predmenstrualnog razdoblja. Ovakve vrste fizioloških poremećaja ne smatramo psihopatologijom, no osobe koje imaju predispoziciju za poremećaje u ponašanju mogu, u takvim uvjetima, dekompenzirati (1). Dakle, patološke promjene raspoloženja događaju se kada tuga ima veći intenzitet i trajanje od očekivanog, pa tako i radost može utjecati na patologiju ponašanja ako predugo traje, no najčešće nakon radosti dolazi do »paradoksnosti« koja se obično povezuje sa povećanom odgovornosti koja uslijedi nakon nekakvog uspjeha, tj. postignuća. Kod osoba s poremećajima raspoloženja zbog primarno emocionalnog oštećenja, kasnije dolazi do značajnijeg narušavanja ostalih funkcija duševnog zdravlja, a sindrom poremećaja može se očitovati kao izrazito »povišeno« ili »sniženo« stanje raspoloženja (1).

3. ETIOLOGIJA, UČESTALOST I EPIDEMIOLOGIJA DEPRESIJA

Uzrok afektivnih poremećaja još uvijek nije potpuno razjašnjen, iako se dovodi u vezu sa biološkim i psihosocijalnim čimbenicima, te prema istraživanjima češće obolijevaju žene. Jedna od četiri osobe će oboljeti od nekakvog afektivnog poremećaja tijekom života, ali za klinički značajan i teži oblik afektivnih poremećaja, rizik je manji od 15% (1).

3.1 Biološki čimbenici

Nasljedni čimbenici utvrđeni su kao predisponirajući čimbenik, iako nije uvijek pravilo, no pokazalo se da su poremećaji raspoloženja češći među bliskim rođacima. U svakom slučaju nasljedni čimbenik za poremećaje poput depresije određuje dva ili više gena – poligenski, dok npr. bipolarni poremećaj određuje jedan dominantni gen (1).

3.2 Psihosocijalni čimbenici

Izrazito stresni događaji kroz život dovode do poremećaja homeostaze kod osobe i često prethode epizodama unipolarne depresije, odnosno do prodromalne faze depresije. Životni stresovi su jako bitni za razvitak depresije kod pojedinca, pa tako osobe koje su ostale bez roditelja u ranom djetinjstvu češće obolijevaju od depresije i imaju veću stopu pokušaja suicida od osoba koje su odrasle uz roditelje (1). No, to nije uvijek pravilo, bilo koji tip osobnosti može razviti klinički oblik depresije, no povratne ili unipolarne oblike češće razvijaju pasivno ovisne i introvertne osobe kojima najčešće nedostaju odgovarajuće socijalne vještine prilagodbe promjenama koje su van rutine, pa takve osobe imaju poteškoća sa suočavanjem i s najmanjim stresom. Također, češće obolijevaju osobe koje imaju nisko samopoštovanje i nemaju povjerenja u druge (2).

3.3 Učestalost depresivnosti u Republici Hrvatskoj

Podaci Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo govore da su mentalni poremećaji drugi najčešći uzrok hospitalizacije u dobi između 20 i 59 godina, njih 12,4 %. Vodeći uzroci hospitalizacije za mentalne poremećaje 2015. godine bili su alkoholizam s 18,2%, shizofrenije s 15,3 %, depresivni poremećaji s 13,5 %, i posttraumatski stresni poremećaj sa 6,2 % (15).

Zbog depresivnih poremećaja 2015. godine provelo se 5388 hospitalizacija, s ukupno 157.464 hospitalizacijskih dana, što u prosjeku iznosi 29 dana po hospitalizaciji (15).

Prema podacima o bolestima i kroničnim stanjima u Europskoj zdravstvenoj anketi od 2014. do 2015. godine, 6,2 % žena i 5,1% muškaraca u RH navodi da su u posljednjih 12 mjeseci imali znakove depresije. Prema odgovorima na skali za izražavanje depresivnih simptoma iz istog istraživanja, 10,3 % stanovnika RH navodi blage do umjerene simptome depresije, dok njih 1,2 % navodi umjereno teške do teške depresivne simptome (15).

4. VRSTE DEPRESIJA

Depresija kao riječ dolazi od latinske riječi »deprimere« što znači pritisnuti ili utisnuti. Depresija je poremećaj raspoloženja koji po svojoj trajanju, intenzitetu i stupnju disfunkcionalnosti odstupa od svakodnevnih “normalnih”, odnosno prolaznih promjena raspoloženja. Pojam depresija označava emotivno raspoloženje osobe koje se opisuje kao »emocionalno stanje u kojem prevladavaju neugodni osjećaji tuge i očaja, praćenim osjećajem, bezvrijednosti, obeshrabrenosti, zlim slutnjama, usporenim i otežanim razmišljanjem i općenito smanjenom psihofiziološkom aktivnošću« (1). U psihijatriji naziv depresija se opisuje kao niz afektivnih poremećaja za koje su karakteristični intenzivan osjećaj tuge, gubitka smisla života, bespomoćnosti, te bezrazložan osjećaj krivnje i sklonost suicidu (2).

4.1 Povratni ili unipolarni depresivni poremećaj

Početak ovakve depresije može biti akutan ili postupan i neprimjetan, može trajati od nekoliko tjedana do nekoliko mjeseci, a prva epizoda može se pojaviti u bilo kojoj životnoj dobi. Ovakav oblik karakterizira ponavljanje epizoda depresije s fazama bez simptoma između svake epizode, a također postoji rizik za fazu povišenog raspoloženja - manije. Kroničan tip unipolarne depresije najčešće se pojavljuje iza 50. godine života (1). Također postoji i sezonski afektivni poremećaj koji prepoznamo tako što osoba ima depresivne epizode u jesenskom i zimskom periodu koje ne traju samo jednu godinu, dok u proljeće i ljeto nema nikakvih simptoma (2).

4.2 Bipolarni afektivni poremećaj

»Bipolarni afektivni poremećaj je ponavljajući poremećaj raspoloženja u kojem se, najčešće u nepravilnom redosljedju, izmjenjuju depresivne i manične ili hipomanične epizode, a između njih jedno vrijeme postoje asimptomatska razdoblja« (2). Dakle, karakterizira ga izmjena epizoda sniženog i povišenog raspoloženja nakon kojeg dolazi do stanja remisije, uz jasne simptome manije i depresije. Epizode s obzirom na simptome možemo podijeliti na blage, umjerene i teške (1).

Simptomi manične epizode (2):

- Izrazito veselje ili neprijateljstvo prema nekome
- Plačljivost i razdražljivost
- Izrazito samopouzdanje, hvalisanje i »napuhano ponašanje«
- Brza izmjena misli, nove ideje potaknute zvukovima ili riječima
- Povećana želja za tjelesnom aktivnosti (nepromišljeni spolni odnosi, veća poslovna ulaganja bez razmišljanja)
- Umišljanje talenta
- Umišljanje o visokom aristokratskom podrijetlu
- Vidne i slušne halucinacije
- Smanjena potreba za snom
- Zanemarivanje prehrane (gubitak težine)

Nakon manije uslijedi depresija pri kojoj se događa nagli pad raspoloženja, gubitak energije i smanjena želja za aktivnosti (2).

Simptomi depresivne epizode (1):

- Izrazit osjećaj krivnje i bezvrijednosti
- Smanjeno zanimanje za okolinu
- Gubitak apetita
- Povećana potreba za snom
- Promjene u govoru (tiho pričanje, kratke rečenice)
- Zanemarivanje osobne higijene
- Zanemarivanje djece i kućnih ljubimaca
- Psihomotorička retardacija
- Gubitak libida

Bipolarni poremećaj možemo podijeliti na tip I. (bipolarna manija) i tip II. Tip I. karakterizira konstantno naizmjenično nastajanje maničnih i depresivnih epizoda, odnosno kada se pored jedne afektivne epizode pojavi najmanje jedna manična epizoda (1), dok se kod tipa II. uz

depresivne epizode javi barem jedna hipomanična epizoda (2), tj duže depresivne epizode izmjenjuju s kratkim hipomaničnim epizodama koje u prosjeku traju oko 4 dana, u kojima se osoba ponaša izrazito društveno, te je povećana aktivnost (1). Ukoliko dođe do izrazito ubrzane aktivnosti u kojoj nema povezanosti između ponašanja i raspoloženja, govorimo o delirantnoj maniji. Delirantna manija je rijetka, ali je ugretno stanje u psihijatriji, koje zahtjeva hitnu obradu bolesnika, jer može doći do smrti zbog opće tjelesne iscrpljenosti (1). Ukoliko se unutar jedne godine pojavi četiri ili više maničnih epizoda, tada govorimo o brzoizmjenjujućem tijeku epizoda ili tzv. »rapid cycling« (2).

Što se tiče pojavnosti bipolarnog poremećaja, nema razlike među spolovima, osim što se kod žena češće prvo jave epizode depresije, dok se kod muškaraca češće prvo javljaju manične epizode. U 46 – 65% oboljelih ovaj se poremećaj javlja prije 19te godine života, a rani nastup poremećaja ima lošiju prognozu ishoda i tijeka bolesti, a povezan je s visokom stopom psihijatrijskog i tjelesnog komorbiditeta (1). Za otkrivanje bipolarnog afektivnog poremećaja koristi se posebna dijagnostička ljestvica „Bipolar Spectrum Diagnostic Scale“ ili BSDS (2).

4.3 Melankolija

Teški oblik depresije uobičajan kod starijih ljudi karakteriziran psihomotoričkom usporenošću, gubitkom interesa i zadovoljstva uz izostajanje reakcije na uobičajne ugodne životne situacije. Simptomi depresije, tj depresivnog raspoloženja teži su ujutro, nego pri kraju dana (1).

4.4 Atipična depresija

Kod atipične depresije javlja se jaz između simptoma koje osoba pokazuje i općih simptoma velikih depresivnih poremećaja. Tako ćemo kod osobe s atipičnom depresijom primijetiti simptome poput pretjeranog hranjenja, povećanja tjelesne težine, pretjerano spavanje, dok će raspoloženjem i dalje reagirati na događaje, javlja se i ekstremna preosjetljivost na interpersonalne reakcije. Osobe s atipičnom depresijom se često tuže na osjećaj težine u rukama i nogama. Od ovakve vrste depresije češće obole mlađe osobe (1).

4.5 Minor depresije

Stanja u kojima su prisutni samo osnovni simptomi depresije, depresivno raspoloženje i gubitak interesa uz česte somatizacije, te se često ne prepoznaju. Osoba se često tuži na simptome raznih bolesti, koje se ne očitavaju u nalazima nakon izvršenih pretraga. Sama osoba koja boluje od ovakvog tipa depresije često zanemaruje depresivne simptome, te ih prepisuje čimbenicima iz okoline. Prije se minor depresije nazivao depresivnim neurozama (1).

4.6 Maskirana depresija

Stanje neurofiziološkog poremećaja znakovitog za depresiju, ali uz pojavu jednog ili čak bez ikakvih simptoma depresije. Takve osobe najčešće kod liječnika dolaze zbog raznih somatskih pritužbi, uglavnom zbog glavobolje, bolova u leđima, bolova u prsištu i drugih smetnji za koje ne postoji fizički razlog (1). Zato se ovaj oblik depresije opisuje kao depresija bez depresije (2).

4.7 Mala depresija

Stanje depresivnosti sa simptomima depresije koji se ponavljaju, ali traju kraće od dva tjedna. Epizode depresije najčešće traju od dva do pet dana, a ovaj poremećaj često nalazimo kod osoba s graničnim poremećajem ličnosti i distimičnih osoba (1).

4.8 Psihotična depresija

Stanje u kojem dominiraju iluzije ili halucinacije praćene jakim simptomima poremećenog raspoloženja. Simptomi depresije pojavljuju se prije psihotičnih simptoma uz deluzije o proganjanju, bolovanju od neizlječive bolesti, o počinjenju kaznenih djela ili neoprostivih grijeha praćenim osjećajem krivnje (1).

4.9 Ciklotimija

Poremećaj karakteriziran kroničnim ili rekurentnim poremećajem raspoloženja uz koji se javljaju brojne epizode hipomaničnog ponašanja i blage depresije, ali sa slabim intenzitetom simptoma. Sličan je bipolarnom poremećaju tipa II., ali ga ne možemo svrstati u bipolarni afektivni poremećaj. Klinička slika slična je bipolarnoj depresiji blagog oblika, a simptomi se pojavljuju u ciklusima i alterirajući (1). Ponekad ovakav oblik depresije pomogne osobi da uspije na poslu, potiče kreativnost i uspjeh u rukovođenju, no kod nekih osoba dovode do neuspjeha u svakodnevnom životu (2). Dijagnoza ciklotimije je teška, jer se kod osobe simptomi skrivaju u socijalnim problemima poput promiskuitetnog ponašanja, neuspjeha u više brakova, čestim mijenjanjem radne okoline, škole ili mjesta boravka, kao i zloupotreba alkohola i/ili drugih psihoaktivnih tvari. Obično se javlja u kasnoj adolescenciji, a ako postoji pozitivna obiteljska anamneza na bipolarnu psihozu, posumnjat ćemo na ciklotimiju (1).

4.10 Distimija

Rekurentna ili kronična depresija koja se pojavljuje ili pogoršava nakon životnog stresa. Osoba se žali na depresivno raspoloženje koje traje gotovo dvije godine, ali nema hipomanične epizode, dok razdoblje bez simptoma traje samo nekoliko tjedana, a nikad nije dulje od mjesec dana (1). Prevladavaju simptomi poput pada energije, gubitak samopouzdanja, nesanica, plačljivost, osjećaj nesposobnosti za posao i osjećaj beznađa (2).

4.11 Postpartalni poremećaji

4.11.1 Postpartalna tuga

Kratka epizoda u trajanju od 1 do 4 dana sa promjenjujućim raspoloženjem, a plačljivost se može javiti nekoliko dana nakon porođaja. Ovo stanje nije rijetko, ali ne zahtijeva posebno liječenje (1).

4.11.2 Postpartalna depresija

Spada pod velike depresivne poremećaje, a pojavljuje se najčešće tijekom prvog mjeseca nakon porođaja. Uzrok još uvijek nije poznat, ali znamo da se javlja u oko 10 - 15% roditelja tijekom prvih 3 do 6 mjeseci (1).

4.11.3 Postpartalna psihoza

Karakterizirana je simptomima poput dezorijentacije, ekstremne agitacije i emocionalne labilnosti. Simptomi se pojave 2 do 3 dana nakon porođaja, ali incidencija postpartalne psihoze je niska uz dobru prognozu. Komplikacije psihoze su suicid i čedomorstvo (1).

4.11.4 Prevalencija depresije tijekom i nakon trudnoće

Istraživanje provedeno u Hrvatskoj, 2013. godine, na uzorku od 272 žene, pokazalo je da je 4,4% žena imalo manje depresivne epizode, a njih 3,7% veće depresivne epizode nakon porođaja, što u konačnici čini 8,1% pojavnosti depresivnih epizoda u roditelja. Žene koje su u svojoj anamnezi imale neku vrstu psihopatologije ili znakove depresije u trudnoći nisu sudjelovale u ovom istraživanju, ali je čak njih 37,1% pokazalo pozitivan rezultat na EPDS skali (engl. *Edinburgh Postnatal Depression Scale*) već tijekom trudnoće. Dva dana nakon porođaja, EPDS skalu pozitivne rezultate imalo je 32,7% žena među kojim njih 8,8% nije pokazivalo znakove depresije u trudnoći. Od 32,7% roditelja koje su pokazale znakove depresije dva dana nakon porođaja, njih 13,9% pokazivalo je znakove depresije i 6 tjedana nakon porođaja, dok je od sveukupnog uzorka žena, znakove depresije pokazivalo njih 22,4%, također 6 tjedana nakon (8). Iz ovog se istraživanja da zaključiti da sama trudnoća nosi određeni rizik za depresiju.

5. DEPRESIVNOST KOD DJECE I ADOLESCENATA

Depresivni simptomi javljaju se gotovo kod svakog čovjeka kroz njegov životni vijek u vidu normalne reakcije na neugodne i stresne situacije, a mogu se javiti u svakoj životnoj dobi, pa tako i kod djece i adolescenata. Iako nekad simptomi depresije mogu biti uočljivi, često nisu prepoznati. Adolescenti, a pogotovo djeca, nisu uvijek spremni ili sposobni odraslama iskazati kako se osjećaju. Većini djece je teško izraziti i verbalizirati svoje osjećaje, jer im fale vještine samoopažanja i verbalnog izražavanja, pa svoje osjećaje najčešće iskazuju kroz ponašanje, koje roditelji često zamjene za neku vrtu bunta (3).

Depresivni simptomi imaju drukčiji oblik kod djece nego kod odraslih. Zbog činjenice da se djeca brzo razvijaju i mijenjaju, neki psihološki problemi mogu potpuno nestati ili se mogu zamijeniti s nekim drugim kliničkim simptomima u kasnijoj životnoj dobi, pa dolazi do razvojne zamjene simptoma (4). Važno je obratiti pozornost da li su određena ponašanja samo prolazne reakcije ili su vrsta poremećaja prilagodbe, koji se može nastaviti kroz odrastanje i razviti se u nekakvu psihopatologiju. Problem prepoznavanja depresivnih poremećaja u tako ranoj dobi jest taj, što su neki od simptoma isti kao i normalno ponašanje u određenoj godini života. Tako ćemo npr. ispade bijesa, plakanje, strah, povećanu aktivnost ili u kasnijoj dobi potrebu za samoćom smatrati dijelom odrastanja, a ne simptomima depresije. Simptome ćemo prepoznati po ponašanju djeteta u školi, gdje će se ono ponašati povučeno, neće imati prijatelja niti potrebu za socijalizacijom, javit će se neuspjeh u školi zbog manjka interesa i motivacije, biti će problematičnog ponašanja u školi, ali najbitnije je da najčešće djeca s depresijom pate od još jednog komorbiditeta koji se najčešće javlja u obliku anksioznosti, agresivnosti ili nekog drugog poremećaja ponašanja (3).

5.1 Simptomi

Simptome depresije možemo podijeliti na četiri osnovne skupine; somatsku, emocionalnu, bihevioralnu i kognitivnu (3).

5.1.1 Emocionalni simptomi (3)

- Izljevi bijesa, ljutnja
- Osjećaj praznine
- Nagle promjene raspoloženjima, koje je najgore u jutarnjim satima
- Osjećaj krivnje
- Anksioznost i strah od negativnog ishoda
- Dosađivanje
- Gubitak spontanosti

U emocionalne simptome najčešće svrstavamo tugu, obeshrabrenost, utučenost i osjećaj beznađa. Dva najčešća emocionalna simptoma su disforija, tj. disforno raspoloženje i anhedonija. Disforija je vezana uz osjećaj manje vrijednosti i gubitka vjere u vlastite sposobnosti, odnosno to je negativno raspoloženje koje može imati različit intenzitet. Anhedonija je gubitak užitka i ugone pri onim aktivnostima u kojima je osoba prije uživala i smatrala privlačnim. Disforija i anhedonija su specifični simptomi za depresiju u dječjoj i adolescentnoj dobi i gotovo su uvijek prisutni (3).

Osjećaj duboke žalosti, ljutnje i iritabilnosti također svrstavamo u emocionalne simptome depresije i često su prisutni, pogotovo kod djece predškolske dobi i adolescenata, a može se javiti i u obliku razdražljivosti ili izljevaja bijesa. Ljutnja često potiče agresivno ponašanje, pa se u dijagnostici zamjenjuje za poremećaj u ponašanju, a ne kao sama depresija. Djeca s depresijom će prije usmjeravati svoju ljutnju prema neprikladnim objektima ili prema samima sebi, dok će nedepresivna djeca izraziti ljutnju prema vani i prema prikladnijim objektima (3). Dakle, što više raste osjećaj ljutnje na sebe u depresiji, to će dijete sve više iskaljivati bijes na predmetima, nekad i na drugim osobama (4). Ljutnja i duboka tuga su jako važni simptomi kada govorimo o suicidalnosti, jer se potiskivanje ljutnje povezuje s osjećajem beznađa u kojem dijete ili adolescent pati od suicidalnih misli, te je zbog toga jako važno prepoznati (3).

Specifični simptom depresije za osobe starije od 11 godina jest jaki osjećaj krivnje koji se javlja kada dijete postane sposobno shvatiti normirana pravila ponašanja i kada se prema tim pravilima ne uspijeva ponašati. Javlja se zbog toga što dijete stvara nametnutu idealnu sliku svog ponašanja koje ne uspijeva ostvariti (3).

Djeca i adolescenti s depresijom često pokazuju simptome anksioznosti poput okupiranosti s neuspjesima u prošlosti i straha od neuspjeha u budućnosti, probleme sa separacijom, pretjerana zabrinutost i somatske simptome (5).

5.1.2 Tjelesni simptomi (3)

- Poteškoće u obavljanju uobičajenih aktivnosti
- Umor i manjak energije
- Promjene tjelesne težine (povišen ili snižen apetit)
- Problemi sa spavanjem
- Hipersomnija
- Glavobolje i neke druge vrste fizičkih bolova

Tjelesni simptomi imaju određene razvojne specifičnosti. Slab apetit je uobičajen kod depresivnih petogodišnjaka, ali se učestalost istog smanjuje u dobi od devet godina, pa se učestalost ponovo pojačava kod depresivnih starijih adolescenata (3). Nesanice, s druge strane, bilo kakve vrste su uobičajeni za djecu i adolescente i nisu specifičan simptom, jer mogu jednostavno biti posljedica problema u školi. Glavobolje i bolovi u trbuhu također mogu biti posljedica pokušaja izbjegavanja obaveza ili traženja pažnje od roditelja i okoline (4). Dakle, u većini slučajeva, tjelesni simptomi su sastavni dio drugih poremećaja u djetinjstvu poput psihoza, anksioznosti ili somatskih poremećaja i nisu jako specifični za depresiju. Od fizičkih simptoma za depresiju su važni poremećaji regulacije endokrinih, imunoloških i neurofizičkih funkcija (3).

5.1.3 Kognitivni simptomi (3)

- Nisko samopoštovanje i samopouzdanje
- Gubitak interesa za okolinu, aktivnost i socijalizaciju
- Suicidalne misli ili pokušaj suicida
- Poteškoće u donošenju odluka
- Poteškoće u koncentraciji
- Pseudoretardacija

- Osjećaj bespomoćnosti
- Deluzije i halucinacije
- Kognitivne distorzije

Kognitivni simptomi su skupina o kojoj se napravilo najviše istraživanja u području depresije, pa se tako prilikom raznih istraživanja primijetilo da djeca i adolescenti s depresijom pokazuju nisko samopoštovanje, samookrivljavanje, poteškoće u koncentraciji i ispunjavanju školskih obaveza, kao i osobno obezvrjeđivanje, te osjećaj krivnje što ne žive po određenom zamišljenom, tj. nametnutom standardu. Depresivna djeca često same sebe i svijet oko sebe opisuju u negativnom smislu, govore da osjećaju da ih okolina ne podržava, da ih se kritizira, da se okolina prema njima ponaša neprijateljski ili kao da ih uopće nije briga. Djeca izražavaju osjećaj beznađa udružen s osjećajem krivnje za nešto za što smatraju da će biti kažnjeni, te im se zbog toga često javljaju suicidalne misli i namjere (3).

Nisko samopoštovanje, beznadnost, i bespomoćnost su klasična slika depresivnosti koja uključuje negativnu sliku o sebi i svijetu oko sebe, negativnu sliku budućnosti, a nisko samopoštovanje se smatra centralnim aspektom depresije. Dakle, nisko samopoštovanje često proizlazi iz loših obiteljskih interakcija, ranih većih stresova i gubitaka, kao i zbog pritiskanja djeteta da ostvari nametnute ciljeve. Tako će se depresivna djeca osjećati nevoljenim, odbačenima i manje vrijednima. Osjećaj bespomoćnosti obično se javlja kada dijete osjeća da nema kontrolu nad događajima u svom životu i kada smatra da kontrolu neće imati ni u budućnosti, te taj osjećaj izuzetno negativno utječe na dijete i ponekad ga dovodi do stanja potpune apatije. Ova tri simptoma, a poglavito osjećaj beznadnosti, su najvažnija za pojavu suicidalnih misli i pokušaj suicida kod adolescenata, ali čak, iako rijetko, i kod djece mlađe od 12 godina (3).

Problemi s koncentracijom i greške u zaključivanju često se primjećuju kod depresivne djece i adolescenata koje se očituju kao preuveličavanje značajnosti negativnih iskustava i njihovih posljedica, a smanjuju značajnost pozitivnih događaja. Ako je dijete doživjelo negativnu situaciju kroz svoj život, ono će percipirati svijet oko sebe na način da će se takvi gubici ponavljati tijekom života i ciljano obraća više pažnju na negativne događaje, dok pozitivne obezvrjeđuje (3).

Pseudoretardacijom nazivamo skup simptoma koji po svojoj kliničkoj slici liče na mentalnu retardaciju, dok su intelektualne sposobnosti osobe unutar ili čak iznad prosjeka. Simptome

pseudoretardacije jako je važno prepoznati, jer se često krivo protumače u obrazovnim ustanovama. Pseudoretardaciju ćemo prepoznati tako što će depresivno dijete pokazivati slabu pažnju, emocionalnu nezrelost i nestabilnost, kao i prividno sniženu intelektualnu funkciju koja je prije bila u granici normalne (3).

5.1.4 Bihevioralni simptomi (3)

- Socijalno povlačenje
- Psihomotorna usporenost
- Psihomotorni nemir
- Izljevi bijesa i agresivno ponašanje
- Odbacivanje od strane obitelji i vršnjaka
- Problemi u obiteljskom i školskom okruženju
- Nedostatak ugone u ranije ugodnim aktivnostima
- Zanemarivanje i gubitak interesa za uobičajne aktivnosti

Što se tiče bihevioralnih simptoma, obično odrasli iz djetetove okoline (odrasli i profesori) prvo primijete da je dijete počelo odbijati socijalni kontakt i da vršnjaci odbijaju njega, iako to nisu do tada radili, te da rapidno gubi interes za školu (3). Takvo dijete će sebe opisivati kao manje vrijedno, usamljeno, nesposobno za ostvarivanje kontakta, te da ne zaslužuje nečije prijateljstvo. Vršnjaci depresivnu djecu obično vide kao samotnjake koji se agresivno ponašaju i ne žele se igrati ni s ikim družiti. „Acting-out“ ili agresivno ponašanje je često kod depresivne djece ,pa tako dijete upada u zatvoreni krug konstantnog samoobezvrjeđivanja, samookrivljavanja i sumnje u samoga sebe i svoje sposobnosti. Takvo razmišljanje i ponašanje dovodi do negativnih iskustava s vršnjacima, pri čemu se svi ti negativni osjećaj samo produbljuju i rastu (3). Adolescenti, s druge strane, pokazuju neefikasne načine nošenja sa stresom, pretjerano su ovisni o drugima, te se suočavaju s manjkom socijalne podrške od strane obitelji i prijatelja (5).

Socijalno povlačenje jest simptom prema kojem najlakše prepoznamo i razlikujemo depresivnost od ostalih psihijatrijskih poremećaja u djece i adolescenata. Dakle, osim što ima veliku ulogu u samom razvoju depresije, također pripomaže održavanju, odnosno, pogoršavanju same bolesti. U početku bolesti, pri pojavi prvih simptoma, dijete i adolescent

svojim ponašanjem izazivaju reakcije podrške i brige od drugih iz svoje okoline. No, s pogoršavanjem simptoma, takvo dijete ili adolescent postaju sve zahtjevniji i nailazi na ljutnju i odbijanje bliskih osoba, čak i izbjegavanja, što naposljetku dovodi do stanja očaja, osjećaja krivnje, te osjećaja nerazumijevanja. Takvo ponašanje okoline produbljuje pitanja koje dijete sebi postavlja i pogoršava same simptome depresije, odnosno, takva reakcija okoline depresivnoj osobi samo »potvrđuje« njezin osjećaj manje vrijednosti i manje sposobnosti, što naposljetku može dovesti do suicida (3).

6. TIJEK I KOMPLIKACIJE DEPRESIVNIH POREMEĆAJA

Depresivne poremećaje možemo smatrati vrstama poremećaja koji traju cijeli život, a čak 50-80% osoba zahvaćenih nekom vrstom depresije doživi više od jedne epizode. Što se epizode depresije više ponavljaju, tim im raste intenzitet i sve se više narušava kvaliteta života oboljelog, dok neliječene epizode depresije mogu trajati od 6 do 13 mjeseci (2). Ako oboljeli dobro reagira na terapiju, klinički znakovi depresije povući će se nakon tri mjeseca, ali u slučaju da prekine terapiju vrlo je velik rizik od povratka simptoma. Ako se osoba liječi, ali i dalje ima prisutne simptome depresije u trajanju od dvije godine, tada govorimo o kroničnoj depresiji. Ako se pak između depresivnih epizoda javi barem jedba manična, tada je riječ o bipolarnom afektivnom poremećaju, koji ima lošiju prognozu od kronične depresije (1).

Zbog depresivnih i maničnih epizoda dolazi do loše suradljivosti u vidu terapije od strane bolesnika, najčešće odbija ili zaboravlja uzeti propisanu terapiju. Osobe koje boluju od bilo oje vrste depresije često ne prihvaćaju svoju bolest, pa onda dolazi do narušavanja kvalitete života, kako osobe, tako i njezine obitelji, narušava se odnos između članova obitelji, te okolina. Dolazi do bankrota, propadanja karijere, prostitucije, rastave braka i slično (1). Zloupotreba sedativa, psihoaktivnih tvari i sekundarni alkoholizam su česta je pojava, ali se kasno prepoznaju i nerijetko neodgovarajuće liječe (1).

6.1 Suicid

Suicid je najteži i najozbiljniji rizik svih depresija, te čak 15% neliječenih depresivnih poremećaja završi suicidom ili pokušajem suicida. Često se pokušaji suicida događaju tijekom četiri do pet godina od prve kliničke epizode u fazi oporavka, kad se psihomotorika vraća u normalu, ali raspoloženje ostane tamno. Također, dodatni rizik postoji u predmenstrualnoj fazi, tijekom značajnih obljetnica. Osobe sa depresivnim poremećajima često se predoziraju litijem i tricikličkim antidepresivima (1)

6.1.1 Suicid u Hrvatskoj

Tijekom godina primjećuju se oscilacije u broju počinjenih suicida, kao i u njihovu broju u odnosu na broj stanovnika. Najveći broj suicida zabilježen je 1987. kada se dogodilo 1153 slučaja suicida i 1992. godine kada je bilo 1156 slučajeva, dok se od 1999. bilježi pad broja suicida. Najmanje počinjenih suicida bilo je 1995. godine sa 930 slučajeva, te u 2000. sa 926. slučaja i 2015. godine sa 739 slučaja. Gledajući spolnu razliku, omjer suicida između žena i muškaraca kretao se od 1: 2,2 do 3.7 (14).

U Hrvatskoj, ali i u mnogim zemljama, u nekim je godinama zabilježen porast broja počinjenih suicida u dobi od 15 do 19 godine. Pa tako, u odnosu na zemlje EU, Hrvatska bilježi veći postotak suicida od prosjeka EU-a članica prije svibnja 2004., te podjednaki postotak od svibnja 2004 (14).

7. DIJAGNOZA DEPRESIVNIH POREMEĆAJA

Dijagnoza depresivnih poremećaja se, osim putem anamneze i kliničke slike, postavlja uz pomoć ranih ljestvica za procjenu depresivnosti. Osim već spomenute ljestvice za dijagnosticiranje bipolarnog poremećaja (engl. *Bipolar Spectrum Diagnostic Scale*) ili BSDS ljestvice, postoje i »Hamiltonova ljestvica procjene za depresiju« (engl. *Hamilton Depression Rating Scale* ili HAM), »Montgomery- Aspergerova ljestvica za depresiju« (engl. *Montgomery-Asberg Depression Rating Scale* ili MADRS), »Youngova ljestvica za procjenu manije« (engl. *Young Mania Rating Scale* ili YMRS), te »Upitnik za afektivne poremećaje« (engl. *Mood Disorder Questionnaire* ili MDQ). (2) Osim ljestvica za procjenu, potrebno je učiniti dijagnostičke postupke u vidu fizikalnog i neurološkog pregleda, laboratorijske pretrage i po mogućnosti CT mozga (1). Ovi dijagnostički postupci bitni su za diferencijalnu dijagnozu, tj. moguće utvrđivanje poremećaja tjelesnih funkcija u pozadini psihičkih simptoma (2).

7.1 Hamiltonova ljestvica procjene za depresiju (HAM)

Hamiltonova ljestvica sastoji se od 17 stavaka koji predstavljaju jedan simptom ili skupinu simptoma, a koji se po svom intenzitetu mogu bodovati u rasponu od 0 do 4, pa ćemo tako depresivnu epizodu smatrati klinički značajnom ako rezultat iznosi 17 bodova, dok u slučaju teške depresivne epizode broj bodova ide i preko 25 (2).

7.2 Montgomery-Asbergerova ljestvica za depresiju (MADRS)

MARDS se sastoji od ukupno 10 stavaka, tj 10 skupina simptoma, a boduju se u rasponu od 0 do 6 bodova. Prema ovoj ljestvici možemo razlikovati sve od blage depresije koje obično iznose 15 bodova, pa do teške depresije koje iznose čak 44 boda (2).

7.3 Youngova ljestvica za procjenu manije (YMRS)

Youngova ljestvica sastoji se od 11 stavaka koje označavaju skupine simptoma, te se procjenjuje subjektivno stanje pacijenta u posljednjih 48 sati uz klinički nadzor tijekom procjenjivanja. Ocjenjuju se u rasponu od 0 do 4 i od 0 do 8. Svaka stavka ljestvice procjenjuje se prema težini simptoma. Četiri se stavke procjenjuju od 0 do 8, a ostalih sedam od 0 do 4. Ljestvica služi za procjenu simptoma manije na početku testa i tijekom praćenja. Potvrđena je visoka pouzdanost ljestvice u odnosu na ostale ljestvice za procjenu manije. Test u prosjeku traje od 15 do 30 minuta (2).

7.4 Upitnik za afektivne poremećaje (MDS)

Jednostavan upitnik za izvanbolničku primjenu, dakle primjenjuje se kao test za afektivne poremećaje u izvanbolničkoj psihijatrijskoj populaciji. To je kratki i jednostavni samoprocjenski upitnik. Test ispituje anamnestičke podatke osobe o maničnim i hipomaničnim sindromima. Odgovori na pitanja su ili pozitivni ili negativni, a svaki pozitivan odgovor boduje nosi 1 bod. Ako je ukupni broj bodova 7 ili više upućuje na bipolarni afektivni poremećaj. Rezultat ljestvice tumači liječnik, medicinska sestra ili educirani ispitivač. S obzirom da bipolarni poremećaj često ostane neprepoznat u populaciji, ovaj kratki test značajan je u svakodnevnoj praksi kao probirni instrument (6).

7.5 Diferencijalna dijagnoza

Razni somatski poremećaji, ali i primjena različitih medikamenata, mogu utjecati na pojavu simptoma koji nalikuju patološkom poremećaju raspoloženja. Depresivna stanja mogu biti uzrokovana oštećenjima mozga, a mogu biti udruženi sa cerebrovaskularnim, kao i neurodegenerativnim bolestima (2). Pa ćemo se tako, čak u 50% slučajeva, kod osoba s demencijom, Alzheimerovom ili Parkinsonovom bolesti često susresti s depresivnim stanjem s atipičnim simptomima (1). Pojedine vrste tumora mozga, kao i epilepsije mogu uzrokovati neke simptome depresije. Također, kod osoba koje boluju od multiple skleroze, možemo pronaći pretjerane emocionalne reakcije i izražavanje, koji variraju od neemotivnog plakanja sve do napadaja smijeha. Isto tako, depresivna stanja možemo pronaći prilikom raznih malignih bolesti poput karcinoma gušterače, kao i kod anemija, leukoza i ostalih sistemskih bolesti, a to

su u prvom redu endokrinološke bolesti štitnjače, odnosno, kod hipertireoza i hipotireoza. Pri nekim virusnim infekcijama, poput one HIV-om, također možemo vidjeti znakove depresije. Kortikosteroidi, oralni kontraceptivi, beta blokatori, neki citostatici i mnogi drugi lijekovi mogu biti uzrokom depresivnih stanja, dok npr. kod intoksikacijom kortizolom, preparatima štitnjače ili amfetaminom nalazimo manična ponašanja. Sve depresije koje nalazimo kod somatskih poremećaja ili prilikom uzimanja određene terapije nazivamo sekundarnim depresijama. Simptomi depresije ne moraju ukazivati na striktnu dijagnozu depresije, već mogu biti pokazatelji nekih drugih psihičkih poremećaja poput poremećaja hranjenja, shizofrenije, neke vrste ovisnosti, poremećaja prilagodbe ili anksioznog poremećaja (2).

8. LIJEČENJE DEPRESIVNIH RASPOLOŽENJA

Depresije se često i ne dijagnosticiraju i to čak u 50% slučajeva, no veći problem je taj, što se veliki broj oboljelih osoba ne liječi. Od onih koje se liječe, često se liječe nedovoljno ili neadekvatno (često prekidanje terapije), te kod njih postoji najveći rizik od povratka bolesti i prelaska u kronički tijek, što za posljedicu ima negativan utjecaj na svakodnevno funkcioniranje osobe (1). No, u slučaju da se osoba pravilno liječi antidepresivima prognoza će biti dobra u slučaju pozitivnog odgovora na terapiju. primjerenim liječenjem depresije postiže se u prvom redu remisija, nakon čega uslijedi stabiliziranje remisije i na kraju postizanje potpunog oporavka i očuvanja, pa čak i poboljšanja kvalitete života osobe (2). U svakom slučaju, uz farmakoterapiju, potrebno je kombinirati i psihoterapiju raznih tehnika poput suportivne psihoterapije, kognitivno bihevioralne psihoterapije, analitički orijentirane psihoterapije i sl. Uspjeh terapijskih postupaka ovisi i o edukaciji, kako samih oboljelih, tako i njihovih obitelji, te je potrebno samu obitelj uključiti u proces psihoterapije. Što duže traje sama psihoterapija, to je veća mogućnost oporavka i samog oboljelog čini sposobnim za nošenje sa vlastitom bolesti (1).

8.1 Djelovanje antidepresiva

Da bi liječenje bilo učinkovito, osoba koja ordinira terapiju mora poznavati djelovanje antidepresivnih lijekova. Antidepresivi su skupina lijekova koji se razlikuju po svom mehanizmu djelovanja i kemijskoj strukturi, no imaju zajedničko djelovanje koje dovodi do osjetnog smanjenja ili čak potpunog nestanka simptoma depresije. Antidepresivi imaju afinitet na razne receptore i mogu uzrokovati razne nuspojave, a zbog svojih metaboličkih puteva razgradnje može doći do interakcije sa drugim lijekovima, što za posljedicu ima smanjenu raspoloživost lijeka u krvi (1). Da bi terapija antidepresivima imala smisla, potrebno je zadovoljiti glavno pravilo; »antidepresivi u optimalnoj dozi dovoljno dugo vremena«. Dakle, terapija se ne daje samo u akutnoj fazi bolesti, već se nastavlja održavanje optimalne doze terapije. Svakako je, pri izboru antidepresiva, ključno voditi računa o tome koliko je teška klinička slika. Pa ćemo tako prilikom depresije koja je praćena smetnjama spavanja i/ili uznemirenosti, odabrati antidepresiv koji u sebi ima i sedativno djelovanje, npr. mirtazapin. U

slučaju da su u kliničkoj slici dominantni simptomi poput inhibicije i anergije, odabrat ćemo antidepressive incizivnog učinka, npr. bupropion, venlafaksin (2).

8.2 Akutna faza terapije

Ova faza terapije traje od 6 do 12 tjedana, a za cilj ima postupno smanjivanje ili eliminacija simptoma depresije (1). Ukoliko se do osmog tjedna uzimanja terapije, potrebno je promijeniti vrstu antidepressiva kojeg depresivna osoba uzima, a to ćemo napraviti na način da ćemo prvo dati neki drugi antidepressiv iz iste skupine. Ako ni to nema učinka, dat ćemo antidepressiv drukčijeg mehanizma djelovanja ili ćemo kombinirati dvije vrste antidepressiva. Svakako se može dogoditi da naiđemo na terapijsku rezistenciju. Terapijska rezistencija se događa kada depresivna osoba ne reagira ni na kombinaciju dva različita antidepressiva koje dajemo dovoljno dugo u njihovoj optimalnoj dozi (2).

8.3 Faza terapije održavanja

Ova faza za cilj ima sprječavanje simptoma relapsa kroz najmanje sljedećih pola godine. Ako se radi o prvoj epizodi depresije, preporuča se održavanje terapije kroz godinu dana, nakon čega se terapija postupno ukida. Izuzetno je važno terapiju prekidati postupno, a ne odjednom, jer može doći do sindroma ustezanja, tj. apstinencijske krize. Ukoliko se osoba liječi nakon druge epizode depresije, preporuča se terapija kroz dvije godine, dok se terapija nakon tri ili više epizoda preporuča čak i do pet godina. Najpogodniji lijekovi za terapiju u ovoj fazi su oni iz SIPPS (selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina) skupine, jer nemaju utjecaj na psihofizičku funkciju, odnosno ne ometaju svakodnevno funkcioniranje osobe na terapiji (2).

8.4 Faza profilaktičke terapije

U ovoj fazi cilj je spriječiti pojavu nove depresivne epizode, a pod novom epizodom smatra se pojava depresivne epizode nakon pola godine remisije postignute u akutnoj fazi. Ovakva terapija provodi se na osobama koje imaju visoki rizik za pojavu nove depresivne epizode,

pogotovo ako je osoba u stresu ili u anamnezi ima više od jedne epizode. Ako je osoba u stresu ili je imala više depresivnih epizoda ranije, svaka naznaka nekog simptoma depresije indicira primjenu antidepresiva, te se nikad ne čeka puna, klinički očitovana epizoda (2).

8.5 Liječenje bipolarnog afektivnog poremećaja

Liječenje bipolarnog poremećaja u akutnoj fazi za cilj ima što je moguće ranije uspostavljanje eutimije, nakon čega se psihoterapija nastavlja s ciljem održavanja istog (1). U današnje vrijeme se stabilizatori raspoloženja smatraju temeljnom terapijom u liječenju ovog poremećaja, no ovisno u kojoj fazi poremećaja se osoba nalazi, preporučuju se i drugi psihofarmaceutici (2).

8.5.1 Litij u liječenju bipolarnog afektivnog poremećaja

Litij je prvi lijek odobren za liječenje manije, a potom se koristio i za terapiju održavanja. Optimalna potrebna koncentracija litija u terapiji održavanja kreće se u rasponu između 0,60 do 0,75 mmol/l, te se ravnoteža koncentracije u serumu postiže kroz četiri dana. Prednost terapije litijem jest ta što se lijek ne metabolizira kroz jetru i nema interakcije sa drugim lijekovima, te se pokazao izvrsnim što se tiče antisuicidalnog učinka. Međutim, litij radi svog mehanizma ima razne nuspojave, te može negativno utjecati na mehanizam bubrega i štitnjače, pa je, prije uvođenja litija u terapiju, važno provjeriti njihovu normalnu funkciju. Također, nadzor funkcije bubrega i štitnjače je potreban i tijekom trajanja terapije, kao i kontrola razine litija, ureje i kreatinina u serumu svakih 6 do 12 mjeseci. Isto tako je važno znati da stanja dehidriranosti dovode do povišenja koncentracije litija u serumu, a toksičan je kada dosegne 1,5 mmol/l (2).

Nuspojave terapije litijem (2):

- Umor
- Mučnina i povraćanje
- Slabost u mišićima

- Tremor
- Poliurija i polidipsija
- Ataksija
- Subklinička hipotireoza
- Toksični učinci vezani za neurološka i bubrežna oštećenja

9. ANKSIOZNI POREMEĆAJI

»Anksioznost je skupina poremećaja koje karakterizira jaka tjeskoba, a osoba ih nastoji svjesno i nesvjesno riješiti na različite načine, uporabom raznih mehanizama obrane« (2). Iako je anksioznost simptom koji je prisutan u svim psihijatrijskim poremećajima, ona sama označava glavni, tj. primarni simptom stresom uzrokovanih i somatoformnim poremećaja. Za anksioznost je karakterističan simptom jake tjeskobe čiji izvor može biti neki situacijski čimbenik poput traumatskog iskustva ili nesvjesni unutarnji konflikt (1). Svijest i sposobnost razlučivanja fantazije od realnosti su obično potpuno očuvani, iako se ponekad mogu pojaviti odstupanja. Kada jaka psihička tjeskoba prijeđe u tjelesnu manifestaciju, razvije se somatoformni poremećaj koji se očituje u obliku generaliziranog anksioznog poremećaja (GAP), paničnog poremećaja, posttraumatski stresni poremećaj (PTSP), socijalne fobije, fobičnog poremećaja, opsesivno-kompulzivnog poremećaja (OKP) i anksiozno-depresivnog poremećaja. Anksiozni poremećaj općenito je uzrokovan kombinacijom biopsihosocijalnih čimbenika, tj. genetskom sklonosti i stresovima. Iako se o genetskim čimbenicima još uvijek raspravlja, zasigurno veliki rizik od pojave anksioznosti imaju one osobe koje su u ranom djetinjstvu doživjeli neku traumu. Osobe koje pate od anksioznosti su sklone stvoriti negativne imaginarnе scenarije i često izbjegavaju potencijalno opasne situacije, npr. visine, socijalne interakcije, gužvu itd (2).

9.1 Epidemiologija

Učestalost anksioznih poremećaja varira između 0,05% do 5%, te od njih češće obolijevaju žene nego muškarci (3:2) s iznimkom opsesivno-kompulzivnog poremećaja za koji je učestalost jednaka za oba spola (1). Anksiozni poremećaj najčešće počinje u djetinjstvu, adolescenciji i u ranoj odrasloj dobi. U djece se javlja u obliku separacijske anksioznosti i najlakše se prepoznaje po odbijanju odlaska u školu. Panični poremećaj, s druge strane, obično javlja se u određenim životnim poremećajima, te ima bimodalnu karakteristiku. Tako će se panični poremećaj najčešće javiti između 15-te do 24-te godine života, te između 45-te i 54-te godine života. Opsesivno-kompulzivni poremećaj (OKP) obično se javlja u 20-tim ili 30-tim godinama života, dok većina socijalnih fobija započne prije 20-te godine. Jednostavne fobije

obično se pojavljuju u djetinjstvu i kasnije se povlače, ali ako traju do odrasle dobi, rijetko prolaze bez liječničke pomoći (2).

9.1.1 Anksioznost među studentima sestrištva

Istraživanje napravljeno 2019. godine na Fakultetu zdravstvenih studija napravljeno je na uzorku od 100 studenata s ciljem prikazivanja anksioznosti i depresivnosti među studentima. U istraživanju su sudjelovali i redovni i izvanredni studenti prve i treće godine, s većim brojem žena nego muškaraca. Istraživanje je pokazalo da je 31% studenata pokazalo blagu anksioznost, 20% srednju anksioznost i njih 11% tešku anksioznost. Također, pokazalo se da su studenti prvih godina anksiozniji od studenata trećih godina (9).

9.1.2 Zastupljenost anksioznih poremećaja u djece i adolescenata

Prevalencija za anksiozne poremećaje u dječjoj dobi i adolescenciji veća je od svih ostalih mentalnih poremećaja i kreće se između 10 % do 20 %. U istraživanju su sudjelovale i djevojčice i dječaci, ali su se anksiozni poremećaji pokazali češćim kod djevojčica nakon šeste godine, a odnos između dječaka i djevojčica iznosi 1:2 (10). Panični poremećaj, PTSP i fobije češće se javljaju kod djevojčica (11), dok se OKP češće javlja kod dječaka.

Kod mlađe djece češće se javlja separacijski anksiozni poremećaj, točnije u 2 % do 12 % djece nalazimo simptome bez oscilacija prema spolu. Od 3 % do 12 % djece pokazuje znakove GAP-a, dok se socijalne fobije javljaju u 1 % djece, a specifične fobije u 3,3 %.

Najrjeđu pojavnost pokazuje opsesivno-kompulzivni poremećaj, kojeg pronalazimo u 1,9 % djece, te panični poremećaji koji pokazuju incidenciju od 0,7 % (12).

GAP, OKP i specifične fobije javljaju se s podjednako često u doba djetinjstva i adolescencije, dok se kod adolescenata češće javljaju panični poremećaj i socijalna fobija (10).

9.1.3 Zastupljenost anksioznih poremećaja

GAP je najčešći oblik psihičkih poremećaja, a prevalencija mu se kreće od 3% do 5%. U općoj populaciji GAP je češće zastupljen u žena, njih čak od 55% do 60%. Za specifične fobije prevalencija se kreće od 9 % do 26 % za žene i od 4 % do 15 % za muškarce (13). Učestalost agorafobije, s druge strane, kreće se od 0,6 % do 1,6 % u općoj populaciji, te je 2 puta češći u žena. Životna prevalencija za socijalnu fobiju kreće se od 10 % do 13 %, te je u općoj populaciji češća kod žena, dok se među psihijatrijskim bolesnicima ne nalazi spolna razlika.

9.2 Uzročni čimbenici i obrambeni mehanizmi anksioznih poremećaja

Kao što je već spomenuto, uzročnici anksioznih poremećaja su uglavnom psihološki čimbenici uz genetske koji su se primijetili kod OKP-a, a postoji i neurofiziološka podloga. Emocionalni stresovi percipiraju se osjećajem ugroženosti i mijenjanja međuljudskih odnosa, no percepcija je manje uočljiva kada postoje unutarnji emocionalni nagoni poput spolnih, agresivnih ili ovisničkih koje psihološka obrana čuva od prodora u svijest, što naposljetku stvara psihički konflikt. Anksioznost se, dakle, javlja kada se unutar osobe stvori strah od samog gubitka kontrole nad podsvjesnim nagonima i strah od mogućih posljedica (2).

Simptomi anksioznosti stvaraju izravne manifestacije pobuđenosti autonomnog perifernog živčanog sustava koji nastaju zbog nesvjesnih impulsa, osjećaja i fantazija. Dakle, glavnu ulogu u stvaranju anksioznosti u SŽS imaju noradrenergički neurotransmitori, a pokazalo se da je locus coeruleus bitan posrednik prilikom tijeka neuralnih puteva prema ostalim dijelovima mozga (1).

Ukoliko psihološki mehanizmi zakažu pri kanaliziranju anksioznosti, oboljela osoba će klinički pokazivati sliku generalizirane tjeskobe ili će se stanja tjeskobe očitovati u obliku napadaja panike (2). Dakle, ako projekcija i premještanje (psihološki mehanizmi obrane) uspiju usmjeriti anksioznost ka vanjskim objektima ili situacijama, tada će se anksioznost fiksirati na sekundarni simbol (objekt fobije) poput straha od tunela ili liftova koje osoba može izbjegavati i tim sam sebi smanjiti osjećaj tjeskobe (1).

Ako se dogodi da anksiozna osoba primjenjuje tzv obrambeni mehanizam izolacije koji se obično javljaju u obliku nesvjesnih i agresivnih želja, ali razdvaja nagon od ideje, tada će osoba doživljavati samo misli bez svjesne želje za realizacijom. Iako postoji mehanizam izolacije, misao je uvijek bliska skrivenom nagonu, te ona postaje izvorom anksioznosti i prelazi u drugi obrambeni mehanizam ili tzv. obrambeni mehanizam niječenja, a javlja se kao sekundarni magijski kompulzivni čin koji stvara podlogu za OKP (2).

10. OBLICI ANKSIOZNOG POREMEĆAJA

10.1 Generalizirani anksiozni poremećaj (GAP)

Glavni i osnovni simptom za GAP je kronična tjeskoba koja traje najmanje šest mjeseci pri čemu je oboljeli stalno zabrinut i za najmanje sitnice uz osjećaj nesigurnosti vezanih uz njihovu budućnost. Osoba osjeća opću napetost, a sklona je i trzanju na minimalni podražaj (npr. zvuk), te osjeća nervozu i nelagodu pri radu s ljudima. Uz te simptome mogu se pojaviti i glavobolja, kronični umor, nesanica i neki subakutni autonomni simptomi. Osoba s ovim poremećajem nije onesposobljena za svakodnevni život, kako to biva kod nekih psihijatrijskih dijagnoza, ali osjeća nelagodu obavljajući inače svakodnevne aktivnosti, međuljudskim odnosima, a i radna sposobnost joj se umanjuje radi kroničnog umora i poteškoćama u koncentraciji (1).

10.2 Panični poremećaj

Ovaj poremećaj se može iznova ponavljati tijekom nekog vremenskog razdoblja i jako ograničiti svakodnevni život oboljele osobe. Sami panični napadaji traju od samo par minuta do čak dva sata, s najvećim intenzitetom nakon nekoliko minuta, a mogu se pojaviti u svim situacijama, bilo onim negativnim ili pozitivnim, naizgled bez nekog posebnog povoda, odnosno razloga. Osoba se osjeća užasnuto, osjeća prijetnju katastrofe i nije u mogućnosti racionalno razmišljati. Za vrijeme trajanja napadaja osoba opisuje strah od smrti kojem su često razlog fizički simptomi poput palpitacije, tahikardije, oštre prekordijalne boli ili prijevremenih kontrakcija srca. Uz te fizičke simptome mogu se često pojaviti i nemir u želudcu, drhtanje, vrtoglavica, mučnina, proljev, opća motorička slabost i tremor (1). Također, često se javlja i dispneja koja vodi u hiperventilaciju koja sekundarno može dovesti do grčenja mišića, osjećaja trnjenja u prstima i oko usta i respiracijske alkaloze, a taj sindrom nazivamo hiperventilacijskim sindromom (1). Razvija se tzv. strah od straha, odnosno, osobu obuzima strah od ponavljanja napadaja. Anksioznost obično prelazi u kronični tijekom s povremenim napadajima s različitim intenzitetom, od čega se oporavi oko trećine oboljelih, s tim da je prognoza bolja za muški spol. Ovaj poremećaj, zbog svojih fizičkih manifestacija, često se može zamijeniti za infarkt miokarda, nakon kojeg su sve pretrage obično uredne, stoga valja posumnjati na panični napadaj (2).

10.3 Fobični poremećaj

Poremećaj karakteriziran pretjeranim strahom od nekih objekata, tjelesnih funkcija i situacija koje nemaju opravdan strah, tj. bezopasne su. Prepoznamo ga po glavnom simptomu akutne ili kronične anksioznosti vezane uz neki podražaj iz okoline koji se može javiti pri samoj pomisli na neki objekt (1). S obzirom na to da osoba samom misli može potaknuti anksioznost, kada doista fizički dođe blizu objektu, anksioznost može doseći razinu paničnog napadaja. Osoba osjeća nekontrolirani strah bez obzira što shvaća svoju iracionalnost, te se os anksioznosti pokušava zaštititi na način da izbjegava predmet fobije, što u nekim, ne tako rijetkim slučajevima, dovodi do smanjene mogućnosti funkcioniranja u svakodnevnim aktivnostima (2). Međutim, u nekim slučajevima se razvija i tzv. protufobija, odnosno protufobično ponašanje. Protufobično ponašanje označava aktivno traženje objekata fobije i zlaganje istim, npr. ako osoba koja se boji visine stalno leti avionom ili čak postane pilot (1).

10.3.1 Agorafobija

Agorafobija je vrsta fobije u kojoj se oboljela osoba boji napustiti kuću, a obično počinje naglim nastankom paničnog napadaja na javnom mjestu. Ovaj oblik fobije može napredovati sve do potpunog prestanka napuštanja doma, jer osoba strahuje od ponovnog napadaja, no ipak može napustiti dom isključivo u pratnji bliske osobe koja tada zauzima ulogu tzv. obaveznog pratitelja (1).

10.3.2 Jednostavne fobije

Skupina fobija obilježena neracionalnim strahovima od objekta ili situacije, te su obično samo prolazna pojava u ranom djetinjstvu, primjerice strah od nekih životinja ili mraka). Odrasle osobe također mogu razviti specifične strahove poput straha od pasa, zatvorenih prostora, insekata, visine i sl (1). Ova vrsta fobija može izazvati disfunkcionalnost ako osoba razvije strah koji je usko vezan za njegov posao, primjerice ako pčelar razvije strah od insekata, no u slučaju stvaranja straha od nekog neobičnog objekta, ove fobije ne uzrokuju nesposobnost (2).

10.4 Opsesivno-kompulzivni poremećaj (OKP)

Neurotični poremećaj karakteriziran ponavljajućim idejama i fantazijama (opsesijama) i ponavljajućim radnjama (kompulzije) koje oboljela osoba smatra bolesnim i protiv njih ima unutarnji otpor. Dakle, kod osoba s OKP-om anksioznost nastaje kao posljedica unutarnjih nesvjesnih misli i nagona kojih se osoba boji, ali ih mora ostvariti iako je to protiv njegove volje (1). Već je spomenuto da je incidencija ovog poremećaja jednaka kod oba spola, ali pokazalo se i da je češća kod osoba s višom inteligencijom s boljim socioekonomskim uvjetima. Simptomi OKP-a nekad nalikuju shizofrenom mišljenju, ali je, pri testovima realiteta, svijest uvijek očuvana. Simptomi započinju već u ranoj adolescenciji, a sam poremećaj ima kronični tijek sa simptomskim razdobljima u trajanju manje od jedne godine. Liječenje ovog poremećaja pomogne oko 25% oboljelih, a kod ostalih dolazi do djelomičnog poboljšanja ili se stanje ne promijeni. Što se prije započne sa liječenjem, prognoza je bolja (2).

10.4.1 Opsesije

Slike, riječi i ideje nepovezane s onim što pojedinac u tom trenutku radi, a uporno mu skreću pažnju. Takve ideje su često seksualne ili agresivne prirode, a sama osoba ih doživljava potpuno stranim. Oboljela osoba sve te ideje vidi kao besmislene i svu energiju troši na odupiranje i uklanjanje istih, no unatoč tome osjeća zabrinutost i tjeskobu, jer smatra da je učinio nešto loše i antisocijalno (2).

10.4.2 Kompulzije

Kompulzivne ili prisilne radnje su isto što i opsesije, ali se odražavaju na način da osobu obuzme potreba da učini neku radnju. Osoba je svjesna besmislenosti svog nagona kojem se pokušava oduprijeti, iako često bezuspješno. Kompulzije proizlaze iz opsesivnih misli, a služe za neutralizaciju njihove štetnosti. Tako će, naprimjer, osoba dobiti misao da će njegova bliska

osoba umrijeti (opsesija), pa će, da otkloni misao, tri puta upaliti i ugasi prekidač za svjetlo, a potom će se tri puta prekrižiti (kompulzija) (2).

10.5 Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP)

Posttraumatski stresni poremećaj definiramo kao patološku anksioznost koja se razvija nakon proživljavanja teške traume koja se sastoji od prijetnje u tjelesnom smislu ili životu sebe ili druge osobe. Inicijalni odgovor na traumu osoba daje u obliku intenzivnog straha, osjećajem užasa i bespomoćnosti. Tek se kasnije razvije odgovor na taj određeni događaj kojeg obilježava ponovno proživljavanje istog, sa simptomima pojačane pobuđenosti, izbjegavanja i emocionalne otupljenosti. PTSP može biti akutnog tijeka ako su simptomi prisutni manje od tri mjeseca, zatim kroničnog tijeka ukoliko simptomi traju tri mjeseca i duže, te odgođeni ili odloženog tijeka, ako se simptomi pojave nakon određenog asimptomatskog razdoblja nakon samog događaja. dakle, uzrok samog PTSP-a je svjedočenje, suočavanje ili proživljavanje sa prijetnjom smrti, teške ozljede ili prijetnje narušavana tjelesnog integriteta. Što je jači stresni događaj, to je rizik od razvitka PTSP-a veći, no to također ovisi i o samom pojedincu, njegovim mehanizmima suočavanja sa stresnim događajima, a također postoji i određena genetska predispozicija koja uvećava rizik od razvitka ovog poremećaja. Traumatski događaji mogu biti različite naravi poput prirodnih katastrofa, prometnih nesreća, psihičkog, tjelesnog i seksualnog nasilja i zlostavljanja, a pogotovo rat i drugi ekstremni životni uvjeti i događaji (2).

11. DIJAGNOZA ANKSIOZNIH POREMEĆAJA

Da bi se dijagnoza pravilno postavila, uvijek je potrebno prikupiti dobru anamnezu, te procijeniti psihički i somatski status. Općenito, anksiozne poremećaje teže je pravilno dijagnosticirati, jer su oni često simptomatski dio većine drugih duševnih poremećaja (2). Također, anksiozni simptomi mogu se pojaviti kao nuspojava raznih lijekova, psihoaktivnih tvari, apstinencijskih stanja. Dakle, vrlo je bitno utvrditi da se anksioznost ne javlja kao sekundarni simptom nekog drugog poremećaja i pritom uvijek pitati o suicidalnim mislima ili nakanama (7).

11.1 Dijagnoza generaliziranog anksioznog poremećaja (GAP)

Na GAP ćemo posumnjati ako uporna anksioznost traje duže od pola godine, a simptome možemo podijeliti na tjelesne i na one iščekivanja i zabrinutosti. Da bi potvrdili GAP kod oboljele osobe moraju imati jasne simptome suviše, prožimajuće brige koje osoba nije u mogućnosti kontrolirati, a praćeni su iznimnom nelagodnom (2). Također, za dijagnozu GAP-a mora biti prisutno tri od šest tjelesnih simptoma (7).

Psihčki simptomi (7):

- Zabrinutost oko nevažnih stvari
- Iznimno jak osjećaj straha
- Iščekivanje najgoreg

Tjelesni simptomi (7):

- Mišićna napetost
- Nemir
- Psihička napetost
- Poteškoće koncentracije
- Nesanica
- Razdražljivost i umor

11.2 Dijagnoza paničnog poremećaja

Panični poremećaj prepoznajemo po izoliranim razdobljima intenzivne nelagode ili straha pri kojima se razvija četiri ili više simptoma. Simptomi nastaju iznenadno, a svoj vrhunac dostižu unutar 10 minuta. Također, panični poremećaj možemo još klasificirati kao panični poremećaj sa ili bez prisutnosti agorafobije (7).

Simptomatski kriteriji za panični napadaj (četiri ili više) (7):

- Lupanje srca, ubrzan puls ili palpitacije
- Drhtavica ili treskavica
- Pojačano znojenje
- Dispneja ili kratak dah
- Osjećaj gušenja
- Nelagoda ili bol u prsištu
- Nelagoda ili mučnina u trbuhu
- Ošamućenost, vrtoglavica ili nesvjestica
- Depersonalizacija ili derealizacija
- Strah od ludila ili od potpunog gubitka kontrole nad situacijom
- Strah od smrti
- Napadaj vrućine ili hladnoće
- Osjećaj mravinjanja ili umrtvljenosti

11.3 Dijagnoza fobičnog poremećaja

Fobija je uporan i nestvaran strah od nekog specifičnog događaja, aktivnosti ili predmeta koji vode do snažne želje za izbjegavanjem istih (2). Međutim, dijagnoza fobičnog poremećaja klinički se postavlja samo onda kad su pojedine ili višestruke fobije izrazito dominantne i sputavaju osobu u svakodnevnom životu (7).

Kriteriji za postavljanje dijagnoze fobičnog poremećaja (7):

- Pretjerana anksioznost koja traje većinu dana tijekom šest mjeseci
- Nemogućnost kontrole pretjeranog osjećaja straha
- Uznemirenost i napetost
- Brz gubitak energije
- Praznina u mislima
- Poteškoće koncentracije
- Smetnje spavanja
- Strah od specifične stvari, događaja ili aktivnosti

11.4 Dijagnoza opsesivno-kompulzivnog poremećaja (OKP)

Glavno obilježje OKP-a su opsesije i kompulzije. Opsesivne misli su tipične za depresiju, ali za razliku od osoba koje pate od depresivnog poremećaja, osobe s OKP-om razumije i shvaća opsesije i realizira problem, ali se mora koristiti kompulzijama da bi makla opsesivne misli. Opsesije i kompulzije značajno mogu naštetiti kvaliteti života osobe (2).

Kriteriji za dijagnozu OKP-a (7):

- Jasno definirane opsesije
- Jasno definirane kompulzije
- Shvaćanje da za opsesije i kompulzije nema opravdanja, te da su pretjerane
- Osoba ne gubi dodir s realitetom
- Značajno ometanje svakodnevnih aktivnosti
- Patološko brojanje i prebrojavanje

11.5 Dijagnoza posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP)

Da bi se razvio PTSP potreban je glavni uvjet koji označava proživljavanje iznimno stresnog traumatskog događaja. Trajanje smetnji i simptoma je duže od mjesec dana i to skoro svakodnevno nakon proživljene traume (7).

Kriteriji za postavljanje dijagnoze PTSP-a (7):

- Izloženost jakoj traumi, tj. snažnom stresnom događaju
- Uporne, ponavljane neugodne misli o događaju koji uključuje vizualizaciju
- Uznemirujući snovi o stresnom događaju
- Ponavljano proživljavanje stresnog iskustva u obliku iluzija i halucinacija
- Psihološka nelagoda prilikom podražaja koji sličje stresnom događaju
- Fiziološka reakcija na izlaganje podražaja koji sličje stresnom događaju
- Izbjegavanje razgovora o stresnom događaju
- Izbjegavanje situacija koje podsjećaju na stresni događaj
- Nemogućnost prisjećanja važnijeg aspekta stresnog događaja
- Osjećaj otuđenosti od drugih ljudi
- Poteškoće spavanja
- Razdražljivost
- Napadaji bijesa
- Poteškoće koncentracije
- Pretjerana reakcija i na minimalni podražaj

12. LIJEČENJE ANKSIOZNIH POREMEĆAJA

Liječenje ovih poremećaja sastoji se od psihoterapije i farmakoterapije, a može se provoditi ambulantno i bolnički, s tim da bolničko liječenje uvjetuje teška klinička slika anksioznosti (1). Teška klinička slika uvjetovana je postojanjem jakog funkcionalnog oštećenja, pojavom suicidalnih misli, te izrazit deficit socijalnog funkcioniranja. Liječenje svakog anksioznog poremećaja uključuje farmakoterapiju i psihoterapiju (2).

Panični ćemo poremećaj tako liječiti SIPPS terapijom u prvoj liniji, a mogu se koristiti benzodiazepini, kao i triciklički antidepresivi. Prilikom korištenja benzodiazepina u terapiji, potrebno je imati na umu da mogu stvoriti fizički i psihičku ovisnost, ali imaju brzo djelovanje i čak se preporuča kao dodatak u početnoj fazi terapije SIPPS lijekovima. Kada se utvrdi da je terapija funkcionalna, treba ju primjenjivati od 8 do 12 mjeseci. S obzirom na to da panični poremećaj ima sklonost kroničnom tijeku, odnosno ponavljanju simptoma, preporučljivo je održavanje farmakoterapije. Također, prilikom liječenja paničnog poremećaja, poželjno je primjenjivati vježbe disanja, tehnike mišićne relaksacije koje će bitno pomoći kontroli hiperventilacije tijekom trajanja samog napadaja (2).

Liječenje fobija također zahtjeva i farmakoterapiju i psihoterapiju, kao i bihevioralna terapija koja uključuje izlaganje predmetu fobije. Od farmakoterapije primjenjuju se SIPPS lijekovi, inhibitori ponovne pohrane serotonina i noradrenalina, kao i inhibitori monoamino oksidaze (MAOI), te tetraciklički antidepresivi (TCA) uz primjenu benzodiazepina pri početku terapije. Također, neophodne su vježbe disanja i relaksacije (2).

Pri farmakološkoj terapiji PTSP-a najčešći izbor su SIPPS, TCA, MAOI, benzodiazepini, antipsihotici i antikonvulzivi. Od psihoterapije, najučinkovitijim su se pokazale grupne terapije uz uključivanje obitelji (2).

Izbor farmakološke terapije kod OKP-a su SIPPS lijekovi, neselektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina i norepinefrina, iako se remisija rijetko postiže farmakoterapijom. U prvom redu OKP valja liječiti bihevioralnom terapijom, kao i psihoterapijom (2).

13. PROGNOZA DEPRESIVNIH I ANKSIOZNIH POREMEĆAJA

Depresivni i anksiozni poremećaji velikim dijelom imaju utjecaj na javno zdravlje, jer oba poremećaja često imaju kronično-intermitentni tijek i posljedično imaju trajni utjecaj na cijeli život. Dva istraživanja su procijenila da tijek paničnog poremećaja pokazuje malo ili nimalo poboljšanja kod 36 % do 40% ispitanika (37).

Studija HARP (engl. *High Altitude Research Project*) pokazala je da se samo 35% pacijenata sa socijalnom fobijom oporavilo u periodu od 10 godina, dok je stopa recidiva nakon oporavka iznosila 34% (38). S obzirom na dobro dokumentirane visoke razine komorbiditeta i učinak koji to može imati na samu prognozu (40,41,42), bilo koja studija koja uspoređuje prognozu anksioznosti i depresije treba zasebno razmotriti one s popratnim stanjima kako bi se izbjegli nejasni rezultati.

Većina prognostičkih studija otkrila je da su osnovni klinički čimbenici, poput intenziteta i trajanja epizode, među najjačim prediktorima (44,45,46). Za sociodemografiju poput starosti, ženskog spola i niskog obrazovanja su potvrđene sve odrednice početka anksioznosti i depresivnih poremećaja (39). To može ukazivati na to da nakon uspostavljanja poremećaja za prognozu nisu najvažniji čimbenici koji predviđaju početak, već kliničke značajke samog poremećaja.

Anksiozni poremećaji imaju dulje vrijeme do prve remisije i kroničniji tijek od depresivnih poremećaja. Još prepoznatljivija skupina u pogledu dijagnostičkih ishoda i ishoda tijeka i jačine simptoma bili su oni s anksioznosti; njihovo prosječno trajanje epizode bilo je preko 24 mjeseca, a 55,3% je razvilo kronični tijek. Najdosljedniji neovisni prediktori loših ishoda dijagnostike ili putanje simptoma bili su komorbidna depresija - anksioznost, težina i trajanje epizode, rana dob početka i starija dob.

U usporedbi s prethodnim populacijskim studijama ili početnim skupinama koje su izvještavale o trajanju epizode između 3 i 4 mjeseca (38,45), u ovom istraživanju srednje trajanje epizode depresije ima veći raspon, ali rezultati su u skladu s onima iz drugih kliničkih studija (40,48,49). Također je otkriveno da oko 80% depresivnih ispitanika postigne remisiju u roku od dvije godine u skladu s ranijim nalazima (40). Za anksiozne poremećaje, uočeno je 46% bez poremećaja nakon dvije godine, u skladu s prijavljenih 48% među pacijentima sa socijalnom fobijom u studiji HARP (38).

Oko 7% osoba iz skupine čiste depresije prešlo je na anksiozni poremećaj tijekom dvije godine, što je bilo slično odgovarajućem prelasku s anksioznosti na depresiju. Zanimljivo je naglasiti da se skupine čiste depresije i anksioznosti nisu značajno razlikovale u pogledu dijagnostičkog statusa nakon 2 godine; njih oko 47% nije imalo dijagnozu. Ovo otkriće pokazuje nam da ograničavanje usredotočenosti samo na dijagnostički status može biti krivo, jer bi se tada pogrešno zaključilo da je prognoza slična. Pacijenti s anksioznošću prijavili su dulje trajanje epizode, više vremena sa simptomima i kroničniji tijek od depresivnih bolesnika.

Iako se pokazalo da ženski spol i niska naobrazba predviđaju početak anksioznosti i depresije (39), ovo istraživanje otkriva da oni nisu toliko važni u određivanju prognoze. Starija dob predviđala je lošiji ishod tijekom dvije godine, što je u skladu sa studijama koje sugeriraju da bi tijek depresije u starijoj dobi mogao biti nepovoljniji od onih kod mlađih odraslih osoba (47). Kliničke karakteristike bile su najvažniji prediktori buduće prognoze. Važne odrednice bile su i težina i trajanje epizode i komorbidna depresija – anksioznost. Važno je naglasiti da su ovi prediktivni čimbenici djelovali neovisno jedni o drugima.

Pojavili su se i neki drugi prediktori. Ispitanici s agorafobijom bez paničnim poremećajem imali su povoljniji tijek od onih s paničnim poremećajem ili drugih bolesnika s tjeskobom. To je u skladu s pretpostavkom da sama agorafobija može identificirati osobe s prilično blagom anksioznošću. Uz to, ranija dob početka povećala je rizik od lošeg tijeka, što dodaje nedavnoj pretpostavci (43) da rani poremećaji tipiziraju podskupinu bolesnika s izrazitim etiološkim profilom u kojem genetska ranjivost i rani razvojni aspekti igraju veću ulogu. Ova studija dodaje da se čini da poremećaji ranog početka, osim težine i trajanja, rezultiraju i lošijom prognozom.

Liječenje može dobro utjecati na tijek poremećaja, ali budući da klinički pokazatelji također određuju odgovor na liječenje, studija je na kraju utvrdila da nema povezanosti.

14. UČINKOVITOST PSIHOTERAPIJE I FARMAKOTERAPIJE U LIJEČENJU DEPRESIVNIH I ANKSIOZNIH POREMEĆAJA

Depresivni i anksiozni poremećaji vrlo su rašireni (17, 18) i povezani su s visokom razinom korištenja bolničkih usluga, značajnim opterećenjem bolestima općenito (19), značajnim ekonomskim troškovima (20-22) i značajnim gubitkom kvalitete života pacijenata i njihove obitelji (23,24). Nekoliko učinkovitih tretmana za depresivne i anksiozne poremećaje uključuju različite oblike psihoterapije i farmakoterapije (25-27). Iako je utvrđeno da su obe vrste liječenja djelotvorne, nije poznato jesu li podjednako učinkovite za sve vrste depresivnih i anksioznih poremećaja. Prema nekim studijama, koje su izravno uspoređivale farmakoterapiju i psihoterapiju, se pokazalo studija da su približno jednako učinkovite kod depresije (28) i GAP-a (29), no nije jasno je li to točno za sve depresivne i anksiozne poremećaje. Primjerice, za OKP i socijalnu fobiju još nisu provedene analize izravnih usporedbi psihoterapije i farmakoterapije.

Nadalje, ostaje nejasno imaju li sve vrste psihoterapije i sve vrste farmakoterapije slične učinke. U jednoj analizi otkriveno je da je liječenje SIPPS lijekovima bilo nešto učinkovitije od liječenja psihoterapijom (28), dok su TCA lijekovi i psihoterapija bili jednako učinkoviti. Ponovna analiza tih podataka, međutim, pokazala je da nije bilo značajnih razlika između psihoterapije i SIPPS terapije nakon prilagodbe na diferencijalno odustajanje od oba tretmana. Druga analiza potvrdila je da su psihoterapija i SIPPS lijekovi bili jednako učinkoviti kada su bile uključene samo vjerodostojne psihoterapije (30).

Također, moguće je da postoje razlike između različitih oblika psihoterapije. Postoje neke indikacije iz istraživanja da bi interpersonalna psihoterapija mogla biti nešto učinkovitija od ostalih psihoterapija u liječenju depresije (31,32), iako to nije potvrđeno u svim metaanalizama (33). Postoje i neke indikacije da psihodinamička psihoterapija (34) i ne-direktivno podržavajuće savjetovanje (35) mogu biti nešto manje učinkoviti od ostalih psihoterapija. S obzirom na ove potencijalne razlike između psihoterapija, moguće je da različiti učinci psihoterapije i farmakoterapije mogu ovisiti o vrsti psihoterapije.

U ovoj analizi otkrilo se da su razlike u učincima između psihoterapije i farmakoterapije male ili male za veliku depresiju, panični poremećaj i GAP. Također su pronađeni dokazi da je farmakoterapija bila znatno učinkovitija kod distimije i da je psihoterapija bila znatno učinkovitija kod OKP-a. Nadalje, farmakoterapija je bila znatno učinkovitija od ne-direktivnog

savjetovanja, a psihoterapija je bila znatno učinkovitija od farmakoterapije s TCA. U ovim analizama također je otkriveno da je psihoterapija bila učinkovitija u europskim studijama u usporedbi s onima iz drugih zemalja, te da je farmakoterapija bila znatno učinkovitija u studijama među određenim ciljnim skupinama nego u onima među odraslima općenito.

Sadašnji rezultati pokazuju da različite vrste antidepresiva i psihoterapija imaju različit stupanj učinkovitosti u liječenju depresije i anksioznih poremećaja. Otkriće da je psihoterapija manja djelotvorna od farmakoterapije kod distimije u skladu je s ranijim analitičkim istraživanjima 94. Međutim, broj studija je malen i razlika više nije bila statistički značajna nakon prilagodbe za kvalitetu i druge karakteristike studije, te kao takav, nalaz vjerodostojan i potrebno je više istraživanja kako bi se ispitala ova tema.

U OKP-u su ishodi prilično jasni po tome što je psihoterapija očito djelotvornija od antidepresiva, čak i prilagođavajući se kvaliteti i drugim karakteristikama studija. Ovo je prva analiza koja je pokazala da je psihoterapija učinkovitija od farmakoterapije, te je ovo otkriće značajno i iz kliničke perspektive, jer se OKP često smatra najtežim anksioznim poremećajem.

Postoje naznake da psihoterapija može dugoročno imati trajne učinke, dok antidepresivi nemaju snažne učinke kad ih pacijenti prestanu uzimati 95. Konačno, iako je dobro poznato da farmakoterapije imaju nekoliko nuspojava, o kojima se često izvještava u studijama, ideja da psihoterapije mogu imati negativne učinke prepoznata je tek nedavno (22,27), a ti negativni učinci obično nisu zabilježeni u studijama. Stoga nije bilo moguće uspoređivati psihoterapije i farmakoterapije u smislu negativnih učinaka.

Unatoč ograničenjima, možemo zaključiti da farmakoterapija i psihoterapija imaju usporedive učinke kod nekoliko depresivnih i anksioznih poremećaja, ali to ne vrijedi za sve poremećaje, posebno ne za OKP i moguće, distimiju. Nadalje, većina psihoterapija i farmakoterapija podjednako su učinkovite, ali to opet ne vrijedi za sve tretmane, posebno za TCA terapiju. Konačno, iako tretmani mogu biti jednaki po učincima, oni možda neće biti jednaki u pogledu sklonosti i troškova pacijenta, što zaslužuje daljnja ispitivanja svih poremećaja (36).

15. ZAKLJUČAK

Istražujući ovu temu zaključili smo da je, s obzirom na moderno i užurbano doba današnjice, moderni čovjek konstantno izložen nekom stresu. Život današnjice vrti se oko uspjeha na različitim životnim poljima, te ljudi neprekidno trče za postavljenim ciljevima zanemarujući, kako svoje, tako i tuđe mentalno zdravlje. Zanemarivanje mentalnog zdravlja vodi u duge i potencijalno kronične poremećaje poput depresija i anksioznosti.

Smatramo da je mentalno, duševno i psihičko zdravlje najbitniji aspekt zdravlja općenito, jer od njih kreću i somatski problemi. Također, mislimo da živimo na području svijeta gdje se još uvijek odlazak psihologu ili psihijatru, smatraju sramotnim. Ljudi iz razvijenijih država, poglavito iz SAD-a polako uvode kulturu održavanja mentalnog zdravlja, dok se ovdje, na prostorima Balkana, ljudi s psihičkim poremećajima ove vrste srame svog problema i smatraju se manje vrijednima, što nadalje produbljuje sami poremećaj.

Također smatramo da, izuzev zdravstvenih djelatnika, ljudi nisu dovoljno educirani o važnosti održavanja zdrave psihe, te mislimo kako sustav zakazuje u osvještavanju ljudi o ovom problemu.

U ovoj godini, kada smo svi iskusili karantenu koja se dogodila zbog pandemije virusom COVID-19 (SARS koronavirus), zamišljamo o ljude sa anksioznim i depresivnim poremećajima koji su morali biti zatvoreni u kući puna tri mjeseca i kojima se bolest zasigurno pogoršala tijekom trajanja karantene. Smatramo da bi se putem medija što više trebalo pričati o depresiji i anksioznosti, pogotovo u ovo doba pandemije.

Smatramo da su depresije i anksioznosti praćene stigmom koju bi mi, zdravstveni djelatnici, svakodnevno u svojoj okolini i radilištima trebali normalizirati koristeći edukaciju. Mislimo da se zdravstvene djelatnike treba dobro educirati o simptomima ovih poremećaja, jer u globalu, često ostaju neprepoznati i kasnije budu razlogom nekog drugog većeg problema.

16. LITERATURA

1. Moro Lj, Frančišković T i sur. Psihijatrija udžbenik za više zdravstvene studije, Medicinska naklada. Zagreb 2010.
2. Filaković P. i sur. Psihijatrija, Medicinski fakultet. Osijek 2014.
3. Vulić – Prtorić A. Depresivnost u djece i adolescenata, 2. izdanje. Naklada Slap 2004.
4. Sommers-Flanagan R, Sommers-Flanagan J. Kada nas dijete zabrinjava? Ostvarenje 2006.
5. Ledić L. Depresija u djece i adolescenata. Zdravstveni glasnik [Internet]. 2019; 5 (2), 75-85. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/228916>
6. Koić E. Štrkalj-Ivezić S. Procjena suicidalnog rizika kod osoba oboljelih od depresije [Internet]. 2013. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/109533>
7. Hollander E, Simeon D. Anksiozni poremećaji. Naklada Slap 2006.
8. Nakić Radoš S, Tadinac M, Herman R. Učestalost depresije u trudnoći i nakon porođaja u uzorku hrvatskih žena. Klinička psihologija [internet]. 2013; 6 (1-2), 93-93. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/167456>
9. Perez Gaddi JR. Incidencija anksioznosti i depresivnosti kod redovnih i izvanrednih studenata sestrinstva na fakultetu zdravstvenih studija u Rijeci. 2019.
10. Poljak M, Begić D. Anksiozni poremećaji u djece i adolescenata. Socijalna psihijatrija [internet]. 2016; 44 (4), 310-329. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/174630>
11. Asbahr FR. Anxiety disorders in childhood and adolescence: clinical and neurobiological aspects. J Pediatr [internet].2004;80(2 Suppl):S28-S34. Dostupno na: <https://doi.org/10.2223/1166>
12. Hollander S, Simeon D. Anksiozni poremećaji. Jastrebarsko: Naklada Slap. 2006.
13. Jefferson JW. Social phobia: everyone's disorder? J Clin Psychiatry 1996
14. Brečić P. Suicidalnost u psihijatrijskim poremećajima. Medicus [internet]. 26 (2 Psihijatrija danas), 173-183. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/189043>
15. Hrvatski zavod za javno zdravstvo, podaci o depresiji u Hrvatskoj. [internet]. Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/sluzba-promicanje-zdravlja/depresija/>
16. Kessler RC, Berglund P, Demler O et al. National Comorbidity Survey Replication. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). JAMA [Internet]. 2003; 289:3095- 105. Dostupno na: <https://doi.org/10.1001/jama.289.23.3095>

17. Kessler RC, Berglund P, Demler O et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 2005; 62:593- 602. Dostupno na: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
18. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med* [Internet]. 2006; 3:e442. Dostupno na: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030442>
19. Berto P, D'Ilario D, Ruffo P et al. Depression: cost-of-illness studies in the international literature: a review. *J Ment Health Policy Econ* [Internet]. 2000; 3:3- 10. Dostupno na: [https://doi.org/10.1002/1099-176x\(200003\)3:1%3C3::aid-mhp68%3E3.0.co;2-h](https://doi.org/10.1002/1099-176x(200003)3:1%3C3::aid-mhp68%3E3.0.co;2-h)
20. Greenberg PE, Birnbaum HG. The economic burden of depression in the US: societal and patient perspectives. *Exp Opin Pharmacother* [Internet]. 2005; 6:369-76. Dostupno na: <https://doi.org/10.1517/14656566.6.3.369>
21. Smit F, Cuijpers P, Oostenbrink J et al. Excess costs of common mental disorders: population based cohort study. *J Ment Health Policy Econ*. 2006; 9:193-200.
22. Ustun TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S et al. Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br J Psychiatry* [Internet]. 2004; 184: 86-92. Dostupno na: <https://doi.org/10.1192/bjp.184.5.386>
23. Saarni SI, Suvisaari J, Sintonen H et al. Impact of psychiatric disorders on health-related quality of life: general population survey. *Br J Psychiatry* [Internet]. 2007; 190:326-32. Dostupno na: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.025106>
24. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Depression; the treatment and management of depression in adults. National Institute for Health and Clinical Excellence: Holborn, 2009.
25. Bauer M, Bschor T, Pfennig A et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of unipolar depressive disorders in primary care. *World J Biol Psychiatry* [Internet]. 2007; 8:67-104. Dostupno na: <https://doi.org/10.1080/15622970701227829>
26. Bandelow B, Sher L, Bunevicius R et al. Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder in primary care. *Int J Psychiatry Clin Pract* [Internet]. 2012; 16:77-84. Dostupno na: <https://doi.org/10.3109/13651501.2012.667114>

27. Cuijpers P, van Straten A, van Oppen P et al. Are psychological and pharmacological interventions equally effective in the treatment of adult depressive disorders? A meta-analysis of comparative studies. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 2008; 69:1675-85. Dostupno na: <https://doi.org/10.4088/jcp.v69n1102>
28. Mitte K. Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for generalized anxiety disorder: a comparison with pharmacotherapy. *Psychol Bull* [Internet]. 2005; 131:785-95. Dostupno na: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.5.785>
29. Spielmans GI, Berman MI, Usitalo AN. Psychotherapy versus second-generation antidepressants in the treatment of depression; a meta-analysis. *J Nerv Ment Dis* [Internet]. 2011; 199:142-9. Dostupno na: <https://doi.org/10.1097/nmd.0b013e31820caefb>
30. 15. Cuijpers P, van Straten A, Andersson G et al. Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. *J Consult Clin Psychol* [Internet]. 2008; 76:909-22. Dostupno na: <https://doi.org/10.1037/a0013075>
31. Barth J, Munder T, Gerger H et al. Comparative efficacy of seven psychotherapeutic interventions for depressed patients: results of a network meta-analysis. *PLoS Med*. [Internet]. 2013; 10(5):e1001454. Dostupno na: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001454>
32. Cuijpers P, Geraedts AS, van Oppen P et al. Interpersonal psychotherapy of depression: a meta-analysis. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2011; 168:581-92. Dostupno na: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10101411>
33. Driessen E, Cuijpers P, de Maat SCM et al. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2010; 30:25-36. Dostupno na: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.08.010>
34. Cuijpers P, Driessen E, Hollon SD et al. The efficacy of non-directive supportive therapy for adult depression: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2010; 32:280-91. Dostupno na: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.01.003>
35. Imel ZE, Malterer MB, McKay KM et al. A meta-analysis of psychotherapy and medication in unipolar depression and dysthymia. *J Affect Disord* [Internet]. 2008; 110:197-206. Dostupno na: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.03.018>
36. Barlow DH. Negative effects from psychological treatments. *Am Psychol* [Internet]. 2010; 65:13-20. Dostupno na: <https://doi.org/10.1037/a0015643>

37. Keller MB, Hanks DL. Course and outcome in panic disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* [Internet]. 1993; 17(4),551-570. Dostupno na: [https://doi.org/10.1016/0278-5846\(93\)90005-d](https://doi.org/10.1016/0278-5846(93)90005-d)
38. Keller MB. Social anxiety disorder clinical course and outcome: review of Harvard/Brown Anxiety Research Project (HARP) findings. *J Clin Psychiatry* 67 (Suppl 12), 2006;14-19
39. Bijl, R.V., Ravelli, A., van Zessen, G., 1998a. Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 33 (12), 587–595 <https://doi.org/10.1007/s001270050098>
40. Ormel J, Oldehinkel T, Brilman E, vanden Brink W. Outcome of depression and anxiety in primary care. A three-wave 3 1/2-year study of psychopathology and disability. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 1993; 50(10),759-766. Dostupno na: https://www.researchgate.net/deref/http%3A%2F%2Fdx.doi.org%2F10.1001%2Farchpsyc.1993.01820220009001?_sg%5B0%5D=Njz78pzqTccuc_mc15dnQvzHoadyXEx6s8Eju4TBDIMocrjd431MLzQYg8FcAeq5upHMMYcQZP_ugwWvhCh8cnqNw.P2ErOVWJ87994QtOITzYquD04a7S2xRZQMYkyPgB3gJl_VT--EvZnwrFUWfRgTxLoCVxxZ_Abz4uOIQlgHm7w
41. Bruce SE, Yonkers KA, Otto MW, Eisen JL, Weisberg RB, Pagano M, Shea MT, Keller MB. Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: a 12-year prospective study. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2005; 162(6),1179-1187. Dostupno na: <https://dx.doi.org/10.1176%2Fappi.ajp.162.6.1179>
42. Merikangas KR, Zhang H, Avenevoli S, Acharyya S, Neuenschwander M, Angst J. Longitudinal trajectories of depression and anxiety in a prospective community study: the Zurich Cohort Study. *Arch Gen Psychiatry* 60 [Internet]. 2003;(10),993-1000. Dostupno na: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.9.993>
43. Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.U., Kendler, K.S., 1994. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch. Gen. Psychiatry* 51 (1), 8–19. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1994.03950010008002>

44. Vuorilehto, M.S., Melartin, T.K., Isometsa, E.T., 2009. Course and outcome of depressive disorders in primary care: a prospective 18-month study. *Psychol. Med.* 39 (10), 1697–1707 <https://doi.org/10.1017/s0033291709005182>
45. Spijker J, de Graaf R, Bijl RV, Beekman ATF, Ormel J, Nolen WA. Duration of major depressive episodes in the general population: results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Br J Psychiatry* [Internet]. 2002; 181,208-213. Dostupno na: <https://doi.org/10.1192/bjp.181.3.208>
46. Spijker J, de Graaf R, Bijl RV, Beekman ATF, Ormel J, Nolen WA. Determinants of persistence of major depressive episodes in the general population. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *J Affect Disord* [Internet]. 2004; 81(3),231–240. Dostupno na: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2003.08.005>
47. Licht-Strunk E, Van Marwijk HWJ, Hoekstra T, Twisk JWR, De Haan M, Beekman ATF. Outcome of depression in later life in primary care: longitudinal cohort study with three years' follow-up. *BMJ* [Internet]. 2009; 338,a3079 Dostupno na: <https://dx.doi.org/10.1136%2Fbmj.a3079>
48. Solomon DA, Keller MB, Leon AC, Mueller TI, Shea MT, Warshaw M, Maser JD, Coryell W, Endicott J. Recovery from major depression. A 10-year prospective follow-up across multiple episodes. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 1997; 54(11),1001-1006. Dostupno na: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1997.01830230033005>
49. Tiemens BG, Ormel J, Simon GE. Occurrence, recognition, and outcome of psychological disorders in primary care. *Am J Psychiatry* [Internet]. 1996; 153(5),636-644. Dostupno na: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1176/ajp.153.5.636>

ŽIVOTOPIS

Osobni podaci

Ime i prezime: Angela Mikulandra

Datum i mjesto rođenja: 06.06.1996., Šibenik

Prebivalište: Mandalinskih žrtava 13D, Šibenik

Boravište: Mandalinskih žrtava 13D, Šibenik

Email adresa: angela.mikulandra@gmail.com

U razdoblju od 2011. do 2013. sam pohađala privatnu gimnaziju, te sam se 2013. godine prebacila u Medicinsku školu u Šibeniku koju sam i završila, smjer sestrinstvo. Nakon završene srednje škole, 2016. godine sam upisala Fakultet zdravstvenih studija u Rijeci, odnosno stručni studij sestrinstva u Rijeci, koji uspješno završavam. Za vrijeme druge godine studiranja radila sam za Novi List, a osim toga u slobodno vrijeme volim se baviti životinjama, gledati filmove i družiti se s prijateljima.