

ČIMBENICI RIZIKA U NASTANKU DEPRESIJE

Irena Kovačević¹, Valentina Krikić², Štefanija Ozimec Vulinec³, Adriano Friganović⁴, Mirna Žulec⁵, Mara Županić⁶

¹Zdravstveno veleučilište

²Ustanova za zdravstvenu njegu u kući »Domnius«

³Zdravstveno veleučilište

⁴KBC »Zagreb«, Klinika za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje kardiokirurških bolesnika

⁵Visoka tehnička škola u Bjelovaru

⁶Zdravstveno veleučilište

SAŽETAK

Pozadina. Depresija postaje globalni javnozdravstveni problem. Recidiv bolesti je čest, u čak 75% unutar deset godina. Predviđa se da će do 2030.godine biti drugi zdravstveni problem. Dovodi do osobnog invaliditeta, i uzrok je radno-socijalnog nefunkcioniranja obitelji.

Cilj. Sistematičnim pregledom dostupnih istraživanja prikazati koji su najčešći čimbenici rizika u nastanku depresije, tko je skloniji depresiji žene ili muškarci, te procijeniti koje bi javnozdravstvene mjere doprinijele prevenciji i ranom otkrivanju depresije.

Metodologija. Pretraživanjem baza podataka pronađeni su originalni i pregledni članci koji su se odnosili na temu depresije. Kriterij odabira članka bile su ključne riječi, engleski jezik te period od 2003-2014.godine. Metoda istraživanja bila je najčešće kohortna longitudinalna studija, kvalitativna studija te kohortna prospektivna i retrospektivna studija.

Rezultati. Istraženo je 39 čimbenika rizika koji mogu utjecati na pojavnost depresije, od toga 28 njih više djeluje na pojavnost depresije kod žena nego kod muškaraca. Također je dokazano da je učestalost nastanka depresije veća kod žena nego kod muškaraca, u omjeru 2:1.

Zaključak. Javnozdravstvenim mjerama, prevencijom i ranom detekcijom može se utjecati na smanjenje prevalencije depresije u populaciji.

Ključne riječi: depresija, kontrola zdravlja, primarna zdravstvena zaštita, poboljšanje ishoda depresije

ČIMBENICI RIZIKA U NASTANKU DEPRESIJE

UVOD

Depresija je kronična nezarazna bolest, koja postaje jedna od najčešćih psihičkih poremećaja u današnje vrijeme. Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije, učestalost depresije u odrasloj populaciji je 4,6-8,8%. Recidiv bolesti je čest, u čak 75% unutar 10 godina. Smatra se da je depresija četvrti najveći zdravstveni problem, a do 2030.godine biti će drugi (1). Depresija dovodi do osobnog invaliditeta, te je uzrok radno-socijalnog nefunkcioniranja obitelji. Iako još nije sasvim utvrđeno koliko snažno

nezaposlenost utječe na pojavnost depresije, poznato je da je povezana sa slabijim mentalnim zdravljem (2). Podaci Svjetske zdravstvene organizacije pokazuju da trenutno u svijetu od depresije pati najmanje tri milijuna Talijana, još toliko Engleza, Francuza i Nijemaca, te preko deset milijuna Amerikanaca. Važno je naglasiti da je depresija bolest sa značajnom smrtnošću, te 15% bolesnika sa depresijom počini samoubojstvo. Ozbiljna je bolest koja iziskuje ozbiljan pristup, s ciljem što ranijeg prepoznavanja i adekvatnog pristupa liječenju. Važno je ispitati čimbenike rizika koji dovode do nastanka depresije, ali isto tako i do njenog oporavka (3). Depresija je stanje koje se može liječiti. Ako je liječnik na vrijeme prepozna, smanjuje se prateći dizabilitet i rizik od suicida, koji je uobičajeno pridružen depresiji. Ipak, depresija se u populaciji ne prepoznaje, ne samo zbog socijalnih čimbenika i stigme, već i zbog neprepoznavanja od strane liječnika.

Depresija predstavlja globalni javnozdravstveni problem današnjice. To je bolest kao i svaka druga, ali često je neprepoznata i nedovoljno liječena. Jedan od problema je što osobe sa simptomima depresije ne traže stručnu pomoć (4). Prema preporuci Svjetske zdravstvene organizacije, osnovni korak je dijagnosticiranje i liječenje mentalnih poremećaja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Time se omogućava najvećem broju ljudi da lakše i brže uđu u zdravstveni sustav, čime se učinkovitije i kvalitetnije radi na unapređenju i očuvanju mentalnog zdravlja stanovništva. Preventivni programi mogu doprinijeti da se depresija ne pojavi, te da se ljudi dugo vremena osjećaju dobro (5). Od ključne je važnosti rano prepoznavanje bolesti, a u njenom rješavanju treba primijeniti holistički pristup. Reduciranje prevalencije depresije je javnozdravstveni izazov 21 stoljeća. Još od 1996. godine EU financira ODIN studiju (the Outcome of Depression International Network), koja ima za cilj dobiti podatke o prevalenciji, čimbenicima rizika i utjecaju različitih intervencija na depresiju.

Namjena rada je kritičkom analizom pregledanih članaka utvrditi postoji li povezanost između proučavanih čimbenika rizika u pojavnosti depresije, te da li rizični čimbenici mogu utjecati na oporavak od depresije. Analizom članaka i provedenih istraživanja zanimalo nas je postoji li značajna razlika u djelovanju pojedinih čimbenika rizika na pojavnost depresije između žena i muškaraca, te koji su najčešći rizici za nastanak depresije kod žena, a koji kod muškaraca. Namjena rada je također prikazati značaj javnozdravstvenih mjera i njihov utjecaj na smanjenje prevalencije depresije u populaciji.

Cilj rada je ispitati koji su najčešći čimbenici rizika u nastanku depresije, tko je skloniji depresiji žene ili muškarci, te procijeniti koje bi javnozdravstvene mjere doprinijele prevenciji i ranom otkrivanju depresije.

Metode

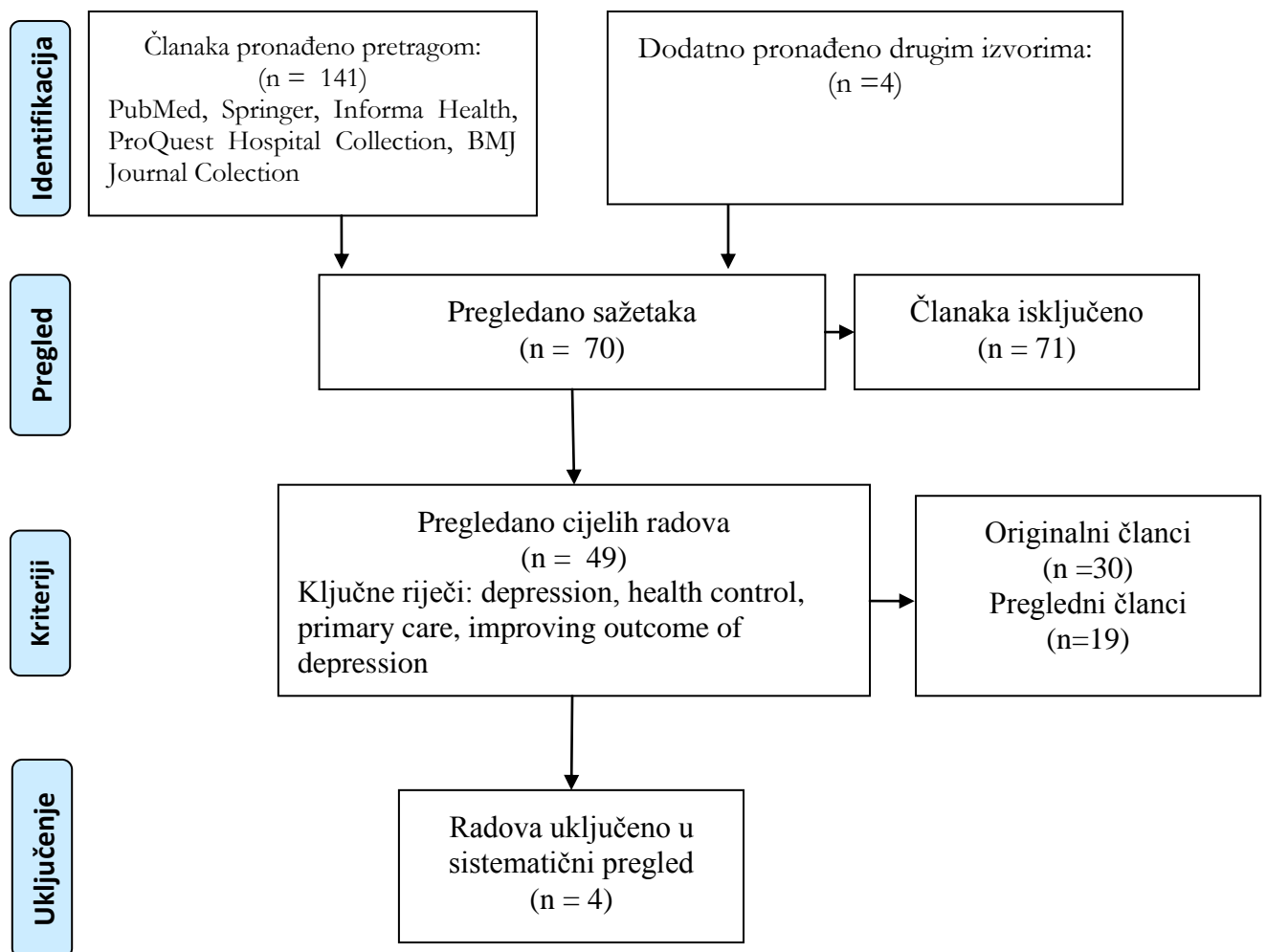
U svrhu proučavanja javnozdravstvenih mjera za rješavanje depresije, te ispitivanje čimbenika rizika i najugroženijih od depresije, korištena je slijedeća metodologija:

1. Pretraživane su baze PubMed-slobodno dostupni Medline-bibliografska baza, ima poveznice na cjelovite tekstove. Usko vezana je PubMed Central (PMC) baza u kojoj su isključivo cjeloviti članci. Pretraživane su sve baze medicinskog fakulteta u Zagrebu: Springer, Informa Health, ProQuest Hospital Collection, BMJ Journal Collection (141 rad).
2. Ključne riječi za pretraživanje bile su na engleskom jeziku: depression, health control, primary care, improving outcomes of depression (70 radova).

3. Radovi koji su bili uključeni u konačnu analizu bili su selektirani kroz nekoliko kriterija. Uz ključne riječi, u izabranim bibliografskim bazama, uključeni kriterij bio je godina objave (2003-2014.), i engleski jezik. U idućem koraku su kod uključenih članaka pročitani naslovi i sažetci. Sljedeći kriterij su bile ključne riječi navedene u naslovu i sažetku, cilj i rezultati su uključivali primarnu zdravstvenu zaštitu, čimbenike rizika i mjere za prevenciju depresije (49 radova). U idućem koraku su sažeti ključni rezultati.

Kod analize je bila sredotočenost na cilj istraživanja. Uspoređivano je nekoliko istraživačkih radova, različitih autora, te učinjena usporedna analiza izabranih, izvornih članaka te sinteza proučenih materijala.

REZULTATI



Slika 1. Flow diagram. Prikaz rezultata pretraživanja literature

Tabela 2. Prikaz podataka o korištenim člancima

Referenca	Cilj	Promatrana populacija	Metode
Bottomley C, Nazareth I, Torres-Gonzalez F, Svab I, Maarros H, et al. Comparison of risk factors for the onset and maintenance of depression. The British Journal of Psychiatry, 2010: 196, 13–17.	Usporedba čimbenika rizika za nastanak depresije.	Ispitanici, n=10 0457 u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u 7 zemalja: UK, Portugal, Španjolska, Nizozemska, Estonija, Slovenija, Čile	Kohortna longituinalna studija Hazard ratios – omjer opasnosti za nastanak i oporavak od depresije. Usporedba 39 čimbenika rizika za nastanak depresije.
Stegenga B, King M, Grobbee D, Torres-gonz F, Svab I, et al. Differential Impact of Risk Factors for Women and Men on the Risk of Major Depressive Disorder. AEP Vol. 22, No. 6. 2012: 388–396.	Procjena utjecaja čimbenika rizika za žene i muškarce na rizik za veliki depresivni poremećaj	Ispitanici, n=8517 (n,žene=5711, n, muškarci=2806)	Prospektivna kohortna studija
Rycroft-Malone J, Anderson R, S Crane R, Gibson A, , Gradinger F, Griffiths H, Mercer S, Kuyken W. Accessibility and implementation in UK services of an effective depression relapse prevention programme – mindfulness-based cognitive therapy (MBCT): ASPIRE study protocol. Implementation Science 2014, 9:62.	Implementacija učinkovitog programa prevencije relapsa depresije u Velikoj Britaniji	Ispitanici u primarnoj zdravstvenoj zaštiti	Kvalitativna studija u dvije faze, exploratory i explanatory. Instrument istraživanja: anketni upitnik
Bilsker D, Goldner E, Jones W. Health Service Patterns Indicate Potential Benefit of supported Self-Management for Depression in Primary Care. Canadian Journal of Psychiatry; 2007;52, 86-95.	Dobrobiti mjera podrške za depresiju u primarnoj zdravstvenoj zaštiti	Ispitanici u primarnoj zdravstvenoj zaštiti	Retrospektivna kohortna studija

Istraživanje rizičnih čimbenika za nastanak depresije, koje su proveli Bottomley i suradnici (2010) na 10 045 ispitanika (6), uključivalo je slijedeće prediktore:

Sociodemografske: dob, razina edukacije, bračni status, zaposlenost, etnička pripadnost, rođen u zemlji ili izvan, religija, postojanje dugotrajnog tjelesnog oboljenja,

Psihijatrijski komorbiditet: konzumacija alkohola, postojanje problema s alkoholom, uzimanje droga, anksioznost, i panika u zadnjih 6 mjeseci, tjelesno i mentalno funkcioniranje,

Neželjena iskustva iz djetinjstva i životni događaji: tjelesno i/ili emocionalno zlostavljanje, i seksualno zlostavljanje u djetinjstvu, veliki životni događaji u posljednjih 6 mjeseci.

Posao, život i okolina: zanimanje, plaćeni ili neplaćeni posao, bez podrške kod plaćenog ili neplaćenog posla, bez poštovanja kod plaćenog ili neplaćenog posla, korištenje socijalne potpore, žive sami ili s nekime, vlasnik stana, zadovoljstvo životnim uvjetima, zadovoljstvo susjedstvom, percepcija sigurnosti unutar i izvan doma, iskustvo diskriminacije (7) (spolne, dobne, etničke, seksualne orijentacije i izgleda).

Obitelj i prijatelji: zadovoljstvo u seksualnoj i emocionalnoj vezi s partnerom, postojanje problema u odnosima s bliskim ljudima, poteškoće u socijalnom funkcioniranju, obiteljska psihijatrijska anamneza ili tretiranje u primarnoj ili sekundarnoj skrbi, samoubojstvo u obitelji, socijalna podrška obitelji i prijatelja, pozitivni odgovori na prva dva pitanja (CIDI) (8, 9).

Većina odgovora je bila binarna (da, ne), koji su konvertirani u binarnu varijablu, kako bi se mogli analizirati. Dvije varijable, tjelesno i mentalno funkcioniranje su kategorizirane u pripadajući dio ispod ili iznad medijana. Dob je opisana kao kategorijalna varijabla, a veliki životni događaji su kategorizirani u 3 razine: 0, 1, 2 i više događaja.

Čimbenici kao što su nezadovoljavajući odnosi, nedostatak socijalne podrške, nepovoljna iskustva u djetinjstvu (tjelesna ili emocionalna zlostavljanost), i životni događaji mogu imati veći utjecaj na žene od muškaraca, čime se povećava rizik za MDD (10). Omjer rizika za nastanak depresije između žena i muškaraca je 2:1 (11, 12). U studiju je bilo uključeno sedam zemalja (13) (Velika Britanija, Slovenija, Nizozemska, Španjolska, Čile, Portugal i Estonija). Dijagnostičkim intervjuom (CIDI) se mjerila jačina depresije koristeći metodu identificiranja depresivnih epizoda u proteklih šest mjeseci. Čimbenici rizika bili su svrstani u dvije kategorije: ovisni i neovisni o vremenu (npr. spol, traumatični događaji iz djetinjstva...).

Čimbenici rizika su bili izabrani prema proučenoj literaturi, te je konačno bilo izabrano 39 čimbenika koji su prethodno navedeni. Studija uspoređuje djelovanje čimbenika rizika na pojavnost i oporavak od depresije.

Od 7558 nedepresivnih ispitanika u početnoj fazi ispitivanja, nakon šest mjeseci istraživanje je pokazalo da ih je 4,87% postalo depresivno (n=368). Između 6 i 12 mjeseci oboljelo je još 3,43% od preostalih nedepresivnih ispitanika (n=231). Od 1186 depresivnih ispitanika, nakon 6 mjeseci oporavilo se 67,45% (n=800). Od preostalih depresivnih ispitanika, nakon 12 mjeseci se oporavilo 48,82% (n=165).

Usporedba nastanka depresije kod žena i muškaraca

Od ukupnog broja ispitanika 8517 koji su sudjelovali u ispitivanju, i nisu imali depresiju njih 83% se odazvalo na daljnja ispitivanja. 8% od odazvanih je oboljelo od depresije u periodu od 6 ili 12 mjeseci. Od toga su 80% (n=479) bile žene, a muškaraca je bilo 120. 28 čimbenika rizika je imalo značajno veći utjecaj na žene, nego na muškarce (14). Od ispitanika koji na početku istraživanja nisu imali depresiju, njih 3979 nije imalo depresivne simptome uopće tijekom života, a njih 4528 je. Od 3979 koji nikada nisu imali simptome depresije, 3357 je prisustvovalo kroz cijelu studiju, a od njih je 142 (4.2%) imalo prvo pojavljivanje depresije u razdoblju od 6 ili 12 mjeseci od početka istraživanja. (107 žena i 35 muškaraca). Od onih koji su prije istraživanja imali neke simptome depresije tijekom života, 3737 je prisustvovalo tijekom cijelog istraživanja. Njima 455 (12.2%) se pojavila depresija tijekom razdoblja od 6 ili 12 mjeseci od početka studije. (372 žena i 83 muškaraca).

Implementacija preventivnih programa u primarnoj zdravstvenoj zaštiti

U Velikoj Britaniji je rađena kvalitativna studija, u dvije faze: exploratory i explanatory istraživačka studija. Istraživanje je provedeno pomoću anketnog upitnika, observacije i analize dokumentaacije. Poduprta je od strane Promicanja akcije na provedbi usluga zdravstvene skrbi u okviru programa PARIHS (Promoting Action on Implementation in Health Services). Rezultati studije prikazali su relevantne dokaze u postizanju kvalitete u pristupu i organizaciji zdravstvenih usluga za oboljele od depresije. Program je razvijen kao psihosocijalna intervencija namijenjen poučavanju ljudi, s poviješću depresije, vještinama kako ostati u dobrom mentalnom stanju duže vrijeme. Program psihosocijalne intervencije je pod nazivom Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) sadrži elemente iz kognitivno-bihevioralne terapije. Poučavanje se provodilo u grupama od 8-15 ispitanika, u trajanju od osam tjedana. Ispitanici su poučavani novim načinima kako pojačati samopuzdanje i odgovoriti konstruktivno na izazove i probleme.

Druga studija je provedena u Kanadi. Cilj studije bio je istražiti pružanje zdravstvene zaštite u Kanadskoj provinciji kako bi se promotriilo koliko bi se kanadsko zdravstvo moglo unaprijediti po pitanju osoba s blagom ili teškom depresijom. Za istraživanje su korišteni provincijalni administrativni podatci, da opišu medicinske usluge pružene osobama s depresijom tijekom 3 različita vremenska intervala (1991-1992, 1995-1996, 2000-2001). Cilj studije je bio i ispitati učestalost kojom pacijenti dobivaju terapiju od liječnika opće prakse i psihijatra. Potom su koristili dobivene informacije za proučavanje izvodljivosti i potencijalnu primjenjivost različitih pristupa koji su bili opisani da smanjuju opterećenje povezano s depresijom.

U vremenskom periodu 1991-1992, postotak prevalencije liječenih je bio 7,7%, 1995-1996 je bio 8.7%, a 2000-2001, 9.5%. U tih 10 godina, proporcija onih koji su bili dijagnosticirani s depresijom i potom liječeni od strane liječnika opće prakse, bez psihijatra, je ostala nepromijenjena, tj. 92%.

Model Triju Kompenenata (TCM). Taj klinički model razvijen i stvoren u „RESPECT depression“ ispitivanju uključuje menadžment skrbi i poboljšanje odnosa između mentalnog zdravlja i primarne zdravstvene zaštite pacijenata, i njezinu kasniju primjenu nad klijentima. Rezultat je sistematična kontrola i upravljanje depresijom. Putanja razine ozbiljnosti depresije sistematizirana je kroz sve tri komponente zajedno sa Patient Health Monitoring-om (PHQ-9) – jednostavnim provjerenim instrumentom koji mjeri stupanj ozbiljnosti depresije.

RASPRAVA

Metodološki pristupi

Kohortnom longitudinalnom studijom ispitivala se usporedba čimbenika rizika i omjer rizika (hazard ratio) za nastanak i oporavak od depresije. Istraživanja pokazuju povezanost između čimbenika rizika i depresije, što može pomoći u identificiranju osoba koje su pod rizikom nastanka depresije. S druge strane, poznavanje povezanosti čimbenika rizika sa oporavkom može doprinijeti stvaranju smjernica za tretiranje depresije. Jačina depresije je određena učestalošću faza pojavljivanja i vremenom trajanja (6).

Omjer rizika. Čimbenici rizika koji imaju veći utjecaj na pojavljivanje bolesti, smanjuju brzinu oporavka. Čimbenici s najvećim utjecajem na pojavljivanje i oporavak od bolesti su pretežno ovisni o vremenu. Jačina utjecaja na pojavljivanje bolesti je uglavnom proporcionalna s jačinom utjecaja na oporavak. Iz provedenih istraživanja se može zaključiti da je za smanjivanje prevalencije depresije bolje koristiti preventivne mjere, nego se usredotočiti na liječenje.

Čimbenici rizika koji su neovisni o vremenu (povezani s nekim događajem u djetinjstvu) imaju manji utjecaj na nastanak depresije od čimbenika koji su ovisni o vremenu. Postoje dvije pretpostavke zašto je tomu tako. Prva, osobe se tijekom vremena prilagode događajima iz prošlosti te stoga ti čimbenici oslabe tijekom vremena. Druga pretpostavka govori da čimbenici neovisni o vremenu mogu utjecati na stvaranje negativne slike o sebi, nisko samopouzdanje i otežane odnose s drugima, koji su neposredni prediktori depresije, no sami čimbenici koji su neovisni o vremenu nemaju direktan utjecaj na pojavljivanje depresije.

Prospektivnom kohortnom studijom ispitivana je depresija kod žena i muškaraca. Većina čimbenika rizika je imala značajno veći utjecaj na pojavu depresije kod žena nego kod muškaraca. Među tim čimbenicima jesu: niža razina edukacije, neeuropska nacionalnost, problemi s alkoholom tijekom cijeloga života, (anxiety syndrom=sindrom nervoze/tjeskobe), financijski problemi, osjećaj da je okolina u kojoj se živi, tj. susjedstvo nesigurno, te problemi s bliskim osobama. Kod muškaraca čimbenici rizika koji su imali značajan utjecaj na pojavljivanje depresije su samački život i neprofesionalno zanimanje. Rezultati istraživanja su bili vrlo slični kada su se uspoređivale jednake dobne skupine, stupanj obrazovanja, broj negativnih životnih situacija i države (15).

Procjena težine depresije je vrlo važna, te može otkriti potrebu za alternativnim tretmanom ili hospitalizacijom. O težini depresije ovisi na koje će se simptome i kojim tehnikama usmjeriti početni tretman. Osobitu pažnju treba posvetiti izazivanju beznadnosti, suicidalnim namjerama i negativnim očekivanjima, jer bavljenje tim simptomima treba biti na prvom mjestu. Bez efikasnog tretmana, veliki je rizik od pojavljivanja depresije, kao i od njenog ponovnog javljanja.

Problemi pri provođenju istraživanja

Ispitanici koji su bili uključeni u studiju kod liječnika opće prakse ne moraju biti reprezentativni za uzorak u populaciji. Različite dobne skupine su bile jednako zastupljene, no bio je veći udio žena u istraživanju, a s druge strane, bio je manji udio etničkih manjina kao i ispitanika crne rase. Tijekom perioda istraživanja, na kontrolu

nakon 6 i 12 mjeseci nije se odazvao jednaki broj ispitanika. Zbog nedovoljno podataka, nije bilo moguće specificirati podatke zasebno za svaku državu, nego su prikazani u prosjeku za 7 ispitivanih država. Važnost navedenog ovisi o tomu da li su čimbenici rizika uvjetovani kulturološkim razlikama.

Javnozdravstveni pristupi na nivou Primarne zdravstvene zaštite

Broj osoba koje boluju od depresivnog poremećaja kontinuirano raste od početka prošlog stoljeća u svim industrijaliziranim zemljama svijeta; 20% žena i 10% muškaraca razvije barem jednu depresivnu epizodu tijekom života. Epidemiološka istraživanja govore da 3-4% populacije boluje od težih, a 2% od blažih oblika depresije; prevalencija u svijetu iznosi 12-20% u ženskoj, a 5-12% u muškoj populaciji (16). Govoreći o životnoj prevalenciji, podaci pokazuju kako svaka peta žena i svaki deseti muškarac tijekom života dožive barem jednu ozbiljnu depresivnu epizodu. Žene oboljevaju dva puta češće od muškaraca, a točan razlog takve pojave nije poznat. Pretpostavlja se da tome doprinose hormonske promjene u žena, trudnoća, naučena bespomoćnost te predodređenost životnih uloga. Depresija nije samo loše raspoloženje ili tuga, depresija je poremećaj što uzrokuje smetnje u osjećajnoj i tjelesnoj sferi pojedinca, izaziva duboke patnje oboljelih te se većina stručnjaka slaže da spada u najbolnija životna iskustava s kojima se današnji čovjek može suočiti. Depresivnim nazivamo onu promjenu raspoloženja koje je bolesno sniženo, a razlikuje se od normalnog po jačini, po duljini trajanja i po nemogućnosti da osoba takvo raspoloženje kontrolira. Bolest dijagnosticiramo kada se osoba kontinuirano osjeća žalosno svakog dana, veći dio dana, u razdoblju od dva tjedna ili duže i kada je više ništa ne može razveseliti. Simptomi su depresije, uz sniženo raspoloženje, ravnodušnost, bezidejnost, apatija, anhedonija, pojačana napetost, nemir i razdražljivost.

Depresivni bolesnici često su ukočenog držanja, a psihomotorna usporenost manifestira se kao usporeno mišljenje i govor, dok zakočenost može ići do depresivnog stupora. Tipične su dnevne varijacije raspoloženja, bolesnici se često osjećaju lošije ujutro. Ponekad su tjelesni simptomi depresije vodeći ili jedini u kliničkoj slici oboljelih, što je osobito često u starijih osoba, kroničnih tjelesnih bolesnika ili u slučajevima maskiranih depresija (17). Unatoč velikoj učestalosti, depresija u 50% slučajeva nije prepoznata. U značajnom broju bolesnika depresivna epizoda se ponavlja jednom ili više puta pa tada govorimo o ponavljajućem depresivnom poremećaju. Neliječena depresivna epizoda prosječno traje šest do trinaest mjeseci, a većina liječenih dva do tri mjeseca. Depresiju često ne prepoznaju osobe koje od nje boluju kao ni njihova najbliža okolina, što povezujemo s neupućenošću, neznanjem i strahom, odnosno stigmom koju stvara društvo i bliža okolina u vezi s duševnim bolestima. Depresija uzrokuje značajne obiteljske, bračne, profesionalne i socijalne poteškoće oboljelima, uzrokuje radnu i socijalnu disfunkcionalnost, te uz spomenute patnje bolesnika predstavlja ozbiljno financijsko opterećenje za društvo. Prema istraživanjima i ekonomskim analizama, u Velikoj Britaniji, trošak na bolesti anksioznosti i depresije iznosi oko 17 biliona franaka. To je oko 1,5% bruto domaćeg proizvoda.

Broj pokušaja suicida dvadeset je puta veći od broja počinjenih. Žene češće pokušavaju, a muškarci češće uspijevaju počiniti suicid (18, 19). Bolesnici oboljeli od depresije zahtijevaju multidisciplinarnan pristup u liječenju. Važno je rano prepoznavanje i učinkovito, vremenski dovoljno dugo liječenje kako bi se izbjegle posljedice i kronični tijek bolesti.

Treba istaknuti da značajan broj depresivnih bolesnika često pohodi hitne internističke i neurološke ambulante ili odlaze liječniku obiteljske medicine tužeći se na tjelesne smetnje čiji je pravi izvor u neprepoznom depresivnom poremećaju. Stoga se naglašava da je za pravilan pristup i optimalno liječenje bolesnika, neophodan ciljan i opsežan psihijatrijski pregled, fizikalni pregled, laboratorijska i neurološka obrada u svrhu razlučivanja pravog izvora simptoma. Liječenje depresije provodi se psihofarmacima, psihoterapijom i psihoeducacijom oboljelih i članova obitelji. Depresivne se epizode mogu liječiti u 70 do 80% slučajeva. Osnovu u liječenju depresivnih poremećaja predstavljaju antidepresivi. Najbolji rezultati liječenja postižu se kombinacijom farmakoterapijskih i psihoterapijskih mjera. Cilj je održavanje i sprječavanje pojave nove depresivne epizode. Jedan od značajnih problema s kojima se susreću psihijatri u liječenju depresije je nesuradljivost bolesnika. Bolesnici su skloni neuzimanju propisane terapije, uzimanju neadekvatnih doza te svojevremeno prekidu uzimanja propisane terapije, čime smanjuju učinkovitost i ugrožavaju proces liječenja. Bolesnici koji boluju od kroničnih tjelesnih bolesti skloni su nesuradljivom ponašanju kako u liječenju primarne bolesti, tako i u liječenju depresije. Posljedice spomenutog ponašanja su pogoršanje depresivnih simptoma, pogoršanje općeg stanja bolesnika i smanjenje kvalitete života.

Današnji zdravstveni sustav troši enormna financijska sredstva na farmakoterapiju, a posebno je povećan rast potrošnje psihofarmaka. Osobama koje imaju psihičke probleme nastale radi stresa, poteškoća u prilagodbi, poremećajima u međuljudskim odnosima (obitelji, poslu...), preopterećenja, velikih životnih tragedija, treba stručna osoba koja će ih čuti, razumjeti, razgovarati sa njima i voditi ih prema izlazu iz problema. Stoga je potrebno preventivno djelovanje s osiguranjem ranih intervencija psihološkim metodama kod osoba sa psihološkim problemima, svakako prije nego što se razvije teži oblik psihološkog poremećaja. Takvim pristupom bi se uz malu investiciju u psihološki orijentirane timove moglo uštedjeti i veliki novac koji se troši na liječenje brojnih (psih)osomatskih poremećaja. Povišeni krvni tlak jedan je od najčešćih i kod većine ljudi razvija se kao posljedica prolongirane izloženosti stresu. U kreiranju mjera prevencije, njihova je uloga poticati na akciju, motivirati, afirmirati, educirati i promicati u javnosti važnost mentalnog zdravlja. U svim ciljnim skupinama (od djece do starih) postoje populacije određenih karakteristika (osobnih ili okolinskih) koje su pod većim rizikom, i za njih treba razraditi mjere selektivne i indicirane prevencije.

Kod mjera indicirane prevencije, najjednostavniji način da se dođe do osoba kojima je potrebna psihološka stručna pomoć, jest uspostava suradnje s liječnicima opće medicine. Brojni njihovi pacijenti, u prvom koraku, prije terapije sedativima ili antidepresivima, umjesto u psihijatrijsku, trebalo bi uputiti u Savjetovalište za mentalno zdravlje ili Centre za psihološku pomoć. Utvrđeno je da preventivne strategije za depresiju i anksioznost u djetinjstvu i adolescenciji djelotvorno smanjuju rizik od novih slučajeva depresije. Programi usmjereni vještinama rješavanja problema i usvajanju socijalnih vještina mogu značajno unaprijediti spoznaju, emocionalno znanje i vještine suočavanja s rizičnim situacijama. Od terapijskih tehnika kao što su kognitivno-bihevioralna, realitetna, individualna ili obiteljska psihoterapija, mogu biti djelotvorne u smanjenju postojećih simptoma i sprječavanju recidiva. Za planiranje zdravstvenih usluga potrebna je podrška i razumijevanje na razini države (19).

Zaključci

Analizirajući čimbenike rizika za nastanak depresije, može se zaključiti da je u svrhu prevencije depresije usmjerenost na čimbenike rizika iz bliske prošlosti produktivnije, nego fokusiranje na čimbenike rizika iz dalje prošlosti. Također se zaključuje da su intervencije s ciljem prevencije uspješnije u smanjenju pojave depresije, nego one koje su fokusirane na oporavak od depresije.

Za uspješnost rješavanja depresije potrebno je koordinirano djelovanje primarne zdravstvene zaštite, nevladine organizacije, te korisnika usluga i zdravstvenog osiguranja. Svakako je potrebno imati i podršku same države to jest uključiti, u donošenje odluka, za uvođenje javnozdravstvenih mjera, i političare.

Podržana samopomoć je identificirana kao obećavajuća intervencija koja bi se mogla integrirati u primarnu zdravstvenu zaštitu u kanadskom sistemu. Sadrži izvodljivi i praktični pristup koji bi povećao ulogu obiteljskog liječnika u liječenju depresije te potaknuo aktivno sudjelovanje depresivnih osoba u njihovom oporavku i prevenciji budućih epizoda.

Uspoređujući učestalost nastanka depresije kod žena u odnosu na muškarce, može se zaključiti da je pojavnost depresije kod žena učestalija nego kod muškaraca. U provedenom istraživanju depresija je bila prisutna kod 80% žena i 20% muškaraca.

LITERATURA

1. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med.* 2006; 3(11):e442.
2. Jefferis B, Nazareth I, Marston L, Moreno-Kustner B, Bellón J, Svab I, Rotar D, et al. Associations between unemployment and major depressive disorder: Evidence from an international, prospective study (the predict cohort). *Social Science & Medicine* 73. 2011: 1627-1634.
3. Bottomley C, Nazareth I, Torres-González F, Svab I, Maarros H, et al. Comparison of risk factors for the onset and maintenance of depression. *The British Journal of Psychiatry*, 2010: 196, 13–17.
4. Gulliver et al. A systematic review of help-seeking interventions for depression, anxiety and general psychological distress *BMC Psychiatry* 2012; 12:81.
5. Rycroft-Malone J, Anderson R, S Crane R, Gibson A, Grading F, Griffiths H, Mercer S, Kuyken W. Accessibility and implementation in UK services of an effective depression relapse prevention programme – mindfulness-based cognitive therapy (MBCT): ASPIRE study protocol. *Implementation Science* 2014, 9:62.
6. Bottomley C, Nazareth I, Torres-González F, Svab I, Maarros H, et al. Comparison of risk factors for the onset and maintenance of depression. *The British Journal of Psychiatry*, 2010: 196, 13–17.
7. World Health Organization. Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Version 2.1. WHO, 1997.
8. Moyer V. Screening for depression in adults: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2009;151:784-92.
9. Robins LN, Wing J, Wittchen HU, Helzer JE, Babor TF, Burke J, et al. The Composite International Diagnostic Interview. An epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 1069–77.
10. Stegenga B, Nazareth I, Torres-González M F, Xavier I, Svab I, Geerlings M, et al. Depression, anxiety and physical function: exploring the strength of causality. *J Epidemiol Community Health* 2012;66:25.
11. Accortt EE, Freeman MP, Allen JJ. Women and major depressive disorder: Clinical perspectives on causal pathways. *J Womens Health (Larchmt)*. 2008;17:1583–1590.
12. Kessler RC. Epidemiology of women and depression. *J Affect Disord.* 2003;74:5–13.
13. Gilbody S, et al. Collaborative Care for Depression. A Cumulative Meta-analysis and Review of Longer-term Outcomes. Downloaded From: <http://archinte.jamanetwork.com/> on 02/09/2015.
14. Bottomley C, Nazareth I, Torres-González F, Svab I, Maarros H, et al. Comparison of risk factors for the onset and maintenance of depression. *The British Journal of Psychiatry*, 2010: 196, 13–17.

15. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry. Virginia: Lippincott Williams & Wilkins, 2003.
16. Rush AJ. The varied clinical presentations of major depressive disorder. *The Journal of clinical psychiatry* 2007; 68 Suppl 8:4–10.
17. Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Wasserman D. Psychiatric diagnoses and suicide: revisiting the evidence. *Crisis* 2004; 25:147-55.
18. Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2004; 4:4-37.
19. Svab V, Svab I. Barriers and errors in the implementation of community psychiatry in Slovenia. *Mental Health in Family Medicine* 2013;10:23–8.
20. King M, Walker C, Levy G, Bottomley C, Royston P, Weich S, et al. Development and validation of an international risk prediction algorithm for episodes of major depression in general practice attendees: the PredictD study. *Arch Gen Psychiatry* 2008; 65: 1368-76.
21. Rifel J, Švab I, Petek Šter M, Rotar Pavlič D, King M, Nazareth I. Impact of demographic factors on recognition of persons with depression and anxiety in primary care in Slovenia. *BMC Psychiatry* 2008, 8:96.
22. Stegenga B, King M, Grobbee D, Torres-gonz F, Svab I, et al. Differential Impact of Risk Factors for Women and Men on the Risk of Major Depressive Disorder. *AEP Vol. 22, No. 6. 2012: 388–396.*
23. King M, Walker C, Levy G, Bottomley C, Royston P, Weich S, et al. Development and validation of an international risk prediction algorithm for episodes of major depression in general practice attendees: the PredictD study. *Arch Gen Psychiatry* 2008; 65: 1368-76.
24. Dowrick C, et al. From epidemiology to intervention for depressive disorders in the general population: the ODIN study *World Psychiatry.* 2002; 1(3): 169–174.
25. Stegenga B, Nazareth I, Torres-Gonza´lez F, Xavier M, Svab I, King M. Recent life events pose greatest risk for onset of major depressive disorder during mid-life. *Journal of Affective Disorders* 136. 2012; 505–513
26. Stegenga B, Geerlings M, Torres-Gonza´lez F, Xavier M, Svab I, Penninx B, Nazareth I, King M. Risk factors for onset of multiple or long major depressive episodes versus single and short episodes. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2013; 48:1067–1075.
27. Keeley, West D, Tutt B, Nutting P. A qualitative comparison of primary care clinicians' and their patients' perspectives on achieving depression care: implications for improving outcomes. *BMC Family Practice* 2014; 15:13.
28. Williams et al. Case-Finding for Depression in Primary Care. *The American journal of medicine* Volume 10. 1999; 36-43.
29. Mitchell A, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *Lancet* 2009; 374: 609–19.
30. Jeffrey M, et al. Cost-effectiveness of Primary Care Depression Intervention. *JGIM*, 2003; 18: 432-441.
31. Gilbody S, Bower P, Whity P. Costs and consequences of enhanced primary care for depression. *British Journal of Psychiatry*, 2006; 189: 297-308.
32. Thombs B, et al. Depression Screening in Primary Care: Why the Canadian Task Force on Preventive Health Care Did the Right Thing. *CanJ Psychiatry* 2013;58(12):692–696.
33. Thombs B, Ziegelstein R. Does depression screening improve depression outcomes in primary care? *BMJ* 2014; 348:g1253 doi: 10.1136/bmj.g1253 (Published 4 February 2014).
34. Segal Z, Vincent P, Levit A. Efficacy of combined, sequential and crossover psychotherapy and pharmacotherapy in improving outcomes in depression. *Journal of Psychiatry & Neuroscience: JPN*; Jul 2002; 27, 4.
35. Lewandovski et al. Evidence for the Management of Adolescent Depression. *Pediatrics* Volume 132 Number 4. 2014; 996-1004.
36. Bilsker D, Goldner E, Jones W. Health Service Patterns Indicate Potential Benefit of supported Self-Management for Depression in Primary Care. *Canadian Journal of Psychiatry*; 2007;52, 86-95.
37. Nutting P, Gallagher K, White S, Dietrich A, Dickinson W. Implementing a Depression Improvement Intervention in Five Health Care Organizations: Experience from the RESPECT-Depression Trial. *Adm Policy Ment Health & Ment Health Serv Res*, 2007; 34:127–137.
38. Korsen N, Scott P, Dietrich A, Oxman T. Implementing an office system to improve primary care management of depression. *Psychiatric Quarterly*, Vol. 74, No. 1. 2003; 45-60.
39. Keely R, West D, Tutt B, Nutting P. A qualitative comparison of primary care clinicians' and their patients' perspectives on achieving depression care: implications for improving outcomes. *BMC Family Practice* 2014; 15:13.

40. Gulliver A, et al. A systematic review of help-seeking interventions for depression, anxiety and general psychological distress. *BMC Psychiatry* 2012; 12:81.
41. Rycroft-Malone et al. Accessibility and implementation in UK services of an effective depression relapse prevention programme – mindfulness-based cognitive therapy (MBCT): ASPIRE study protocol. *Implementation Science* 2014; 9:62.
42. Williams J, et al. Case-Finding for Depression in Primary Care: A Randomized Trial. *The American journal of medicine*. Volume 106. 1999; 36-43.
43. Overend K, et al. Casper plus Collaborative care in Screen-Positive EldeRs with major depressive disorder: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials* 2014, 15:451.
44. Mitchell A, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *Lancet* 2009; 374: 609–19.
45. Gilbody S, Bower P, Fletcher J, Richards D, Sutton A. Collaborative Care for Depression. A Cumulative Meta-analysis and Review of Longer-term Outcomes. *Arch Intern Med*. 2006;166:2314-2321.
46. Pyne J, et al. Cost-effectiveness of Primary Care Depression Intervention. *J Gen Intern Med*. 2003; 433-441.
47. King M, Weich S, Torres-González F, Svab I, Maaroos HI, Neeleman J, et al. Prediction of depression in European general practice attendees: the PREDICT study. *BMC Public Health* 2006; 6: 6.
48. Arroll B, Khin N, Kerse N. Screening for depression in primary care with two verbally asked questions: cross sectional study. *BMJ* 2003; 327: 1144–6.
49. Janssen I, Hanssen M, Bak M, Bijl RV, de Graaf R, Vollebergh W, et al. Discrimination and delusional ideation. *Br J Psychiatry* 2003; 182: 71–6.