

Utjecaj kroničnih bolesti na mentalno zdravlje

The Impact of Chronic Illnesses on Mental Health

KATARINA MATIĆ

Klinika za psihijatriju Sveti Ivan, Zagreb

SAŽETAK — Kronične bolesti danas su velik izazov u liječenju zbog sve većeg porasta učestalosti, dugotrajnog tijeka samih bolesti i značajnog utjecaja na mentalno zdravlje. Osobe s kroničnim bolestima često razvijaju psihičke bolesti poput depresije, anksioznosti i drugih psihičkih poremećaja. Isto dodatno otežava liječenje i smanjuje kvalitetu života oboljelih. Primarnu podlogu pojave kroničnih bolesti čine biološki mehanizmi poput kronične upale, hormonskih promjena te narušene ravnoteže neurotransmitera. Na dodatno pogoršanje stanja utječu i psihološki i socijalni čimbenici poput stresa, socijalne izolacije i niskoga socioekonomskog statusa. Komplikiranost liječenja uvjetuju multimorbiditet i polifarmaciju koji posljedično zahtijevaju izazovne terapijske pristupe i suradnju različitih specijalista. U poboljšanju ishoda samog liječenja učinkovitim su se pokazali integrirani modeli skrbi koji povezuju fizičko i mentalno zdravlje. Za kontrolu kroničnih bolesti i mentalnih poremećaja od neizmjerne je važnosti prevencija promicanjem zdravih životnih navika, rane dijagnostike i multidisciplinarnе rehabilitacije. Također je od velike važnosti i učinkovita komunikacija između zdravstvenih djelatnika i pacijenata, što povećava suradljivost oboljelog u liječenju i samim time olakšava upravljanje bolešću. Biopsihosocijalni pristup, koji obuhvaća sve dimenzije zdravlja, ključan je za razumijevanje i liječenje osoba s kroničnim bolestima i mentalnim poremećajima. Za unaprjeđenje kvalitete života pacijenta i smanjenje ukupnoga zdravstvenog opterećenja nužan je razvoj održivih i dostupnih zdravstvenih sustava.

KLJUČNE RIJEČI: kronične bolesti, mentalno zdravlje, multimorbiditet, integrirana skrb, kvaliteta života

SUMMARY — Treatment of chronic diseases today has become a major challenge due to their increasing prevalence, prolonged course, and significant impact on mental health. Individuals with chronic illnesses often develop mental health conditions such as depression, anxiety, and other psychiatric disorders. This further complicates treatment and reduces patients' quality of life. The underlying causes of chronic diseases include biological mechanisms such as chronic inflammation, hormonal changes, and imbalances in neurotransmitters. Additionally, psychological and social factors—such as stress, social isolation, and low socioeconomic status—contribute to the worsening of these conditions. The complexity of treatment is further increased by multimorbidity and polypharmacy, which require challenging therapeutic approaches and collaboration among different specialists. To improve treatment outcomes, integrated care models that connect physical and mental health have proven effective. For the management of chronic diseases and mental disorders, prevention is of utmost importance, including the promotion of healthy lifestyles, early diagnosis, and multidisciplinary rehabilitation. Effective communication between healthcare professionals and patients is also crucial, as it enhances patient adherence and facilitates disease management. The biopsychosocial approach, encompassing all dimensions of health, is essential for understanding and treating individuals with chronic illnesses and mental disorders. To improve patients' quality of life and reduce the overall burden on healthcare systems, the development of sustainable and accessible healthcare systems is necessary.

KEY WORDS: chronic diseases, mental health, multimorbidity, integrated care, quality of life



Uvod

Kronične bolesti predstavljaju velik izazov za suvremenu medicinu. Najčešće traju godinama, razvijaju se polako i zahtijevaju stalnu medicinsku skrb, promjene životnih navika i dugotrajno liječenje. Njihova učestalost raste ponajviše zbog starenja stanovništva i promjena u načinu života (1, 2). Kronične bolesti obično se proučavaju sa somatskoga medicinskog stajališta, ali snažno utječu i na mentalno zdravlje. Osobe koje žive s kroničnim bolestima imaju veći rizik od depresije, anksioznosti i drugih psihičkih poteškoća u odnosu na ostatak populacije (3, 4). Istovremeno, mentalni poremećaji mogu pogoršati tijek kroničnih bolesti, smanjiti suradljivost u liječenju i povećati smrtnost (5).

Epidemiologija i opseg problema

Istraživanja pokazuju da su mentalni poremećaji znatno češći kod osoba s kroničnim bolestima. Učestalost depresije među kroničnim bolesnicima iznosi od 17 do 48 %, ovisno o vrsti kronične bolesti (3, 6). Osim depresije, česti su i anksiozni poremećaji, problemi sa snom te poteškoće s pamćenjem i razmišljanjem (4). Rizik za mentalne poremećaje još je veći ako osoba ima više kroničnih bolesti (2, 7). Također, ljudi s mentalnim poremećajima češće razvijaju kronične bolesti i imaju veću smrtnost (5, 8).

Etopatogeneza

Veza između kroničnih bolesti i mentalnog zdravlja teme-

lji se na složenim biološkim procesima u kojima sudjeluju imunološki, hormonski i živčani sustav.

Kronična upala

Upalni citokini, poput interleukina-6 i tumorskoga nekroznog faktora alfa, mogu utjecati na mozak i promijeniti ravnotežu neurotransmitera, posebno serotonina i dopamina (9). Ti su procesi povezani s razvojem depresije. Citokini djeluju na mozak kroz krvno-moždanu barijeru. Takvi signali mogu izazvati takozvani *sickness behaviour*, što uključuje umor, slabiji apetit, povlačenje iz društva i manjak interesa za svakodnevne aktivnosti. Takav odgovor pomaže kod kratkotrajnih bolesti, ali dugotrajna aktivacija može dovesti do depresivnih simptoma (9, 10). Upala može poremetiti ravnotežu neurotransmitera, smanjiti sposobnost mozga da se prilagođava i utjecati na komunikaciju među neuronima, što mijenja raspoloženje i kognitivne funkcije (10).

Disregulacija HPA osi

Kronični stres uzrokovan bolešću aktivira hipotalamo-hipofizno-nadbubrežnu os (HPA os), što povećava razinu kortizola. Dugotrajna izloženost kortizolu može štetno djelovati na mozak i pridonijeti razvoju anksioznosti i depresije (11). To uzrokuje promjene u građi i funkciji mozga poput smanjenja hipokampusa te morfoloških promjena u amigdali i prefrontalnom korteksu. Te su promjene povezane s poteškoćama u regulaciji emocija, pamćenju i izvršnim funkcijama. Prevelika aktivnost HPA osi i visoke razine kortizola također utječu na imunološki sustav i pojačavaju upalne procese (11).

Metabolički i vaskularni čimbenici

Kod bolesti poput dijabetesa i kardiovaskularnih bolesti, promjene na krvnim žilama i metabolički poremećaji mogu negativno utjecati na rad mozga i smanjiti kognitivne sposobnosti (12).

Neravnoteža neurotransmiterskog sustava

Kronične bolesti mogu poremetiti ravnotežu neurotransmitera u mozgu, kao što su serotonin, dopamin i noradrenalin. Upala može smanjiti količinu triptofana, potrebnog za stvaranje serotonina, i ubrzati njegovu razgradnju, što smanjuje aktivnost serotonina i dovodi do depresivnih simptoma (9). Također, dopaminski sustav, važan za motivaciju i osjećaj nagrade, može biti oslabljen kod kroničnih bolesti, što uzrokuje gubitak zadovoljstva i manjak motivacije (10).

Neuroplastičnost i strukturalne promjene mozga

Kronične bolesti i dugotrajan stres mogu utjecati na sposobnost mozga da se prilagođava i mijenja, što se naziva neuroplastičnost. Smanjena proizvodnja novih neurona u hipokampusu, dijelu mozga važnom za pamćenje i emocije, po-

vezana je s depresijom i kroničnim stresom (11). Kod osoba s kroničnim bolestima i mentalnim poremećajima primijećene su i promjene u građi mozga, poput smanjenja određenih regija. Te promjene mogu nastati zbog kombinacije upale, oksidativnog stresa i hormonske neravnoteže (10, 12).

Genetski i epigenetski čimbenici

Genetska sklonost može utjecati na to koliko je osoba podložna razvoju mentalnih poremećaja uz kronične bolesti (13). Neki genetski čimbenici povezani su s većim rizikom od depresije i anksioznosti, osobito kada je osoba izložena dugotrajnom stresu ili bolesti (14). Dugotrajni stres i upala mogu uzrokovati epigenetske promjene koje dugoročno utječu na rad mozga i regulaciju raspoloženja i stresa (15). Sve te biološke promjene, uključujući upalu, hormonske promjene, neravnotežu neurotransmitera, oksidativni stres i epigenetske mehanizme, povezane su i djeluju zajedno (15). Razumijevanje tih procesa važno je za razvoj terapija koje ne liječe samo simptome već i uzroke poremećaja, što omogućuje bolji i cjelovitiji pristup liječenju osoba s kroničnim bolestima (16).

Složenost multimorbiditeta

Multimorbiditet, odnosno istodobna prisutnost dviju ili više kroničnih bolesti kod iste osobe, postaje sve veći izazov u kliničkoj praksi (17). Pacijenti s multimorbiditetom često trebaju složene terapijske pristupe, uključujući više lijekova (polifarmaciju) i suradnju različitih specijalista (17). Mentalni poremećaji dodatno otežavaju liječenje. Depresija i anksioznost mogu smanjiti razumijevanje medicinskih uputa, otežati organizaciju uzimanja terapije i smanjiti aktivno sudjelovanje u liječenju, što dovodi do lošijih kliničkih ishoda i većeg opterećenja zdravstvenog sustava (18). Upravljanje multimorbiditetom zahtijeva individualizirani pristup koji uzima u obzir ne samo medicinske dijagnoze nego i psihološko stanje, socijalne okolnosti i funkcionalni status pacijenta (18). Integrirani modeli skrbi pokazali su se posebno učinkovitima jer omogućuju cjelovit pogled na pacijenta (18).

Polifarmacija i njezin utjecaj na mentalno zdravlje

Polifarmacija, odnosno istodobna uporaba više lijekova, česta je kod osoba s kroničnim bolestima (19). Povećava rizik nuspojava, interakcija lijekova i smanjene suradljivosti (19). Neki lijekovi, primjerice, određeni antihipertenzivi, kortikosteroidi ili lijekovi za kronične bolesti, mogu uzrokovati promjene raspoloženja, anksioznost ili depresivne simptome (20). Psihotropni lijekovi mogu imati interakcije s terapijom za kronične bolesti, što zahtijeva pažljivo kliničko praćenje (20). Polifarmacija može uzrokovati opterećenje terapijom, što negativno utječe na kvalitetu života i psihološko stanje pacijenata (19). Depresija dodatno pogoršava ovaj problem

jer smanjuje motivaciju i sposobnost organizacije svakodnevnih aktivnosti (18). Opterećenje lijekovima može biti povezano s većim osjećajem gubitka kontrole nad vlastitim životom (19). Ovo iskustvo posebno je izraženo kod starijih osoba i pacijenata s dugotrajnim kroničnim stanjima (17, 19). Neki lijekovi mogu utjecati na neurotransmitterske sustave, uključujući serotoninski, dopaminergički i noradrenergički sustav, što može dovesti do promjena raspoloženja (20). Istovremeno, lijekovi koji se rabe za liječenje mentalnih poremećaja mogu imati metaboličke ili kardiovaskularne učinke, što zahtijeva individualizirani pristup terapiji (20).

Bihevioralni čimbenici

Životni stil ima važnu ulogu u razvoju i napredovanju kroničnih bolesti te u mentalnom zdravlju. Nezdrave navike poput pušenja, prekomjerne konzumacije alkohola, loše prehrane i tjelesne neaktivnosti povezane su s većim rizikom od kroničnih bolesti i psihičkih poremećaja (21, 22, 23). Ti čimbenici često djeluju zajedno povećavajući ukupni zdravstveni rizik i doprinoseći razvoju multimorbiditeta. S druge strane, zdrave navike mogu imati zaštitni učinak. Redovita tjelesna aktivnost, uravnotežena prehrana i dovoljno sna povezani su s boljim raspoloženjem, smanjenjem anksioznosti i boljom kontrolom kroničnih bolesti (24, 25). Fizička aktivnost djeluje kroz više mehanizama, uključujući poboljšanje neuroplastičnosti, regulaciju neurotransmitera poput serotonina i dopamina te smanjenje sistemske upale koja je važan biološki čimbenik u nastanku depresije (26). Također, smanjenje nejednakosti u pristupu zdravstvenim uslugama ključno je za osiguravanje pravovremene dijagnostike i liječenja mentalnih poremećaja kod osoba s kroničnim bolestima (22). Depresija često uzrokuje smanjenu motivaciju i energiju, što dovodi do slabije brige o vlastitom zdravlju. Pacijenti s depresijom češće ne slijede terapiju, ne pridržavaju se dijetetskih preporuka i izbjegavaju tjelesnu aktivnost. Međutim, intervencije usmjerene na promjenu životnog stila, uključujući strukturirane programe tjelesne aktivnosti i nutricionističko savjetovanje, pokazale su pozitivne učinke ne samo na fizičko već i na mentalno zdravlje (24, 25).

Utjecaj kroničnih bolesti na radnu sposobnost

Kronične bolesti često značajno utječu na radnu sposobnost pojedinca. Fizička ograničenja, bol, umor i psihološki simptomi mogu smanjiti produktivnost i dovesti do izostanaka s posla ili prijevremenog umirovljenja (27). Mentalni poremećaji dodatno pogoršavaju ovu situaciju. Depresija i anksioznost mogu smanjiti koncentraciju, motivaciju i sposobnost donošenja odluka, što otežava obavljanje radnih zadataka (28). Smanjena radna sposobnost ima šire posljedice na društvo, uključujući smanjenje ekonomskog doprinosa pojedinca, povećanje socijalnih troškova i veće opterećenje društva

(27). Stoga je važno razvijati programe rehabilitacije i povratka na posao koji uključuju i fizičke i psihološke komponente (29). Kombinacija fizičke rehabilitacije i psihološke podrške pokazala se učinkovitom u poboljšanju ukupnih ishoda (29).

Psihološki čimbenici

Dijagnoza kronične bolesti često uzrokuje snažan psihološki stres. Pacijenti se suočavaju s promjenama u svakodnevnom životu, gubitkom funkcionalnosti i neizvjesnošću obudućnosti (30). Proces prilagodbe na bolest često uključuje faze žalovanja, kao što su negacija, ljutnja, depresija i prihvatanje. Te emocionalne reakcije mogu biti intenzivne i dugotrajne (30). Negativni obrasci razmišljanja, poput katastrofiziranja i osjećaja bespomoćnosti, povezani su s lošijim psihološkim ishodima (30). S druge strane, psihološka otpornost (rezilijentnost) djeluje kao zaštitni čimbenik i pomaže u prilagodbi na bolest (30).

Socijalni čimbenici

Socijalni čimbenici igraju ključnu ulogu u oblikovanju iskustva kronične bolesti. Socioekonomski status značajno utječe na kvalitetu života i pristup zdravstvenoj skrbi (13, 31). Osobe nižega socioekonomskog statusa izložene su većem stresu i imaju ograničen pristup resursima. Socijalna izolacija i usamljenost povezani su s povećanim rizikom depresije i anksioznosti (18, 32). Suprotno tome, socijalna podrška djeluje zaštitno i poboljšava ishode liječenja (19, 33).

Uloga zdravstvenih sustava u upravljanju komorbiditetom

Tradicionalni modeli zdravstvene skrbi često su fragmentirani, gdje se fizičko i mentalno zdravlje tretiraju odvojeno, što dovodi do neoptimalnih ishoda. Integrirani modeli skrbi, koji povezuju primarnu zdravstvenu zaštitu, specijalističku medicinu i usluge zaštite mentalnoga zdravlja, pokazali su se izrazito učinkovitima (11, 34). *Collaborative care model*, koji uključuje koordinaciju liječnika, psihologa i medicinskih sestara, omogućuje sustavno praćenje pacijenata, pravovremenu intervenciju i bolje pridržavanje terapije (11, 34).

Kvaliteta života i subjektivno iskustvo bolesti

Kvaliteta života jedan je od ključnih pokazatelja u procjeni utjecaja kroničnih bolesti na pojedinca. Obuhvaća više dimenzija, uključujući fizičko zdravlje, psihološko stanje, razinu neovisnosti, socijalne odnose i odnos prema okolini. Osobe koje boluju od kroničnih bolesti često izvještavaju o smanjenoj kvaliteti života, osobito kada su istodobno prisutni i mentalni poremećaji poput depresije ili anksioznosti. Takvo stanje dodatno je povezano s povećanom uporabom zdravstvenih usluga i lošijim kliničkim ishodima (1 – 3, 35). Razumijevanje subjektivnog doživljaja bolesti omogućuje

zdravstvenim djelatnicima da prilagode komunikaciju, terapiju i podršku specifičnim potrebama pacijenta, što može poboljšati suradljivost i ukupne ishode liječenja (9, 11, 36).

Kronične bolesti treba promatrati kroz biopsihosocijalni pristup koji uključuje međudjelovanje bioloških, psiholoških i socijalnih čimbenika (5, 10, 37). Ovaj pristup posebno je važan kod pacijenata s multimorbiditetom, gdje kombinacija više bolesti dodatno komplicira kliničku sliku i povećava subjektivni osjećaj opterećenja bolešću.

Specifične kronične bolesti i mentalno zdravlje

Različite kronične bolesti imaju specifične, ali i međusobno preklapajuće učinke na mentalno zdravlje. Najčešće se pojavljuju depresija, anksioznost, kognitivni poremećaji i smanjena kvaliteta života (1, 4, 35). Ti učinci proizlaze iz kombinacije bioloških, psiholoških i socijalnih mehanizama koji djeluju kroz cijeli spektar bolesti i njihovih komplikacija.

Šećerna bolest je jedan od najbolje istraženih primjera povezanosti kronične somatske bolesti i mentalnog zdravlja. Osobe s dijabetesom imaju približno dvostruko veći rizik razvoja depresije u odnosu na opću populaciju (1, 38). Ta je povezanost dvosmjerna: depresija može pogoršati regulaciju glikemije kroz smanjenu suradljivost u terapiji, nezdrave životne navike i povećanu aktivaciju stresnih osi, dok sama bolest zbog zahtjeva samokontrole, prehrambenih ograničenja i straha od komplikacija doprinosi psihološkom opterećenju. Osim toga, dijabetes je povezan i s kognitivnim oštećenjima, osobito u starijoj dobi, što dodatno otežava samoupravljanje bolesti i povećava rizik od razvoja demencije (7, 8, 38).

Kardiovaskularne bolesti također su snažno povezane s mentalnim poremećajima, posebno depresijom i anksioznošću. Depresija nakon infarkta miokarda povezana je s povećanim mortalitetom i lošijom prognozom (17, 39). Mehanizmi uključuju autonomnu disfunkciju, povećanu upalnu aktivnost, endotelnu disfunkciju i smanjenu varijabilnost srčanog ritma. Psihološki čimbenici, poput straha od ponovnog događaja i promjene životnog stila, dodatno doprinose razvoju i održavanju depresivnih simptoma. Također, depresija može negativno utjecati na suradljivost u terapiji, uključujući uzimanje lijekova, pridržavanje dijetetskih preporuka i sudjelovanje u rehabilitacijskim programima (9, 17, 39).

Kronična bol predstavlja jedno od najčešćih i najizazovnijih stanja povezanih s mentalnim zdravljem. Snažno je povezana s depresijom i anksioznošću, a često se javlja začarani krug u kojem bol pogoršava psihičko stanje (20, 21), a psihički poremećaji povećavaju percepciju boli (22). Neurobiološki gledano, kronična bol mijenja funkcionalne i strukturne obrasce u mozgu, osobito u regijama povezanim s regulaci-

jom emocija, nagrade i pažnje. Dugotrajna bol također dovodi do poremećaja sna, smanjene fizičke aktivnosti i socijalne izolacije, što dodatno doprinosi razvoju psihopatologije (27, 40). Osim toga, prevalencija kronične boli kod osoba s mentalnim poremećajima dodatno je potvrđena u nedavnim istraživanjima (27, 40).

Kronična opstruktivna plućna bolest (KOPB) povezana je s visokom prevalencijom depresije i anksioznosti (23, 26, 41). Simptomi poput dispneje, smanjene tolerancije napora i kroničnog umora stvaraju osjećaj bespomoćnosti i straha od gušenja. Ograničenja u svakodnevnim aktivnostima često dovode do socijalne izolacije i smanjenja kvalitete života. U težim slučajevima pacijenti mogu razviti panične napade povezane s respiratornim simptomima, što dodatno pogoršava njihovo psihičko stanje (26, 41).

Rak (maligne bolesti) predstavlja jedno od najtežih psiholoških opterećenja među kroničnim bolestima. Dijagnoza raka često izaziva intenzivan stres, egzistencijalnu zabrinutost, strah od smrti i nesigurnost u budućnost (21, 42). Tijekom liječenja pacijenti se suočavaju s nuspojavama terapije, promjenama tjelesnog izgleda i smanjenjem funkcionalnosti. Depresija i anksioznost su česte, a kod dijela pacijenata mogu se razviti i poremećaji prilagodbe ili posttraumatski stresni poremećaj. Psihološko stanje pacijenata također može utjecati na ishod liječenja, uključujući kvalitetu života i suradljivost u terapiji (42).

Autoimune bolesti, poput reumatoidnog artritisa i multiple skleroze, često su povezane s mentalnim poremećajima zbog prisutnosti kronične upale i imunološke disregulacije (12, 43). Upalni citokini mogu utjecati na središnji živčani sustav i doprinijeti razvoju depresivnih simptoma. Osim bioloških mehanizama, važnu ulogu imaju i kronična bol, funkcionalna ograničenja te nepredvidiv tijek bolesti. Pacijenti se često suočavaju s umorom, smanjenom pokretljivošću i progresivnim gubitkom funkcionalnih sposobnosti, što može dovesti do osjećaja gubitka kontrole i smanjenja samopoštovanja.

Neurodegenerativne bolesti, poput Alzheimerove i Parkinsonove, značajno utječu na mentalno zdravlje kroz postupni gubitak kognitivnih sposobnosti i promjene osobnosti. Važno je naglasiti da mentalno zdravlje ne utječe samo kao posljedica kroničnih bolesti već i kao čimbenik koji značajno oblikuje njihov tijek (4, 9, 35).

Dvosmjerni odnos između mentalnog i fizičkog zdravlja

Odnos između kroničnih bolesti i mentalnog zdravlja je dvosmjernan. Mentalni poremećaji mogu povećati rizik razvoja

kroničnih bolesti kroz nezdrave životne navike poput pušenja, loše prehrane i fizičke neaktivnosti (4, 31). Depresija smanjuje suradljivost u terapiji i negativno utječe na ishode liječenja (9). Također je povezana s povećanom smrtnosti (4). Pridržavanje terapije ključan je čimbenik uspješnog liječenja. Depresija i kognitivne poteškoće smanjuju sposobnost upravljanja bolešću (9, 31). Socijalna podrška povezana je s boljim zdravstvenim ishodima i većom kvalitetom života (19, 32). Zdravstvena pismenost također igra važnu ulogu. Pacijenti koji bolje razumiju svoju bolest imaju veću vjerojatnost pridržavanja terapije (33).

Uloga komunikacije u zdravstvenoj skrbi

Dobra komunikacija između zdravstvenih djelatnika i pacijenata ključna je za uspješno liječenje. Pacijenti koji sudjeluju u donošenju odluka češće se pridržavaju terapije i aktivno sudjeluju u liječenju (34). Zajedničko odlučivanje omogućuje pacijentima da budu partneri u vlastitoj skrbi, što pozitivno utječe na ishode liječenja (34, 35). Međutim, loša komunikacija može dovesti do nesporazuma, nepovjerenja i slabijeg pridržavanja terapiji, što dodatno pogoršava i fizičko i mentalno zdravlje (36). Jedan od ključnih izazova u skrbi za bolesnike s kroničnim bolestima i komorbidnim mentalnim poremećajima jest fragmentacija zdravstvenih sustava. U mnogim zdravstvenim sustavima fizičko i mentalno zdravlje tretiraju se odvojeno, što dovodi do nedostatne koordinacije između primarne zdravstvene zaštite, specijalističkih službi i mentalnog zdravlja (11, 37). Takav pristup često rezultira propuštenim dijagnozama, odgođenim intervencijama i nedovoljno učinkovitim liječenjem (37). Integrirani modeli skrbi pokušavaju odgovoriti na ovaj problem kroz multidisciplinarne timove, strukturirano praćenje pacijenata i aktivnu koordinaciju između različitih zdravstvenih profesionalaca (11, 38).

Uloga preventivne medicine i ranih intervencija

Prevenција ima ključnu ulogu u smanjenju tereta kroničnih bolesti i povezanih mentalnih poremećaja (1, 14). Primarna prevencija uključuje promicanje zdravih životnih navika poput pravilne prehrane, redovite tjelesne aktivnosti, prestanka pušenja i upravljanja stresom (14, 15). Sekundarna prevencija odnosi se na rano otkrivanje bolesti i mentalnih poremećaja putem programa probira (engl. *screening*) (39). Rano prepoznavanje simptoma depresije i anksioznosti kod kroničnih bolesnika omogućuje pravovremenu intervenciju i sprječavanje pogoršanja stanja (39). Tercijarna prevencija usmjerena je na smanjenje komplikacija i poboljšanje kvalitete života kod osoba koje već imaju razvijene kronične bolesti i mentalne poremećaje (40). To uključuje rehabilitaciju, psihološku podršku i kontinuirano praćenje (40).

Terapijski pristupi

Liječenje mentalnih poremećaja kod osoba s kroničnim bolestima zahtijeva multimodalni i individualizirani pristup koji kombinira psihološke, farmakološke i bihevioralne intervencije (2, 10, 41). S obzirom na složenu interakciju između somatskih i psihičkih simptoma, terapija mora biti prilagođena specifičnome kliničkom stanju, komorbiditetima te psihosocijalnom kontekstu pacijenta (41).

Psihoterapija, osobito kognitivno-bihevioralna terapija (KBT), predstavlja jednu od najučinkovitijih metoda u liječenju depresije i anksioznosti kod kroničnih bolesnika (2, 10, 42). KBT pomaže pacijentima prepoznati i modificirati disfunkcionalne obrasce mišljenja i ponašanja koji doprinose održavanju psihičkih simptoma. Također, potiče razvoj strategija suočavanja s bolešću, što je posebno važno kod stanja koja zahtijevaju dugotrajno samoupravljanje (42). Osim KBT-a, rabe se i druge psihoterapijske metode poput interpersonalne terapije i terapije prihvatanja i posvećenosti koje dodatno pomažu u prilagodbi na kroničnu bolest i smanjenju emocionalnog distresa (2, 10, 42).

Farmakoterapija ima važnu ulogu u liječenju umjerenih do teških mentalnih poremećaja kod kroničnih bolesnika. Antidepresivi, anksiolitici i stabilizatori raspoloženja mogu značajno poboljšati simptome depresije i anksioznosti (9, 11). Međutim, njihova primjena zahtijeva oprez zbog mogućih interakcija s lijekovima koji se rabe za liječenje primarne kronične bolesti te zbog potencijalnih nuspojava. Individualizirani pristup u odabiru farmakoterapije ključan je uz redovito praćenje učinkovitosti i sigurnosti terapije (9, 11). Multidisciplinarni pristupi pokazali su se najučinkovitijima (11, 38).

Zaključak

Kronične bolesti i mentalno zdravlje snažno su povezani, a njihova interakcija uključuje biološke, psihološke i socijalne čimbenike. Integrirani pristup liječenju ključan je za poboljšanje kvalitete života i smanjenje opterećenja bolešću. Multimorbiditet, polifarmacija, komunikacija, psihoneuroimunološki mehanizmi i društveni čimbenici zajedno oblikuju kliničku sliku i ishode liječenja.

Integrirani, multidisciplinarni i personalizirani pristupi ostaju ključni za učinkovito upravljanje osobama s kroničnim bolestima i mentalnim poremećajima. Razvoj zdravstvenih sustava koji mogu odgovoriti na ovu složenost bit će presudan za poboljšanje kvalitete života pacijenata i smanjenje globalnog opterećenja kroničnim bolestima.

Kronične bolesti i mentalno zdravlje treba promatrati kao dio jedinstvenoga biopsihosocijalnog modela koji zahtijeva koordiniranu i cjelovitu zdravstvenu skrb. Učinkovitost, pristupačnost i održivost zdravstvenih sustava bit će ključni čimbenici u odgovoru na ove izazove.

LITERATURA

1. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*. 2007 Sep 8;370(9590):851-8. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61415-9.
2. Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJ, Sawyer AT, Fang A. The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognit Ther Res*. 2012 Oct 1;36(5):427-440. doi: 10.1007/s10608-012-9476-1.
3. Katon W, Sullivan MD. Depression and chronic medical illness. *J Clin Psychiatry*. 1990 Jun;51 Suppl:3-11; discussion 12-4.
4. Walker ER, McGee RE, Druss BG. Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2015 Apr;72(4):334-41. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2014.2502.
5. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*. 2012 Jul 7;380(9836):37-43. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60240-2.
6. Dantzer R, O'Connor JC, Freund GG, Johnson RW, Kelley KW. From inflammation to sickness and depression: when the immune system subjugates the brain. *Nat Rev Neurosci*. 2008 Jan;9(1):46-56. doi: 10.1038/nrn2297.
7. Biessels GJ, Deary IJ, Ryan CM. Cognition and diabetes: a lifespan perspective. *Lancet Neurol*. 2008 Feb;7(2):184-90. doi: 10.1016/S1474-4422(08)70021-8.
8. Cukierman-Yaffe T, Gerstein HC, Williamson JD et al. Relationship between baseline glycemic control and cognitive function in individuals with type 2 diabetes and other cardiovascular risk factors: the action to control cardiovascular risk in diabetes-memory in diabetes (ACCORD-MIND) trial. *Diabetes Care*. 2009 Feb;32(2):221-6. doi: 10.2337/dc08-1153.
9. DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Intern Med*. 2000 Jul 24;160(14):2101-7. doi: 10.1001/archinte.160.14.2101.
10. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977 Apr 8;196(4286):129-36. doi: 10.1126/science.847460.
11. Unützer J, Katon W, Callahan CM, Williams JW Jr, Hunkeler E, Harpole L i sur. IMPACT Investigators. Improving Mood-Promoting Access to Collaborative Treatment. Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2002 Dec 11;288(22):2836-45. doi: 10.1001/jama.288.22.2836.
12. Miller AH, Maletic V, Raison CL. Inflammation and its discontents: the role of cytokines in the pathophysiology of major depression. *Biol Psychiatry*. 2009 May 1;65(9):732-41. doi: 10.1016/j.biopsych.2008.11.029.
13. Stringhini S, Sabia S, Shipley M, Brunner E, Nabi H, Kivimaki M i sur. Association of socioeconomic position with health behaviors and mortality. *JAMA*. 2010 Mar 24;303(12):1159-66. doi: 10.1001/jama.2010.297.
14. Schuch FB, Vancampfort D, Richards J, Rosenbaum S, Ward PB, Stubbs B. Exercise as a treatment for depression: A meta-analysis adjusting for publication bias. *J Psychiatr Res*. 2016 Jun;77:42-51. doi: 10.1016/j.jpsychires.2016.02.023.
15. Stubbs B, Vancampfort D, Smith L, Rosenbaum S, Schuch F, Firth J. Physical activity and mental health. *Lancet Psychiatry*. 2018 Nov;5(11):873. doi: 10.1016/S2215-0366(18)30343-2.
16. Kruk J. Physical activity in the prevention of the most frequent chronic diseases: an analysis of the recent evidence. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2007 Jul-Sep;8(3):325-38.
17. Lichtman JH, Froelicher ES, Blumenthal JA, Carney RM, Doering LV, Frasure-Smith N i sur. American Heart Association Statistics Committee of the Council on Epidemiology and Prevention and the Council on Cardiovascular and Stroke Nursing. Depression as a risk factor for poor prognosis among patients with acute coronary syndrome: systematic review and recommendations: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2014 Mar 25;129(12):1350-69. doi: 10.1161/CIR.0000000000000019.
18. Cacioppo JT, Hughes ME, Waite LJ, Hawkley LC, Thisted RA. Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychol Aging*. 2006 Mar;21(1):140-51. doi: 10.1037/0882-7974.21.1.140.
19. Uchino BN. Social support and health: a review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *J Behav Med*. 2006 Aug;29(4):377-87. doi: 10.1007/s10865-006-9056-5.
20. Bair MJ, Robinson RL, Katon W, Kroenke K. Depression and pain comorbidity: a literature review. *Arch Intern Med*. 2003 Nov 10;163(20):2433-45. doi: 10.1001/archinte.163.20.2433.
21. Von Korff M, Simon G. The relationship between pain and depression. *Br J Psychiatry Suppl*. 1996 Jun;(30):101-8.
22. Wiech K, Ploner M, Tracey I. Neurocognitive aspects of pain perception. *Trends Cogn Sci*. 2008 Aug;12(8):306-13. doi: 10.1016/j.tics.2008.05.005.
23. Yohannes AM, Alexopoulos GS. Depression and anxiety in patients with COPD. *Eur Respir Rev*. 2014 Sep;23(133):345-9. doi: 10.1183/09059180.00007813.
24. Atlantis E, Fahey P, Cochrane B, Smith S. Bidirectional associations between clinically relevant depression or anxiety and COPD: a systematic review and meta-analysis. *Chest*. 2013 Sep;144(3):766-777. doi: 10.1378/chest.12-1911.
25. Penninx BW, Beekman AT, Honig A, Deeg DJ, Schoevers RA, van Eijk JT i sur. Depression and cardiac mortality: results from a community-based longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry*. 2001 Mar;58(3):221-7. doi: 10.1001/archpsyc.58.3.221.
26. Maurer J, Rebbapragada V, Borson S, Goldstein R, Kunik ME, Yohannes AM i sur. ACCP Workshop Panel on Anxiety and Depression in COPD. Anxiety and depression in COPD: current understanding, unanswered questions, and research needs. *Chest*. 2008

- Oct;134(4 Suppl):43S-56S. doi: 10.1378/chest.08-0342.
27. Mills SEE, Nicolson KP, Smith BH. Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors in population-based studies. *Br J Anaesth*. 2019 Aug;123(2):e273-e283. doi: 10.1016/j.bja.2019.03.023. Epub 2019 May 10.
 28. Katon WJ. The comorbidity of diabetes mellitus and depression. *Am J Med*. 2008 Nov;121(11 Suppl 2):S8-15. doi: 10.1016/j.amjmed.2008.09.008.
 29. Insel TR. Assessing the economic costs of serious mental illness. *Am J Psychiatry*. 2008 Jun;165(6):663-5. doi: 10.1176/appi.ajp.2008.08030366.
 30. Bonanno GA. Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *Am Psychol*. 2004 Jan;59(1):20-8. doi: 10.1037/0003-066X.59.1.20.
 31. DiMatteo MR. Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Med Care*. 2004 Mar;42(3):200-9. doi: 10.1097/01.mlr.0000114908.90348.f9.
 32. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Med*. 2010 Jul 27;7(7):e1000316. doi: 10.1371/journal.pmed.1000316.
 33. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med*. 2011 Jul 19;155(2):97-107. doi: 10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005.
 34. Street RL Jr, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Educ Couns*. 2009 Mar;74(3):295-301. doi: 10.1016/j.pec.2008.11.015.
 35. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnorsley P i sur. Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med*. 2012 Oct;27(10):1361-7. doi: 10.1007/s11606-012-2077-6.
 36. Zolnierok KB, Dimatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Med Care*. 2009 Aug;47(8):826-34. doi: 10.1097/MLR.0b013e31819a5acc.
 37. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR i sur. No health without mental health. *Lancet*. 2007 Sep 8;370(9590):859-77. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61238-0.
 38. Woltmann E, Grogan-Kaylor A, Perron B, Georges H, Kilbourne AM, Bauer MS. Comparative effectiveness of collaborative chronic care models for mental health conditions across primary, specialty, and behavioral health care settings: systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 2012 Aug;169(8):790-804. doi: 10.1176/appi.ajp.2012.11111616.
 39. Siu AL; US Preventive Services Task Force (USPSTF); Bibbins-Domingo K, Grossman DC, Baumann LC, Davidson KW, Ebell M i sur. Screening for Depression in Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2016 Jan 26;315(4):380-7. doi: 10.1001/jama.2015.18392.
 40. Integrated Care for Older People: Guidelines on Community-Level Interventions to Manage Declines in Intrinsic Capacity. Geneva: World Health Organization; 2017.
 41. Katon WJ, Lin EH, Von Korff M, Ciechanowski P, Ludman EJ, Young B i sur. Collaborative care for patients with depression and chronic illnesses. *N Engl J Med*. 2010 Dec 30;363(27):2611-20. doi: 10.1056/NEJMoa1003955.
 42. Beck JS. Cognitive behavior therapy: basics and beyond. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2011.



ADRESA ZA DOPISIVANJE:

Katarina Matić, dr. med.
 Klinika za psihijatriju Sveti Ivan
 Jankomir 11, 10 090 Zagreb
 e-mail: katarina.matic@pbsvi.hr

PRIMLJENO/RECEIVED:

23. ožujka 2026./March 23, 2026

PRIHVAĆENO/ACCEPTED:

12. travnja 2026./April 12, 2026

