

# Praćenje i liječenje depresivnog poremećaja u osoba starije životne dobi na razini obiteljske medicine

---

Kovačević, Jana

Professional thesis / Završni specijalistički

2017

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:105:364597>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-09-04**



Repository / Repozitorij:

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository](#)



Sveučilište u Zagrebu

Medicinski fakultet

Jana Kovačević, dr. med.

**Praćenje i liječenje depresivnog poremećaja u osoba starije životne dobi na razini  
obiteljske medicine**

Završni specijalistički rad

Zagreb, listopad, 2016.

Naziv ustanove u kojoj je rad izrađen: Dom zdravlja Dubrovnik

Voditelj rada: Izv. prof. dr. sc. Ines Diminić – Lisica, dr. med.

Redni broj rada: \_\_\_\_\_

## Sadržaj:

POPIS OZNAKA I KRATICA.....	4
UVOD.....	5
CILJ I SVRHA RADA.....	7
METODE I MATERIJALI.....	8
RAZLIKOVANJE FIZIOLOŠKIH MENTALNIH PROMJENA STARIJE ŽIVOTNE DOBI OD DEPRESIVNOG POREMEĆAJA.....	10
DIFERENCIJALNA DIJAGNOZA DEPRESIVNOSTI I OSOBITOSTI DEPRESIVNOSTI U STARIJOJ ŽIVOTNOJ DOBI.....	16
POVEZANOST I MEĐUUTJECAJ DEPRESIVNOG POREMEĆAJA I DRUGIH KOMORBIDITETA.....	18
PSEUDODEMENCIJA I MASKIRANA DEPRESIJA.....	21
LIJEČENJE DEPRESIVNOG POREMEĆAJA KOD OSOBA STARIJE ŽIVOTNE DOBI, MOGUĆNOSTI ZA PRAĆENJE I LIJEČENJE U OBITELJSKOJ MEDICINI TE RAZLIČITI MODELI LIJEČENJA U SVIJETU.....	24
RASPRAVA.....	35
ZAKLJUČAK.....	44
SAŽETAK RADA.....	45
NASLOV RADA NA ENGLESKOM JEZIKU.....	46
SUMMARY IN ENGLISH.....	46
POPIS LITERATURE.....	48
KRATKI ŽIVOTOPIS AUTORA.....	51
POPIS PRILOGA.....	52

### **Popis oznaka i kratica:**

1. **AD** – engl. Alzheimer's disease (Alzheimerova bolest)
2. **BDI** – engl. Beck Depression Inventory (Beckova skala za procjenu depresije)
3. **DALYs** – engl. Daily adjusted life years (Godine života prilagođene disabilitetu)
4. **DSM-V** – engl. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition (Dijagnostički i statistički priručnik mentalnih poremećaja 5 edicija)
5. **ECT**- engl. Electroconvulsive therapy (elektrokonvulzivna terapija)
6. **GBD** – engl. Global burden of disease (Globalno opterećenje bolestima)
7. **HAM-D** – engl. Hamilton Depression Rating Scale (Hamiltonova skala za procjenu depresije)
8. **LOM** – Liječnik obiteljske medicine
9. **MAOI**-engl. Monoamino oxidase inhibitors (inhibitori monoamino oksidaze)
10. **MCI** – engl. Mild cognitive impairment (Blago kognitivno oštećenje)
11. **MDD** – engl. Major depressive disorder (veliki depresivni poremećaj ili epizoda)
12. **MKB-10** – Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema 10. Revizija
13. **MSCT** – engl. Multi slice computerised tomography (Višeslojna kompjutorizirana tomografija)
14. **NSAR** – nesteroidni antireumatici
15. **SAD** – Sjedinjene američke države
16. **SNRI**- engl. Serotonine-norepinephrine re-uptake inhibitors (Inhibitori ponovne pohrane serotonina i norepinefrina)
17. **SSRI** – engl. Selective serotonin reuptake inhibitors (selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina)
18. **TCA**-engl. Tricyclic antidepressants (triciklički antidepresivi)
19. **UK** – engl. United Kingdom (Ujedinjeno Kraljevstvo Velike Britanije i Sjeverne Irske)
20. **WHO** – engl. World health organisation (Svjetska zdravstvena organizacija)

## UVOD

Depresija je zbog svoje raširenosti ozbiljan javnozdravstveni problem, pa tako i u osoba starije životne dobi (definira se kao dobna skupina osoba iznad 65. godine života) (1).

Prema svjetskim podacima prevalencija velikog depresivnog poremećaja iznad 65. godine varira između 2 i 5% , a doživotna prevalencija se procjenjuje do 18% (2, 3, 4). Ako uključimo i subsindromalnu depresiju (koja ne zadovoljava pune dijagnostičke kriterije), prevalencija raste ovisno o izvoru na 8-16% ili čak dvostruko više na 15-30% (2, 3). Prevalencija gerijatrijske depresije se penje na 12-30% kod osoba smještenih u institucije, i do 50% u ustanovama za pružanje dugotrajne njege (3). Prevalencija depresije pada s dobi u razvijenim zemljama (2,6% za starije osobe), dok raste s dobi u zemljama u razvoju (7,5% za starije osobe) (3). Iako je cjeloživotna prevalencija depresije slična između razvijenih zemalja (5,5%) i zemalja u razvoju (5,9%) (3). Prevalencija depresije kod starijih pacijenata u primarnoj zdravstvenoj zaštiti varira od 7 do 36% ovisno o instrumentu i dijagnostičkim kriterijima koji se koriste (16). Doživotni rizik obolijevanja se penje na 20-30% (4). Žene češće obolijevaju u odnosu na muškarce u omjeru 1,5 do 2:1 (1, 4, 19). Samoubojstvo počini 15-20% depresivnih osoba (4).

2004. godine su prema procjeni Globalnog opterećenja bolestima (engl. GBD) unipolarni depresivni poremećaji bili na trećem mjestu ukupnog opterećenja bolestima (godine života prilagođene disabilitetu = DALYs), s 5,6% u Europi, i 4,3% u svijetu (4). Prema ovim podacima, projekcije za 2030. godinu predviđaju da će unipolarni depresivni poremećaji postati vodeći uzrok opterećenja bolestima (DALYs) na svjetskoj razini s udjelom 6,2% (4).

Budući da udio starijih osoba u populaciji kontinuirano raste, raste i ukupno opterećenje kroničnim bolestima starije populacije. Među njima važno mjesto zauzima depresija sa svim specifičnostima u prezentaciji i liječenju depresije koje nosi starija životna dob. Iako je važno napomenuti da je veća prevalencija i incidencija velikog depresivnog poremećaja u mlađoj i srednjoj životnoj dobi, u odnosu na stariju (2, 5, 6, 24). Najveća prevalencija depresije zabilježena je u dobnoj skupini od 40 do 64 godine (19).

Moguće je da je razlog tome oslanjanje na depresivno raspoloženje kao dijagnostički kriterij za postavljane dijagnoze depresivnog poremećaja, za koji znamo da često ne bude izražen kod depresivnih pacijenata starije životne dobi (2).

Potrebno je razlikovati pojam psihološka promjena u starijoj životnoj dobi od pojma psihički poremećaj. Psihološka promjena podrazumijeva promjene u okvirima normalnih reagiranja na fiziološke involucijske procese u središnjem živčanom sustavu i procese starenja, a psihički

poremećaj podrazumijeva raznolika patološka stanja koja se odražavaju na socijalni život oboljele osobe i njegove obitelji. Jedan je dio tih poremećaja reakcija osobe na fiziološke promjene, a drugi je dio povezan s organskim promjenama koje se događaju u starijoj životnoj dobi (44). Ponekad je teško u praksi razlikovati psihološke promjene koje pripadaju u normalne reakcije od psihičkih poremećaja kojima pripada i depresija. Dvije osnovne tipične promjene psihičkog stanja koje karakteriziraju depresivni poremećaj su potištenost (tuga) u raspoloženju te gubitak interesa prema aktivnostima koje su ranije pričinjavale zadovoljstvo. Ako postoje spomenute promjene najvjerojatnije se ipak radi o depresivnom poremećaju, a ne fiziološkim promjenama koje prate starost. Kako bi sa sigurnošću postavili dijagnozu od koristi su kriteriji prema MKB-10 i DSM-V te ocjenske skale (Beckova, Hamiltonova, Gerijatrijska skala, itd.- vidi Rezultate).

U primarnoj zdravstvenoj zaštiti liječi se od depresije 80% starijih Amerikanaca (3). Depresija je jedna od najčešćih bolesti tretiranih u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i od 1997. do 2002., udio posjeta primarnoj zdravstvenoj zaštiti radi depresije se povisio s 51% na 64% (3). Prema tome primarna zdravstvena zaštita predstavlja važnu priliku za detekciju i tretman depresivnih starijih osoba. Mnoge starije osobe se preferiraju liječiti od depresije u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u odnosu na psihijatrijski tretman.

Pružatelji primarne zdravstvene zaštite s obzirom na kontinuitet skrbi nad pacijentom imaju mogućnost praćenja razvoja depresije kroz vrijeme što je važno kod osoba starije životne dobi kod kojih je depresija često kronična i rekurentna. Brojne studije kroz posljednjih deset godina su pokazale da se gerijatrijska depresija može efikasno tretirati kada su pružatelji mentalnog zdravlja (psihijatri) u efektivnom partnerstvu s kolegama u primarnoj zaštiti kako bi se osigurala efektivna konzultacija tj. tzv. kolaborativna skrb (3).

Depresija kod starijih osoba je često neotkrivena, nedijagnosticirana, neliječena ili nedovoljno liječena. Jedna meta-analiza je pokazala da su pružatelji primarne zdravstvene zaštite (LOM-ovi) otkrili samo 40-50% slučajeva depresije kod starijih osoba i da su bili manje uspješni u otkrivanju depresije kod starijih, nego kod mladih odraslih (5). Samo jedan od pet starijih odraslih s depresijom se efikasno liječi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (5).

Studije su pokazale da većina starijih osoba unutar 12 mjeseci prije pokušaja samoubojstva barem jednom posjeti liječnika, a stopa suicida je upravo u starijoj životnoj dobi najveća (5,16). Iz navedenoga je vidljiva važnost ranog otkrivanja i liječenja depresije, posebno na nivou primarne zdravstvene zaštite gdje liječnik najbolje poznaje svoga pacijenta i ima najčešći i kontinuirani kontakt s njime.

Dokazana je bidirekciona povezanost depresije i komorbiditeta kod osoba starije životne dobi (5). Kao što komorbiditeti mogu utjecati na pojavu depresije, tako i depresija može utjecati na razvoj novih i pogoršanje postojećih komorbiditeta (artritisa, kroničnih plućnih i srčanih bolesti, maligniteta..). Dokazano je da veću smrtnost nakon akutnog koronarnog sindroma imaju depresivni pacijenti (5). Depresija je česta kod pacijenata nakon moždanog udara i drugih stanja koja uzrokuju funkcionalno oštećenje. Povezana je s većom duljinom boravka u bolnici, manje efikasnom upotrebom rehabilitacijskih službi i većom stopom smrtnosti nakon 12 mjeseci (6).

Imajući na umu sve gore navedeno u osoba starije životne dobi treba uzeti u obzir mogućnost postojanja depresivnog poremećaja te ga jasno razlučiti od moguće psihološke promjene ili fiziološki uvjetovane promjene mentalnog stanja. Također je u osoba starije životne dobi potrebno aktivno tražiti i liječiti depresivni poremećaj sa zajedničkim ciljem poboljšanja općeg zdravlja i kvalitete života starijih osoba.

## **CILJ I SVRHA RADA**

Svrha rada je sveobuhvatni prikaz suvremenih saznanja o osobitosti depresivnosti kod osoba starije životne dobi, kako u kliničkoj slici, tako i u dijagnostici (kriteriji po MKB-10 i DSM V, te standardizirani upitnici za screening i dijagnostiku) i liječenju (smjernice za liječenje depresivnog poremećaja) te praćenju poremećaja.

Bit će prikazani i različiti modeli liječenja depresivnog poremećaja kod osoba starije životne dobi na nivou primarne zdravstvene zaštite u svijetu te će se usporediti njihova učinkovitost. Osvrnut ću se i na izvedivost primjene tih modela liječenja u Hrvatskoj.

Naglasak u radu će biti na razlikovanju fiziološki uvjetovanih promjena mentalnog stanja kod starijih od depresije, te razlikovanju demencije i depresije budući da se depresija može manifestirati kao pseudodemencija. Depresija je često i maskirana, kada dominiraju somatske tegobe.

Opći cilj rada je bolji uvid u temu osobitosti depresivnosti kod osoba starije životne dobi i kako pratiti i liječiti depresivni poremećaj na razini obiteljske medicine.

Specifični ciljevi rada su:



1. upoznati se s razlikama između fiziološki uvjetovanih promjena mentalnog stanja kod starijih osoba i depresivnog poremećaja, budući da se „depresija“ često među pacijentima, ali i liječnicima, smatra normalnim dijelom starenja.

2. utvrditi osobitosti depresivnosti u starijoj životnoj dobi i razjasniti diferencijalnu dijagnozu depresivnosti kao simptoma depresivnog poremećaja i u sklopu nekog drugog poremećaja.

3. uvidjeti povezanost i međuutjecaj depresivnog poremećaja i drugih komorbiditeta čestih u ovoj dobnoj skupini.

4. razlikovati pravu demenciju kod osoba starije životne dobi od pseudodemencije (manifestacije depresivnog poremećaja).

5. istaknuti karakteristike maskirane depresije i kada u praksi posumnjati na nju i kako je tretirati.

6. prikazati mogućnosti za praćenje i liječenje depresije kod osoba starije životne dobi u obiteljskoj medicini, te različite modele liječenja u svijetu.

## **METODE I MATERIJALI**

Pregledana literatura obuhvaća specijalizirane časopise, baze podataka (Cochrane, Medscape, Medline) te Internet. Ključne riječi prema kojima je proveden pregled su depresija, starija životna dob, primarna zdravstvena zaštita, obiteljska medicina, starenje, mentalne promjene, mentalno zdravlje, pseudodemencija, maskirana depresija. Kriteriji uključenja su bili pregledni članci na ispitanicima starijima od 65 godina, prvotno publicirani u posljednjih 10 godina (od 2005. do 2015. god) za baze PubMed, Cochrane Library i Medscape, a na web stranici [www.psychiatrist.com](http://www.psychiatrist.com) pronađeno je u sekundarnom pretraživanju literature još 6 članaka van zadanog vremenskog okvira (3 iz 1999. god, 2 iz 2000. god i 1 iz 2001. god.), čime se vremensko razdoblje u kom su publicirani radovi uzeti za istraživanje pomaklo s 10 god na 16 god.

Na PubMedu (Medline-u) pod ključnim riječima depresija, starija životna dob i primarna zdravstvena zaštita pronađeno je 6947 radova, a s kriterijima uključenja: pregledni članak, publiciran u posljednjih 10 godina, na ljudima, starijim od 65 godina izdvojeno je 117

članaka, od kojih je za analizu uzeto njih 14 s obzirom na podudarnost teme i dostupnost članka na web-u.

Pod ključnim riječima depresija, starija životna dob i obiteljska medicina pronađeno je u istoj bazi 4050 radova, a s istim kriterijima uključenja izdvojeno je 56 članaka, od kojih je za analizu uzeto njih 5 s obzirom na podudarnost teme i dostupnost članka na web-u.

Pod ključnim riječima pseudodemencija, depresija i starija životna dob pronađena su 162 članka, a s istim ranije navedenim kriterijima uključenja izdvojena su 2 članka, koja su nađena i u pretraživanjima baze s prethodnim ključnim riječima.

Pod ključnim riječima maskirana depresija i starija životna dob pronađeno je 318 članaka, a s istim kriterijima uključenja izdvojena su 2 i ranije pronađena članka.

Pod ključnim riječima starenje i mentalne promjene pronađen je 2161 članak, s kriterijima uključenja izdvojeno je 65 članaka, od kojih je za analizu uzet 1 članak.

Pod ključnim riječima normalno starenje, mentalne promjene pronađeno je 457 članaka od kojih je 15 izdvojeno kriterijima uključenja, od kojih je jedan bio odgovarajući, ali već ranije pronađen s prethodnim ključnim riječima.

Pod ključnim riječima starenje i mentalno zdravlje pronađeno je 8205 članaka od kojih je kriterijima uključenja izdvojen 241 članak, od kojih je 5 odgovaralo temi te je uzeto u obzir za pretraživanje.

Na bazi Cochrane Library pod svim navedenim kombinacijama ključnih riječi kao i za PubMed, bez mogućnosti uključivanja kriterija uključenja, pronađeno je ukupno 150 radova, od kojih niti jedan nije odgovarao temi istraživanja.

Na bazi Medscape pretraživanje na prethodan način nije bilo efikasno jer nije bilo mogućnosti uključivanja kriterija uključenja u pretragu baze, a kombinacije ključnih riječi su davale prevelik broj različitih rezultata koji nisu odgovarali zadanoj temi.

Na web stranici [www.psychiatrist.com](http://www.psychiatrist.com) pronađeno je pretraživanjem prema gore navedenim ključnim riječima 9 članaka relevantnih za temu, publiciranih u razdoblju od 1999. do 2015. god. Na web stranici [www.psychiatrictimes.com](http://www.psychiatrictimes.com) pronađen je jedan relevantan članak o pseudodemenciji.

Dakle ukupno je pretraživanjem baza podataka pronađeno 35 članaka koji su analizirani i na temelju njih je napisan rad uz dodatno korištenje smjernica za liječenje depresije iz 2013. godine objavljenih u časopisu Medix s posebnim osvrtom na depresiju kod osoba starije životne dobi. Korištene su i web stranice na Internetu kao izvori priloga radu (tablica) i podataka o ocjenskim skalama.

U razlikovanju fiziološki uvjetovanih promjena mentalnog stanja kod starijih od depresivnog poremećaja mogu pomoći skale za procjenu depresije (Beckova, Hamiltonova, Gerijatrijska skala) ili kriteriji međunarodnih klasifikacija bolesti (MKB-10 ili DSM-V), kao i podatci o znatnijem padu u dotadašnjoj funkcionalnoj sposobnosti i kvaliteti života. Depresija se često pojavljuje u komorbiditetu s tjelesnim bolestima, ali i depresivnost kao simptom pojedinih organskih bolesti, navedenih u radu. Važno je kod pojave simptoma demencije uključiti i depresiju u diferencijalnu dijagnozu (pseudodemencija), kao i kod nerazjašnjenih somatskih simptoma (maskirana depresija). U člancima su opisani i najnoviji trendovi u liječenju gerijatrijske depresije u svijetu, gdje centralno mjesto zauzima upravo primarna zdravstvena zaštita, tj. obiteljska medicina.

## **RAZLIKOVANJE FIZIOLOŠKIH MENTALNIH PROMJENA STARIJE ŽIVOTNE DOBI OD DEPRESIVNOG POREMEĆAJA**

Starenje podrazumijeva fiziološke promjene na gotovo svim organskim sustavima (srcu i krvnim žilama, dišnom, probavnom, endokrinom, krvnom, imunom, mišićno-koštanom, bubrezima..). Tako se promjene događaju i na središnjem živčanom sustavu. Moždana masa se smanjuje za 7-10 % uz gubitak 20-40% stanica u nekim dijelovima mozga (1). Odvija se neuroaksonska degeneracija, gubi se mijelin uz nakupljanje lipofuscina u neuronima. Minimalni protok krvi kroz mozak unatoč promjenama na krvnim žilama (aterosklerotska suženja), održava se i u dubokoj starosti (1).

Ove promjene nedvojbeno rezultiraju i psihološkim promjenama kod starijih osoba. Ali nije nužno da tzv. psihološko blagostanje kao mjera koju se u nekim istraživanjima uzima za procjenu kvalitete života, nužno pada s porastom životne dobi. Dapače u bogatim anglo-saksonskim zemljama samoevaluacija psihološkog blagostanja pokazala je U - krivulju između dobi i psihološkog blagostanja s najnižim vrijednostima u srednjoj životnoj dobi (oko 50 godine), a najvišim vrijednostima u mladosti i u starijoj životnoj dobi. Ali tako nije u svim krajevima svijeta. U tranzicijskim zemljama, kojima još uvijek pripada i Hrvatska, rezultati samoevaluacije psihološkog blagostanja su općenito niži nego u gore navedenim državama u svim životnim dobima, a posebno u starijoj životnoj dobi. Osjećaj suprotan sreći („nesreća“) koji je rijedak u anglo-saksonskim zemljama je čest u tranzicijskim zemljama, posebno među starijim osobama, gdje je gotovo 70% osoba starijih od 65 godina „nesretno“<sup>7</sup>. Briga se povećava s dobi u tranzicijskim zemljama, a pada u anglo-saksonskim zemljama. Logično, psihološko blagostanje djeluje protektivno na zdravlje, te postoji dvosmjerna veza između

fizičkog zdravlja i psihološkog blagostanja. Bolje fizičko zdravlje uvjetuje veći osjećaj psihološkog blagostanja, a veće psihološko blagostanje poboljšava tjelesno zdravlje.

Osim gore navedenog modela psihološkog blagostanja koji je koncipiran od samoevaluacije života, hedoničkog i eudemoničkog blagostanja (samoevaluacija života odnosi se na stavove o kvaliteti vlastitog života i vlastitoj sreći; hedoničko blagostanje obuhvaća svakodnevne osjećaje ili raspoloženja sreću, tugu, ljutnju ili stres; eudemoničko blagostanje su stavovi o značenju i svrsi vlastitog života), postoji i tzv. model blagostanja u šest dimenzija. Šest dimenzija uključuje radno blagostanje (osobni jedinstveni doprinos plaćenom ili volonterskom poslu), društveno blagostanje (osnivanje i održavanje pozitivnih osobnih i društvenih odnosa), intelektualno blagostanje (cjeloživotno učenje kroz kontinuirano usvajanje vještina i znanja), fizičko blagostanje (briga o samom sebi kroz redovito sudjelovanje u fizičkoj aktivnosti, zdravu prehranu i adekvatno korištenje zdravstvene skrbi), emocionalno blagostanje (preuzimanje osobne odgovornosti za životne odluke i njihove ishode s emocionalnom stabilnošću i pozitivnim stavom), duhovno blagostanje (svrha života i osobni sustav vrijednosti) (7,8). Istraživanja su pokazala da visoke vrijednosti u pojedinačnim ili više kategorija djeluju zaštitno na kogniciju u starijoj životnoj dobi. Kognicija u starijoj životnoj dobi velikim dijelom ovisi o individualnoj kognitivnoj funkciji u mladosti, koja je uvjetno rečeno startna točka od koje kognitivne funkcije padaju, te na njih još ne utječu proces starenja i bolesti povezane sa starenjem. Na kognitivno starenje utječu genetski, medicinski, psihološki, društveni faktori te životni stil. Postoje dokazi da postoji povezanost između razlika u normalnom kognitivnom starenju s pušenjem, fizičkom aktivnošću, osobnosti, kardiovaskularnim bolestima, društvenim i intelektualnim angažmanom, prehranom, promjenama u bijeloj moždanoj tvari (9). Demencija i depresija su fenomeni starije životne dobi koji se moraju međusobno razlikovati, ali se ponekad i isprepliću.

Važno je razlikovati normalne psihološke promjene koje prate starenje od depresije.

U tome nam mogu pomoći dijagnostički kriteriji prema MKB-10 ili DSM-V klasifikaciji ili pak različite skale za procjenu depresije (Beckova, Hamiltonova, Gerijatrijska skala).

Klinički intervju je osnovna metoda za dijagnozu i njime se utvrđuje postojanje pojedinih simptoma koji su potrebni za postavljanje dijagnoze depresije (MDD – engl. velike depresivne epizode) te se potom određuje težina depresivne epizode procjenom broja i intenziteta simptoma, posebno prisutnost tipičnih simptoma i oštećenja funkcioniranja koji se odnose na samozbrinjavanje, socijalne, obiteljske odnose, školovanje i posao uz procjenu suicidalnog rizika. Prisutnost psihotičnih simptoma određuje tešku depresivnu epizodu sa psihotičnim obilježjima.

Kriteriji MKB-10 klasifikacije se koriste u Republici Hrvatskoj i općenito su prihvaćeni u svijetu, definirani su od Svjetske zdravstvene organizacije (WHO), dok se u Sjedinjenim američkim državama i zemljama engleskog govornog područja uglavnom koriste kriteriji DSM-V američkog psihijatrijskog društva. Između dvije klasifikacije postoje izvjesne razlike. Prema MKB-10 klasifikaciji dijagnoza depresije – kada se radi o prvoj epizodi bolesti (F32) ili povratnog depresivnog poremećaja (F33) postavlja se uvijek kad je zadovoljen kriterij minimalnog broja simptoma za dijagnozu i kriterij minimalnog trajanja simptoma (2 tjedna) uz procjenu težine epizode (4). Kriteriji za postavljanje dijagnoze velike depresivne epizode prema MKB – 10 su prikazani u Tablici 1.

1. Blaga depresivna epizoda F32.0; povratna F33.0:

-najmanje 4 simptoma: najmanje 2 tipična + 2 druga + blaži poremećaj socijalnog funkcioniranja

2. Umjerena depresivna epizoda, F32.1; povratna F33.1:

-najmanje 5 simptoma: 2 tipična + 3 druga + umjeren poremećaj socijalnog funkcioniranja

3. Teška depresivna epizoda bez psihotičnih simptoma F32.2; Povratna F33.2:

-najmanje 7 simptoma: 3 tipična + najmanje 4 druga, od kojih su neki izuzetno teški.

Obično je prisutna jača uznemirenost ili usporenost, te somatski sindrom. Ako su izrazito teški simptomi moguće je postaviti dijagnozu za ovu epizodu i kada simptomi traju i kraće od dva tjedna. Socijalne i radne aktivnosti su znatno ograničene.

4. Teška depresivna epizoda sa psihotičnim simptomima F32.3; povratna F33.3:

-zadovoljeni kriteriji za tešku depresivnu epizodu bez psihotičnih simptoma (F32.2, F33.2) uz dodatnu prisutnost psihotičnih simptoma (deluzija, halucinacija ili depresivni stupor).

Prva epizoda bolesti klasificira se kao F32, sve druge epizode označavaju se kao F33, tj. ponovljene depresivne epizode (4).

Prema DSM-V klasifikaciji dijagnoza velike depresivne epizode (MDD) postavlja se ako pacijent ima pet (5) ili više sljedećih simptoma kroz razdoblje od najmanje dva tjedna, a barem jedan simptom mora biti ili depresivno raspoloženje ili gubitak interesa ili užitka u aktivnostima koje su ranije bile ugodne (5, 45). Kriteriji potrebni za postavljanje dijagnoze velike depresivne epizode prema DSM – V su prikazani u Tablici 2.

Prema DSM-V klasifikaciji postoje i kriteriji za dijagnozu distimije (perzistentnog depresivnog poremećaja) (45). Kriteriji potrebni za postavljanje dijagnoze distimije (perzistentnog depresivnog poremećaja) prema DSM – V klasifikaciji su prikazani u Tablici 3

i dijagnoza predstavlja spoj dijagnoza kroničnog velikog depresivnog poremećaja i distimije definiranih prema ranijoj klasifikaciji DSM-IV (45). Distimija ima kroničniji tijek u odnosu na veliku depresivnu epizodu i ima lošiju prognozu, ali ima manje onesposobljavajućih simptoma. Značajno je češća je u odnosu na MDD (2).

Postoji niz skala za procjenu depresije koje pacijenti sami ispunjavaju. Jedna od najraširenijih je Beckova (BDI), prvi put se pojavila 1961. godine te je od tada dva puta revidirana 1978. i 1996 (10, 11). Beck's Depression Inventory je prikazana u Tablici 4. Često se koriste još i Hamiltonova, te Gerijatrijska skala za procjenu depresije (12,15). Hamiltonova (HAM-D) skala je prikazana u Tablici 5, a Gerijatrijska skala za procjenu depresije (skraćeni oblik upitnika) je prikazana u Tablici 6.

Hamiltonova ocjenska skala za depresiju (HAM-D) je standardizirana ocjenska ljestvica za procjenu izraženosti depresivnih simptoma ili težine depresivne epizode. Sastoji se od 17 pitanja koja se ocjenjuju od 0 do 4 (0 = ne postoji, 4 = značajno izražen), a primjenjuje se u formi kliničkog intervjua (12).

Gerijatrijska skala depresije je dijagnostička skala koja je kao što joj naziv govori, prilagođena osobama starije životne dobi. U dužoj formi ima 30 pitanja, na koja se pojednostavljeno odgovara samo s da ili ne, ne postoje stupnjevani odgovori kao kod ranije navedenih ljestvica. Takva formulacija je čini jednostavnijom za primjenu i prilagođenijom za starije osobe, čak i za one s blagim do srednjim kognitivnim oštećenjem. Razvijena je prvi puta 1982. godine na Sveučilištu Stanford (13, 14). U Hrvatskoj postoji prevedena skraćena forma od 15 pitanja koju je objavio Zavod za javno zdravstvo Dubrovačko-neretvanske županije (Tablica 6) (15).

Gore navedene skale mogu se koristiti za screening starije populacije na depresiju te se time mogu poboljšati ishodi liječenja gerijatrijske depresije. Inicijalno pomažu otkrivanju novih slučajeva, ali i za monitoriranje pacijenata kod kojih je započeto liječenje. Postojanje provjerenih screening instrumenata, pretpostavljena dobrovoljnost starijih osoba da pristupe screeningu i efikasni modeli zbrinjavanja stvaraju moćnu postavku za poboljšano zbrinjavanje depresije. Glavne prepreke implementaciji sistematskog otkrivanja depresije u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, dobivene istraživanjem stavova liječnika, ali i drugog medicinskog osoblja (prvenstveno sestara), bile su nedostatak vremena i bojazan od negativne reakcije pacijenata na primjenu takvih instrumenata. Kasnija istraživanja među pacijentima su pokazala da je oko 90% starijih pacijenata bilo spremno ispuniti screening instrument o mentalnom zdravlju u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, dakle bojazan liječnika se pokazala neopravdanom (16).

Rizični faktori za razvoj depresije uključuju genetiku, druge bolesti, funkcionalno oštećenje, invalidnost, društvenu izolaciju i psihosocijalne stresore (6). Također rizični faktori uključuju i ženski spol, samački život bez bračnog partnera, siromaštvo, kronične fizičke bolesti, raniju depresiju ili depresiju u obiteljskoj anamnezi. Dodatni rizični faktori koji su posebno važni kod starijih osoba su gubitak voljene osobe i tugovanje, usamljenost i dužnosti vezane za skrb o drugom članu obitelji. Također vjerojatnost razvoja depresije povećavaju i prisutnost kognitivnog oštećenja, dob iznad 75 godina, slaba društvena podrška, zloupotreba alkohola i niži stupanj obrazovanja (3).

Protektivni čimbenici uključuju društvenu podršku i društvenu aktivnost kao što je volontiranje i fizička aktivnost. Religija i duhovnost mogu igrati važnu ulogu u životu mnogih starijih osoba. Zahvaljujući njima život im može imati smisao unatoč gubitcima i izazovima starije životne dobi. Pozitivan utjecaj religije na mentalno zdravlje može biti posredovan i društvenom povezanošću i podrškom koja proizlazi iz sudjelovanja u religioznim i sličnim društvenim aktivnostima (3).

Stariji odrasli koji posjećuju obiteljskog liječnika često pokazuju depresivne simptome. Izazov za LOM-a i drugo osoblje u primarnoj zdravstvenoj zaštiti je odrediti što ti simptomi znače: Usamljenost?, Strah?, Tugu? Posljedicu koegzistirajućih medicinskih stanja? depresivni poremećaj? Ili nešto drugo? Vrednovanje različitih simptoma koji mogu predstavljati depresivni poremećaj može biti teško u uvjetima primarne zdravstvene zaštite. Upravo su uvjeti rada u primarnoj zdravstvenoj zaštiti prema nekim istraživanjima najveća prepreka prepoznavanju depresije, a ne nedostatak znanja o njoj. Najveći problem je prekratko vrijeme trajanja konzultacije koje je posebno problematično kada obiteljski liječnik ne poznaje dobro pacijenta (17). Problematična je i česta atipična prezentacija depresije dominantno somatskim simptomima ili žalbe pacijenta na kognitivne poteškoće (pseudodemencija). Niz kroničnih fizičkih bolesti se treba uzeti u obzir u diferencijalnoj dijagnozi depresivnosti, prije nego se postavi dijagnoza depresivnog poremećaja.

Treba voditi računa o gore navedenim biološkim i psihosocijalnim faktorima, uzeti pažljivu anamnezu (dijagnostički kriteriji za depresiju) uz klinički pregled. Ponekad u nedostatku vremena može od velike pomoći biti i screening od samo dva pitanja:

1. Jeste li se u prethodnome mjesecu (ili duljem vremenskom razdoblju) bilo kada bez prekida dva tjedna ili duže, gotovo svaki dan osjećali tužno, ispražnjeno ili slomljeno veći dio dana?

2. Jeste li tijekom posljednjega mjeseca (ili u duljem vremenskom razdoblju) bilo kada doživjeli razdoblje koje je trajalo najmanje dva tjedna u kojemu ste izgubili zanimanje za većinu stvari, primjerice za rad, omiljene teme razgovora i druge aktivnosti u kojima ste prije uživali? (18)

Pitanja su visoko senzitivna, pozitivan odgovor na barem jedno od njih uvjet je za postavljanje dijagnoze depresije. Daljnja evaluacija težine bolesti može se provesti uz pomoć gore navedenih dijagnostičkih kriterija po MKB-10 ili DSM-V (u Hrvatskoj se koriste kriteriji prema MKB-10 Svjetske zdravstvene organizacije, dok je DSM-V klasifikacija američkog psihijatrijskog društva) ili pak uz pomoć ranije navedenih skala koje pacijenti sami ispunjavaju. Također je važno napomenuti da se ne treba previše oslanjati na depresivno (tužno, potišteno) raspoloženje kao kriterij za dijagnozu depresije posebno u starijoj životnoj dobi kada je taj simptom rjeđi u odnosu na ostale simptome nego u drugim dobnim skupinama. Dijagnostički indikatori za depresiju u starijoj životnoj dobi su anksioznost, iritabilnost i gubitak interesa za svakodnevne aktivnosti (2).

Najčešće kronične bolesti starije životne dobi koje prate depresiju su hipertenzija, kronična bol i artritis (oko 50%), pa je važno misliti da kronični somatski pacijenti mogu imati i depresiju koja može značajno dodatno pogoršati njihovu kvalitetu života, ali i tijekom tjelesnih kroničnih bolesti (19). Jedno istraživanje je pokazalo da osobe starije od 55 godina s velikim depresivnim poremećajem imaju četiri puta veću vjerojatnost smrti u razdoblju od 15 mjeseci u odnosu na one koji nemaju veliki depresivni poremećaj (19). Kronične bolesti i funkcionalna oštećenja u starijoj životnoj dobi uz žalovanje radi gubitka drage osobe su dominantni rizični čimbenici za depresiju u odnosu na ostale. Možemo reći da su komorbiditet s tjelesnim bolestima (npr. kardiovaskularnim) kao i drugim psihijatrijskim (anksioznost ili kognitivna oštećenja) definirajuća obilježja kasno životne depresije, a prisutnost jednog ili više komorbiditeta je negativni prognostički faktor u liječenju (2).

Jedno istraživanje provedeno u primarnoj zdravstvenoj zaštiti na neselekcioniranim pacijentima starije životne dobi u Švedskoj je pokazalo osim visoke prevalencije depresivnih simptoma (15%) i povećanu upotrebu sedativa i hipnotika u pacijenata s depresivnim simptomima (20). Ovaj podatak nam može biti indikator kod kojih pacijenata bi se moglo raditi o neprepoznatoj depresiji, koju bi onda umjesto sedativima i hipnoticima trebalo početi liječiti na adekvatan način (prvenstveno antidepressivima i/ili psihoterapijom).



## DIFERENCIJALNA DIJAGNOZA DEPRESIVNOSTI I OSOBITOSTI DEPRESIVNOSTI U STARIJOJ ŽIVOTNOJ DOBI

Depresivni simptomi se mogu značajno razlikovati između gerijatrijskih i mlađih pacijenata. Dok je kod mlađih pacijenata raspoloženje često potišteno, anhedonično i praćeno suicidalnim mislima, kod gerijatrijske populacije raspoloženje je umorno, beznadno, ljutito ili tjeskobno, s mislima o smrti češće nego suicidalnim idejama (21).

Kod mlađih odraslih česti su tjelesni simptomi kao što je poremećaj spavanja i apetita, dok se pacijenti starije životne dobi učestalo žale na bol i tjelesne simptome koji se preklapaju s učincima medikacije i komorbidnih tjelesnih bolesti. Mlađi odrasli imaju smanjenu koncentraciju i neodlučni su, dok se stariji žale na kognitivne smetnje kao što su poremećaji pažnje, problemi s radnom memorijom i sjećanjem i teškoće učenja, brzine procesiranja informacija i izvršnog funkcioniranja (4,21). Simptomi depresije u starijoj životnoj dobi prikazani su u Tablici 7.

Diferencijalna dijagnoza kasno životne depresije uključuje proces žalovanja, poremećaj prilagodbe, bipolarni poremećaj, poremećaji zloupotrebe psihoaktivnih tvari, anksiozne poremećaje, poremećaje osobnosti, psihotične poremećaje i druga psihijatrijska stanja. Dodatno kliničari u obzir trebaju uzeti i bolesti čiji simptomi mogu biti i poremećaji raspoloženja: kardiopulmonalne bolesti (angina pectoris i KOPB), neurološke bolesti, endokrini i metabolički poremećaji, toksični efekti lijekova, prehrambeni deficiti, poremećaji spavanja, infekcije i neoplazme (21). Postoji cijeli niz lijekova koji mogu nedovoljno poznatim mehanizmima dovesti do pojave depresivnih simptoma (4). Lijekovi koji mogu izazvati depresivne simptome kao nuspojavu su prikazani u Tablici 8.

Važno je razlikovati veliki depresivni poremećaj od Alzheimerove bolesti i drugih neurodegenerativnih poremećaja. Pacijenti s Alzheimerovom bolesti često nemaju raniju depresiju u anamnezi te je njihova sposobnost prepoznavanja narušena. S druge strane, pacijenti s depresijom koja se manifestira dementnim sindromom karakteristično imaju kratko trajanje simptoma, raniju psihijatrijsku anamnezu i imaju netaknutu sposobnost prepoznavanja.

Opisano je i stanje poznato kao vaskularna depresija koja se obično javlja iza 60. godine života, kod hipertoničara ili pacijenata koji u anamnezi imaju tranzitorne ishemičke atake ili operativne zahvate na krvnim žilama. Imaju i ostale cerebrovaskularne rizične faktore i rjeđe imaju depresiju u obiteljskoj anamnezi (22). Manje je karakterizirana potištenim razmišljanjem, a više psihomotornom retardacijom (usporenošću) i kognitivnom disfunkcijom

(oštećena fluentnost u imenovanju osoba i predmeta, nedostatak uvida u stvari oko njih i oštećenje izvršnih funkcija) (21). Pacijenti su apatični, socijalno se povlače, prisutna je anhedonija, sve opsežnija disfunkcija u svakodnevnim aktivnostima uz kognitivnu disfunkciju izvršnih funkcija i usporenost u procesuiranju informacija. Ovi pacijenti slabije odgovaraju na antidepresivnu terapiju i imaju češće nuspojave, funkcionalna oštećenja i povećanu smrtnost (4, 22). MR pokazuje lijevo frontalno i u lijevom putamenu duboke hiperintenzitete bijele tvari i subkortikalne ishemičke promjene (21, 22). Ovaj oblik depresije povezan s vaskularnim poremećajem pokazuje sklonost kronificiranju i ima lošu prognozu (2). Depresija kod starijih osoba inače često ima barem manju vaskularnu komponentu (2).

Treća osoba je često korisna kod uzimanja anamneze (heteroanamneza) jer stariji pacijent s kognitivnim oštećenjima neće moći dati detaljne podatke. Osim screening skala za depresiju o kojima je već bilo govora, mogu se koristiti i instrumenti za procjenu kognitivnih i izvršnih funkcija (kao što je mini mental test ili drugi). Neuroimaging metode (MSCT i MR) su posebno korisne kada postoje kognitivna oštećenja. Svi pacijenti s demencijom bi u diferencijalnoj dijagnozi trebali imati strukturnu slikovnu pretragu mozga (npr. MR), a često i funkcionalne pretrage kao što je PET.

Osim anamneze, važan je i detaljan fizikalni pregled kod evaluacije starijih pacijenata s velikim depresivnim poremećajem. Obavezno treba uzeti podatke o spavanju, kardiopulmonalni i cerebrovaskularni status s neurološkim pregledom. Važni su i podatci o lijekovima koje uzima, redovitosti uzimanja lijekova i korištenju bilo kakvih dodatnih bezreceptnih lijekova ili suplemenata.

Potrebno je i pažljivo uzeti psihijatrijski status s kognitivnom procjenom, opis fizičkog aspekta i brige o samom sebi (zapuštenost i slaba higijena) i trenutno vidljivo raspoloženje uključujući povlačenje, umor i tjeskobu. Treba zabilježiti i tjelesne simptome i bol, pacijentova kognitivne pritužbe usporediti s uočenim kognitivnim problemima. Ne smije se zaboraviti u obzir uzeti i psihosocijalne faktore.

Laboratorijska procjena je potrebna radi mogućih somatskih uzroka depresije i uključuje kompletnu krvnu sliku, analizu urina i biokemijske nalaze (21). Trebalo bi učiniti još i EKG, odrediti vitamin B12, folate, Fe, feritin i hormone štitnjače, odnosno polisomnografiju i EEG (4).

Osim vaskularne depresije kod starijih osoba su češća i depresija povezana s Parkinsonovom bolešću ili nakon moždanog udara. Ne smijemo zanemariti značaj subsindromalne depresije, koja ne zadovoljava kriterije za MDD i distimiju (Tablica 1, 2 i 3) jer i ona izaziva psihosocijalni distres i utječe na funkcionalnu sposobnost i kvalitetu života, čak i smrtnost,

jednako kao i MDD (2, 4, 5). Povećava i rizik suicida te vodi prekomjernom korištenju zdravstvenih resursa. Definicija subsindromalne depresije je dva ili više simptoma depresije većinu ili cijelo vrijeme u dvotjednom periodu kod osoba koje inače trenutno ne zadovoljavaju DSM-V kriterije za MDD ili distimiju. Prevalencija joj se procjenjuje na 8-9%, prema nekim istraživanjima na čak 15-30% (2,22).

Kod starijih su posebno česti agitacija, psihomotorna retardacija, hipohondrijaza/somatizacija, histrijsko ponašanje (npr. bacanje na pod), bitno smanjen unos hrane i tekućine, pseudodemencija s dominacijom kognitivnih simptoma (4).

Kao što je vidljivo u Tablici 7 (Simptomi depresije vezani za stariju životnu dob) kod starijih depresivnih osoba učestalo se javljaju somatski simptomi koji se mogu pripisati drugim komorbiditetima ili jednostavno procesu starenja (bolovi, umor, gubitak apetita), a neki od njih su i u DSM-V kriterijima za dijagnozu (4). Među liječnicima postoji zabrinutost da uključenje somatskih simptoma u kriterije za dijagnozu može dovesti do predijagnosticiranja depresije. Istraživanje provedeno u Australiji 2006. godine je pokazalo da do takvog predijagnosticiranja ne dolazi, dapače isključenje somatskih simptoma iz DSM-V kriterija može dovesti do premalenog dijagnosticiranja depresije, tj. veliki broj pacijenata nam isključenjem somatskih simptoma iz dijagnostičkih kriterija može promaknuti (23). Ako kod pacijenta dominiraju somatski simptomi treba provesti diferencijalno dijagnostičku obradu u svrhu procjene koliko su simptomi posljedica tjelesnih komorbiditeta, a koliko se zaista radi o manifestaciji depresije (maskirane).

## **POVEZANOST I MEĐUUTJECAJ DEPRESIVNOG POREMEĆAJA I DRUGIH KOMORBIDITETA**

Prema nekim istraživanjima depresija rane životne dobi je povezana s većim stupnjem neuroticizma (kronična loša emocionalna prilagodba, nestabilnost i sklonost odbojnim emocionalnim stanjima), dok je kasno životna depresija povezana s većim životnim stresnim događanjima i lošijim cjelokupnim zdravljem koje povećava ovisnost osobe o tuđoj pomoći (22).

Pacijenti s kasno životnom depresijom imaju manju vjerojatnost da u obiteljskoj anamnezi imaju depresiju, ali češće imaju kognitivna oštećenja, cerebralnu atrofiju, promjene u dubokoj bijeloj moždanoj tvari, komorbiditete fizičkih ili psihičkih bolesti i viši mortalitet (24).

Kronična bol je povezana s čestim depresivnim simptomima kao što je nesanica i suicidalne ideje u čak do 50% pacijenata (25). Depresija sama po sebi može uzrokovati bol, koja je češća

i jača u odnosu na bol kod nedepresivnih pacijenata. Važno je imati na umu da tretman za depresiju može olakšati kroničnu bol (20). Crte osobnosti kao što je neuroticizam ili poremećaji osobnosti, mogu također utjecati na vezu između boli i depresije kod starijih osoba. Visok postotak neprepoznatih depresivnih pacijenata koji se žale na kronične bolove uzima analgetike i benzodiazepine, odnosno liječi se simptomatski. Bitno je imati na umu da su depresivni pacijenti s kroničnim bolovima i fizičkom bolešću posebno skloni suicidu, dakle antidepressivi bi za njihovo liječenje bili puno bolji izbor u odnosu na analgetike i benzodiazepine (22).

Incidencija depresije nakon operacije frakture kuka iznosi do 51%, te je također primijećeno da se ovi pacijenti sporije oporavljaju i vraćaju prijašnje tjelesne i socijalne funkcije u smanjenom opsegu (25).

Gubitak apetita i odbijanje hrane su često povezani s depresijom kod starijih (oko 36% svih gubitaka težine kod novih starijih pacijenata u staračkim domovima se procjenjuje kao posljedica depresije, tj njezin simptom) i mogu rezultirati životno-ugrožavajućom malnutricijom i gubitkom težine (25).

Također je učestao komorbiditet kardiovaskularnih bolesti i depresije u starijoj životnoj dobi i to dvoje će u idućem desetljeću biti vodeći uzroci ekonomskog opterećenja bolestima. Meta-analize govore u prilog tome da je depresija neovisni rizični faktor za pojavu koronarne srčane bolesti, i to ponajviše klinički dijagnosticiran MDD. Povećan je mortalitet u pacijenata s koronarnom srčanom bolešću i depresijom. Teški oblici depresije su bili povezani s većim mortalitetom od koronarne srčane bolesti i infarkta miokarda za oba spola (22). Dakle, kardiovaskularne bolesti i depresija su blisko povezani. Pušenje cigareta i druge ovisnosti su povezani s depresijom i predstavljaju glavni promjenjivi kardiovaskularni rizični čimbenik. U MDD-u gubitak hipotalamičko – hipofizno - adrenalne homeostaze povećava tonus simpatikusa i dovodi do hiperkoagulabilnog stanja, potičući aritmije, spazam koronarnih arterija i agregaciju trombocita. Ovo povećava rizik od infarkta miokarda i moždanog udara. Prevalencija depresije kod pacijenata koji se oporavljaju od moždanog udara iznosi od 22% do 30% i interferira s rehabilitacijom i nastavkom aktivnosti. Istraživanje pacijenata nakon moždanog udara pokazalo je da je 18% prije moždanog udara imalo MDD, a 27% subsindromalnu depresiju (25). Stanje je slično i nakon infarkta miokarda, pacijenti s depresijom imaju lošiju prognozu i veće stope smrtnosti u odnosu na one koji nisu depresivni. Zabilježeno je da depresivni pacijenti imaju mnogo slabiji compliance u pridržavanju terapijskih režima za druge kronične bolesti, uključujući i koronarnu srčanu bolest i karcinom (25).

Komorbidno kognitivno oštećenje i gerijatrijska depresija u kombinaciji pogoršavaju fizičko zdravlje, funkcionalni status i mortalitet. Neuropsihološke procjene pokazuju da se deficiti u brzini procesuiranja informacija i izvršnim funkcijama pogoršavaju kako se pogoršava ozbiljnost depresivnih simptoma. Morfološke promjene povezane s gerijatrijskom depresijom pronađene su u različitim anatomskim regijama mozga. Kod starijih depresivnih pacijenata s nižim rezultatima verbalne i vizualne memorije pronađen je smanjen volumen hipokampusa neuroimaging metodama (MSCT i MR) (22).

Postoje još nepotvrđene sumnje da kombinacija ranih depresivnih simptoma s blagim kognitivnim oštećenjem (MCI) povećavaju rizik od nastanka demencije (22).

Demencija često koegzistira s depresijom i komplicira dijagnozu. Može se razviti i s vaskularnom i Alzheimerovom demencijom. Procjenjuje se da 40% pacijenata s AD ima depresiju (25). Neki simptomi demencije i depresije se podudaraju, npr. nedostatak energije, gubitak interesa za prijašnje ugodne aktivnosti i poremećaji spavanja. Za diferencijalnu dijagnozu dosta je važno kako i kada su simptomi nastali (25) Razlikovne karakteristike depresije i demencije su prikazane u Tablici 9. Simptomi demencije se razvijaju kroz više godina, dok se simptomi depresije obično razvijaju kroz nekoliko tjedana ili mjeseci. Teška i perzistentna disforija je indikativna za MDD, dok je blaga disforija ili apatija česta kod Alzheimerove bolesti i ne znači nužno depresiju (24). U kasnim stadijima demencije moramo se osloniti na opažanja članova obitelji i pružatelja njege da bi dijagnosticirali depresiju. Dokazi sugeriraju da je dijagnosticiranje depresije važno jer liječenje depresije može također poboljšati kognitivnu funkciju.

Depresivni pacijenti češće koriste zdravstvene usluge, uključujući dodatne dijagnostičke testove za tjelesne smetnje, duži boravak u bolnici i više zdravstvene njege. Također pružatelji njege, što se odnosi i na članove obitelji, podnose veći teret njege, pod većim su stresom i često i sami stoga depresivni (25).

Razlikovati simptome komorbidne bolesti od simptoma depresije može biti izazov u kliničkoj praksi. Dijagnoze depresije i komorbidnih bolesti moraju se postavljati nezavisno jedne o drugima. Budući da neki fizički simptomi mogu biti uzrokovani komorbiditetima, drugi simptomi kao što je osjećaj krivnje, beznada i suicidalne ideje mogu biti specifičniji. Treba također imati na umu da depresija nije normalna posljedica druge bolesti koju pacijent ima. Mnogi pacijenti se nose s onesposobljavajućim i terminalnim bolestima bez da razviju depresiju (24).

## **PSEUDODEMENCIJA I MASKIRANA DEPRESIJA**

Termin pseudodemencija doslovno znači lažan ili glumljen mentalni poremećaj i u prošlosti se bio koristio za svaku lažnu mentalnu bolest. Od šezdesetih godina dvadesetog stoljeća termin se počeo koristiti specifičnije na situacije u kojima „funkcionalna“ psihijatrijska bolest (konkretno depresija) imitira demenciju. Pod „funkcionalnim“ psihijatrijskim bolestima podrazumijevane su depresija ili shizofrenija, dok je demencija smatrana „organskom“ bolešću. Za organske bolesti bilo je smatrano da su povezane s moždanom patologijom, a da su funkcionalne bez moždane patologije. Iz današnje perspektive kada postoji neuroimaging (MSCT, MR mozga, PET) koji otkriva i fiziološke i strukturalne moždane promjene u svim glavnim psihijatrijskim bolestima (tako i depresiji), podjela psihijatrijskih bolesti na organske i one koje nisu, je opsolentna kao da je iz 19.stoljeća ili čak ranije.

Smatralo se da je pseudodemencija kao vrsta demencije funkcionalna, tj. nije povezana s nikakvom moždanom patologijom (npr. plakovima, infarktima). Danas znamo da depresija dolazi sa svim vrstama bioloških promjena, od hipofizno - adrenalne hiperaktivnosti, do smanjene aktivnosti serotoninskih receptora, do promjena u veličini hipokampusa i aktivnosti prefrontalnog korteksa.

Dakle pseudodemencija čak i kad je u potpunosti uzrokovana depresijom i povlači se kada se depresija liječi, vjerojatno uključuje neku vrstu patologije mozga.

Pseudodemencija se i dalje uključuje u diferencijalnu dijagnozu demencije, iako nikad nije imala objektivne, eksplicitne dijagnostičke kriterije ili mjesto u službenoj nomenklaturi. Ipak sve više specijalista smatra da koncept pseudodemencije s obzirom na gore iznesene činjenice nije više koristan, ni važeći. Ranije se smatralo da do 15% demencija čini jedan od reverzibilnih tipova i da je depresija zaslužna za oko pola reverzibilnih demencija (15). Novija istraživanja pak govore da je samo 0,5 do 1% potpuno reverzibilnih (pseudo) demencija (26).

Trenutno značenje termina pseudodemencija podrazumijeva kognitivno oštećenje uzrokovano depresijom obično kod starijih, koje donekle imitira druge oblike demencije i obično je reverzibilno s liječenjem.

Klinički je prisutna diskrepancija između pacijentovog naglašenog straha zbog kognitivnog oštećenja i minimalnog kognitivnog oštećenja koje se nalazi objektivnim testovima. Prisutni su i drugi simptomi depresije i poboljšanje u kogniciji kako se depresija popravljiva. Tipičan pacijent s pseudodemencijom se žali na opadajuće pamćenje, teško pristaje na formalno ispitivanje mentalnog statusa, tvrdeći da ne može odgovoriti na pitanja, ima vegetativne i

psihološke simptome depresije i kognitivni status mu se poboljšava kako se poboljšava depresija. Na pitanja na testovima metalnog funkcioniranja često odgovaraju s „ne znam“ ili „ne mogu“, dok u formalnim mentalnim zadacima pokazuju minimalno oštećenje.

Inače je veza između depresije i demencije vrlo kompleksna jer je često kognitivno oštećenje dio depresivnog sindroma, a isto tako postoji i visoka prevalencija depresije kod pacijenata s demencijom, posebno ranom i umjerenom (20-40% ima uz demenciju i MDD, a do 70% ima neke depresivne simptome) (26). Kognitivni simptomi koje tipično iznose depresivni pacijenti su slaba koncentracija, teškoće u odlučivanju i zamagljeno razmišljanje. Među starijim depresivnim pacijentima oko polovica pokazuje značajno oštećenje u formalnim testovima kognicije, posebno kad je u pitanju pažnja, psihomotorna brzina i druge izvršne funkcije (26). Ipak njihova kognitivna oštećenja nisu tako teška kao ona koja se vide kod rane Alzheimerove bolesti (u daljnjem tekstu AD) i uključuju manja područja kognicije. Za razliku od pacijenata s AD, depresivni pacijenti ne pokazuju oštećenja jezika (govora) ili prisjećanja. Također, u posljednje vrijeme MR se koristi za razlikovanje između AD i depresije, s obzirom na atrofiju temporalnog režnja kod AD.

Visoka prevalencija depresije kod dementnih pacijenata ne znači sama po sebi da je kognitivno oštećenje sekundarno depresiji ili da će se popraviti paralelno s depresijom. Depresija može biti i prodrom i rizični faktor za demenciju, što dodatno komplicira isprepletenost ova dva stanja (27). Veća je vjerojatnost razvoja demencije kod depresivnih osoba, posebno onih s već postojećim kognitivnim oštećenjima, nego onih koji nisu depresivni. Dakle depresija može biti rizični faktor za demenciju ili čak rana manifestacija demencije (27). Iako se kognitivno oštećenje povezano s depresijom kod starijih često popravlja zajedno s depresijom, najčešće određeni stupanj kognitivnog oštećenja obično ostaje.

Također u posljednje vrijeme se postavlja pitanje dali je termin pseudodemencija zastario i treba li ga više uopće koristiti? Termin pseudo u sebi podrazumijeva nešto lažno ili glumljeno, a pseudodemencija to nipošto nije. Ona je samo depresija koja se manifestira demencijom i kao posljedica toga je najvećim dijelom reverzibilna. I dalje se često pojavljuje u cijenjenim udžbenicima iz psihijatrije kada se govori o diferencijalnoj dijagnozi demencije. Neki smatraju da bi se ovaj termin budući u sebi implicira nešto glumljeno ili lažno, trebao zamijeniti pojmom „dementni depresivni sindrom“.

U zadnje vrijeme se pokazalo da dugoročna prognoza ovog stanja nije tako benigna kao što se ispočetka mislilo. Stariji pacijenti s depresijom i kognitivnim oštećenjem, čak i kada se oštećenje djelomično popravi zajedno s popravkom depresije, su u značajno većem riziku za

razvoj demencije u odnosu na nedeprisivne osobe. Dakle, pseudodemencija može biti rani znak „prave“ demencije.

Bez obzira na sam pojam, koncept pseudodemencije je koristan u pristupu prema pacijentu. Budući da i dalje ne postoji efikasno liječenje za najčešće demencije kao što su AD i vaskularna demencija, ako postoji i najmanja sumnja da je kognitivno oštećenje pacijenta uzrokovano depresijom, najbolje je započeti s njezinim liječenjem i čekati odgovor, odnosno odgoditi daljnju dijagnostičku obradu demencije dok ne dobijemo rezultat (28).

Stariji ljudi rijetko kada otvoreno iznose depresivno raspoloženje kao simptom, već češće iznose fizičke simptome depresije kao što su promjene apetita, spavanja, umor, hipohondrija, demencija (pseudo) ili somatizacija u vidu različitih bolnih sindroma. Pacijenti su često i agitirani ili anksiozni ili pak bez energije i apatični. Osjećaj krivnje nije čest, dakle ima malu važnost u postavljanju dijagnoze. Sve ovo nisu tipične manifestacije depresije posebno u odnosu na mlađe dobne skupine, te se još nazivaju i atipična ili maskirana depresija.

Novonastalu somatizaciju praćenu anksioznošću (ali i svaku od njih kad se pojavi izolirano) kod starijih treba smatrati depresijom i tako je liječiti, dok se ne dokaže drugačije. Anksioznost vrlo često prati depresiju i čini se da je ona marker težine depresije (depresija bez anksioznosti je blaža u odnosu na onu sa simptomima anksioznosti).

Upravo je dijagnozu maskirane depresije posebno teško postaviti jer znamo da ovu dobnu skupinu prate brojne komorbidne tjelesne bolesti koje same po sebi dovode do istih simptoma kao i maskirana depresija: poremećaja spavanja, gubitka na težini, gubitka energije, različitih bolnih sindroma.. Dakle postaviti ovu dijagnozu nije jednostavno kao što možda djeluje i vrlo lako može zbuniti manje iskusnog kliničara. Uobičajeni kriteriji za dijagnozu u ovoj dobnoj skupini su manje senzitivni (ima više lažno negativnih nalaza). Prema DMS-IV simptomi trebaju biti takvi da značajno narušavaju funkcioniranje u radnom, društvenom i drugim okruženjima. U procjeni utjecaja na dnevno funkcioniranje, važno je razlikovati aktivnosti dnevnog života (temeljno samoodržavanje kao što je oblačenje, higijena, jelo) od instrumentalnih aktivnosti dnevnog života (npr. putovanje, raspolaganje financijama, odlazak u kupovinu, priprema jela, održavanje kućanstva). Aktivnosti dnevnog života kod depresivnih pacijenata su više narušene komorbidnim faktorima tjelesnih bolesti nego samom depresijom. U suprotnosti, instrumentalne aktivnosti dnevnog života su najviše narušene čimbenicima povezanim s depresijom, kao što su beznadnost, smanjena motivacija i povlačenje. Stoga, kad procjenjujemo utjecaj depresije na društveno, radno i ostalo funkcioniranje, naglasak je na instrumentalnim aktivnostima u odnosu na aktivnosti svakodnevnog života (26).



Kod pacijenata s komorbidnom demencijom dodatni faktori otežavaju dijagnozu. Često propuste ili negiraju postojanje simptoma koje imaju zbog lošeg uvida u svoje stanje i slabe memorije. Simptomi koje priznaju su u pravilu točni. Heteroanamnestički podatci od pružatelja njege, posebno onih koji su posebno opterećeni, se također mogu uzeti sa zadržkom jer oni znaju uveličavati depresivne simptome. Najbolje je prihvatiti anamnestičke podatke čak i kod znakova demencije, posebno simptome koje priznaju da imaju. Heteroanamnestički podatci su najkorisniji za propuštene simptome (26).

Još jedan faktor koji otežava dijagnozu je postojanje komorbidnog poremećaja osobnosti. On ne samo da može zamagliti dijagnozu, već i ima negativan učinak na prognozu depresije.

U cross-sectional studiji povezanosti između somatizacije i depresije prema procjeni LOM-a provedenoj u SAD-u pacijenti koji su ocijenjeni kao somatizatori su imali 4,03 puta veću vjerojatnost da će ujedno biti ocijenjeni i kao depresivni (29). Zanimljivo je da su liječnici primarne zdravstvene zaštite u istoj studiji bili 3,95 puta skloniji da ocijene starije pacijente crnce kao samo somatizirajuće u odnosu na pacijente bijelce koji su ocjenjivani kao depresivni i somatizirajući (29). Ovi rezultati mogli bi biti posljedica sklonosti liječnika da minimaliziraju emocionalne simptome crnaca u odnosu na bijelce, što ima za posljedicu smanjene stope liječenja depresije kod crnaca. Također crnci su ocijenili svoje posjete liječniku manje suradničkim odnosom u odnosu na bijelce.

## **LIJEČENJE DEPRESIVNOG POREMEĆAJA KOD OSOBA STARIJE ŽIVOTNE DOBI, MOGUĆNOSTI ZA PRAĆENJE I LIJEČENJE U OBITELJSKOJ MEDICINI TE RAZLIČITI MODELI LIJEČENJA U SVIJETU**

Kada se postavi dijagnoza depresije određeni faktori povezani sa starijom dobi mogu otežati liječenje. Jedan od njih je pacijentovo uvjerenje da je prestar da mu se pomogne, jer za to nema dovoljno vremena (blizina smrti) ili zato što smatraju da se u toj životnoj dobi ne mogu više mijenjati. Fizička ograničenja, kao što su gubitak sluha i vida, problemi s pokretnošću i mobilnošću, problem prijevoza mogu otežati pristup liječenju. Kognitivna oštećenja, problem pamćenja i prisjećanja mogu utjecati na uključivanje u terapiju.

Tri osnovna načina liječenja depresije kod starijih su medikamentozna terapija, psihoterapija te elektrokonvulzivna terapija (30).

Meta analize ističu sličnu efikasnost među dostupnim antidepresivima. Ali različit profil nuspojava je presudan kod odabira specifičnog antidepresiva u ovoj dobnoj skupini. Kod procjene podnošljivosti općenito pravilo je početi s niskom dozom i polako je povećavati, ali

ne dati prenisku dozu, uz aktivno promatranje nuspojava. Razlike u farmakodinamici i farmakokinetici u starijoj dobi su posljedica smanjenja gastrointestinalne, renalne i jetrene funkcije, često su i razine albumina u krvi također niže, omjer masti u odnosu na mišićno tkivo je povećan i osjetljivost receptora na mnoge lijekove je povećana (30). To sve rezultira širokom varijacijom plazmatskih koncentracija lijekova u odnosu na standardne, što može rezultirati povećanim brojem nuspojava u odnosu na mlađe pacijente. Istražene su farmakokinetičke promjene novijih antidepresiva kod starijih u usporedbi s mlađim dobrovoljcima. Većina antidepresiva pokazuje sporiji metabolički klirens i produžen eliminacijski poluživot lijeka (31), iako postoje pojedinačne razlike među lijekovima (31). Polifarmacija koja je česta kod starijih pacijenata može dovesti interakcija među lijekovima i kontraindikacija (30).

SSRI (inhibitori ponovne pohrane serotonina) su lijekovi prvog izbora, kao i u mlađim dobnim skupinama (25). U odnosu na tricikličke antidepresive koji imaju podjednaku učinkovitost, prednosti su im minimalna toksičnost, pa su sigurni od predoziranja, izostanak nuspojava od strane autonomnog živčanog sustava (antikolinergičkih, ortostatskih, kardioloških) kao hipotenzija, manja sedacija, uz jednostavnost primjene (4, 30). Nuspojave su im pretjerana aktivacija, poremećaji spavanja, tremor, glavobolja, gubitak tjelesne mase, gastrointestinalni simptomi, hiponatrijemija, teškoće sa spolnim sustavom (impotencija, gubitak libida), mučnina, povraćanje, interakcije s drugim lijekovima, a i moguća je viša cijena u odnosu na TCA (4,30). Zbog mogućnosti pojave „serotoninergičkog“ tremora, nisu lijek izbora za liječenje depresije kod Parkinsonove bolesti i vaskularnog parkinsonizma (4, 25, 30, 32). Primjena farmakoterapije: prednosti, kontraindikacije, nuspojave su prikazane u Tablici 10. Poželjna je čim jednostavnija terapijska shema i izbjegavanje kombinacije više lijekova (posebno sa sedativnim i hipnotičkim efektom). Među SSRI dokazano su u gerijatrijskoj depresiji učinkoviti citalopram, fluoksetin, paroksetin, sertralin i escitalopram (4). Fluoksetin i fluvoksamin, u manjoj mjeri paroksetin mogu inhibirati mehanizam drugih lijekova. Sertralin minimalno inhibira metabolizam preko sustava enzima citokroma, a escitalopram i citalopram ne ulaze u interakcije. Fluvoksamin i paroksetin su više sedirajući, a fluoksetin poticajan, potiče voljne dinamizme i daje osjećaj pojačane energije, dok su sertralin i citalopram negdje između navedenih antidepresiva po sedirajućem učinku (4, 32) Predstavnicima SSRI: karakteristike u starijoj životnoj dobi su prikazani u Tablici 11. Zbog sporijeg metabolizma, početne i maksimalne doze su niže (prosječno pola početne doze u odraslih) (4). Potrebna redukcija doze antidepresiva u starijoj životnoj dobi prikazana je u Tablici 12. Paroksetin i fluoksetin iako visoko učinkoviti, zbog fluoksetinovog dugog

poluživota i paroksetinovog moćnog antikolinergičkog efekta, nisu lijekovi prvog izbora kod starijih (32). Fluoksetin može povećavati rizik od ekstrapiramidalnih simptoma, apatije, anoreksije ili neodgovarajuće sekrecije ADH (25).

Dužeg postojanja na tržištu u odnosu na SSRI, triciklički antidepresivi (TCA) i inhibitori monoamino oksidaze (MAOI) su lijekovi drugog ili trećeg izbora zbog profila nuspojava i potrebe za titracijom doze, iako su podjednako učinkoviti kao i SSRI (25). TCA su dokazano učinkoviti i imaju nisku cijenu. Ipak pacijenti često samoinicijativno prekidaju terapiju, znatno češće nego kod SSRI, zbog profila nuspojava. Uobičajene nuspojave su antikolinergičke: suha usta, konstipacija, retencija urina, smetenost, poteškoće pamćenja, delirij, zamagljen vid, pogoršanje glaukoma, vrtoglavica i letargija (4, 25, 30). Mogu imati učinke i na kardiovaskularni sistem, u vidu ortostatske hipotenzije (koja može dovesti do padova) i kod predoziranja mogu potencijalno biti letalni zbog kardiotoksičnosti, nastanka aritmija, ubrzane srčane frekvencije i usporenog provođenja (25, 30, 32). Zbog mogućih učinaka na rad srca nužno je redovito pratiti EKG (4). I dalje se mogu koristiti kod bolesnika s teškom depresijom koji dobro toleriraju nuspojave i koji su ranije dobro odgovorili na njih (4, 32). Kontraindikacije su nedavni infarkt miokarda, smetnje srčane provodljivosti (AV blok i slično), glaukom, ortostatska hipotenzija, retencija urina, hipertrofija prostate i kognitivno oštećenje (Tablica 10) (4, 25, 30, 32).

Prednosti MAOI uključuju manje učinaka na srce i učinkovitost kod atipične depresije. Nedostatci uključuju ortostatsku hipotenziju, mogućnost hipertenzivne krize zbog interakcija s lijekovima i hranom i općenito veliku mogućnost interakcija s drugim lijekovima i hranom koji sadrže tiramin pa se ne smiju međusobno kombinirati, te usku terapijsku širinu (Tablica 10) (4, 25, 30, 32). Ovi nedostatci uvelike nadmašuju navedene prednosti, pa ova grupa antidepresiva nije preporučena kod starijih, čak ni kada ih propisuju stručnjaci s iskustvom u njihovom propisivanju (32).

Ostali antidepresivi kao što su mirtazapin, venlafaksin, bupropion, nefazodon i trazodon su učinkoviti u liječenju depresije kod starijih. Posebno kod jetrene disfunkcije učinkoviti su i tianeptin i mirtazapin. Mirtazapin može uzrokovati sedaciju (u večernjoj dozi pomaže u regulaciji sna, tj. cirkadijalnog ritma) i povećani apetit (treba iskoristiti kod slabog apetita s gubitkom tjelesne mase), dok bupropion ne uzrokuje sedaciju, ali može povećati rizik epileptičkih napada kod visokih doza (4, 30). Venlafaksin može biti povezan s hipertenzijom. Trazodon se rijetko koristi kao primarni terapijski agens zbog ograničene učinkovitosti i značajnih nuspojava, ali se može koristiti kao hipnotik zajedno sa SSRI (30). Nefazodon se

rijetko koristi kao primarni terapijski agens zbog sumnje u hepatotoksičnost (Tablica 10) (4, 25, 30, 32).

Kod uvođenja terapije uputno je slijediti uobičajena pravila dobre kliničke prakse po pitanju izbora antidepresiva, profila nuspojava i interakcija s drugim lijekovima. Započinje se niskom dozom i polagano se titrira poštujući maksimalan raspon doze (Tablica 12) (4) Učestalost nuspojava i interakcija između lijekova je kod osoba starijih od 70 godina oko 7 puta češća nego kod osoba mlađe životne dobi (4). Vrlo važna interakcija je zbog česte primjene između SSRI-a i nesteroidnih antireumatika (diklofenak, ibuprofen, indometacin, ketoprofen, naproksen, piroksikam) budući da serotonin kojeg otpuštaju trombociti ima važnu ulogu u hemostazi (Tablica 10) (4, 25, 30, 32) Pojačan rizik od krvarenja može biti posljedica smanjenog ponovnog unosa serotonina u trombocite, pa se mogu javiti krvarenja iz gornjeg dijela gastrointestinalnog sustava. Rizik ovisi o dozi i veći je kod SSRI-a s većim afinitetom za serotoninški prijenosnik (fluoksetin, paroksetin i sertralin) (4).

Ako odgovor na liječenje nakon 4 tjedna liječenja maksimalnom dozom jednog antidepresiva nije zadovoljavajući, potrebno je promijeniti lijek unutar skupine SSRI-a. Ako je zabilježeno djelomično poboljšanje psihičkog stanja, nastavlja se liječenje i praćenje kroz sljedećih 9-12 tjedana (4). Kod promjene lijeka, prvi lijek se postupno ukida. Razumno je nakon neuspješna pokušaja liječenja s dva antidepresiva skupine SSRI-a pokušati s venlafaksinom ili duloksetinom, koji iako su dokazano učinkoviti u starijoj populaciji, ne postoje istraživanja o njihovoj učinkovitosti u starijih osoba koje su prvo liječene SSRI-om. Kod psihotičnih simptoma uvode se niske doze novijih antipsihotika - kvetiapina ili olanzapina. U slučajevima kada postoje suicidalne misli i prosuicidalne namjere, razmatra se uvođenje vrlo niskih doza klopazina (1/4 tbl od 25 mg u večernjoj dozi) uz antidepresiv (4).

Starost ne isključuje mogućnost da će pacijent dobro odgovoriti na psihoterapiju. Pregledom literature kognitivno - bihevioralna terapija i problem-solving terapija su pokazali superiornu akutnu učinkovitost u odnosu na uobičajenu skrb i pozitivni učinci su trajali duže od jedne godine (30). Literatura također govori o efikasnosti kratke dinamske terapije, interpersonalne terapije i psihoterapije kombinirane s liječenjem antidepresivima (2, 30, 33). Najučinkovitije vrste psihoterapije u liječenju depresivnog poremećaja u starijoj životnoj dobi prikazane su u Tablici 13.

Kognitivno-bihevioralna terapija je kao što joj i sam naziv kaže, kombinacija kognitivne i bihevioralne terapije. To je intenzivna vremenski ograničena terapija fokusirana na oslobađanje od simptoma. Kognitivna terapija se temelji na pretpostavci da iskrivljena vjerovanja o sebi i svijetu značajno utječu na održavanje depresivnog raspoloženja.

Usmjerena je na promijenjene kognitivne procese (automatske misli, kognitivna iskrivljenja i bazična vjerovanja) koji utječu na emocije i ponašanje. Kognitivna iskrivljenja i bazična vjerovanja pojavljuju se uz automatske misli, koje pacijenti uče identificirati, provjeravati njihovu istinitost i promijeniti ih, što pridonosi promjeni raspoloženja. Bihevioralna terapija počiva na paradigmi koja smatra da je svako ponašanje, pa i ono patološko, naučeno. Dakle, svaki je psihički poremećaj, odnosno njegov simptom, na neki način pogrešno naučen. Stoga ta terapija mijenja obrasce učenja, djelujući primarno na ponašanje, a kasnije i na kogniciju. Najviše je istraživanja o utjecaju individualnog KBT-a, mada brojna klinička iskustva potvrđuju učinkovitost i u grupnom settingu i u samopomoći. Preporučuje se 16 seansi psihoterapije uz evaluaciju učinka (4). Istraživanja pokazuju učinkovitost mindfulness kognitivne terapije za depresiju koja se provodi u grupi. Mindfulness - based cognitive therapy provodi se kao terapija održavanja kroz osam tjedana do dva puta tjedno i četiri follow up sekcije tijekom 12 mjeseci (4). Preporučuje se u prevenciji relapsa, posebno nakon učestalih depresivnih epizoda.

Problem – solving terapija u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (PST-PC = problem-solving therapy for primary care) se je pokazala kao obećavajuća intervencija. Početni tretman obično traje 60 minuta, a nakon toga slijedi još pet tretmana trajanja 30 minuta (39). PST-PC se velikim dijelom bazira na studijama koje sugeriraju da je više životnih događaja ili problema snažno povezano sa psihološkim funkcioniranjem. Stoga je PST-PC osmišljen da ublaži depresivne simptome pomažući pacijentima u stvaranju i razvoju vještina koje ublažavaju životne događaje i probleme koji ometaju psihosocijalno funkcioniranje (39).

Kratka dinamska terapija kao i druge psihodinamske psihoterapije je povezana s nesvjesnim konfliktima i razvojnim zastojima (zbog ranih traumatskih iskustava) i obranama od negativnih osjećaja povezanih s njima. Koristi se transfer, preko kojeg se povezuju iskustva iz prošlosti sa sadašnjosti, pomažu u izgradnji čvršćeg selfa i ega te jačaju samopouzdanje. Usporedba kratke dinamske psihoterapije i KBT često pokazuje kontradiktorne rezultate (4).

Interpersonalne terapija se fokusira na poteškoće u interpersonalnim odnosima u kontekstu životnih događaja i promjena. Uključuje poteškoće promijenjenih uloga, interpersonalne poteškoće i nerazriješeno žalovanje. Obično se provodi u 16 seansi, a radi se na identifikaciji interpersonalnih poteškoća koje pridonose održavanju depresije (4).

Elektrokonvulzivna terapija (ECT) je vrlo efikasan način liječenja teške depresije i posebno je pogodna za pacijente koji ne odgovaraju ili ne toleriraju antidepressive, koji su ranije pozitivno odgovorili na ECT, imaju deluzije, katatoni su ili manični, ili pak za hitne slučajeve (30).

Kontraindikacije za upotrebu ECT su srčani problemi kao nedavni infarkt miokarda, nestabilna angina pectoris, aritmije, kongestivno srčano zatajenje ili hipertenzija. Pulmološke kontraindikacije uključuju KOPB i astmu, a gastrointestinalne aspiraciju i laringospazam. Pritisak na kosti, zglobove i kralješke tijekom tretmana i rizik od mogućeg pada se moraju uzeti u obzir. Neurološka oštećenja kao što su intrakranijalne lezije mogu povisiti rizik povezan s ECT kod starijih pacijenata (30).

ECT može popraviti kognitivna oštećenja povezana s depresijom, ali može pogoršati gubitak pamćenja povezan s demencijom, posebno kratkotrajno. Kad je prisutna demencija, treba ustanoviti pacijentovu postojeću memoriju i pratiti pacijenta za vrijeme tretmana i smanjiti im frekvenciju ako se pojavi daljnji gubitak memorije. Tretman unilateralnim elektrodama praćen je s manjim gubitkom pamćenja u odnosu na bilateralni tretman (30).

Deluzijsku (psihotičnu) depresiju može biti teško liječiti. Uobičajeno liječenje psihotičnog MDD-a je antipsihotik u kombinaciji s antidepresivom. Drugo liječenje prvog izbora je ECT, a jedno istraživanje je sugeriralo da je čak efikasniji nego medikamentozno liječenje (30).

Pacijenti s jednom epizodom MDD-a trebaju biti liječeni antidepresivima najmanje 6-12 mjeseci, te minimalno 12 mjeseci nakon postizanja remisije prve epizode, ako su imali dvije epizode jednu do tri godine (prosjek 24 mjeseca) i minimalno tri godine ako su imali tri ili više epizoda (4, 36). U psihotičnim depresijama antipsihotike se obično preporučuje nastaviti kroz 6 mjeseci s postupnim ukidanjem lijeka u skladu s kliničkim poboljšanjem stanja bolesnika (4).

Veliki izazov može biti postići da se pacijenti pridržavaju režima liječenja (compliance - suradljivost). Na compliance utječe niz faktora, npr. kognitivno oštećenje, kompleksni režimi doziranja, nuspojave, nerazumijevanje simptoma depresije, troškovi, nedostatak obiteljske podrške i stigma bolesti (30). Kliničar treba predvidjeti i direktno rješavati problem suradljivosti i pomoći pacijentu da razvije metodu nadzora svog uzimanja lijekova. Ostali načini kojima se može poboljšati adherencija liječenju uključuju procjenu pacijentovih kognitivnih i fizičkih oštećenja, uključivanje članova obitelji u plan liječenja, održavanje čestih kontakata s pacijentom i osiguranje jasnih i lako razumljivih informacija o pacijentovoj dijagnozi i režimu liječenja (30).

Ekspertni tim iz SAD-a 2006. je na temelju izvodljivosti i prikladnosti za izvođenje te snage dokaza o efikasnosti programa, snažno preporučio (razina dokaza A) da se intervencije za liječenje depresije kod starijih odvijaju kod kuće ili u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (33). Posebno je preporučena individualna kognitivno - bihevioralna terapija (33). Intervencije koje nisu preporučene za primarnu zdravstvenu zaštitu uključuju edukaciju i trening vještina,

komprehenzivne gerijatrijske zdravstveno evaluacijske programe, vježbanje i fizičku rehabilitaciju ili radnu terapiju. Nedostatni dokazi su za nekoliko intervencija, koje uključuju grupnu psihoterapiju i druge psihoterapijske metode, izuzev kognitivno - bihevioralne terapije. Intervencije koje nisu preporučene ili postoje nedovoljni dokazi, često nisu liječile depresiju primarno ili nisu uključile klinički značajan depresivni uzorak kod procjene efikasnosti. Ove intervencije mogu imati druge benefite, ali se ne smije misliti da efikasno liječe depresiju same po sebi (Tablica 13) (2, 30, 33). Područje primarne prevencije depresije je slabo istraženo područje (33).

Prema jednom istraživanju provedenom u Ujedinjenom Kraljevstvu 1997. i 1998. godine, pacijenti upućeni na sekundarnu zdravstvenu zaštitu radi depresije su često nedovoljno liječeni prije upućivanja (za potrebe istraživanja adekvatno liječenje je definirano kao 8 tjedana liječenja maksimalnom dozvoljenom dozom lijeka), što velikim dijelom objašnjava zašto pacijenti iz ovog istraživanja nisu odgovorili na liječenje pruženo u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (34). Liječnici primarne zdravstvene zaštite bi trebali kod starijih osoba koristiti lijekove koji ne zahtijevaju titriranje doze ili ga zahtijevaju u manjoj mjeri, u visokim (maksimalnim) dozama i u periodu ne manjem od 8 tjedana, prije nego proglase pacijenta terapijski rezistentnim (34).

Liječnici izbjegavaju visoke doze lijekova najčešće zbog straha od nuspojava lijekova i drugih rizika liječenja. Češći rizici liječenja antidepresivima su rizik predoziranja antidepresivima, kardiovaskularni rizik, rizik krvarenja, rizik kolinergičkih nuspojava, rizik hiponatrijemije i neadekvatne sekrecije ADH, seksualna disfunkcija i rizik osteoporotične frakture (32).

U američkoj populaciji stopa suicida starijih od 85 godina je pet puta veća od stope suicida u općoj populaciji (32). Upotrebom antidepresiva generalno dokazano smanjujemo rizik suicida među starijim osobama. Ipak u nekim okolnostima, može doći do predoziranja antidepresivima, bilo slučajno zbog fizičkih ili kognitivnih oštećenja, ili namjerno. Zbog toga je potrebno upozoriti pacijente na rizik od suicida i motriti ih pažljivo, posebno u početku liječenja. Općenito, SSRI su relativno sigurni i rizik predoziranja je minimalan. Oprez je potreban s visokim dozama citaloprama ili escitaloprama zbog moguće veze s prolongacijom QT intervala u EKG-u. Također kod pacijenata s visokim rizikom predoziranja važno je izbjegavati TCA ili venlafaksin zbog njihove kardiotoksičnosti (32).

Kardiovaskularni rizik antidepresiva je dobro proučen, posebno kod predoziranja TCA. Imaju antimuskarinske efekte, inhibiraju ponovnu pohranu norepinefrina i imaju kvinidinu slične efekte. Također usporavaju srčano provođenje, produžavaju PR, QRS i QT interval i ponekad mogu inducirati srčani blok i aritmije. S TCA se povezuje i povećan rizik od infarkta

miokarda. Osim TCA, trebalo bi izbjegavati paroksetin, trazodon i venlafaksin kod starijih pacijenata koji imaju rizik aritmije i nereguliranog krvnog tlaka. Alternativno treba koristiti SSRI (osim paroksetina), bupropion ili mirtazapin. SSRI ne samo da imaju manji kardiovaskularni rizik, nego mogu čak imati i protektivan efekt na srce zbog inhibicije agregacije trombocita. Sertralin se pokazao najbolji kod pacijenata s akutnim infarktom miokarda ili nestabilnom anginom u anamnezi. Ortostatska hipotenzija je čest kardiovaskularni efekt TCA, MAOI, trazodona i nefazodona, zbog blokade alfa1 adrenergičkih receptora, te je povezana s povećanim rizikom padova i fraktura. Suprotno tome, reboksetin, duloksetin i venlafaksin mogu dovesti do hipertenzije, vjerojatno zbog inhibicije pohrane norepinefrina (32).

SSRI se povezuju s povećanim rizikom od moždanog udara, a budući da ne raste rizik hemoragičnog, to nije posljedica njihove antitrombocitne aktivnosti (32).

Budući da SSRI imaju i antitrombocitni učinak, zabilježen je umjereno povećan rizik od gastrointestinalnog krvarenja povezan s upotrebom SSRI i venlafaksina. Ovaj rizik je dosta ovisan o pacijentovoj podložnosti, kao i prisutnosti ostalih rizičnih faktora, osim životne dobi važni su i prijašnja anamneza krvarenja iz gornjeg gastrointestinalnog sustava ili peptički ulkus, uzimanje NSAR, oralnih antikoagulansa, antitrombocitnih lijekova ili kortikosteroida (32).

Antimuskarinski (antikolinergički) efekti antidepresiva, posebno TCA i paroksetina, tahikardija, suha usta, problemi sa zubima, konstipacija, urinarna inkontinencija, zamagljen vid i makularna degeneracija, mogu značajno utjecati na fizičko zdravlje i kvalitetu života. Muskarinska blokada (TCA) može potaknuti poremećaje pamćenja, konfuziju i delirij. SSRI, bupropion i SNRI ne utječu na kogniciju. Rizik delirija je najveći kod onih s već postojećom demencijom (32).

Neki antidepresivi (SSRI, SNRI, i u manjoj mjeri TCA) mogu dovesti do povećane sekrecije antidiuretskog hormona, koja rezultira dilucijskom hiponatrijemijom. Klinički se prezentira kao slabost, mučnina, glavobolja, letargija, mišićna bol, konfuzija, gubitak svijesti i napadaji. Blaga hiponatrijemija može dovesti do blaže letargije koja se može krivo interpretirati kao pogoršanje depresije, pa se povećava doza antidepresiva, što pogoršava hiponatrijemiju. Hiponatrijemija je česta među pacijentima liječenim SSRI, dakle na nju treba misliti. Varira od 12% do 25%, a 9% ima navedene kliničke simptome. Smrtnost među starijim pacijentima s hiponatrijemijom može doseći 25% (32). Većinom se javlja u prvom mjesecu liječenja SSRI i venlafaksinom, pa se preporučuje kontrola koncentracije natrija u serumu (32).



Od seksualne disfunkcije najčešće pate pacijenti liječeni SSRI-em (posebno escitalopramom, parkosetinom ili SNRI venlafaksinom). Poželjne alternative s manjom seksualnom disfunkcijom su bupropion, mirtazapin i agomelatin (32).

Zabilježeno je da je depresija povezana sa smanjenjem koštane gustoće i povećanjem rizika od frakture. Upotreba SSRI je povezana sa statistički povećanim rizikom od osteoporotičke frakture koji je vjerojatno povezan s inhibicijom ponovne pohrane serotonina u osteoklaste, osteoblaste i osteocite, koja je više izražena nego s TCA ili drugim antidepresivima. Rizik od nevertebralne frakture kod starijih žena je povećan kod liječenja sa SSRI ili TCA, ali i upotreba SNRI je povezana s frakturama (32).

Pristup stupnjevite skrbi (stepped care) započinje s relativno jednostavnim nezahtjevnim intervencijama, a ako se stanje pacijenata ne poboljšava kako je predviđeno, prelazi se na intenzivnije tretmane. U prvom koraku, pacijent i podržavajući članovi obitelji se ohrabruju da probaju samousmjerene intervencije kao što je planiranje ugodnih događaja, fizičke ili socijalne aktivnosti. Kada oni nemaju rezultata, može se ponuditi vođena samopomoć, kao kombinacija priručnika za samopomoć s ograničenim brojem kratkih terapijskih sesija. Intenzivnije psihosocijalne ili farmakološke intervencije se onda mogu ponuditi ambulantno, putem dnevne bolnice ili bolničkog liječenja ako nema očekivanog poboljšanja. Ovaj model koji započinje s tretmanima ponuđenim u primarnoj zdravstvenoj zaštiti može poboljšati pristup zdravstvenoj zaštiti, smanjiti zahtjeve na limitirane specijalističke resurse mentalne zdravstvene zaštite i mogu usmjeriti pacijentove preference za liječenjem na manje stigmatizirajuće tretmane. Dvije su osnovne postavke za uspješno provođenje ovog modela: prvi preporučeni tretman unutar modela mora biti onaj koji je cjenovno najpovoljniji i najmanje neugodan za pacijente od dostupnih, a opet s mogućim značajnim zdravstvenim dobrobitima. Druga ključna postavka je da se rezultati tretmana sistematski motre i intervencije se mijenjaju ako postojeća intervencija ne dovodi do značajnih poboljšanja. Važno je kod procjene rezultata liječenja koristiti objektivne skale za procjenu depresivnih simptoma (prethodno navedene) (3, 33). Princip stupnjevite skrbi je princip na kojem funkcioniraju sve rašireniji modeli kolaborativne skrbi u svijetu.

Kolaborativna skrb je posljednjih godina imala značajnu ulogu u SAD-u, Ujedinjenom Kraljevstvu, Nizozemskoj i Australiji. Nekoliko modela podupiru jaki dokazi o efikasnosti s depresivnim starijim osobama u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, npr. IMPACT (Improving Mood: Promoting Access to Collaborative Treatment for Late - life Depression) i PROSPECT (Prevention of Suicide in Primary Care Elderly: Collaborative Trial) u SAD-u i CADET (Collaborative Depression Trial) u Ujedinjenom Kraljevstvu. Ovi kolaborativni modeli se

sada šire u nova područja. Npr. DIAMOND (Depression Improvement Across Minnesota, Offering a New Direction) koji koristi ključne komponente IMPACT modela i pomaže pojedinačnim praksama da ga adaptiraju na lokalne okolnosti (3).

Ključna postavka ovog modela je da LOM-ovi blisko surađuju sa svojim pacijentima i konzultantom specijalistom mentalnog zdravlja u liječenju depresije. Pacijentovi klinički ishodi se prate strukturiranim skalama za procjenu depresije. Liječenje se sistematski prilagođava pacijentima koji ne napreduju kao što je predviđeno, koristeći evidence - based medikamentno liječenje i/ili psihoterapijske metode. Postoji menadžer njege depresije (obično medicinska sestra, socijalni radnik ili psiholog) koji radi u praksi primarne zdravstvene zaštite i odgovoran je za procjenu pacijentovih potreba, koordinira odgovarajući nivo liječenja sljedeći model stupnjevite zdravstvene zaštite (stepped care), podržava pacijentovo pridržavanje liječenja i procjenjuje efikasnost tretmana.

Takav pristup osigurava blisko praćenje i kontakt, podržava brigu za sustav i mnogostruke potrebe depresivnih starijih pacijenata. Omogućava pružatelju da u liječenje obuhvati pacijentove stavove i stavove njegove obitelji o liječenju depresije (npr. preferiranje lijekova ili evidence based psihosocijalnih tretmana). Menadžer njege blisko surađuje s pružateljem primarne zdravstvene zaštite (LOM), tako što: educira pacijente o depresiji, potiče pacijente da se uključe u ugodne događaje i aktivnosti, potiče ih na suradljivost u liječenju koje je propisao LOM i može ponuditi kratki tečaj evidence - based psychotherapy kao što je Problem Solving Treatment in Primary Care (PST-PC, Terapija rješavanja problema u primarnoj zaštiti) ili Interpersonal Therapy (IPT – Interpersonalna terapija). Psihijatra konzultanta se konzultira redovito (obično tjedno) o postojećim slučajevima koji se liječe, s naglaskom na dijagnostičkim i terapijskim izazovima. Osim dijagnostički kompleksnih slučajeva, najveću potrebu za upućivanjem specijalistima psihijatrima imaju pacijenti s komorbidnim psihijatrijskim bolestima ili teškim fizičkim bolestima, psihotičnim simptomima ili suicidalni pacijenti i oni koji ne odgovaraju na adekvatnu farmakoterapiju prve linije (25). Ovakvi kolaborativni programi mogu udvostručiti efikasnost uobičajene skrbi za depresiju (3, 33).

Dokazi sugeriraju da ovakav pristup u kome menadžeri njege podržavaju LOM-ove i nude mogućnosti farmakološkog i nefarmakološkog liječenja, mogu povećati upotrebu evidence - based liječenja depresije i poboljšati zdravstvene ishode, čak i kod starijih pripadnika manjina (Afroamerikanaca, Latinoamerikanaca i slično), te siromašnih. Samo su manje prilagodbe bile potrebne da se zadovolje kulturološke potrebe različitih etničkih skupina u objavljenim studijama. Također rezultati studija sugeriraju da može biti teže angažirati muškarce u ovakve

programe, iako oni koji u njima sudjeluju imaju podjednake koristi kao i žene. Isto tako sugeriraju da muškarcima koji postanu udovci to teže pada nego ženama (3). Kolaborativna skrb ako se fokusira i na komorbiditete koji često prate depresiju (diabetes, kronično srčano zatajivanje, moždani udar, karcinomi, kronično bubrežne bolesti, itd.), ima pozitivne efekte na oboje (7).

## RASPRAVA

Razlozi za neprepoznavanje ovog velikog javnozdravstvenog problema su brojni. Prepreke prepoznavanju i liječenju gerijatrijske depresije postoje na nivou pacijenta, pružatelja skrbi (liječnika) i na nivou zdravstvenog sustava (3).

Na nivou pacijenta, prvi razlog je što se pacijenti češće prezentiraju somatskim nego emocionalnim tegobama (maskirana depresija), što smanjuje vjerojatnost ispravne dijagnoze, jer se kliničar orijentira na obradu somatskih simptoma i traženje somatske dijagnoze. Nalazi dijagnostičkih obrada su uglavnom uredni, ili ako i jesu patološki, ne odgovaraju intenzitetu smetnji. U tom trenutku se kliničaru treba „upaliti lampica“ da se tu najvjerojatnije radi o tegobama psihičke prirode, tj. o depresiji. Drugi problem nastaje kada se dijagnoza postavi, što joj se pacijenti mogu opirati i negirati depresiju, te pripisivati svoje tegobe fizičkim bolestima ili normalnom starenju. Tegobe pacijent može prepisivati i žalovanju, ako je došlo do gubitka bliske osobe, kao što je bračni partner ili drugi član obitelji. Ono što nama kao liječnicima može olakšati razlikovanje depresije od normalnog starenja ili procesa žalovanja su dijagnostički kriteriji prema MKB-10 ili DSM-V. Pacijentu se može dati i jedna od ocjenskih skala za procjenu koju može sam ispuniti (Beckova, Hamiltonova, Gerijatrijska skala ili neka druga). Tako se mogu objektivizirati tegobe. U nedostatku vremena možemo se poslužiti i s dva jednostavna pitanja (vidjeti str. 20 i 21) od kojih pozitivan odgovor na jedno od njih, treba pobuditi sumnju na depresiju, kojoj će uslijediti daljnja dijagnostička obrada. Opet treba imati na umu da se ta dva pitanja odnose samo na dva tipična simptoma depresije, pa ako se radi o atipičnoj manifestaciji (koja je u starosti puno češća od tipične), dobiti ćemo lažno negativan rezultat.

Prepreke su često i pacijentovo ograničeno znanje o depresiji i dostupnim metodama liječenja, strah od stigme bolesti i slaba suradljivost u liječenju (compliance). Njih možemo nadvladati edukacijom stanovništva kroz javnozdravstvene kampanje, medije, gdje na jednostavan način s optimističnim prizvukom treba govoriti o postojanju problema, demistificirati ga te govoriti o načinima liječenja. I obiteljski liječnik može educirati svoje pacijente kako individualno, tako i kroz predavanja, radionice i savjetovanja.

Prepreke prepoznavanju i liječenju postoje i sa strane liječnika. Kao što je ranije u tekstu izneseno, brojni liječnici se brinu da će pacijent negirati svoj problem zbog straha od stigme bolesti, te da će negativno i obrambeno odgovoriti na ispunjavanje ocjenske skale za depresiju koju će mu ponuditi njegov liječnik. Jedno ranije navedeno istraživanje demantira te strahove, gdje je više od 90% gerijatrijskih ispitanika pristalo ispuniti ocjensku skalu za depresiju (16).

Čest problem je i vremenski pritisak, posebno u obiteljskoj medicini. U Hrvatskoj gdje veliki broj obiteljskih liječnika dnevno ima 70-80 konzultacija, teško je sistematski pristupiti jednom ovakvom problemu. Stoga se pacijenti kojima se postavi dijagnoza ili sumnja na nju u ovakvim uvjetima, uglavnom odmah upućuju na sekundarnu razinu, tj. na konzilijarni pregled psihijatra. Poznato je da obiteljski liječnici u razvijenim zemljama sami započinju liječiti depresiju u svim životnim dobima prvom linijom liječenja, a upućuju na sekundarnu razinu, ako izostane odgovor ili je neadekvatan na prvu liniju ili odmah upućuju ako postoje psihotični simptomi, sumnja na bipolarnost, suicidalne namjere, psihijatrijski komorbiditeti kao što je poremećaj osobnosti i slično. Rasterećenje hrvatskih obiteljskih liječnika i povećanje kvalitete obavljenog posla, moglo bi se dogoditi mjerama kao što je smanjenje administrativnog posla (zapošljavanjem administratora i/ili smanjenjem i pojednostavljenjem administrativnih postupaka) ili povećanjem broja liječnika koji bi imali manji broj osiguranika po timu. Iako kroz rezultate pojedinih istraživanja iznesenih u tekstu, vidimo da niti u razvijenim zemljama situacija nije idealna.

Problem je ponekad i neadekvatno znanje oko dijagnostičkih kriterija ili mogućnosti liječenja, manjak psihosocijalne orijentacije te neadekvatan uvid u različite kulturološke prezentacije mentalnih poremećaja. Edukacija ovdje ima veliku ulogu, kroz specijalizaciju iz obiteljske medicine, koja bi u budućnosti trebala ipak postati preduvjet za vođenje ambulante obiteljske medicine, ali i kroz razne tečajeve trajne edukacije liječnika. Treba osvijestiti i liječnike i širu javnost da staračka depresija nije normalan dio starenja. Što se tiče različitih kulturoloških prezentacija mentalnih poremećaja (u nekim kulturama se emocije iznose manje direktno, posebno negativne, kao što je tugovanje, što se poglavito odnosi na muškarce), treba voditi računa o kulturološkim različitostima među pojedinim nacijama i rasama (socijalna komponenta biopsihosocijalnog pristupa), jer će one utjecati na manifestaciju depresije kod pacijenata različitog kulturološkog podrijetla ili pripadnika nacionalnih manjina. Ovo će postati sve važnije u idućim godinama, obzirom na veliki priljev migranata u Europu.

Prepreke učinkovitijem otkrivanju i liječenju gerijatrijske depresije sa strane zdravstvenog sustava su višestruke. Prisutan je pritisak veće učinkovitosti od strane nadležnog ministarstva, komore te financijera zdravstvenog sustava (HZZO-a), uz već spomenut problem ograničenog vremena koji se kosi s težnjom za većom učinkovitošću. Pored toga postoje limitirana proračunska sredstva predviđena za liječenje mentalnih bolesti uz limitiranu dostupnost specijalista mentalnog zdravlja, a još više subspecijalista koji se bave psihogerijatrijom ili evidence - based psihoterapijom. Iz ovoga proizlazi još veća potreba da se gerijatrijska depresija koliko je moguće rješava u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (obiteljskoj medicini), kao

što to nalažu svjetski trendovi. To je ujedno za sustav financijski najisplativije, te za pacijenta najjednostavnije, jer je obiteljski liječnik u pravilu u blizini te uvijek dostupan. U Hrvatskoj je još naglašeniji problem nedostatka evidence – based psihoterapeuta jer općenito postoji vrlo mali broj psihijatarata koji su ujedno i psihoterapeuti, bez obzira o kojem pravcu psihoterapije se radi ili o kojoj dobnoj skupini pacijenata. Problem predstavlja i manjak sistematskih pristupa otkrivanju i liječenju depresije te neadekvatan kontinuitet skrbi, koji velikim dijelom proizlaze iz već spomenutog nedostatka vremena.

Depresivnost nije istoznačnica za depresivni poremećaj, dakle nemaju svi pacijenti koji iskazuju depresivnost, ujedno i depresivni poremećaj. Zato je potrebno pažljivo provesti diferencijalno dijagnostički postupak o čemu se detaljno govori u 2. poglavlju rezultata (diferencijalna dijagnoza depresivnosti i osobitosti depresivnosti u osoba starije životne dobi). Osim pažljive anamneze, korištenja dijagnostičkih kriterija po MKB-10 ili DSM-V i korištenja navedenih ocjenskih skala, bitna je i heteroanamneza posebno kod pacijenata s kognitivnim oštećenjima. Treba uzeti i psihijatrijski status, ali i fizikalni status pacijenta. Dio dijagnostičke obrade treba biti i laboratorijska obrada, EKG, polisomnografija i EEG. Kod pacijenata kod kojih se sumnja na kognitivna oštećenja, treba pridodati i testove za procjenu kognitivnih i izvršnih funkcija (npr. mini mental test), a ako se kognitivna oštećenja dokažu trebalo bi učiniti i neku od neuroimaging metoda.

Ponekad je teško povući crtu između depresije i demencije, reći radi li se o depresiji ili demenciji, ili pak pacijent ima obje bolesti istovremeno. Dakle, veza između depresije i demencije je bidirekciona (27). Ako depresivnost postoji, važno ju je liječiti i kod pacijenata sa simptomima demencije jer se simptomi demencije liječenjem depresije mogu barem djelomično ili čak u potpunosti popraviti (pseudodemencija), što može biti veoma značajno za pacijenta, posebno zato što još uvijek ne postoje efikasni tretmani liječenja za pojedine vrste demencije (Alzheimerovu, vaskularnu ili druge rjeđe).

Kao što je već rečeno, u starijoj životnoj dobi češća je atipična nego tipična manifestacija depresije. Osim somatizacije, stariji depresivni pacijenti često u odnosu na mlađe dobne skupine, pokazuju anksioznost, agitaciju, apatiju, anergiju, psihomotornu retardaciju (usporenost), hipohondrijazu, histrionske oblike ponašanja (npr. bacanje na pod), gladovanje ili druge promjene apetita, spavanja, umor ili dominiraju kognitivni simptomi depresije (pseudodemencija). Sve ovo nisu tipične manifestacije depresije posebno u odnosu na mlađe dobne skupine, te se još nazivaju i atipična ili maskirana depresija.

Kao što je već navedeno u tekstu, jedno istraživanje je pokazalo da je neprepoznata depresija posebno česta kod osoba koje koriste velike količine analgetika i benzodiazepina, tj.

simptomatski liječe bolove i anksioznost (22), i da je upravo ova skupina pacijenata (anksiozna s bolovima) posebno sklona suicidu. U nedostatku vremena i sistematskog pristupa, kada primijetimo ovakvog pacijenta u našoj ambulanti koji iz mjeseca u mjesec troši značajne količine ovih lijekova, moramo pomisliti da bi se ovdje moglo raditi upravo o depresiji. Ovakvog pacijenta (ne samo starije životne dobi) treba dijagnostički obraditi (anamneza, psihijatrijski i fizikalni pregled, dijagnostički kriteriji, ocjenske skale, po potrebi laboratorijski nalazi), te ako se pokaže da je zaista riječ o depresiji početi ga adekvatno liječiti, antidepresivima i/ili psihoterapijom.

Postoje i pojedine podvrste gerijatrijske depresije koje treba imati na umu, kao što su vaskularna depresija (kardio i cerebrovaskularni komorbiditeti uz lezije na neuroimaging metodama). Postoje i oblici depresije povezani s pojedinim komorbiditetima kao što je Parkinsonova bolest ili moždani udar.

Ne smijemo zanemariti niti distimiju i subsindromalnu depresiju koje ne zadovoljavaju pune dijagnostičke kriterije za veliku depresivnu epizodu (MDD), ali imaju značajno veću prevalenciju u odnosu na MDD, te također bitno smanjuju kvalitetu života. Stoga je ne smijemo previdjeti, već adekvatno prepoznavati i liječiti.

Bitno je poznavati i niz rizičnih faktora koji nas mogu uputiti na depresiju. Počevši od pozitivne obiteljske ili osobne anamneze, tjelesnih komorbiditeta i kognitivnog oštećenja koji često prate depresiju i dvosmjerno utječu jedni na druge, zatim funkcionalnih oštećenja, invalidnosti. Važni su i psihosocijalni utjecaji kao što je društvena izolacija, slaba društvena podrška, samački život, siromaštvo, zloupotreba alkohola i niži stupanj obrazovanja. U starijoj životnoj dobi vrlo česti rizični faktori su gubitak voljene osobe i s time povezano tugovanje, zatim usamljenost i teret brige za drugog bolesnog/onesposobljenog člana obitelji. Umirovljenje je također nekim ljudima velika stresna životna promjena koja može biti okidač za depresiju, ili zbog tjelesnih bolesti ovisnost o tuđoj brizi i pomoći. Iz ovoga proizlazi važnost dobre i detaljne anamneze kao preduvjet sve daljnje obrade, u kojoj treba uzeti i podatke o psihosocijalnim faktorima. Drugim riječima, obiteljski liječnik se treba potruditi poznavati svoga pacijenta jer je to osnova dobre skrbi u obiteljskoj medicini.

Znamo da je rizični faktor i ženski spol u svim životnim dobima. Zašto je depresija češća kod žena, nije još egzaktno dokazano. Možda je to povezano s time što su žene ipak u pravilu nešto osjetljivija, emocionalnija i tankoćutnija bića nego muškarci, pa onda lakše dolazi i do poremećaja raspoloženja.

Protektivni faktori su društvena podrška i aktivnost, volontiranje i fizička aktivnost, duhovnost i religija, te ovakve aktivnosti treba poticati kod naših pacijenata kao preventivne, ali i kod već postojećih simptoma.

Niz navedenih komorbiditeta učestalo prati depresiju (kronična bol, stanje nakon operacije frakture kuka, kardio i cerebrovaskularne bolesti, kognitivno oštećenje, demencija, maligne bolesti...) dvosmjerno (oni pojačavaju depresiju, a depresija njih) (5). Opasnost leži u tome da mi kao obiteljski liječnici, ne smijemo misliti da je normalno za našeg pacijenta koji je prebolio infarkt miokarda, moždani udar ili boluje npr. od artritisa, da bude anksiozan, bezvoljan, pati od nesаницe ili je bez apetita i slično. Takvu depresiju treba dijagnosticirati i liječiti jer ona pogoršava tijek tjelesnih bolesti i povećava smrtnost, da ne govorimo o porastu stope suicida, koja je najveća upravo u starijoj dobnoj skupini (najviša iznad 85. godine života) (32).

Liječenjem depresije smanjujemo potrošnju zdravstvenih usluga na svim nivoima zdravstvene skrbi, uključujući dodatne dijagnostičke testove za tjelesne smetnje, skraćujemo duljinu hospitalizacije i potrebu za zdravstvenom njegom. Dakle, dijagnosticiranjem i liječenjem depresije, smanjujemo potrošnju ionako ograničenih resursa za zdravstvo, koji se mogu racionalnije trošiti. I članovi obitelji i drugi pružatelji njege, koji skrbe za pacijenta, imaju manji teret skrbi, smanjen stres i manju vjerojatnost da i sami postanu depresivni (27).

Pseudodemencija je termin koji se danas sve više počinjen smatrati opsolentnim jer implicira u sebi nešto lažno ili glumljeno („lažna demencija“), iako se još uvijek pojavljuje u nekim renomiranim psihijatrijskim udžbenicima.

Bez obzira da li će se pojam dalje koristiti ili neće, važno je u diferencijalnoj dijagnozi kognitivnih oštećenja imati na umu i depresiju kao etiologiju (što u sebi podrazumijeva pojam pseudodemencija). Ono što nas treba navesti na depresiju (pseudodemenciju) kao uzrok kognitivnog oštećenja je nesklad između pacijentovih izrazitih žalbi na kognitivno oštećenje i minimalnog oštećenja na objektivnim testovima, ali i postojanje drugih vegetativnih i psiholoških simptoma depresije.

U obiteljskoj medicini u svijetu gerijatrijsku depresiju možemo započeti liječiti medikamentozno, ili psihoterapijski (najboljom se pokazala kognitivno- bihevioralna terapija, zatim problem solving, interpersonalna, kratka dinamska). U Hrvatskoj postoji izrazito malen broj educiranih psihoterapeuta, dakle psihoterapijske metode se mogu preskočiti kao mogućnost.

Ono što hrvatska obiteljska medicina može je započeti farmakološko liječenje depresije kod starijih osoba prema evidence-based smjernicama. Započinjemo sa SSRI antidepressivom koji



je lijek prvog izbora (prema individualnim karakteristikama pojedinog SSRI-a za pojedinog pacijenta, paroksetin i fluoksetin nisu lijekovi izbora za starije osobe, v. str. 34), započinjemo s minimalnom efikasnom dozom te je postupno po potrebi povišujemo (Tablica 10) (4, 25, 30, 32). Kod uvođenja SSRI-a prvog izbora čekamo 4 tjedna na puni odgovor na liječenje maksimalnom dozom, ako on izostane, lijek se zamjenjuje drugim lijekom iz skupine SSRI-a. Ako je odgovor djelomičan, čekamo još 9-12 tjedana na potpuni odgovor, ako ga nema zamjenjujemo lijek drugim iz skupine SSRI-a (4). Kod zamjene, prvi lijek se postupno ukida. Ako nema odgovora na liječenje na dva lijeka u maksimalnim dozama u naznačenom vremenskom razdoblju iz skupine SSRI-a, opravdano je pacijenta uputiti konzilijarno psihijatru. Eventualno obiteljski liječnik još može pokušati pacijenta liječiti lijekovima kao što su mirtazapin ili venlafaksin, prije nego uputi psihijatru. Ali ako se radi o teškoj velikoj depresivnoj epizodi, psihotičnim simptomima, suicidalnosti, psihijatrijskim komorbiditetima opravdano je odmah pacijenta uputiti psihijatru. Kod prve depresivne epizode pacijenta treba liječiti minimalno godinu dana nakon postizanja remisije, kod druge epizode minimalno jednu godinu do tri godine, a kod treće i daljnjih epizoda minimalno tri godine do doživotno. Pacijenta treba liječiti maksimalnim dozvoljenim dozama antidepresiva, prije nego depresiju proglasimo terapijski rezistentnom. Liječnici se često boje visokih doza zbog straha od nuspojava i interakcija među lijekovima. Ako do njih dođe, lijek se uvijek može promijeniti ili mu se može smanjiti doza. Treba imati na umu da su SSRI najsigurniji lijekovi među antidepresivima. Zbog profila nuspojava na TCA i MAOI možemo zaboraviti, barem na nivou obiteljske medicine. Važno je imati na umu mogućnost pojave krvarenja iz gastrointestinalnog trakta kod istovremene primjene SSRI-a i NSAR, zbog učestalosti njihova kombiniranja.

Rezultati istraživanja koje je procjenjivalo efikasnost kolaborativne skrbi u gerijatrijskoj depresiji u SAD - u i UK - u su zaključili da je kolaborativna skrb efikasnija nego uobičajena njega, prvenstveno zahvaljujući učinkovitoj upotrebi antidepresiva, dok je komunikacija među pružateljima skrbi bila manje efikasna (35). Osnovna razlika između kolaborativne skrbi i uobičajene njege je upravo u komunikaciji između primarne zdravstvene zaštite i konzultanata psihijatra, koju provodi kvalificirana osoba koja nije LOM (medicinska sestra, socijalni radnik ili psiholog), te u stupnjevitom strukturiranom pristupu pacijentu. Provode je visoko razvijene zemlje (SAD, UK, Nizozemska, Australija), a iz gore navedenog istraživanja vidimo da i tamo postoje problemi u njezinom provođenju.

Za sada je takav pristup pacijentu u Hrvatskoj teško izvediv, ponajviše jer nedostaje menadžer njege, izostaje potrebna struktura, a i materijalna sredstva su upitna. Menadžeri njege bi se možda najjednostavnije mogli obučiti među prvostupnicima (prvostupnicama) sestinstva,

kojih je sve više, ali je pitanje dali je depresija prioritetna bolest, jer bi slični menadžeri njege trebali i za bolesti kao što je diabetes mellitus ili hipertenzija. S obzirom na to da se procjenjuje da će do 2030. godine depresija postati vodeći svjetski uzrok opterećenja bolestima, a broj osoba starije populacije kontinuirano raste, rekla bih da depresija jest prioritetna bolest, ili je barem među prioritetnima (4).

Istraživanja o cost - efektivnosti (odnosu između troškova i dobiti) kolaborativne skrbi su još uvijek nedovoljna za procjenu njezine eventualne šire implementacije i uvođenje u zdravstvene politike (36). Prisutnost i broj komorbiditeta izgleda da ne utječu na pacijentov odgovor na multidisciplinarnu programe za liječenje depresije, prvenstveno programe kolaborativne skrbi (istraživanje provedeno za program IMPACT) (37).

Postojeće meta – analize pokazuju da su kratki oblici psiholoških intervencija u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (misli se na psihoterapijske tehnike, kao što je kognitivno –bihevioralna, psihodinamska i sl.) efikasni u smanjivanju depresivnih simptoma, posebno kratkoročno, i vjerojatno nema razlike u efikasnosti u odnosu na terapiju antidepresivima provedenu u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, ali su potrebna daljnja istraživanja na većim uzorcima i dužem vremenskom intervalu (38).

Prema suvremenom pregledu ishoda psihosocijalnih i farmakoloških intervencija u primarnoj zdravstvenoj zaštiti iz 2007. godine u SAD-u, problem-solving terapija, interpersonalna psihoterapija i farmakoterapija se smatraju efikasnim intervencijama za MDD, dok se kognitivno - bihevioralna i kognitivna terapija smatraju vjerojatno efikasnim. Psihoterapija i farmakoterapija su općenito usporedive efikasnosti (39).

Psihoterapija kao alternativna prvoj liniji liječenja SSRI-em u Hrvatskoj je i na sekundarnoj razini teško izvediva, jer je malen broj psihijatara odgovarajuće educiran iz pojedinih psihoterapijskih tehnika, te se one općenito i na sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene zaštite malo provode u odnosu na medikamentno liječenje. Edukacija iz pojedinih psihoterapijskih postupaka je relativno dugotrajna i složena, pa je teško očekivati da se ona može trenutno značajnije provoditi u hrvatskoj primarnoj zdravstvenoj zaštiti. U svijetu postoje koncepti liječenja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti gdje unutar interdisciplinarnog tima (tim profesionalaca različitih profila koji svaki sa svog aspekta zajednički skrbe o pacijentu), psihoterapiju provode educirani psiholozi, a ne liječnici obiteljske medicine (40). I to može biti ideja za neko buduće rješenje.

Gerijatrijski pacijenti prema nekim istraživanjima preferiraju psihoterapiju u odnosu na medikamentno liječenje, kada im se ponudi izbor (40). Treba dodati da postoje podatci da medikamentno liječenje često ne dovodi do potpune remisije i psihoterapija može biti rješenje

za rezidualne simptome (40). Zaključno, kombinacija medikamentnog liječenja i psihoterapije vjerojatno je najefikasnija.

Fizička aktivnost bi isto mogla biti efikasna u smanjivanju kliničke depresije i njezinih simptoma kod starijih kratkoročno, pozitivni učinci se mogu javiti već nakon nekoliko tjedana, ali postojani učinci se mogu jedino postići kroz kontinuirano vježbanje. Potrebno je više randomiziranih kontroliranih studija u različitim kliničkim podgrupama (subsindromalna, distimija, blaga, srednja, teška MDD) da se usporede učinci različitih oblika tjelovježbe i razjasni odgovarajuće trajanje i intenzitet fizičke aktivnosti za ostvarivanje terapijskih učinaka (41).

Kada govorimo o prognozi depresije u starijoj životnoj dobi u obiteljskoj medicini nisu pronađeni jaki dokazi za nijedan od prognostičkih faktora. S druge strane prognoza kasno životne depresije je loša u 20-50% slučajeva, bez obzira na startnu težinu depresije i duljinu praćenja. Ako to usporedimo s mlađim pacijentima (18 - 64 godine) kojih se 76% oporavi u roku od godinu dana, vidljivo je da se prognoza pogoršava sa starenjem, ali i s brojem tjelesnih komorbiditeta i funkcionalnim oštećenjima koji se povećavaju s dobi (42). Dakle u pravilu depresivni 85 godišnjak, ima lošiju prognozu u odnosu na depresivnog 65 godišnjaka. Dali je razlog tome što prosječan 85 godišnjak ima više tjelesnih komorbiditeta i veća funkcionalna oštećenja u odnosu na prosječnog 65 godišnjaka, ili za to postoji neki drugi razlog, teško je reći.

U uvjetima zajednica za starije osobe (domovi za njegu, tj. tzv. „starački domovi“) snažni dokazi su nađeni da starija dob, kronične tjelesne bolesti, funkcionalna oštećenja, viši startni nivo depresije i eksterni lokus kontrole (ljudi koji vjeruju da nisu sami odgovorni za ono što im se događa u životu, već je to sreća, sudbina, drugi ljudi.. ), pogoršavaju ishod (prognozu) depresije. Srednje jaki dokazi su nađeni za utjecaj religije, a slabi za niži stupanj obrazovanja u muškaraca, pijenje piva, komorbidnu prisutnost generaliziranog anksioznog poremećaja i boli, osobnu i obiteljsku anamnezu depresije, dnevnu varijaciju simptoma, niski stupanj samoprocjene vlastitog zdravlja u žena, usamljenost i nezadovoljstvo životom (42).

Još jedan postupak kojim možemo poboljšati ishode liječenja depresije je podijeljeno donošenje odluka, što ne znači ništa drugo nego uključivanje pacijenta u odlučivanje o tome na koji način će biti liječen, nakon što ga informiramo o dostupnim metodama. Ono je u biti sastavni dio kolaborativne skrbi, gdje kliničari pacijentu prezentiraju informacije o njihovom zdravstvenom stanju i mogućnostima liječenja, a pacijenti informiraju kliničara o svojim vrijednostima, ciljevima, iskustvima i preferiranom liječenju. Ovaj koncept se uspješno koristi za tjelesne bolesti, ali tek sada se razvija za psihijatrijske, kao što je depresija. Ovaj model bi

mogao poboljšati suradljivost pacijenata u procesu liječenja, kada oni sami sudjeluju u odlučivanju. Ali ostaje pitanje dali se koncept može primijeniti za starije osobe, budući da su one generacijski sklonije prihvatiti liječnikovu tradicionalnu dominantnu ulogu u liječenju, ali imaju i česta kognitivna oštećenja te druge komorbiditete, koji mogu ometati shvaćanje pojedinih opcija, zatim važan je i utjecaj obitelji na pacijenta, zabrinutost oko stigme bolesti i negativna uvjerenja o depresiji i liječenju mentalnih bolesti (43).

## ZAKLJUČAK

Kasno životna depresija je već sada veliki javnozdravstveni problem, koji će poprimati sve veće razmjere. Važno ju je na vrijeme prepoznati i liječiti jer značajno narušava kvalitetu života, ali utječe i na tijek i prognozu tjelesnih komorbiditeta. Može utjecati i na kognitivno oštećenje i pogoršati ga.

Razlikovanje fizioloških promjena mentalnog stanja i depresije mogu nam olakšati dijagnostički kriteriji prema MKB-10 (ili DMS-IV klasifikaciji koja se koristi u zemljama engleskog govornog područja, najviše SAD-u), ali i ocjenske skale koje pacijenti sami ispunjavaju (Beckova, Hamiltonova i Gerijatrijska skala, itd.).

U diferencijalnoj dijagnozi treba osim anamneze, dijagnostičkih kriterija i ocjenskih skala, učiniti i detaljan fizikalni (uključujući i cerebrovaskularni i neurološki) te psihijatrijski status, laboratorijske nalaze (kompletnu krvnu sliku, analizu urina i biokemijske nalaze, odrediti vitamin B12, folate, Fe, feritin i hormone štitnjače), EKG, polisomnografiju, EEG te kod pratećih kognitivnih oštećenja i testove kognitivne funkcije (npr. mini mental test) te slikovne pretrage (MSCT, MR ili PET mozga).

Česte su u starijoj dobi i atipične prezentacije bolesti, kao što su pseudodemencija (kognitivno oštećenje kao simptom depresije koje se velikim dijelom povlači s liječenjem depresije) i maskirana depresija (prezentira se somatskim simptomima, najčešće bolnim sindromima, promjenama apetita, mršavljenjem, umorom, nesanicom, psihomotornom retardacijom, anksioznošću..). Novonastali bolni sindromi praćeni anksioznošću gdje postoji velika potrošnja analgetika i anksiolitika trebaju obiteljskim liječnicima pobuditi sumnju da se tu radi o (maskiranoj) depresiji.

Osim postaviti sumnju i dijagnozu pravovremeno, izazov može biti i adekvatno liječenje depresije. U svijetu prvu liniju liječenja depresije provode obiteljski liječnici, medikamentno i / ili psihoterapijom, a psihijatru se upućuju rezistentni slučajevi na prvu liniju liječenja, te slučajevi teže depresije posebno kada postoje psihotični simptomi, suicidalnost ili sumnja na psihijatrijske komorbiditete ili demenciju. Prvu liniju predstavljaju antidepressivi skupine SSRI, a kada je u pitanju psihoterapija najviše dokaza o učinkovitosti imaju kognitivno – bihevioralna, problem – solving i interpersonalna terapija. Postoje i modeli kolaborativne skrbi, sve rašireniji u svijetu sa sve većim dokazima o učinkovitosti. Menadžer njege koji nije LOM (medicinska sestra, psiholog ili socijalni radnik) koordinira i potiče stupnjevitu skrb (započinje se s jednostavnijim tretmanima prema složenijim) potičući suradljivost pacijenata.

Skrb provodi LOM koji preko menadžera njege na tjednoj bazi komunicira sa psihijatrom, s naglaskom na zahtjevnijim slučajevima.

Obiteljski liječnici u Hrvatskoj bi za početak trebali obratiti veću pažnju na ovaj problem, dijagnosticirati ga te započeti liječenje prvom linijom SSRI – om, a tek složenije slučajeve ili rezistentne na prvu liniju upućivati na sekundarnu razinu zdravstvene zaštite. Treba imati na umu da dijagnosticiranjem i liječenjem kasno životne depresije, možemo značajno poboljšati kvalitetu življenja osoba starije životne dobi, a čak i pozitivno utjecati na tijek komorbiditeta i mortalitet.

## SAŽETAK RADA

**Cilj rada:** sveobuhvatno prikazati suvremena saznanja o osobitosti depresivnosti kod osoba starije životne dobi i kako depresivni poremećaj u osoba starije životne dobi pratiti i liječiti na razini obiteljske medicine. Naglasak u radu će biti na razlikovanju fiziološki uvjetovanih promjena mentalnog stanja kod starijih od depresije, te razlikovanju demencije i depresije budući da se depresija može manifestirati kao pseudodemencija. Depresija može biti i maskirana, kada dominiraju somatske tegobe.

**Materijali i metode:** pregledana literatura obuhvaća specijalizirane časopise, baze podataka (Cochrane, Medscape, Medline) te Internet. Ključne riječi prema kojima je proveden pregled su depresija, starija životna dob, primarna zdravstvena zaštita, obiteljska medicina, starenje, mentalne promjene, pseudodemencija, maskirana depresija. Kriteriji uključenja su bili pregledni članci u posljednjih 16 godina (1999. - 2015. godine), kod ispitanika starijih od 65 godina.

**Rezultati i rasprava:** Za dijagnosticiranje gerijatrijske depresije osim anamneze, fizikalnog pregleda, laboratorijske obrade, itd., važni su i dijagnostički kriteriji prema MKB-10 ili DSM-V, uz ocjenске ljestvice. Depresija i demencija se često isprepliću pa se kognitivno oštećenje često barem djelomično može poboljšati liječenjem depresije, kao i nerazjašnjeni tjelesni simptomi. Prvi izbor u liječenju su SSRI i/ili psihoterapija. U razvijenim zemljama su sve češći modeli kolaborativne skrbi s obiteljskom medicinom u centralnoj ulozi.

**Doprinos području:** sumiranje znanja o depresiji kod osoba starije životne dobi uz pravovremeno prepoznavanje i liječenje u obiteljskoj medicini.

### **NASLOV RADA NA ENGLESKOM JEZIKU:**

Monitoring and treatment of depressive disorder in the elderly at the level of family medicine

### **SUMMARY IN ENGLISH**

**The aim of work:** comprehensive review of modern knowledge on the characteristics of depression in the elderly and how to monitor and treat depressive disorder in the elderly in the level of family medicine. The emphasis will be on differentiating physiological conditioned changes in mental status in elderly and depression as illness, also differentiating dementia and depression considering depression can manifest as pseudodementia. Also depression can be masked, when dominated by somatic complaints.

**Materials and methods:** reviewed literature includes specialized magazines, databases (Cochrane, Medscape, Medline) and the Internet. Keywords by which the review was conducted are depression, elderly age, primary health care, family medicine, aging, mental changes, pseudodementia, masked depression. Inclusion criteria were review articles in the past 16 years, in patients older than 65 years.

**Results and discussion:** In the diagnosis of geriatric depression in addition to history, physical examination, laboratory values, etc., ICD – 10 and DSM – V diagnostic criteria and self report inventories are important. Depression and dementia are often intertwined and cognitive impairment can often at least partly be improved by treatment of depression, as well as unexplained physical symptoms. The first choice in the treatment are SSRI and / or psychotherapy. In developed countries collaborative care models with family medicine in central role become more common.

**Contribution to the field:** to summarize knowledge about depression in the elderly with opportunities for early detection and treatment in family medicine.



## POPIS LITERATURE:

1. Žuškin E, Duraković Z, Tomek-Roksandić S, et al. Zdravo starenje i produktivno umirovljenje. *Liječ Vjesn* 2005;(127)9-10:231-7.
2. Montgomery SA, Beekman ATF, Sadavoy J, et al. Consensus Statement on Depression in the Elderly. *J Clin Psychiatry* 2000;2(suppl 5):S46-52.
3. Park M, Unutzer J. Geriatric depression in primary care. *Psychiatr Clin North Am* 2011;(2)34:469-87.
4. Štrkalj-Ivezić S, Jukić V, Jakovljević M, et al. Kliničke smjernice za liječenje depresivnog poremećaja. *Medix* 2013;106 (1 suppl): S2-S19.
5. Chapman DP, Perry GS. Depression as a Major Component of Public Health for Older Adults. *Prev Chronic Dis* 2008;(1)5:1-9.
6. Vieira ER, Brown E, Raue P. Depression in Older Adults: Screening and Referral. *J Geriatr Phys Ther* 2014;(1)37:24-30.
7. Steptoe A, Deaton A, Stone AA. Psychological wellbeing, health and ageing. *Lancet* 2015;(9968)385:640-8.
8. Strout KA, Howard EP. The six dimensions of wellness and cognition in aging adults. *J Holist Nurs* 2012;(3)30:195-4.
9. Deary IJ, Gow AJ, Taylor MD, et al. The Lothian Birth Cohort 1936: a study to examine influences on cognitive ageing from age 11 to age 70 and beyond. *BMC Geriatr* 2007;5:7-28.
10. Wikipedia. Beck Depression Inventory. Available at. URL: [https://en.wikipedia.org/wiki/Beck\\_Depression\\_Inventory](https://en.wikipedia.org/wiki/Beck_Depression_Inventory). Accessed Apr 15, 2016.
11. Amykbucciare. Beck Depression Inventory and Scoring Key. Available at. URL: <http://www.amykbucciare.com/Beck-Depression-Inventory-and-Scoring-Key1.pdf>. Accessed Apr 15, 2016.
12. Svebolesti.info. Hamiltonova ljestivca depresije. Available at. URL: <http://svebolesti.info/ham-d-17-hamiltonova-ljestivca-depresije/>. Accessed Apr 15, 2016.
13. Wikipedia. Geriatric Depression Scale. Available at. URL: [https://en.wikipedia.org/wiki/Geriatric\\_Depression\\_Scale](https://en.wikipedia.org/wiki/Geriatric_Depression_Scale). Accessed Apr 15, 2016.
14. Penzin.rs. Test gerijatrijska skala depresija 15 pitanja. Available at. URL: <http://www.penzin.rs/test-gerijatrijska-skala-depresija-15-pitanja/>. Accessed Apr 15, 2016.

15. Zavod za javno zdravstvo Dubrovačko – neretvanske županije. Gerijatrijska skala depresije – skraćeni oblik upitnika. Available at. URL: file:///C:/Users/user/Downloads/Gerijatrijska%20skala%20depresije.pdf. Accessed Apr 15, 2016.
16. Scogin F, Shah A. Screening older adults for depression in primary care settings. *Health Psychol* 2006;(6)25:675-7.
17. Lawhorne L. Depression in the older adult. *Prim Care* 2005;(3)32:777-92.
18. Stojanović-Špehar S, Rifel J. Depresija. U: Katić M, Švab I. *Obiteljska medicina*. Zagreb: Alfa;2013, str.140-149.
19. Vaughn McCall W, Kintziger KW. Late Life Depression: A Global Problem with Few Resources. *Psychiatr Clin North Am* 2013;(4)36:475-81.
20. Magnil M, Gunnarson R, Bjorkstedt K, Bjorkelund C. Prevalence of Depressive Symptoms and Associated Factors in Elderly Primary Care Patients: A descriptive Study. *J Clin Psychiatry* 2008;(6)10:462-68.
21. Small GW. Differential Diagnoses and Assessment of Depression in Elderly Patients. *J Clin Psychiatry* 2009;(12)14:e47. doi:10.4088/JCP.8001tx20c
22. Kua Ee H, Roger H. The many faces of geriatric depression. *Curr Opin Psychiatry* 2008;(6)21:540-5.
23. Ellis GK, Robinson JA, Crawford GB. When symptoms of disease overlap with symptoms of depression. *Aust Fam Physician* 2006;(35)8:647-49.
24. Nelson JC. Diagnosing and Treating Depression in the Elderly. *J Clin Psychiatry* 2001;62(suppl 24):S18-22.
25. Montano CB. Primary Care Issues Related to the Treatment of Depression in Elderly Patients. *J Clin Psychiatry* 1999;60(suppl 20):S45-61.
26. Sadavoy J. Diagnostic Issues in Depression of the Elderly. *J Clin Psychiatry* 2000;2(suppl 5):S17-22.
27. Hugo J, Ganguli M. Dementia and Cognitive Impairment: Epidemiology, Diagnosis, and Treatment. *Clin Geriatr Med* 2014;(3)30:421-42.
28. Brown WA. Pseudodementia: Issues in Diagnosis. Available at. URL: www.psychiatrytimes.com. Accessed Apr 15, 2016.
29. Bogner HR, Shah P, De Vries HF. A Cross-Sectional Study of Somatic Symptoms and the Identification of Depression Among Elderly Primary Care Patients. *J Clin Psychiatry* 2009;(6)11:285-91.

30. Small GW. Pharmacotherapy and Other Treatments for Elderly Patients with Depression. *J Clin Psychiatry* 2010;(1)71:e03 doi: 10.4088/JCP.8001tx21c
31. DeVane CL, Pollock BG. Pharmacokinetic Considerations of Antidepressant use in the Elderly. *J Clin Psychiatry* 1999;60(suppl 20):S38-44.
32. Alamo C, Lopez Munoz F, Garcia-Garcia P, Garcia-Ramos S. Risk-benefit analysis of antidepressant drug treatment in the elderly. *Psychogeriatrics* 2014;(4)14:261-8. doi: 10.1111/psyg.12057.
33. Steinman LE, Frederick JT, Prohaska T, et al. Recommendations for Treating Depression in Community Based Older Adults. *Am J Prev Med.* 2007;(3)33:175-81.
34. Brooke P, Jones-Ritson M, Bullock R. Treatment-Refractory Depression in the Elderly: An Audit of Primary Care Referrals to Psychiatric Services in Swindon, U.K. *J Clin Psychiatry* 1999;1:188-90.
35. Huang CQ, Dong BR, Lu ZC, Zhang Y, Pu YS, Liu QX. Collaborative care interventions for depression in the elderly: a systematic review of randomized controlled trials. *J Investig Med* 2009;(2)57:446-55.
36. Van Steenberg-Weijenburg K, Van der Feltz-Cornelis C, Horn EK, et al. Cost-effectiveness of collaborative care for the treatment of major depressive disorder in primary care. A systematic review. *BMC Health Serv Res* 2010;19:10-19.
37. Harpole LH, Williams JR Jr, Olsen MK, et al. Improving depression outcomes in older adults with comorbid medical illness. *Gen Hosp Psychiatry* 2005;(1)27:4-12.
38. Bortolotti B, Menchetti M, Bellini F, Montaguti MB, Berardi D. Psychological interventions for major depression in primary care: a meta-analytic review of randomized controlled trials. *Gen Hosp Psychiatry* 2008;(4)30:293-2.
39. Wolf NJ, Hopko DR. Psychosocial and pharmacological interventions for depressed adults in primary care: A critical review. *Clin Psychol Rev* 2008;(1)28:131-61.
40. Skultety KM, Zeiss A. The treatment of depression in older adults in the primary care setting: an evidence-based review. *Health Psychol* 2006;(6)25:665-74.
41. Sjosten N, Kivela SL. The effects of physical exercise on depressive symptoms among the aged: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006;(5)21:410-18.
42. Licht-Strunks E, AWM van der Windta D, WJ van Marwijk, de Haana M, TF Beekman A. The prognosis of depression in older patients in general practice and the community. A systematic review. *Fam Pract* 2007;(2)24:168-80.
43. Raue PJ, Schulberg HC, Lewis-Fernandez R, Boutin-Foster C, Hoffman AS, Bruce ML. Shared Decision-Making in the Primary Care Treatment of Late-Life Major

Depression: A Needed New Intervention? Int J Geriatr Psychiatry 2010;(11)25:1101-11.

44. Diminić-Lisica I. Depresija i starija životna dob. U: Zbornik Prvog kongresa Društva nastavnika opće/obiteljske medicine s međunarodnim sudjelovanjem; 18-20 ožujka 2010; Zagreb, Hrvatska. Zagreb: Društvo nastavnika opće/obiteljske medicine; 2010, str. 31-41.
45. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth edition DSM – V. Available at. URL: [//psicovalero.files.wordpress.com/2014/11/dsm-v-ingles-manual-diagnc3b3stico-y-estadc3adstico-de-los-trastornos-mentales.pdf](http://psicovalero.files.wordpress.com/2014/11/dsm-v-ingles-manual-diagnc3b3stico-y-estadc3adstico-de-los-trastornos-mentales.pdf). Accessed Sept 26, 2016.

## **KRATKI ŽIVOTOPIS AUTORA**

Jana Kovačević, dr. med. rođena je 30. srpnja 1984. godine u Trbovlju, Republika Slovenija. 2003. godine završava opći smjer Gimnazije Andrije Mohorovičića u Rijeci. Iste godine (2003.) upisuje studij medicine Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci, koji završava u listopadu 2009. godine.

Nakon diplome odrađuje pripravnički staž u trajanju od godine dana u Kliničkom bolničkom centru Rijeka. Odobrenje za samostalni rad Hrvatske liječničke komore dobiva u svibnju 2011. godine. Od lipnja do listopada 2011. Godine radi u Domu zdravlja Primorsko-goranske županije kao liječnik na Hitnoj pomoći Delnice uz dežurstva na državnoj cesti A6 Rijeka-Zagreb, te zamjene u ambulantama obiteljske medicine.

Od studenog 2011. godine do studenog 2012. godine radi u Zavodu za hitnu medicinu Dubrovačko – neretvanske županije kao liječnik na Hitnoj pomoći Dubrovnik, uz povremene zamjene u obiteljskoj medicini. U studenom 2012. godine zapošljava se u Domu zdravlja Dubrovnik kao liječnica u ambulanti obiteljske medicine, a u lipnju 2013. godine postaje nositelj tima iste ambulante obiteljske medicine.

U prosincu 2013. godine započinje specijalizaciju iz obiteljske medicine za potrebe Doma zdravlja Dubrovnik. Od 2015. godine je predstavnica Hrvatske u Europe Council Vasco da Gama movement Wonca.

Govori engleski i talijanski jezik, a služi se njemačkim jezikom.

## **POPIS PRILOGA:**

1. Tablica 1 - Kriteriji za postavljanje dijagnoze velike depresivne epizode prema MKB – 10
2. Tablica 2 - Kriteriji potrebni za postavljanje dijagnoze velike depresivne epizode prema DSM - V
3. Tablica 3 – Kriteriji potrebni za postavljanje dijagnoze distimije prema DSM – V
4. Tablica 4 – Beck's Depression Inventory
5. Tablica 5 – HAM - D
6. Tablica 6 – Gerijatrijska skala depresije – skraćeni oblik upitnika
7. Tablica 7 – Simptomi depresije vezani za stariju životnu dob
8. Tablica 8 – Lijekovi koji mogu izazvati depresivne simptome kao nuspojavu
9. Tablica 9 – Razlikovne karakteristike depresije i demencije
10. Tablica 10 - Primjena farmakoterapije: prednosti, kontraindikacije, nuspojave
11. Tablica 11 – Predstavnicima SSRI: karakteristike u starijoj životnoj dobi
12. Tablica 12 – Potrebna redukcija doze antidepresiva u starijoj životnoj dobi
13. Tablica 13 – Najučinkovitije vrste psihoterapije u liječenju depresivnog poremećaja u starijoj životnoj dobi

1. **Tablica 1.** - Kriteriji za postavljanje dijagnoze velike depresivne epizode prema MKB - 10

<b><i>Simptomi potrebni za postavljanje dijagnoze depresivne epizode (F32-F33)</i></b>
Minimalno 2 tipična + 2 druga simptoma – prema MKB-10
Ovisno o broju i kombinaciji simptoma, procjena težine epizode (vidi tekst)
Tipični simptomi:
1. Depresivno raspoloženje
2. Gubitak interesa i zadovoljstva
3. Smanjenje energije i povećana zamorljivost
Drugi česti simptomi su:
4. Poremećen san
5. Smanjen apetit
6. Smanjena koncentracija i pažnja
7. Smanjeno samopoštovanje i samopouzdanje
8. Ideje krivnje i bezvrijednosti
9. Sumoran i pesimističan pogled na budućnost
10. Ideje o samoozljeđivanju ili suicidu

(Štrkalj-Ivezić S, Jukić V, Jakovljević M, et al. Kliničke smjernice za liječenje depresivnog poremećaja. Medix 2013;106 (1 suppl): S2-S19.)

2. **Tablica 2** – Kriteriji potrebni za postavljanje dijagnoze velike depresivne epizode prema DSM - V

<b><i>Simptomi potrebni za postavljanje dijagnoze MDD prema DSM-V</i></b>
- minimalno 5 simptoma kroz minimalno dva tjedna, većinu dana, skoro svaki dan
- jedan simptom mora biti ili broj jedan ili broj dva
- simptomi trebaju biti intenziteta koji značajno narušava kvalitetu života i dnevne aktivnosti subjektivni ili objektivno primijećeni od drugih
1. Depresivno raspoloženje
2. Značajan gubitak interesa ili užitka u svim ili gotovo svim aktivnostima
3. Značajan dobitak ili gubitak na težini bez provođenja dijete (više od 5% tjelesne težine mjesečno) ili značajna promjena u apetitu (smanjenje ili povećanje)
4. Insomnija ili hipersomnija
5. Psihomotorna agitacija ili retardacija
6. Umor ili gubitak energije
7. Osjećaj bezvrijednosti ili neodgovarajuće krivnje
8. Narušena koncentracija ili sposobnost razmišljanja ili neodlučnost
9. Ponovljene misli o smrti ili misli o samoubojstvu (bez specifičnog plana ili sa specifičnim planom ili pokušaj suicida)

3. **Tablica 3** – Kriteriji potrebni za postavljanje dijagnoze perzistentnog depresivnog poremećaja (distimije) prema DSM-V

<p><b>Simptomi potrebni za postavljanje dijagnoze perzistentnog depresivnog poremećaja (distimije) prema DSM-V:</b></p> <p>- dijagnoza predstavlja spoj dijagnoza kroničnog velikog depresivnog poremećaja i distimije definiranih prema ranijoj klasifikaciji DSM-IV</p> <p>- minimalno 2 ili više sljedećih simptoma, primijećeni subjektivno od strane pacijenta ili opservacijom promatrača, koji traju većinu dana, češće su prisutni nego što nisu, kroz najmanje dvije godine u kojima asimptomatski period ne smije trajati duže od dva mjeseca</p>
1. Loš apetit ili prejedanje
2. Insomnija ili hipersomnija
3. Niska razina energije ili umor
4. Nisko samopouzdanje
5. Narušena koncentracija ili poteškoće u donošenju odluka
6. Osjećaj beznada

4. **Tablica 4** – BDI - Beck's Depression Inventory

<p><b>1. Tuga</b></p> <p>0 Ne osjećam se tužno</p> <p>1 Osjećam se tužno većinu vremena</p> <p>2 Cijelo vrijeme sam tužan/tužna</p> <p>3 Toliko sam tužan/tužna ili nesretan/nesretna da to ne mogu podnijeti</p>	<p><b>2. Pesimizam</b></p> <p>0 Ne osjećam se obeshrabreno u vezi moje budućnosti</p> <p>1 Osjećam se više obeshrabreno po pitanju moje budućnosti nego prije</p> <p>2 Ne očekujem da će budućnost ispasti dobro za mene</p> <p>3 Osjećam da je moja budućnost beznadna i da će za mene biti samo gore</p>
<p><b>3. Prošli neuspjesi</b></p> <p>0 Ne osjećam se neuspješno</p> <p>1 Imam više neuspjeha nego što bi trebalo</p> <p>2 Kad pogledam unatrag, vidim puno neuspjeha</p> <p>3 Osjećam se skroz neuspješno kao osoba</p>	<p><b>4. Gubitak užitka</b></p> <p>0 Podjednako uživam kao i uvijek u stvarima koje mi prčinjavaju zadovoljstvo</p> <p>1 Ne uživam više u stvarima kao prije</p> <p>2 Vrlo malo uživam u stvarima u kojima sam prije jako uživao/uživala</p> <p>3 Uopće više ne uživam u stvarima u kojima sam prije uživao/uživala</p>

<p><b>5. Osjećaj krivnje</b></p> <p>0 Ne osjećam se osobito krivim/krivom</p> <p>1 Osjećam se krivo po pitanju mnogo stvari koje sam napravio/napravila ili sam trebao/trebala napraviti</p> <p>2 Osjećam se prilično kriv/kriva većinu vremena</p> <p>3 Osjećam se krivim/krivom cijelo vrijeme</p>	<p><b>6. Osjećaj kažnjivosti</b></p> <p>0 Ne osjećam se kažnjeno</p> <p>1 Osjećam se da bi mogao biti kažnjen</p> <p>2 Očekujem da ću biti kažnjen</p> <p>3 Osjećam se kažnjeno</p>
<p><b>7. Samopouzdanje</b></p> <p>0 Moje pouzdanje u sebe je isto kao i uvijek</p> <p>1 Izgubio/izgubila sam pouzdanje u sebe</p> <p>2 Razočaran/razočarana sam u samog sebe</p> <p>3 Ne sviđam se sam/sama sebi</p>	<p><b>8. Samokritičnost</b></p> <p>0 Ne kritiziram se ili krivim više nego inače</p> <p>1 Kritičniji/kritičnija sam prema sebi nego sam bio/bila</p> <p>2 Kritiziram se zbog svih svojih pogrešaka</p> <p>3 Krivim se zbog svega lošeg što mi se događa</p>
<p><b>9. Suicidalne misli i želje</b></p> <p>0 Nemam suicidalne misli</p> <p>1 Imam samoubilačke misli, ali ih ne bih iznio</p> <p>2 Htio/htjela bih se ubiti</p> <p>3 Ubio/ubila bih se kad bih imala priliku</p>	<p><b>10. Plakanje</b></p> <p>0 Ne plačem više nego inače</p> <p>1 Plačem više nego inače</p> <p>2 Plačem zbog svake sitnice</p> <p>3 Osjećam se kao da bih plakao/plakala, ali ne mogu</p>
<p><b>11. Agitacija</b></p> <p>0 Nisam nemirniji/nemirnija ili smeteniji/smetenija nego inače</p> <p>1 Osjećam se nemirnije ili smetenije nego inače</p> <p>2 Toliko sam nemiran ili agitiran da mi je teško stajati mirno</p> <p>3 Toliko sam nemiran ili agitiran da se moram kretati ili raditi nešto</p>	<p><b>12. Gubitak interesa</b></p> <p>0 Nisam izgubio/izgubila interes za druge ljude i aktivnosti</p> <p>1 Manje sam zainteresiran za druge ljude ili aktivnosti nego ranije</p> <p>2 Izgubio/izgubila sam većinu interesa za druge ljude ili aktivnosti</p> <p>3 Teško se zainteresiram za bilo što</p>
<p><b>13. Neodlučnost</b></p> <p>0 Odlučujem jednako dobro kao i prije</p> <p>1 Teže mi je donositi odluke nego</p>	<p><b>14. Bezvrijednost</b></p> <p>0 Ne osjećam se bezvrijedno</p> <p>1 Ne osjećam se vrijedno i korisno kao nekad</p>



<p>inače</p> <p>2 Znatno mi je teže donositi odluke nego inače</p> <p>3 Imam problema u donošenju bilo kakvih odluka</p>	<p>2 Osjećam se beskorisnije u odnosu na druge ljude</p> <p>3 Osjećam se potpuno beskorisno</p>
<p><b>15. Gubitak energije</b></p> <p>0 Imam podjednako energije kao i inače</p> <p>1 Imam manje energije nego prije</p> <p>2 Nemam energije da bih napravio/napravila mnogo stvari</p> <p>3 Nemam energije da bih učinio/učinila išta</p>	<p><b>16. Promjene u ritmu spavanja</b></p> <p>0 Nema promjena u mom ritmu spavanja</p> <p>1 A Spavam više nego inače</p> <p>1 B Spavam manje nego inače</p> <p>2 A Spavam puno više nego inače</p> <p>2 B Spavam puno manje nego inače</p> <p>3 A Spavam većinu dana</p> <p>3 B Budim se 1-2 sata prerano i ne mogu nastaviti spavati</p>
<p><b>17. Iritabilnost</b></p> <p>0 Nisam razdražljiviji/razdražljivija nego inače</p> <p>1 Razdražljiviji/razdražljivija sam nego inače</p> <p>2 Mnogo sam razdražljiviji/razdražljivija nego inače</p> <p>Razdražljiv/razdražljiva sam cijelo vrijeme</p>	<p><b>18. Promjene u apetitu</b></p> <p>0 Nemam promjene u apetitu</p> <p>1 a moj apetit je nešto manji nego inače</p> <p>1 b moj apetit je nešto veći nego inače</p> <p>2 a moj apetit je mnogo manji nego inače</p> <p>2 b moj apetit je mnogo veći nego inače</p> <p>3 a uopće nemam apetita</p> <p>3 b proždirem hranu cijelo vrijeme</p>
<p><b>19. Poteškoće koncentracije</b></p> <p>0 Mogu se koncentrirati kao uvijek</p> <p>1 Ne mogu se koncentrirati dobro kao inače</p> <p>2 Teško mi je zadržati koncentraciju nad bilo čim dugo</p> <p>3 Ne mogu se koncentrirati uopće</p>	<p><b>20. Umor i iscrpljenost</b></p> <p>0 Nisam umorniji ili više iscrpljen nego inače</p> <p>1 Brže se umaram/iscrpljujem nego inače</p> <p>2 Previše sam umoran ili iscrpljen da bih radio značajan broj stvari koje inače radim</p> <p>3 Previše sam umoran ili iscrpljen da bih radio većinu stvari koje inače radim</p>
<p><b>21. Gubitak interesa za spolne odnose</b></p> <p>0 Nisam primijetio/primijetila promjene u mom interesu za spolne odnose</p> <p>1 Imam manje interesa za spolne odnose</p>	

nego ranije 2 Imam mnogo manje interesa za spolne odnose nego ranije 3 Potpuno sam izgubio/izgubila interes za spolne odnose	
Bodovanje se vrši zbrajanjem brojeva pokraj pojedine tvrdnje za svih 21 stavki.	
Nisko  Srednje  Značajno	1-10 11-16  17-20 21-30  31-40 Preko 40
	Normalne varijacije Blagi poremećaj raspoloženja  Granična klinička depresija Srednja depresija  Teška depresija Ekstremna depresija

(Amykbucciare. Beck Depression Inventory and Scoring Key. Available at. URL: <http://www.amykbucciare.com/Beck-Depression-Inventory-and-Scoring-Key1.pdf>. Accessed Apr 15, 2016.)

5. **Tablica 5** – HAM-D

<p><b>6. Depresivno raspoloženje</b> (<i>tuga, beznadnost, bespomoćnost, bezvrijednost</i>)</p> <p>0 Nije prisutno</p> <p>1 Ovakvo emocionalno doživljavanje iskazano je samo na izravni upit</p> <p>2 Govorno izražava i bez upita</p> <p>3 Emocionalno doživljavanje iskazuje neverbalno, tj. zaključuje se iz ponašanja, izrazom lica, držanjem tijela, glasom i sklonošću plaču</p> <p>4 Bolesnik gotovo isključivo govori o tome u svojoj spontanoj verbalnoj i neverbalnoj komunikaciji</p>	<p><b>2. Osjećaj krivnje</b></p> <p>0 Nije prisutan</p> <p>1 Samopredbacivanje, osjeća da je iznevjerio okolinu</p> <p>2 Osjećaj krivnje ili stalno razmišljanje o proteklim greškama i propustima</p> <p>3 Sadašnju bolest smatra kaznom. Sumanutosti krivnje</p> <p>4 Čuje optuživačke ili prijeteće glasove i/ili prisutnost vidnih halucinacija prijetećeg sadržaja</p>
<p><b>3. Samoubilački porivi</b></p> <p>0 Nisu prisutni</p> <p>1 Osjeća da život nema vrijednosti, da nije vrijedan življenja</p> <p>2 Želja za smrću ili bilo koje misli o mogućoj smrti</p> <p>3 Samoubilačke misli ili geste</p>	<p><b>4. Smetnje usnivanja</b></p> <p>0 Bez teškoća kod usnivanja</p> <p>1 Žali se na povremene teškoće kod usnivanja koje traju dulje od pola sata</p> <p>2 Žali se na svakodnevne teškoće kod usnivanja</p>

4 Pokušaji suicida	
<p><b>5. Smetnje spavanja (prosnivanja)</b>  0 Nisu prisutne  1 Bolesnik se žali na nemir i isprekidan san  2 Buđenje tijekom noći – <i>svako ustajanje iz kreveta dobiva ocjenu 2 (osim u svrhu pražnjenja, dakle ustajanje zbog mokrenja se isključuje)</i></p>	<p><b>6. Jutarnje smetnje spavanja</b>  0 Nisu prisutne  1 Budi se rano ujutro, ali ponovno zaspi  2 Ne može ponovno zaspati ako rano ustane iz kreveta (budi se rano bez ponovnog usnivanja)</p>
<p><b>7. Rad i aktivnost</b>  0 Nema teškoća  1 Osjeća se nesposobnim, umornim ili slabim kod radnih i slobodnih aktivnosti  2 Gubitak zanimanja za rad i aktivnosti – bilo da je izravno iskazano od strane pacijenta, ili indirektno u nedostatku agilnosti, u neodlučnosti i kolebljivosti (osjećaj da se mora prisiljavati na rad ili aktivnost)  3 Skraćenje vremena potrošenog na aktivnosti ili smanjenje produktivnosti. <i>U bolnici: ocjena 3 je za slučaj kada bolesnik nije u stanju provoditi najmanje tri sata na dan u aktivnostima (bolesnička zanimanja ili slobodne aktivnosti i hobiji) izuzev dužnosti na odjelu.</i>  4 Prestanak rada zbog sadašnje bolesti. <i>U bolnici: ocjena 4 je ako se bolesnik ne uključuje ni u kakve aktivnosti osim svojih dužnosti na odjelu, ili ako bolesnik ne ispunjava dužnosti na odjelu bez pomoći.</i></p>	<p><b>8. Usporenost (psihomotorna inhibicija)</b>  <i>Pitanja nisu potrebna: ocjene su rezultat promatranja. (Usporenost misli i govora; smetnje u sposobnosti koncentracije; smanjena motorička aktivnost)</i>  0 Uredni govor i mišljenje  1 Blaga usporenost kod pregleda (razgovora)  2 Očita usporenost kod pregleda (razgovora)  3 Pregled/razgovor izrazito otežan  4 Stupor</p>
<p><b>9. Agitacija</b>  0 Nije prisutna  1 Uznemirenost  2 Igra se rukama, kosom i slično  3 Kreće se unaokolo, ne može mirno sjediti  4 Lomi ruke, grize nokte, čupa kosu, grize usnice</p>	<p><b>10. Anksioznost – psihička (psihički strah)</b>  0 Nije prisutna  1 Unutarnja napetost i razdražljivost  2 Zabrinutost oko sitnica  3 Izraz ustrašenosti u govoru i licu  4 Izražava strah i bez upita</p>
<p><b>11. Anksioznost – somatska (tjelesni strah)</b>  <i>(Fiziološke popratne pojave anksioznosti, kao što su:</i></p>	<p><b>12. Gastrointestinalni simptomi</b>  0 Nisu prisutni  1 Nedostatak apetita, ali jede bez nagovaranja  2 Jede samo uz nagovaranje i nuđenje</p>

<p><i>gastrointestinalne: suha usta, nadutost, probavne smetnje, proljev, grčevi, podrigivanje;</i>  <i>kardiovaskularne: lupanje srca, glavobolje; respiratorne: hiperventilacija, uzdisanje; urinarne: češće mokrenje; znojenje)</i></p> <p>0 Nije prisutna  1 Neznatna  2 Umjerena  3 Jaka  4 Onesposobljuje bolesnika</p>	
<p><b>13. Opći tjelesni simptomi</b>  0 Nisu prisutni  1 Osjećaj težine ili boli u udovima, leđima, glavi. Gubitak tjelesne snage i lako zamaranje  2 Svaki od gornjih simptoma ako je jako izražen</p>	<p><b>14. Genitalni simptomi</b> (<i>kao što je gubitak libida, menstrualni poremećaji</i>)  0 Nisu prisutni  1 Umjereni  2 Jako izraženi</p>
<p><b>15. Hipohondrijski simptomi</b>  0 Nisu prisutni  1 Pojačano tjelesno samopromatranje  2 Zabrinutost za svoje zdravlje  3 Česte pritužbe na smetnje, traženje pomoći itd.  4 Hipohondrijske sumanutosti</p>	<p><b>16. Gubitak tjelesne težine</b>  <i>(Osoblje gubitak težine bilježi redovito kod tjednog mjerenja promjena u tjelesnoj težini)</i>  0 Manje od pola kilograma gubitka tjelesne težine u jednom tjednu  1 Više od pola kilograma, ali manje od kilograma gubitka tjelesne težine u tjedan dana  2 Više od kilograma tjelesne težine izgubljeno tijekom tjedan dana</p>
<p><b>17. Uvid u bolest</b>  0 Uviđa (potvrđuje) da je depresivan i bolestan  1 Uviđa bolest, ali je pripisuje lošoj prehrani, klimi, prenapornom radu, infekciji, potrebi za odmorom itd.  2 Potpuno negira bolest</p>	
<p><b>HAM-D 17 ukupni rezultat:</b> _____</p>	
<p><b>Interpretacija rezultata:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>F32.0 ili F33.0 Blaga depresija</b> – zbroj bodova manji od 18</li> <li>• <b>F32.1 ili F33.1 Umjereni teška depresivna epizoda</b> – zbroj bodova između 18 i 25</li> <li>• <b>F32.2 ili F33.2 Teška depresivna epizoda</b> – zbroj bodova veći od 25</li> </ul>	

(Svebolesti.info. Hamiltonova ljestvica depresije. Available at. URL:  
<http://svebolesti.info/ham-d-17-hamiltonova-ljestvica-depresije/>. Accessed Apr 15,  
2016. )

**Tablica 6** – Gerijatrijska skala depresije – skraćeni oblik upitnika

<i>Gerijatrijska skala depresije – skraćeni oblik upitnika</i>
Zavod za javno zdravstvo Dubrovačko-neretvanske županije
Odaberite odgovor koji najbolje opisuje kako ste se osjećali proteklog tjedna:
1. Jeste li bili zadovoljni svojim životom? DA/ NE
2. Jeste li smanjili broj svojih aktivnosti i zanimanja? DA/ NE
3. Jeste li osjećali kako je Vaš život neispunjen? DA/ NE
4. Jeste li se često dosađivali? DA/ NE
5. Jeste li bili dobro raspoloženi većinu vremena? DA/ NE
6. Jeste li se bojali da će Vam se nešto loše dogoditi? DA/ NE
7. Jeste li bili sretni većinu vremena? DA/ NE
8. Jeste li se često osjećali bespomoćno? DA/ NE
9. Jeste li radije ostajali kući nego izlazili vani i bavili se novim aktivnostima? DA/ NE
10. Smatrate li da imate više problema s pamćenjem nego većina drugih ljudi? DA/ NE
11. Smatrate li da je vam je život sada prekrasan? DA/ NE
12. Jeste li se osjećali bezvrijedno? DA/ NE
13. Jeste li se osjećali puni energije? DA/ NE
14. Jeste li osjećali da ste u bezizlaznoj situaciji? DA/ NE
15. Smatrate li da je drugima bolje nego Vama? DA/ NE
Odgovor NE u pitanjima 1, 5, 7, 11, 13 nosi 1 bod. Odgovor DA u pitanjima 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15 nosi 1 bod.
BODOVI: 0-5 - nema znakova depresije; 6-9 – postojanje manjih znakova koji upućuju na depresiju;

10 i više – postojanje većih znakova depresije; Ako je zbroj bodova 6 i više potražite savjet obiteljskog liječnika.

Izvor: <http://www.stanford.edu/~yesavage/GDS.english.short.html>

(Zavod za javno zdravstvo Dubrovačko – neretvanske županije. Gerijatrijska skala depresije – skraćeni oblik upitnika. Available at. URL: file:///C:/Users/user/Downloads/Gerijatrijska%20skala%20depresije.pdf. Accessed Apr 15, 2016.)

**Tablica 7** – Simptomi depresije tipični za stariju životnu dob

<i>Simptomi depresije tipični za stariju životnu dob:</i>
- Bolni sindrom (glava, noge, leđa, srce, želudac)
- Umor, usporenost
- Teškoće usnivanja i prosnivanja
- Tjeskoba, razdražljivost, promjene raspoloženja, konstantne pritužbe (ništa što se učini nije dovoljno dobro), pretjeran osjećaj tuge
- Nemogućnost uživanja u ranijim aktivnostima
- Poteškoće u koncentraciji i pamćenju
- Gubitak apetita i gubitak ili dobitak na tjelesnoj težini
- Zamagljenje vida
- Palpitacije
- Vrtoglavica
- Učestali posjeti liječnicima bez poboljšanja stanja uz zadovoljavajuće nalaze pretraga
- Pričanje o beskorisnosti, pretjerani osjećaj krivnje i bezrazložno opterećivanje okoline svojim zahtjevima

**Tablica 8** - Lijekovi koji mogu izazvati depresivne simptome kao nuspojavu

<i>Lijekovi koji se često koriste u starijoj životnoj dobi, a mogu dovesti do pojave depresivnih simptoma:</i>
- Digitalis
- L-dopa
- Beta blokatori
- Antihipertenzivi
- Kortikosteroidi
- Fenobarbiton
- Antipsihotici
- Benzodiazepini
- Hormoni
- lijekovi protiv artritisa
- statini
- interferon – $\alpha$
- sulfonamidi
- metronidazol
- ciprofloksacin

**Tablica 9** – Razlikovne karakteristike depresije i demencije

<i>Razlikovne karakteristike depresije i demencije</i>		
<i>Karakteristika</i>	<i>Depresija</i>	<i>Demencija</i>
Brzina nastupa	Nagla	Polagana
Progresija	Brza	Polagana
Memorija		
Opće stanje	Gubitak pamćenja	Konfabulacija (nadmještanje izgubljenih sjećanja imaginarnim)
Odgovori na pitanja	„Ne znam“	„Bilo mi je na vrhu jezika - umalo sam se toga sjetio/sjetila“ odgovori
Dnevne varijacije	Dnevno stabilno	Pogoršanje u večernjim satima, pojačana konfuznost

(Montano CB. Primary Care Issues Related to the Treatment of Depression in Elderly Patients. J Clin Psychiatry 1999;60(suppl 20):S45-61.)

**Tablica 10** – Primjena farmakoterapije: prednosti, kontraindikacije, nuspojave

<i>Vrste antidepressiva</i>	<i>Prednosti</i>	<i>Kontraindikacije</i>	<i>Nuspojave</i>
<i>SSRI</i> – prvi izbor	Minimalna toksičnost	Parkinsonova bolest	Pretjerana aktivacija
	Sigurni od predoziranja	Vaskularni Parkinsonizam	Poremećaji spavanja
	Izostanak ortostatskih, kardioloških i antikolinergičkih nuspojava		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tremor,</li> <li>• Glavobolja,</li> <li>• Gubitak tjelesne mase</li> </ul>
	Jednostavnost primjene		Gastrointestinalni simptomi
			Hiponatrijemija
			Teškoće sa spolnim sustavom (impotencija, gubitak libida)
			Mučnina
			Povraćanje
			Interakcije s drugim

			lijekovima (NSAR – povećava rizik od krvarenja)
			Viša cijena u odnosu na TCA
<b>TCA</b>	Podjednako učinkoviti kao SSRI (primjenjuju se kod bolesnika s teškom depresijom koji dobro toleriraju nuspojave i ranije su dobro odgovorili na njih)	nedavni infarkt miokarda, smetnje srčane provodljivosti (AV blok i slično), ortostatska hipotenzija,	Antikolinergičke: <ul style="list-style-type: none"> <li>• suha usta</li> <li>• konstipacija</li> <li>• retencija urina</li> <li>• smetenost</li> <li>• poteškoće pamćenja</li> <li>• delirij</li> <li>• zamagljen vid</li> <li>• pogoršanje glaukoma</li> <li>• vrtoglavica</li> <li>• letargija</li> </ul>
	Niža cijena	<ul style="list-style-type: none"> <li>• glaukom,</li> <li>• retencija urina</li> <li>• hipertrofija prostate</li> <li>• kognitivno oštećenje</li> </ul>	Kardiovaskularne: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ortostatska hipotenzija</li> <li>• nastanak aritmija</li> <li>• ubrzanje srčane frekvencije</li> <li>• usporeno provođenje</li> </ul>
			Kod predoziranja letalni zbog kardiotoksičnosti
<b>MAOI</b> – nisu preporučeni kod starijih	Manje učinaka na srce od TCA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ortostatska hipotenzija</li> <li>• hipertenzivna kriza zbog interakcija s lijekovima i hranom</li> <li>• velika mogućnosti interakcija s drugim lijekovima i hranom koji sadrže tiramin pa se ne smiju međusobno kombinirati</li> </ul>	
	Učinkovitost kod atipične depresije		uska terapijska širina
<b>Tianeptin</b>	Učinkoviti kod jetrene insuficijencije		
<b>Mirtazapin</b>			
	Koristi se u večernjoj dozi za regulaciju sna i cirkadijanog ritma	Sedacija	
	Kod lošeg apetita i mršavljenja	Pojačan apetit	
<b>Bupropion</b>	Ne uzrokuje sedaciju	Može povećati rizik epileptičkih napadaja kod visokih doza	
<b>Venlafaksin</b>		Hipertenzija	
<b>Trazodon</b>	Zajedno sa SSRI	rijetko se koristi kao primarni terapijski agens	



	kao hipnotik	zbog ograničene učinkovitosti i značajnih nuspojava
<i>Nefazodon</i>		rijetko koristi kao primarni terapijski agens zbog sumnje u hepatotoksičnost

**Tablica 11** – Predstavnicima SSRI: karakteristike u starijoj životnoj dobi

<i>SSRI</i>	<i>Karakteristike</i>	
Fluoksetin – nije lijek prvog izbora kod starijih	Inhibicija mehanizma drugih lijekova	Poticajan
Fluvoksamin		Sedirajući
Paroksetin – nije lijek prvog izbora kod starijih		
Sertralin	Minimalna inhibicija metabolizma preko sustava enzima citokroma	Po sedaciji između gore navedenih
Citalopram	Ne ulaze u interakcije s drugim lijekovima	Po sedaciji između gore navedenih
Ekscitalopram		

**Tablica 12** – Potrebna redukcija doze antidepresiva u starijoj životnoj dobi

	<i>Početna doza kod starijih osoba</i>	<i>Raspon doze kod starijih osoba</i>
Selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina		
Fluoksetin	10 mg/dan	5 - 20 mg/dan
Paroksetin	10 mg/dan	10 - 30 mg/dan
Sertralin	25 mg/dan	12,5 - 50 mg/dan
Escitalopram	5 mg/dan	Do 10 mg/dan
Citalopram	10 mg/dan	Do 20 mg/dan
Fluvoksamin	50 mg/dan	50 - 100 mg/dan
Inhibitori ponovne pohrane serotonina i noradrenalina		
Duloksetin	30 mg/dan	30 - 60 mg/dan
Mirtazepin	15 mg/dan	7,5 - 30 mg uvečer
Venlafaksin	37,5 mg/dan	37,5 - 200 mg/dan
Ostali antidepresivi		
Tianeptin	2 x 12,5 mg	2 x dnevno 12,5 mg
Bupropion	75 mg/dan	2 x dnevno 75-150 mg
Reboksetin	2 mg/dan	3 x 2 mg dnevno

(Štrkalj-Ivezić S, Jukić V, Jakovljević M, et al. Kliničke smjernice za liječenje depresivnog poremećaja. Medix 2013;106 (1 suppl): S2-S19.)

**Tablica 13** – Najučinkovitije vrste psihoterapije u liječenju depresivnog poremećaja u starijoj životnoj dobi

<i>Vrste psihoterapije</i>	<i>Učinkovitost</i>
Kognitivno-bihevioralna terapija	Superiorna akutna učinkovitost, Učinci traju duže od 1 godine (prvi izbor – može i umjesto terapije antidepresivima, prvenstveno se odnosi na kognitivno – bihevioralnu terapiju)
Problem – solving terapija	
Kratka dinamska terapija	Efikasne
Interpersonalna terapija	
	Navedene vrste psihoterapije učinkovite i u kombinaciji s terapijom antidepresivima (po nekim studijama kombinacija najučinkovitija)
Grupna psihoterapija	Ne preporučuju se (ne kao samostalna terapija)
Ostale psihoterapijske metode	
Edukacija i trening vještina	
Komprehenzivni gerijatrijski zdravstveno – evaluacijski programi	
Vježbanje	
Fizička rehabilitacija	
Radna terapija	