

Psihopatologija depresije

Bekavac, Danijela

Master's thesis / Diplomski rad

2023

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:105:248892>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-26**



Repository / Repozitorij:

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



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA

Danijela Bekavac

PSIHOPATOLOGIJA DEPRESIJE

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2023.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA

PSIHOPATOLOGIJA DEPRESIJE
Diplomski rad

Mentor: Prof. dr. sc. Dražen Begić

Studentica: Univ. bacc. med. techn. Danijela Bekavac

Zagreb, lipanj 2023.

Ovaj diplomski rad izrađen je na Medicinskom fakultetu u Zagrebu pod vodstvom prof. dr. sc. Dražena Begića i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2022. /2023.

KRATICE:

ACT – *Acceptance and Commitment Therapy*

ADHD – *Attention deficit hyperactivity disorder*

DMDD – Disruptivni poremećaj regulacije raspoloženja

DSM – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders*

FDA – *Food and Drug Administration*

HZZO – Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje

IMAO – Inhibitori monoaminooksidaze

IPT – Interpersonalna psihoterapija

KBT – Kognitivno-bihevioralna terapija

MBCT – *Mindfulness-Based Cognitive Therapy*

mhGAP – *The Mental Health Gap Action Program*

NaSSA – Sedativni noradrenergički i specifični serotonergički antidepresivi

NRI – Inhibitori ponovne pohrane noradrenalina

PDD – Perzistentni depresivni poremećaj

PMDD – Predmenstrualni disforični poremećaj

PMS – Predmenstrualni sindrom

RSI – *Repetitive Strain Injury*

SAD – Sjedinjene Američke Države

SIPPS – Selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina

STAR-D – Sekvencionirana alternativa liječenja za ublažavanje depresije

SZO – Svjetska zdravstvena organizacija

TCA – Triciklički antidepresivi

SADRŽAJ:

SAŽETAK

SUMMARY

1. UVOD.....	1
2. PROBLEMI I PREDRASUDE PREMA PSIHIČKI OBOLJELIM LJUDIMA.....	3
2.1. Problematika stigmatizacije	3
2.2. Stavovi, uvjerenja i ponašanja ljudi prema psihički oboljelim osobama	4
2.3. Međuovisnost bihevioralne i tjelesne zdravstvene skrbi	6
2.4. Profesionalno zdravstveno okruženje	7
2.5. Stavovi studenata prema psihički oboljelim osobama.....	8
3. PROBLEM DEPRESIJE KAO PSIHIČKE BOLESTI	10
3.1. Povijesni pregled	10
3.2. Klinička slika depresije.....	13
3.3. Oblici depresije	17
3.4. Epidemiologija.....	18
3.5. Etiologija.....	20
4. LIJEČENJE I TERAPIJA KOD DEPRESIJE	24
4.1. Liječenje depresije.....	24
4.2. Psihoterapija.....	27
4.3. Liječnička skrb i suradnja s bolesnikom.....	30
4.4. Primjena lijekova u liječenju.....	31
4.5. Status bolesnika u današnjici	33
5. ZAKLJUČAK.....	37
6. ZAHVALE.....	39
7. LITERATURA.....	40
8. ŽIVOTOPIS	42

SAŽETAK

Psihopatologija depresije

Danijela Bekavac

Depresija je jedna od najčešćih bolesti suvremenog svijeta i za sada nema naznaka da bi se trend porasta depresije mogao zaustaviti. Procjenjuje se da 280 milijuna ljudi globalno boluje od depresije. Osoba koja boluje od depresije duboko pati, sve njezine funkcije su promijenjene, ništa je ne veseli i nerijetko je suicidalna. Ta nas činjenica obvezuje da na području liječenja tih bolesnika budemo maksimalno osposobljeni i u dijagnosticiranju i liječenju. Depresija je najčešći razlog zašto ljudi dolaze psihijatru, iako je percepcija običnog čovjeka da su svi psihički problemi depresija. Ljudi pokazuju tendenciju više negativno nego pozitivno promatraju osobe sa psihičkim bolestima. Postoji nekoliko vrsta depresivnih poremećaja. Klinička depresija ili veliki depresivni poremećaj često se naziva samo „depresija“ i najteža je vrsta depresije. Otprilike 80 do 90 % osoba s depresijom koje traže liječenje na kraju dobro reagiraju na liječenje. Bez liječenja se depresija može pogoršati i trajati dulje. U teškim slučajevima može dovesti do samoozljeđivanja ili samoubojstva. Uključivanje sestrinstva u liječenje depresije može se činiti važnim jer sestrinstvo ima središnju ulogu u pružanju zdravstvene skrbi tamo gdje su oni zdravstveni praktičari koji su obučeni da budu svestrani od kliničke do psihološke skrbi. Kako bi se pronašlo najučinkovitije farmakološko liječenje, često se moraju prilagoditi doze lijekova, isprobati različite kombinacije antidepresiva ili se antidepresivi mijenjati.

KLJUČNE RIJEČI: depresija, sestrinstvo, stigma, psihoterapija.

SUMMARY

Psychopathology of depression

Danijela Bekavac

Depression is one of the most common diseases in the modern world, and for now there are no indications that the trend of increasing depression could be stopped. It is estimated that 280 million people suffer from depression globally. A person suffering from depression suffers deeply, all their functions are changed, nothing makes them happy and they are often suicidal. This fact obliges us to be maximally trained in the field of treatment of these patients, both in diagnosis and treatment. Depression is the most common reason people see a psychiatrist, although the common man's perception is that all mental problems are depression. People show a tendency to view people with mental illnesses more negatively than positively. There are several types of depressive disorders. Clinical depression or major depressive disorder is often just called „depression“ and is the most severe type of depression. Approximately 80% to 90% of people with depression who seek treatment eventually respond well to treatment. Without treatment, depression can get worse and last longer. In severe cases, it can lead to self-harm or death. The involvement of nursing in the treatment of depression may seem important because nursing plays a central role in health care delivery where they are health practitioners who are trained to be versatile from clinical to psychological care. In order to find the most effective pharmaceutical drug treatment, drug doses often need to be adjusted, different combinations of antidepressants must be tried, or antidepressants must be changed.

KEY WORDS: depression, sisterhood, stigma, psychotherapy.

1. UVOD

Depresija je ozbiljno zdravstveno stanje i veliki problem za javno zdravlje. Iako je razvoj depresije vjerojatan zbog kombinacije čimbenika, razumijevanje učinaka, mogućih okidača i liječenja poremećaja, ključno je za promicanje dobrobiti pogođenih pojedinaca.

Također postoji potreba proučavanja tijeka depresivnih poremećaja prisutnih u svijetu kako bi se utvrdila potreba i trajanje nastavka liječenja. Studije bi također trebale procijeniti troškovno učinkovite modele liječenja koji se mogu lako koristiti u okruženju primarne zdravstvene zaštite za učinkovito liječenje depresije.

Depresija je veliki problem na globalnoj razini, pogađajući procijenjenih 3,5% svjetske populacije u 2017., što je otprilike jednako 280 milijuna ljudi. Depresija je multifaktorijalna i u porastu je zbog društvenog pritiska, genetske povezanosti i povećanja upotrebe droga (Zhang. 2017).

Prema procjenama Svjetske zdravstvene organizacije (SZO), depresija će za jedno desetljeće postati druga najčešća bolest po morbiditetu u svijetu, već sada svaka peta žena, a dvanaesti muškarac ima depresiju. Ne samo odrasli, već dva posto školske djece i pet posto tinejdžera također boluju od depresije, a one su uglavnom neidentificirane.

Depresija je najčešći razlog zašto ljudi dolaze psihijatru, iako je percepcija običnog čovjeka da su svi psihički problemi depresija. Ono što se vidi kod većine bolesnika je mit povezan s depresijom. Ljudi još uvijek vjeruju da je to zbog neke slabosti ličnosti, volje ili da se može sam izliječiti ili da će se lijekovi propisivati doživotno i da su samo sedativi. Sve su to mitovi, a uglavnom su ih stvorili iscjelitelji vjerom, nekvalificirani savjetnici, nemedicinski stručnjaci za svoje vlastite interese.

Povećana svijest i pristup psihijatrima glavni je razlog povećanja broja bolesnika, a ne nužno i porast prevalencije. Uz novije lijekove i bolje uvjete, liječenje depresije postalo je lakše, a većina ljudi vrlo dobro reagira na liječenje i vrlo brzo se vraćaju optimalnom funkcioniranju.

Depresivna bolest dolazi u različitim oblicima, baš kao i mnoge druge bolesti.

Teška depresija očituje se kombinacijom simptoma koji ometaju sposobnost rada, spavanja, jedenja i uživanja u nekad ugodnim aktivnostima. Ove onesposobljavajuće epizode depresije mogu se dogoditi jednom, dvaput ili nekoliko puta u životu.

Distimija, lakši tip depresije, uključuje dugotrajne, kronične simptome koji ne onesposobljavaju, ali sprječavaju funkcioniranje ili onemogućuju da se osoba osjeća dobro. Ponekad osobe s distimijom također doživljavaju velike depresivne epizode.

Bipolarni poremećaj (nekadašnja manično-depresivna) ili bipolarna bolest nije ni približno toliko rasprostranjena kao drugi oblici depresivnih bolesti. Uključuje cikluse depresije i hipomanije ili manije. Ponekad su promjene raspoloženja dramatične i brze, ali najčešće su postupne. U depresivnom ciklusu, može se imati bilo koji ili svi ostali simptomi depresivne bolesti. U maničnom ciklusu mogu se javiti bilo koji ili svi simptomi navedeni pod manijom. Manija često utječe na razmišljanje, prosuđivanje i društveno ponašanje na načine koji mogu uzrokovati ozbiljne probleme i neugodnosti.

Depresija je najčešći psihijatrijski poremećaj prijavljen u većini studija u zajednici. Također se navodi kao jedan od najčešćih psihijatrijskih poremećaja u populaciji izvanbolničkih klinika i kod ispitanika koji se vide u različitim medicinskim i kirurškim okruženjima. Također se navodi da je to najčešći psihijatrijski poremećaj kod starijih osoba u različitim okruženjima. Ne iskuse svi koji su depresivni ili manični sve simptome. Neki mogu osjetiti nekoliko simptoma, neki mnogo.

Također, ozbiljnost simptoma može varirati od pojedinca do pojedinca. Ta nas činjenica obvezuje da na području liječenja tih bolesnika budemo maksimalno osposobljeni i u dijagnosticiranju i u liječenju. Da bismo to mogli činiti, nužna je kontinuirana educiranost, jer je razvoj znanosti na tom području vrlo brz. U farmakoterapiji je unatrag posljednjih 10 godina došlo do značajnih promjena i spoznaja, ne samo u otkrivanju novih lijekova, nego i u osnovnim načelima, kao npr. tko će ordinirati antidepresiv, koji antidepresiv će bolesnik uzimati, u kojoj dozi, koliko dugo, koje su mogućnosti konkomitantne terapije i slično.

2. PROBLEMI I PREDRASUDE PREMA PSIHIČKI OBOLJELIM LJUDIMA

Ovo poglavlje definira i obrađuje glavni fokus rada, a to su stavovi i predrasude prema psihički oboljelim osobama. Kroz poglavlje se opisuje problem stigmatizacije psihički bolesnih ljudi. Nadalje, problematiziraju se stavovi, uvjerenja te ponašanja ljudi u društvu prema psihičkim bolesnicima. Također u ovom poglavlju se definira ovisnost bihevioralne, tjelesne zdravstvene skrbi te profesionalno okruženje te stavovi studenata prema psihički oboljelim osobama.

2.1. Problematika stigmatizacije

Dok većina zdravstvenih djelatnika ulazi u područje zdravstvene skrbi s dobrim namjerama, također je istina da oni podržavaju stereotipe i diskriminiraju osobe sa psihičkim bolestima i problemima zlorporabe tvari.

Više od polovice osoba sa psihičkim bolestima ne dobiva pomoć za svoje poremećaje. Ljudi često izbjegavaju ili odgađaju traženje liječenja zbog zabrinutosti da će se prema njima drugačije postupati ili zbog straha od gubitka posla i sredstava za život. To je zato što su stigma, predrasude i diskriminacija prema osobama sa psihičkim bolestima još uvijek velik problem.

Stigma, predrasude i diskriminacija prema osobama s duševnim bolestima mogu biti suptilne ili očite – ali bez obzira na veličinu, mogu dovesti do štete. Osobe s duševnim bolestima su marginalizirane i diskriminirane na različite načine, ali razumijevanje kako to izgleda i kako to riješiti i iskorijeniti, može pomoći.

Stigma često dolazi od nedostatka razumijevanja ili straha. Netočne ili pogrešne medijske reprezentacije psihičkih bolesti pridonose obim tim čimbenicima. Pregled studija o stigmati pokazuje da dok javnost može prihvatiti medicinsku ili genetsku prirodu poremećaja mentalnog zdravlja i potrebu za liječenjem, mnogi ljudi još uvijek imaju negativno mišljenje o osobama sa psihičkim bolestima (Ross i Goldner, 2009).

Doista, osobe sa psihičkim bolestima i njihove obitelji često prijavljuju stigmatu i diskriminaciju u svojim interakcijama unutar zdravstvenog sustava. Stručnjaci za mentalno zdravlje, svjesni stigme u zajednici, bili su na čelu javnih programa smanjenja stigme (Hinshaw i Cicchetti, 2000).

Međutim, dokazi o negativnim stavovima i ponašanju prema osobama sa psihičkim bolestima

među zdravstvenim radnicima pokazuju potrebu za provedbom strategija za smanjenje stigme u području zdravstvene skrbi. Ovo poglavlje sažima trenutno znanje o tome kako se stigma očituje u zdravstvenim ustanovama i kako utječe na živote ljudi sa psihičkim bolestima i problemima zlouporabe sredstava ovisnosti.

2.2. Stavovi, uvjerenja i ponašanja ljudi prema psihički oboljelim osobama

Postojeća istraživanja o stavovima ljudi prema osobama sa psihičkim bolestima i problemima ovisnosti otkrivaju suprotne trendove, pri čemu većina studija ukazuje na pozitivne i negativne stavove. Ankete pokazuju da ljudi podržavaju krivnju, opasnost i nepredvidljivost. Medicinske sestre i osoblje hitne pomoći izvještavaju o osjećaju straha pri liječenju ove populacije (Crisp i sur., 2005).

Stav je organizirana predispozicija za mišljenje, osjećanje, opažanje i ponašanje na određeni način u prisutnosti referenta ili kognitivnog objekta, kao stalna struktura uvjerenja koja utječu na nekoga da se ponaša na selektivan način suočen s referentima u stavovima, u ovom slučaju prema osobama pogođenim mentalnim bolestima (Salve i sur., 2013).

U kombinaciji s tim, način na koji su percepcija, uvjerenja, mišljenja i stavovi prema ovim ljudima u velikoj mjeri su određeni obrascima društvenih skupina stanovništva. Ovi obrasci su oblikovani procesom socijalizacije, uspostavljanjem odnosa koji promiču ili kočte stvaranje vrijednosti, percepcija i određenih koncepata, što odgovara negativnim vrijednostima koje dovode do stigmatizacije, diskriminacije i uspostavljanja negativnih stavova prema određenim ljudima ili društvenoj skupini, uključujući one koji su pogođeni nekom mentalnom patologijom.

Dakle, stav i ponašanje prema osobama oboljelima od mentalne bolesti izražavaju se kroz prezir, predrasude i diskriminaciju. Dokazi pokazuju da su osobe pogođene mentalnim bolestima jedna od najosjetljivijih populacija, budući da se često suočavaju s diskriminirajućim stavovima opće populacije i zdravstvenih djelatnika, što nastoji ograničiti njihova prava i stvoriti nejednakost u pristupu, liječenju i zdravstvenim rezultatima.

Kao posljedica ovih predrasuda, diskriminirajućih postupaka i stavova prema osobama sa psihijatrijskim poremećajima, ljudi često imaju nisko samopoštovanje i nižu kvalitetu života, štoviše nisku adherenciju na liječenje i značajno smanjenje društvenih mreža (Corrigan i sur., 2013).

Također je primijećeno da ti ljudi obično ne mogu pristupiti standardiziranom poslu ili obrazovanju, a osim toga imaju teškoće u uspostavljanju prijateljske ili emocionalne veze. Stoga, postaje teško postići punu društvenu uključenost pojedinaca s nekim psihičkim poremećajem, uz teškoće traženja i održavanja zaposlenja, nemogućnosti nastavka ili završetka studija, postizanje tehničkih ili profesionalnih ciljeva, posjedovanje odgovarajućeg stambenog prostora u kombinaciji s nedostatkom socijalne podrške, niskim samopoštovanjem i povećanim rizikom od samoubojstva (Yang i sur., 2013).

Ovi negativni stavovi uočeni su čak i kod stručnjaka za mentalno zdravlje poput liječnika, psihijatar, psihologa i medicinskih sestara. S tim u vezi, istraživanje pokazuje da više od 40 % osoba pogođenih mentalnim poremećajem barem u jednoj prilici ističe nepravedno postupanje u zdravstvenim službama, što negativno utječe na kvalitetu skrbi koju pruža medicinski tim bolesnicima oboljelima od bilo koje bolesti iz spektra mentalnog zdravlja (Henderson i sur., 2013).

Ljudi pokazuju tendenciju više negativno nego pozitivno promatrati osobe sa psihičkim bolestima, karakterizirajući ih, na primjer, kao manipulativne i s nedostatkom snage volje, ili uznemirujućim, neučinkovitim i teškim za komunikaciju. Zdravstveni djelatnici općenito, također, će vjerojatno podržati socijalnu distancu prema tim osobama podjednako onima u općoj populaciji.

Pozitivna strana je da su studije pokazale kako stručnjaci za mentalno zdravlje promiču intervencije u zajednici umjesto institucija i podupiru građanska prava. Među stručnjacima za mentalno zdravlje uglavnom postoje pozitivni stavovi o učinkovitosti liječenja.

Međutim, osobe sa psihičkim bolestima prijavljuju nezadovoljstvo mogućnostima liječenja (npr. lijekovi umjesto psihoterapije) i često vidljivim i opasnim nuspojavama lijekova. Psihijatri bi, također mogli imati slične brige o lijekovima jer je jedno istraživanje pokazalo da bi oni sami oklijevali koristiti antipsihotike (Ross i Goldner, 2009).

Iako se smatra da je liječenje korisno, čini se da su stručnjaci u cjelini pesimistični u pogledu oporavka, pri čemu ih čak polovica ne podupire oporavak kao ishod ozbiljne mentalne bolesti.

Usporedbom stavova o oporavku kod različitih poremećaja pokazalo se da su zdravstveni radnici bili pesimističniji u pogledu oporavka i dugoročnih ishoda za osobe sa shizofrenijom nego za osobe sa depresijom (Hugo, 2001).

Posebno su štetni stavovi ljudi prema osobama s poremećajem ličnosti, ovisnicima o drogama

i osobama koje se samoozljeđuju. Osobe s graničnim poremećajem ličnosti često se smatraju manipulativnima, dosadnima i teškima zbog čega neki stručnjaci za mentalno zdravlje isključuju ove populacije od liječenja.

Osobe koje su se samoozljeđivale izvijestile su da su ih stručnjaci hitne pomoći kaznili, a medicinske sestre su ih oštro osudile. Medicinske sestre i osoblje hitne pomoći skloni su negodovati zbog preusmjerenja skrbi na osobe koje se samoozljeđuju, podržavajući stavove ljutnje i neprijateljstva prema istima (Crisp i sur., 2005).

Utvrđeno je da su osobe s problemima ovisnosti stigmatizirane više od osoba s drugim psihičkim poremećajima, s izrazito višom stigmom usmjerenom na one s ovisnosti o drogama.

Nekoliko studija uspoređivalo je stavove različitih zdravstvenih djelatnika. Nalazi sugeriraju da su psihijatri pesimističniji u pogledu psihičkih bolesti u usporedbi s liječnicima opće prakse, kliničkim psiholozima i medicinskim sestrama (Crisp i sur., 2005).

Međutim, korisnici usluga prijavljuju veću stigmom u interakciji s općim zdravstvenim radnicima nego stručnjacima za mentalno zdravlje.

2.3. Međuovisnost bihevioralne i tjelesne zdravstvene skrbi

Važni aspekti koji se odnose na razumijevanje diskriminacije u općim zdravstvenim ustanovama za osobe sa psihičkim bolestima su (Caldwell i Jorm, 2001):

- zdravstvene razlike s kojima se suočava ova skupina i
- njihove interakcije sa zdravstvenim radnicima.

Višestruki čimbenici životnog stila pridonose tim razlikama, ali istraživanje sugerira da bi stigmatizirajući stavovi koje imaju pružatelji usluga primarne zdravstvene zaštite također mogli biti čimbenik.

Pružatelji primarne zdravstvene zaštite često ne nude rutinske usluge ili se ne pridržavaju standarda prakse.

U usporedbi s osobama bez psihičkih bolesti, istraživanja pokazuju da je manje vjerojatno da će osobe sa psihičkim bolestima biti upućene na medicinske preglede, rutinske postupke kao što je kateterizacija srca, upućivanje specijalistima ili ponovno izdavanje recepata. Međuljudski i organizacijski aspekti medicinske skrbi također mogu pridonijeti gore opisanim razlikama.

Dijagnostičko zasjenjenje primijenjeno je na situacije u kojima medicinski stručnjaci ne vjeruju ili ne reagiraju na izvješća o fizičkim simptomima, pripisujući ih prije prezentaciji mentalne bolesti osobe. Takvo ponašanje stručnjaka za tjelesno i mentalno zdravlje može odgoditi skrb, što dovodi do ozbiljnijih zdravstvenih problema i viših stopa smrtnosti (Hugo, 2001).

Na primjer, medicinske sestre u općoj zdravstvenoj skrbi izvještavaju o pružanju njege na način orijentiran na zadatak, brinući se o psihijatrijskim potrebama samo ako im je to vrijeme dopušta ili kada su sve ostale potrebe zadovoljene.

Primjer načina na koji organizacijske politike mogu doprinijeti je primjer frustracije osoblja hitne pomoći koje je izvijestilo o niskom prioritetu koji se pridaje hitnim psihijatrijskim stanjima kao politici u nekim centrima za hitnu pomoć.

2.4. Profesionalno zdravstveno okruženje

Aspekti profesionalnog zdravstvenog radnog mjesta također mogu pridonijeti održavanju stereotipa i ometanju kvalitetne skrbi. Uzmimo za primjer učinak kontakta s osobama sa psihičkim bolestima u zdravstvenim ustanovama. Postoje čvrsti dokazi da je kontakt s marginaliziranom skupinom učinkovito sredstvo za smanjenje stigme.

Priroda kontakta u zdravstvenim okruženjima stavlja praktičare u redovit kontakt s osobama s teškim i kroničnim simptomima koji mogu imati paradoksalan učinak koji zapravo održava stereotipne pretpostavke. Nadalje, teorija kontakta navodi četiri uvjeta za optimalan kontakt - ravnopravni grupni status, zajednički ciljevi, međugrupna

suradnja i podrška autoriteta. Ovo je stanje obično narušeno inherentnom neravnotežom koja često postoji između zdravstvenih radnika i korisnika zdravstvene skrbi, što može smanjiti pozitivne učinke kontakta (Hugo, 2001).

Međutim, čini se da se negativni učinak kontakta među nekim zdravstvenim radnicima smanjuje s povećanjem iskustva i dobi. Iskustvo i dob također su povezani sa smanjenim izgaranjem. Sagorijevanje, rezultat kroničnog stresa na poslu, karakterizirano je iscrpljenošću, osjećajem neučinkovitosti te odvojenošću i cinizmom prema poslu. Sagorijevanje je povezano s negativnim stavovima i smanjenom kvalitetom skrbi stručnjaka za mentalno zdravlje.

Opisano je nekoliko aspekata radnog okruženja koji ograničavaju pružanje odgovarajuće skrbi i na kraju dovode do sagorijevanja, uključujući nepodržavajuće okruženje, ograničene resurse i stigmatu usmjerenu na stručnjake za mentalno zdravlje. Zdravstveni djelatnici navode da ove negativne karakteristike utječu na kvalitetu skrbi koju pružaju (Caldwell i Jorm, 2001).

Na primjer, medicinske sestre su izvijestile da je nedostatak sredstava i infrastrukture ugrozio njihovu sigurnost, što je pogoršalo strah od skrbi za osobe sa psihičkim bolestima i rezultiralo odgađanjem ili izbjegavanjem skrbi.

Nasuprot tome, pokazalo se da stručnjaci za zlouporabu tvari s više organizacijske podrške, nadzora i konzultacija sa stručnjacima imaju pozitivnije stavove prema osobama s problemima ovisnosti. Stigma se također može proširiti na pružatelje usluga mentalnog zdravlja, a to može pogoršati javnu stigmatu, kao i utjecati na stavove prema traženju skrbi.

2.5. Stavovi studenata prema psihički oboljelim osobama

Međunarodne studije provedene na studentima medicine pokazuju da njihov stav ima negativne aspekte prema socijalnom tretmanu i vraćanju osoba pogođenih mentalnim bolestima u usporedbi sa studentima sestinstva (Poreddi i sur., 2014).

U vezi s tim, uočeno je da postoji veća stopa tolerancije, dobronamjernosti i optimizma kod studenata medicine mlađih od 20 godina, koja se smanjuje s godinama. Analizirajući razlike u odnosu prema osobama s mentalnim poremećajima, uočeno je

da studenti medicine utvrđuju kategorije bolesnika, pokazujući manje empatije prema oboljelima od psihijatrijske bolesti u odnosu na druge bolesnike.

Ipak, studije otkrivaju da studenti koji su bili upoznati s osobama s mentalnim poremećajima imaju manje restriktivne stavove i dobronamjernije stavove prema ovoj populaciji. S druge strane, kada postoji obuka u stjecanju znanja i uvjerenja koja poboljšavaju prepoznavanje, prevenciju i djelovanje na mentalne bolesti, stvara se smanjenje ovih diskriminirajućih stavova prema osobama s mentalnim poremećajima, što je pak povezano s manjim jazom u liječenju i boljoj kvaliteti života bolesnika i njihovih obitelji (Lam i sur., 2010).

Na sličan način, primijećeno je kod zdravstvenih radnika da se pozitivan stav pojačava kada postoji iskustvo u psihijatrijskim službama dulje od mjesec dana. Također, manje restriktivni stavovi i povećanje dobronamjernih stavova pojavljuju se kada su veza i kontakt s bolesnicima pogođenim mentalnom patologijom uspostavljeni, osobito kod onih koji imaju člana obitelji ili bliskog prijatelja s ovom dijagnozom, što ukazuje na sinergijski odnos kada postoji veća blizina ovoj populaciji (Corrigan, 2016).

Kao što se može vidjeti, dokazi pokazuju da studenti medicine imaju nekoliko stavova prema osobama pogođenim mentalnom bolešću, što izravno utječe na kvalitetu brige i pažnje koja se pruža bolesnicima pogođenim ovim patologijama.

Ovo je od velike važnosti, jer ti stavovi stvaraju izravne posljedice na mentalno zdravlje pogođenih ljudi, što može dovesti do ozbiljnih posljedica poput samoubojstva. Stoga je važno rano upoznati uvjerenja i stavove studenata medicine prema tim korisnicima te na taj način prepoznati moguće negativne percepcije i poduzeti mjere kako bi se smanjila stigmatizacija u ovoj skupini i njezine posljedice u populaciji korisnika zdravstvenih usluga.

3. PROBLEM DEPRESIJE KAO PSIHIČKE BOLESTI

3.1. Povijesni pregled

Najraniji tekstovi u kojima je melankolija zabilježena potječu iz 2000. g. pr. Kr. iz Mezopotamije. U to su se vrijeme sve psihičke bolesti pripisivale demonskim opsjedanjima, a njima su se bavili svećenici. S druge strane, odvojena skupina „liječnika“ liječila je fizičke bolesti. Dakle, prvo povijesno razumijevanje depresije sastojalo se u tome da se na nju gledalo kao na duhovnu ili mentalnu, a ne fizičku bolest (Holmes, 2006).

Stari su Grci i Rimljani bili podijeljeni u svojim razmišljanjima o uzrocima melankolije, ali i tada se u literaturi moglo pročitati da ju uzrokuju duhovi ili demoni. U 5. st. Herodot piše o kralju kojeg su izluđivali zli duhovi.

Babilonci, Kinezi i Egipćani također su na mentalne bolesti gledali kao na neki oblik demonskih opsjedanja, a kao metodu liječenja koristili su različite načine od liječenja biljem do akupunkture. Za razliku od njih, rani grčki i rimski liječnici smatrali su depresiju i biološkom i psihološkom bolešću. U liječenju su koristili tjelovježbu, masaže, posebnu prehranu, glazbu i kupke, kao i pripravke od ekstrakata maka i mlijeka magarca.

Hipokrat, grčki liječnik, predlaže teoriju prema kojoj su osobine ličnosti i mentalne bolesti povezane s uravnoteženim ili neuravnoteženim tjelesnim tekućinama. U tijelu su bile prisutne 4 tekućine: žuta žuč, crna žuč, sluz i krv. Hipokrat je smatrao da depresiju uzrokuje previše crne žuči, a u liječenju se koristio raznim metodama: uklanjanjem krvi iz tijela (*bloodletting*), kupkama, tjelovježbom, posebnom prehranom (Holmes, 2006).

Tijekom posljednjih godina prije Krista, Hipokratov je utjecaj opao, a prevladao je pogled na mentalne bolesti kao na stanja koja uzrokuju demoni i gnjev bogova.

S druge strane, Ciceron daje mentalno objašnjenje umjesto fizičkog – smatrao je da melankoliju uzrokuje nasilni bijes, strah i tuga. Tijekom srednjeg vijeka, religijska vjerovanja dominirala su u objašnjenjima mentalnih bolesti. Većina ljudi smatrala je da su mentalno bolesni ljudi bili opsjednuti vragom, demonima ili vješticama, te da su svoju bolest mogli prenijeti i drugima.

U renesansi su lov na vještice i smaknuća mentalno bolesnih u Europi bili uobičajeni za jedan dio liječnika. Ali, postojala je i druga skupina liječnika koja se vratila Hipokratovim načelima i koja je na vještice gledala kao na zaista mentalno bolesne osobe kojima je potrebna liječnička pomoć.

Izraz depresija izveden je iz latinskog glagola *deprimere* (pritisnuti). Od 14. stoljeća, „deprimirati“ je značilo podčiniti ili srušiti duhove. Upotrijebljen je 1665. godine u *Chronicle* engleskog pisca Richarda Bakera za označavanje nekoga tko ima „veliku depresiju duha“, a engleski autor Samuel Johnson u sličnom smislu 1753. godine.

U staroj Grčkoj smatralo se da je bolest posljedica neravnoteže u četiri osnovne tjelesne tekućine ili humora. Slično se mislilo da su tipovi ličnosti određeni dominantnim humorom u određenoj osobi. Izvedena iz starogrčkog *melas* (crno), i *kholé* (žuč), melankoliju je Hipokrat opisao kao posebnu bolest s posebnim mentalnim i fizičkim simptomima u svojim Aforizmima, gdje je opisao sve „strahove i malodušnosti, ako traju dugo“ kao simptome bolesti (Leahy, 2014).

Galen je revidirao drevnu „humoralnu teoriju“ ludila kombinirajući Hipokratove ideje o četiri humora s Pitagorijskom teorijom o četiri elementa, te vlastitom koncepcijom duha (pneuma), u čvrsto organiziran sustav temeljen na Aristotelovskoj logici. Ipak, bez obzira na nagađanja, priznao je da „simptomi prate bolest kao sjena tvar“ i odvojio melankoliju, bolest, (melankoliju crne žuči), od melankoličnog temperamenta (melankoliju žute žuči). Također je podijelio melankoliju na opću melankoliju, moždanu melankoliju i hipohondrijsku melankoliju. Više od 1000 godina kroz srednji vijek, i duboko u renesansu, Galenov konceptualni okvir dominirao je razumijevanjem melankolije (Crocq, 2015).

Galenova razlika između melankolije crne žuči i melankolije žute žuči bila je dalje razrađena u 6. stoljeću od strane Alexandera iz Trallesa, koji je karakterizirao pacijente s crnom žučnom melankolijom, kao tužne i uplašene, i sa žutom žučnom melankolijom, kao ljute i uznemirene.

Galenova trihotomija melankolije usvojena je u klasifikaciju ludila koju je predložio Pavao iz EGINE u 7. stoljeću, od Jeana Fernela u 16., i konačno od Roberta Burtona u 17. stoljeću. Burton je u svojoj Anatomiji melankolije podijelio melankoliju na melankoliju glave, melankoliju tijela, hipohondrijsku ili vjetrovita melankolija.

Sydenhamovo pomicanje naglaska sa simptoma na bolest u 17. stoljeću otvorio put novoj eri u razumijevanju i klasifikaciji ludila.

Francois Boissier de Sauvages, jedan od Sydenhamovih sljedbenika, prvi se prihvatio zadatka klasificiranja bolesti, uključujući i ludila (Crocq, 2015).

Tijekom 18. stoljeća humoralnu teoriju melankolije sve su više dovodila u pitanje mehanička i fizička objašnjenja; reference na mračna i tmurna stanja ustupile su mjesto idejama o usporenoj cirkulaciji i iscrpljenoj energiji. Njemački liječnik Johann Christian Heinroth, međutim, tvrdio je da je melankolija poremećaj duše zbog moralnog sukoba unutar bolesnika.

U 20. stoljeću njemački psihijatar Emil Kraepelin razlikovao je maničnu depresiju. Utjecajni sustav koji je predložio Kraepelin objedinio je gotovo sve vrste poremećaja raspoloženja u manično-depresivnu psihozu. Kraepelin je radio polazeći od pretpostavke temeljne patologije mozga, ali je također promicao razliku između endogenih (unutarnji uzrok) i egzogenih (vanjski uzrokovanih) tipova (Holmes, 2006).

Predložene su i druge psihološke teorije. Egzistencijalne i humanističke teorije predstavljale su snažnu afirmaciju individualizma. Austrijski egzistencijalni psihijatar Viktor Frankl povezo je depresiju s osjećajem uzaludnosti i besmisla. Franklova logoterapija bavila se popunjavanjem „egzistencijalnog vakuuma“ povezanog s takvim osjećajima, a koja bi mogla biti osobito korisna za depresivne adolescente.

Istraživači su postavili teoriju da je depresija uzrokovana kemijskom neravnotežom neurotransmitora u mozgu, teorija koja se temelji na opažanjima iz 1950-ih o učincima rezerpina i izonijazida u mijenjanju razina monoaminskih neurotransmitera i utjecaju na simptome depresije.

Tijekom 1960-ih i 70-ih godina, manična depresija počela se odnositi na samo jedan tip poremećaja raspoloženja (sada najčešće poznat kao bipolarni poremećaj) koji se razlikovao od (unipolarne) depresije. Pojmove unipolarni i bipolarni skovao je njemački psihijatar Karl Kleist.

U srpnju 2022. britanska psihijatrica Joanna Moncrieff, psihijatar Mark Horowitz i drugi predložili su u studiji o akademskom časopisu *Molecular Psychiatry* da depresija nije uzrokovana neravnotežom serotonina u ljudskom tijelu, za razliku od onoga na što većina psihijatrijske zajednice ukazuje, te da stoga antidepresivi ne djeluju protiv bolesti (Moncrieff i sur., 2022).

Međutim, takva je studija naišla na kritike nekih psihijatara, koji su tvrdili da je metodologija studije koristila neizravni trag serotonina, umjesto izravnih mjerenja molekule. Moncrieff je rekla da, unatoč zaključcima njezine studije, nitko ne bi trebao prekinuti liječenje ako uzima bilo koji antidepresiv.

3.2. Klinička slika depresije

Depresija se sada konceptualizira kao sustavna bolest zbog neurobioloških mehanizama koji objašnjavaju kako ona sama utječe na druga zdravstvena stanja. Provedena su značajna istraživanja kako bi se objasnili mehanizmi kojima depresija povećava rizik od razvoja novih bolesti i komplicira već utvrđenu medicinsku bolest. Depresija utječe na različite biološke procese poput upale, neuroendokrine regulacije, aktivnosti trombocita, aktivnosti autonomnog živčanog sustava i skeletne homeostaze (Hautzinger, 2019).

Depresija može utjecati na emocije, um i tijelo. Simptomi depresije uključuju (Hautzinger, 2019):

- Osjećaji beznađa ili zabrinutosti
- Neuživanje u stvarima koje su prije pružale radost
- Osoba se lako iritira ili frustrira
- Previše ili premalo uzimanje hrane
- Promjene u trajanju spavanja
- Otežana koncentracija ili prisjećanje stvari
- Doživljavanje fizičkih problema poput glavobolje, boli u trbuhu ili seksualne disfunkcije
- Razmišljanje o samopovređivanju ili samoubojstvu.

Veliki depresivni poremećaj jedan je od vodećih uzroka invaliditeta u svijetu. Prema SZO-u, postati će drugi vodeći uzrok izgubljenih godina života pogođenih invalidnosti do 2026. godine.

Vjeruje se da depresija povećava rizik, ubrzava napredovanje i nagovještava slabiji odgovor na liječenje raznih medicinskih poremećaja, uključujući kardiovaskularne bolesti, moždani udar, tumore, bubrežne bolesti i dijabetes.

Različiti procesi kao što su upale, neuroendokrina disregulacija, izmijenjena aktivnost trombocita, promjene u aktivnosti autonomnog živčanog sustava i smanjena gustoća kostiju mogu igrati ulogu u kompliciranju prognoze velike depresije, posebno u okruženju komorbiditetnih medicinskih bolesti (Hautzinger, 2019).

Svatko se s vremena na vrijeme može osjećati tužno ili potišteno. Međutim, klinička depresija ima intenzivnije simptome koji traju dva tjedna ili dulje.

Depresija je mentalno stanje lošeg raspoloženja i averzije prema aktivnostima. Pogađa više od 280 milijuna ljudi svih dobi (oko 3,5 % svjetske populacije). Depresija utječe na misli, ponašanje, osjećaje i osjećaj blagostanja osobe.

Depresivni ljudi često doživljavaju gubitak motivacije ili interesa, ili smanjeni užitak ili radost zbog iskustava koja bi im inače donijela zadovoljstvo ili radost. Depresivno raspoloženje je simptom nekih poremećaja raspoloženja kao što su veliki depresivni poremećaj i distimija, ali i normalna privremena reakcija na životne događaje, kao što je gubitak voljene osobe, a također je i simptom nekih fizičkih bolesti i nuspojava nekih lijekova i medicinskih tretmana.

Može uključivati tugu, teškoće u razmišljanju i koncentraciji te značajno smanjenje ili povećanje apetita i vremena provedenog u spavanju. Ljudi koji pate od depresije mogu imati osjećaj potištenosti ili beznađa i mogu imati suicidalne misli. Ti simptomi mogu biti kratkoročni ili dugoročni.

Premda neki simptomi depresije mogu biti vrlo uočljivi (iritabilnost, tužan izgled lica, socijalno povlačenje, gubitak apetita i problem sa spavanjem, agresivni ispadi i sl.), oni rijetko zaista budu prepoznati kao znak depresije. To je posebno slučaj kad su u pitanju djeca. Još i danas broj neidentificirane depresivne djece značajno je manji, nego broj onih koji će biti pogrešno dijagnosticirani ili pak uopće neće biti prepoznati kao djeca s problemima. Za takvu situaciju postoji nekoliko razloga (Holmes, 2006):

- Djeca i adolescenti nisu uvijek sposobni dati do znanja odraslima kako se osjećaju
- Odrasli koji se brinu o djetetu nisu uvijek sposobni prepoznati depresivnost na temelju ponašanja djeteta i adolescenata

- Simptomi depresivnosti imaju drugačije pojavne oblike kod djece nego kod odraslih
- Poremećajima raspoloženja često su pridruženi drugi psihijatrijski poremećaji koji mogu otežati ili maskirati depresivne simptome
- Depresivnost ne nastaje u vakuumu: proces razvoja depresivnosti odvija se kroz međudnos dobno različito strukturiranih bioloških, psiholoških i socijalnih sistema.

Svijet ne posvećuje dovoljno pažnje zdravlju adolescenata, tvrdi dr. Flavia Bustreo, osoba u SZO-u zadužena za Obitelj i zdravlje žena i djece. Smatra da se smrt i patnja tijekom života mogu izbjeći ako adolescenti s mentalnim problemima dobiju potrebnu pomoć. Istraživanje mentalnog zdravlja na svjetskoj razini koje je provela SZO pokazalo je da je polovica ljudi koje su pogodile mentalne bolesti, uključujući depresiju, prve simptome iskusila u 14. godini života.

U zemljama visokog standarda, manje od polovice oboljelih adolescenata potraži pomoć. Prema časopisu *Psychology today*, današnje stanje u Sjedinjenim Američkim državama (SAD) pokazuje da srednjoškolci i studenti imaju 5-8 puta veću mogućnost oboljenja od depresije nego što su ju imali adolescenti prije 50-60 godina. Stopa adolescenata oboljelih od depresije u porastu je iz nekoliko razloga (Leahy, 2014).

S jedne strane, veliku ulogu igra izloženost stresu i nedaćama u djetinjstvu koji u velikoj mjeri utječu na razvoj djece tijekom vremena, te ona mogu postati osjetljivija i tjeskobnija. S druge strane, uloga roditelja i medija je također važna. Mediji su s vremenom došli pod povećalo uslijed sveprožimajuće zabavne industrije.

Studija provedena od strane *National Institute of Health* došla je do spoznaje da „savršen“ izgled i „idealni život“ koji mediji propagiraju stvaraju nerealna očekivanja kod adolescenata narušavajući njihov „normalan razvoj identiteta“ i vode u konačnici do depresije.

Također, navode nas na pomisao da je svijet gori nego što stvarno jest. Traume iz djetinjstva, članovi obitelji koji su patili od depresije ili tjeskobe, kronične bolesti su faktori koji pogoduju razvoju bolesti.

Narativni pristup ukorijenio se posljednjih godina u društvenim znanostima. On prepoznaje osobne, društvene, kulturne i povijesne događaje kao važne ljudske pojave. Ističe da, ako želimo razumjeti bol, moramo razumjeti „subjektivni izvještaj“

bolesnika, a taj je izvještaj priča. Naša je priča naše subjektivno iskustvo, društveno i povijesno konstruirano (Holmes, 2006).

U trenutku kad bolesnici, unatoč raznim metodama liječenja, i dalje nesnosno pate, nastupa depresija, tjeskoba, ljutnja, zatvaranje unutar nevidljive zamke, društvena izolacija. Tek tada shvaćaju da njihova bol ne odgovara kategoriji u koju su je smjestili. Bol se odbija povući, a životi bolesnika dolaze do zastoja.

Tugu predstavlja sukob između želje da se prijašnji život ostavi u prošlosti i želje za pridržavanjem onoga što se izgubilo. To ne znači da se osoba namjerno drži boli. Radi se samo o tome da nema boli bez svijesti. Razmišljanje o boli samo kao o fizičkoj, rezultiralo je porastom emocionalne boli (Mihaljević-Peleš i sur., 2020).

Unatoč tvrdnjama biopsihosocijalne i holističke paradigme, emocionalni i funkcionalni poremećaji manje su važni od „pravih“ – onih u kojima se na ozlijeđeno tijelo gleda kao na pokvareni stroj.

Odraž je to tipične dihotomije tijela i duha zastupljene u zapadnoj medicini. Na prijedloge da je njihova bol psihološka, bolesnici su snažno reagirali jer je to podrazumijevalo nedostatak zdravog razuma. Za bolesnike, kao i kulturu u cjelini, naglašavanje boli kao psihološke označava izmišljenu bol.

Tablica 1. Tablični prikaz simptoma depresije (Holmes, 2006):

Fizički	Psihički
Promjene apetita	Osjećaj usamljenosti, nepripadnosti
Promjene u radu crijeva	Osjećaj sitosti, neodlučnost, zaokupljenost fizičkim simptomima, ravnodušnost
Opći izgled koji izgleda tužno i jadno ili zapušteno	Gubitak interesa i redukcija sudjelovanja u svakodnevnom životu
Seksualna disfunkcija	Usporen i monoton govor
Poremećaj sna	Negativan razgovor
Ostali: suhoća usta, zatvor, palpitacije, glavobolja, vrtoglavica	Loša koncentracija, preokupacija morbidnim mislima (smrt ili samoubojstvo)

3.3. Oblici depresije

Dijagnostički statistički priručnik za mentalne poremećaje Američke psihijatrijske udruge, peto izdanje (DSM-5) klasificira depresivne poremećaje na sljedeći način (Holmes, 2006):

- Klinička depresija (veliki depresivni poremećaj): dijagnoza velikog depresivnog poremećaja znači da se osoba osjećala tužno, potišteno ili bezvrijedno većinu dana tijekom najmanje dva tjedna, a istovremeno ima druge simptome kao što su problemi sa spavanjem, gubitak interesa za aktivnosti ili promjena apetita. Ovo je najteži oblik depresije i jedan od najčešćih oblika.
- Perzistentni depresivni poremećaj (PDD): perzistentni depresivni poremećaj je blaga ili umjerena depresija koja traje najmanje dvije godine. Simptomi su manje ozbiljni od velikog depresivnog poremećaja. Pružatelji zdravstvenih usluga nazivali su PDD distimijom.
- Disruptivni poremećaj regulacije raspoloženja (DMDD): DMDD uzrokuje kroničnu, intenzivnu razdražljivost i česte ispade bijesa kod djece. Simptomi obično počinju u dobi od 10 godina.
- Predmenstrualni disforični poremećaj (PMDD): uz PMDD, simptomi predmenstrualnog sindroma (PMS) sa simptomima raspoloženja, kao što su ekstremna razdražljivost, tjeskoba ili depresija. Ovi se simptomi povlače nekoliko dana nakon početka menstruacije, ali mogu biti dovoljno jaki da ometaju život.
- Depresivni poremećaj uzrokovan drugim zdravstvenim stanjem: mnoga medicinska stanja mogu izazvati promjene u tijelu koje uzrokuju depresiju. Primjeri uključuju hipotireozu, bolesti srca, Parkinsonovu bolest i rak. Ako se može liječiti osnovno stanje, depresija se također obično poboljšava.

Postoje i specifični oblici velikog depresivnog poremećaja, uključujući (Holmes, 2006):

- Sezonski afektivni poremećaj (sezonska depresija): ovo je oblik velikog depresivnog poremećaja koji se obično javlja tijekom jeseni i zime, a nestaje tijekom proljeća i ljeta.
- Prenatalna depresija i postporođajna depresija: prenatalna depresija je depresija koja se javlja tijekom trudnoće. Postpartalna depresija je depresija

koja se razvije unutar četiri tjedna nakon poroda. DSM ih naziva „veliki depresivni poremećaj s peripartalnim početkom“.

- Atipična depresija: simptomi ovog stanja, također poznatog kao veliki depresivni poremećaj s atipičnim karakteristikama, malo se razlikuju od „tipične“ depresije. Glavna razlika je privremeno poboljšanje raspoloženja kao odgovor na pozitivne događaje (reaktivnost raspoloženja). Ostali ključni simptomi uključuju povećani apetit i osjetljivost na odbacivanje.

Osobe s bipolarnim poremećajem također doživljavaju epizode depresije uz manične ili hipomanične epizode.

3.4. Epidemiologija

Epidemiologija depresije proučavana je diljem svijeta. Depresija je glavni uzrok morbiditeta u cijelom svijetu. Procjene prevalencije tijekom života uvelike variraju, od 3 % u Japanu do 17 % u Indiji. Epidemiološki podaci pokazuju više stope depresije na Bliskom istoku, sjevernoj Africi, južnoj Aziji i SAD-u nego u drugim regijama i zemljama. Među 10 zemalja koje su proučavane, broj ljudi koji bi tijekom života iskusili depresiju je u rasponu od 8-12 % u većini njih (SZO, 2022).

U Sjevernoj Americi, vjerojatnost da će imati veliku depresivnu epizodu u bilo kojem razdoblju od godine dana je 3-5 % za muškarce i 8-10 % za žene (SZO, 2022).

Populacijske studije dosljedno pokazuju da je velika depresija dvostruko češća kod žena nego kod muškaraca, iako još nije jasno zašto je to tako. Relativno povećanje učestalosti povezano je s pubertetskim razvojem, a ne s kronološkom dobi i dostizanjem odrasle dobi.

Ljudi će najvjerojatnije doživjeti svoju prvu depresivnu epizodu između 30. i 40. godine, a drugi, manji vrhunac incidencije je između 50. i 60. godine. Rizik od velike depresije povećava se kod neuroloških stanja kao što su moždani udar, Parkinsonova bolest ili multipla skleroza te tijekom prve godine nakon poroda. Rizik od teške depresije također je povezan sa stresorima iz okoline s kojima se suočavaju skupine stanovništva kao što su ratni borci ili liječnici na obuci (Mihaljević-Peleš i sur., 2020).

Također je češća nakon kardiovaskularnih bolesti i povezana je s lošim ishodom kardiovaskularnih bolesti. Studije se razlikuju oko prevalencije depresije kod starijih

osoba, ali većina podataka ukazuje na smanjenje u ovoj dobnoj skupini. Depresivni poremećaji češći su u urbanom nego u ruralnom stanovništvu, a općenito je prevalencija veća u skupinama s nepovoljnim socioekonomskim čimbenicima (primjerice u beskućnika).

Podaci o relativnoj prevalenciji velike depresije među različitim etničkim skupinama nisu postigli jasan konsenzus. Međutim, jedino poznato istraživanje koje je pokrilo distimiju u SAD-u pokazalo je da je ona češća kod Afroamerikanaca i Meksika nego kod Amerikanaca europskog porijekla (Riolo i sur., 2005).

Projekcije pokazuju da bi depresija mogla biti drugi vodeći uzrok smrti nakon bolesti srca do 2026. godine.

Depresija je vodeći uzrok invaliditeta u cijelom svijetu, izvijestila je zdravstvena agencija Ujedinjenih naroda, procjenjujući da pogađa više od 280 milijuna ljudi diljem svijeta – većinu njih čine žene, mladi i starije osobe. Procjenjuje se da 3,5 % svjetske populacije ima depresiju, prema izvješću koje je objavila SZO, što pokazuje porast od 18 % u broju ljudi koji žive s depresijom između 2015. i 2020.

Depresija je glavni mentalni zdravstveni uzrok tereta i za osnovnu bolest s kojim se bolesnik nosi. Njene posljedice dalje dovode do značajnog opterećenja u javnom zdravstvu, uključujući veći rizik od demencije, prerane smrtnosti koja proizlazi iz fizičkih poremećaja i utjecaja depresije majke na rast i razvoj djeteta.

Otpriblike 76 do 85 % depresivnih osoba u nisko-razvijenim zemljama i zemljama sa srednjim dohotkom se ne liječe jer su prisutne prepreke liječenju koje uključuju: netočnu procjenu, nedostatak obučanih pružatelja zdravstvenih usluga, društvenu stigmiju i nedostatak resursa (Mihaljević-Peleš i sur., 2020).

Stigma dolazi od pogrešnih društvenih pogleda da su ljudi s mentalnim bolestima drugačiji od svih ostalih i da mogu odlučiti ozdraviti samo ako to žele. Zbog toga više od polovice osoba s depresijom ne dobiva pomoć za svoje poremećaje. Stigma vodi do jake sklonosti privatnosti.

Svjetska zdravstvena organizacija izradila je smjernice – poznate kao *The Mental Health Gap Action Program* (mhGAP) s ciljem povećanja usluga za osobe s mentalnim poremećajima, neurološkim poremećajima i poremećajima ovisnosti o drogama.

Depresija je navedena kao jedno od prioriternih stanja u programu. Provedena ispitivanja pokazuju mogućnosti za provedbu programa u okruženjima primarne zdravstvene zaštite s malo sredstava koja ovise o praktičarima primarne zdravstvene zaštite i laičkim zdravstvenim radnicima.

Primjeri terapija usmjerenih na depresiju koje podržava mhGAP uključuju grupnu interpersonalnu terapiju kao grupni tretman za depresiju i *Thinking Health*, koja koristi kognitivno-bihevioralnu terapiju za rješavanje peripartalne depresije.

Nadalje, učinkoviti probir u primarnoj zdravstvenoj zaštiti ključan je za pristup liječenju. mhGAP je usvojio svoj pristup poboljšanju stope otkrivanja depresije obukom liječnika opće prakse. Međutim, još uvijek postoje slabi dokazi koji podupiru ovu obuku.

3.5. Etiologija

Depresija je poremećaj raspoloženja koji uzrokuje uporan osjećaj tuge i gubitak interesa za stvari i aktivnosti u kojima se nekoć uživalo. Također može uzrokovati teškoće s razmišljanjem, pamćenjem, prehranom i spavanjem (Mihaljević-Peleš i sur., 2020).

Normalno je osjećati tugu ili tugovati zbog teških životnih situacija, poput gubitka posla ili razvoda, ali depresija je drugačija po tome što traje praktički svaki dan barem dva tjedna i uključuje druge simptome osim same tuge.

Postoji nekoliko vrsta depresivnih poremećaja. Klinička depresija ili veliki depresivni poremećaj često se naziva samo depresija. To je najteža vrsta depresije.

Istraživači ne znaju točan uzrok depresije. Smatraju da nekoliko čimbenika doprinosi njegovom razvoju, uključujući (Vulić-Prtorić, 2007):

- Kemiju mozga: neravnoteža neurotransmitora, uključujući serotonin i dopamin, koji doprinosi razvoju depresije
- Genetiku: ako osoba ima rođaka u prvom koljenu (biološki roditelj ili brat ili sestra) s depresijom, oko tri puta je veća vjerojatnost da će i sama razviti to stanje od opće populacije. Međutim, moguće je imati depresiju bez obiteljske povijesti bolesti
- Stresne životne događaje: teška iskustva, poput smrti voljene osobe, traume, razvoda, izolacije i nedostatka podrške, mogu izazvati depresiju.

- Medicinska stanja: kronična bol i kronična stanja poput dijabetesa mogu dovesti do depresije
- Lijekove: neki lijekovi mogu uzrokovati depresiju kao nuspojavu; upotreba droga, uključujući alkohol, također može uzrokovati depresiju ili je čak pogoršati.

Depresija je jedno od stanja mentalnog zdravlja koje dobro reagira na terapiju. Otprilike 80 do 90 % osoba s depresijom koje traže pomoć na kraju dobro reagiraju na liječenje.

Čimbenici koji mogu doprinijeti razvoju depresije su:

- Životni događaji: nevolje u djetinjstvu, kao što su žalovanje, zanemarivanje, mentalno zlostavljanje, fizičko zlostavljanje, seksualno zlostavljanje ili nejednak roditeljski tretman braće i sestara mogu doprinijeti depresiji u odrasloj dobi. Tjelesno ili seksualno zlostavljanje u djetinjstvu posebno značajno korelira s vjerojatnošću doživljavanja depresije tijekom života.
- Životni događaji i promjene koje mogu uzrokovati depresivno raspoloženje uključuju (ali nisu ograničeni na): porod, menopauzu, financijske teškoće, nezaposlenost, stres (poput posla, obrazovanja, obitelji, životnih uvjeta itd.), medicinsku dijagnozu (rak, HIV itd.), zlostavljanje, gubitak voljene osobe, prirodne katastrofe, društvenu izolaciju, seksualno zlostavljanje, probleme u vezi, ljubomoru, razdvajanje ili katastrofalne ozljede. Adolescenti mogu biti posebno skloni depresivnom raspoloženju nakon društvenog odbijanja, pritiska vršnjaka ili maltretiranja.
- Ličnost: depresija je povezana s niskom ekstraverzijom, a ljudi koji imaju visoku razinu neuroticizma imaju veću vjerojatnost da će doživjeti simptome depresije i vjerojatnije je da će dobiti dijagnozu depresivnog poremećaja.
- Nuspojava medicinskog liječenja: moguće je da neki beta-blokatori rane generacije izazovu depresiju kod nekih bolesnika, iako su dokazi za to slabi i proturječni. Postoje snažni dokazi o povezanosti terapije alfa interferonom i depresije. Jedno je istraživanje pokazalo da je trećina bolesnika liječenih alfa interferonom razvila depresiju nakon tri mjeseca liječenja (čini se da terapija beta interferonom nema učinka na stopu depresije). Postoje umjereno jaki dokazi da finasterid kada se koristi u liječenju alopecije povećava simptome depresije kod nekih bolesnika. Dokazi koji povezuju izotretinoin, lijek za akne,

s depresijom su snažni. Ostali lijekovi za koje se čini da povećavaju rizik od depresije uključuju antikonvulzive, lijekove protiv migrene, antipsihotike i hormonske agense kao što je agonist hormona koji oslobađa gonadotropin.

- Izazvano tvarima: zlouporaba droga može uzrokovati ili pogoršati depresiju, bilo u stanju intoksikacije, apstinencije ili kronične uporabe. To uključuje alkohol, sedative (uključujući benzodiazepine na recept), opioide (uključujući lijekove protiv bolova na recept i nedopuštene droge kao što je heroin), stimulanse (kao što su kokain i amfetamini), halucinogene i inhalante.
- Nepsihijatrijske bolesti: depresivno raspoloženje može biti rezultat niza bolesti, nedostataka u prehrani, neuroloških stanja i fizioloških problema, uključujući hipoandrogenizam (u muškaraca), Addisonovu bolest, Cushingov sindrom, pernicioznu anemiju, hipotireozu, hiperparatireozu, lajmsku bolest, multiplu sklerozu, Parkinsonovu bolest, kroničnu bol, moždani udar, dijabetes i rak.
- Psihijatrijski sindromi: brojni psihijatrijski sindromi karakteriziraju depresivno raspoloženje kao glavni simptom. Poremećaji raspoloženja su skupina poremećaja koji se smatraju primarnim poremećajima raspoloženja. To uključuje veliki depresivni poremećaj (obično nazvan velika depresija ili klinička depresija) gdje osoba ima najmanje dva tjedna depresivnog raspoloženja ili gubitka interesa ili zadovoljstva u gotovo svim aktivnostima; i distimija, stanje kroničnog depresivnog raspoloženja, čiji simptomi ne odgovaraju ozbiljnosti velike depresivne epizode. Drugi poremećaj raspoloženja, bipolarni poremećaj, karakterizira jednu ili više epizoda abnormalno povišenog raspoloženja, kognicije i razine energije, ali također može uključivati jednu ili više epizoda depresije. Kada tijek depresivnih epizoda slijedi sezonski obrazac, poremećaj (veliki depresivni poremećaj, bipolarni poremećaj itd.) može se opisati kao sezonski afektivni poremećaj.
- Izvan poremećaja raspoloženja: granični poremećaj ličnosti često karakterizira izrazito intenzivno depresivno raspoloženje; poremećaj prilagodbe s depresivnim raspoloženjem psihološki je odgovor na prepoznatljivi događaj ili stresor, u kojem su rezultirajući emocionalni ili bihevioralni simptomi značajni, ali ne zadovoljavaju kriterije za veliku depresivnu epizodu i posttraumatski stresni poremećaj, mentalni poremećaj koji ponekad slijedi nakon traume, obično je praćen depresivnim raspoloženjem.

Bez liječenja se depresija može pogoršati i trajati dulje. U teškim slučajevima može dovesti do samoozljeđivanja ili smrti putem samoubojstva. Dobra vijest je da tretmani mogu biti vrlo učinkoviti u poboljšanju simptoma.

4. LIJEČENJE I TERAPIJA KOD DEPRESIJE

4.1. Liječenje depresije

Liječenje depresije može uključivati niz različitih terapija: lijekove, psihoterapiju i medicinske uređaje.

Depresija je simptom nekih fizičkih bolesti; nuspojava nekih lijekova i medicinskih tretmana; i simptom nekih poremećaja raspoloženja kao što je veliki depresivni poremećaj ili distimija. Fizički uzroci se isključuju kliničkom procjenom depresije koja mjeri vitamine, minerale, elektrolite i hormone (Mihaljević-Peleš i sur., 2020).

Iako su psihijatrijski lijekovi najčešće propisivana terapija za veliku depresiju, psihoterapija može biti učinkovita, sama ili u kombinaciji s lijekovima. Kombinacija psihoterapije i antidepresiva može pružiti „blagu prednost“, ali sami antidepresivi ili sama psihoterapija ne razlikuju se značajno od drugih tretmana poput aktivne intervencije u kojoj se bolesnika navodi na svakodnevnu tjelovježbu, usmjeravanja toka misli, vježbama disanja i slično.

S obzirom na točnu dijagnozu velikog depresivnog poremećaja, općenito je vrsta liječenja (psihoterapija i/ili antidepresivi, alternativni ili drugi tretmani ili aktivna intervencija) manje važna od uključivanja depresivnih bolesnika u aktivni terapijski program.

Psihoterapija je tretman izbora kod osoba mlađih od 18 godina, s lijekovima koji se nude samo u kombinaciji i općenito ne kao sredstvo prve linije. Treba razmotriti mogućnost depresije, zlouporabe supstanci ili drugih psihičkih problema kod roditelja i, ako postoje i ako mogu pomoći djetetu, roditelja treba liječiti paralelno s djetetom (Hari, 2020).

Od sintetiziranja Prozaca (fluoksetin) 1980-ih, propisivanje antidepresiva poraslo je vrtoglavih 400 %, a trenutna je situacija takva da 17 milijuna Amerikanaca uzima neki oblik tih lijekova. Nevjerojatno je da najmlađi među njima imaju samo 6 godina. Irving Kirsch, znanstvenik sa Sveučilišta Harvard, tvrdi da su lijekovi korišteni u liječenju depresije djelotvorni, ali kod mnogih se ljudi zasluge za oporavak ipak mogu pripisati placebo efektu. Iz tog je razloga odlučio istražiti koliko zapravo dobrog proizlazi iz trošenja antidepresiva, a njegova će saznanja biti od velike važnosti i svima koji koriste

Prozac, ali i farmaceutskoj industriji koja, od samo ovog lijeka, godišnje zaradi 11,3 milijarde dolara (Mihaljević-Peleš i sur., 2020).

Kirsch tvrdi da je razlika između placebo i efekta antidepresiva kod većine ljudi minimalna. Ljudima postane bolje nakon što uzmu lijek, ali kemijska supstanca nije ta koja im pomogne. Većinom je to placebo efekt. Istraživanjem ovog efekta Irving Kirsch bavi se 36 godina, a za „šećerne tablete“ kaže da izvode čuda. Učinkovite su u liječenju sindroma iritabilnog crijeva, kod ozljeda zbog čestog ponavljanja određene radnje (engl. *Repetitive Strain Injury*, RSI) i Parkinsonove bolesti.

Kao odgovor na pitanje kako je to moguće, Hari (2020) daje objašnjenje da prilikom uzimanja „šećerne tablete“, stvaramo očekivanja o izlječenju koja mogu biti toliko moćna da se simptomi doista ublaže. Takve tablete mogu utjecati na tijelo. Ako npr. uzmemo placebo trankvilizator, velika je vjerojatnost da će nam se spustiti krvni tlak i puls. Sve navedeno može se pratiti korištenjem neuro-snimki mozga, tako da je dokazano da se ne radi samo o umišljanju oporavka.

Hari (2020) se počeo baviti istraživanjem placebo efekta kod antidepresiva sasvim slučajno, nakon što je vidio podatke provedenih analiza koji su pokazali da, bez obzira koje su lijekove liječnici propisivali (a među njima su bili lijekovi za smirenje i barbiturati), svi su djelovali jednako kao antidepresivi.

Nakon prvotnog enormnog iznenađenja, odlučio je provesti drugu studiju, oslanjajući se ne samo na podatke farmaceutskih tvrtki o kliničkim ispitivanjima koji su se mogli pronaći u medicinskim dnevnicima, nego i na one neobjavljene, ali koji su se morali podnijeti Agenciji za hranu i lijekove (*Food and Drug Administration*, FDA). Te studije nisu pokazale nikakve koristi od korištenja antidepresiva umjesto šećernih tableta, a ono što su farmaceutske tvrtke učinile bilo je objavljivanje isključivo „uspješnih“ studija, odnosno (mojim riječima) studija koje su obećavale zaradu. „Neuspješne“ studije nisu objavljivane.

S druge strane, Hari (2020) je uspoređivao bolesnike koji su uzeli prave lijekove s bolesnicima koji su uzeli šećerne tablete. Problem je jedino što se uočavanje značajne razlike u oporavku može pratiti samo kod bolesnika s vrlo ekstremnim slučajevima depresije. Kod slučajeva blaže depresije neće se vidjeti nikakva prava razlika.

Međutim, bolesnici i psihijatri tvrde da antidepresivi pomažu, a logično je i zašto: uzmu lijek i bude im bolje, ali s druge strane, i podaci Kirschove studije pokazuju isto. Razlika

je u interpretaciji razloga zbog kojeg je do poboljšanja došlo. Razlika između antidepresiva i placebo tableta je vrlo malena, u polovici studije čak nepostojeća.

Kirsch je sa svojim studijama izazvao žestoke reakcije od strane liječnika koji, očekivano, brane uporabu antidepresiva. Dr. Michael Thase, psihijatar i profesor na *University of Pennsylvania School of Medicine*, koji je ujedno bio i savjetnik mnogim farmaceutskim tvrtkama ne slaže se s Irvingom Kirschom. Smatra da je Kirch zbunjen rezultatima studije i onim što se događa u praksi, te da su njegove statističke analize previdjele koristi za bolesnike individualno. Thase tvrdi da su lijekovi djelotvorni za 14 % ljudi koji pate od blažeg oblika depresije, a čak i više za one koji pate od težeg oblika. Također, ne niječe činjenicu da je čak dvostruko više ljudi izloženo placebo efektu. Izražava svoju nadu za „poboljšanjem“ antidepresiva u budućnosti.

Dr. Walter Brown još je jedan stručnjak u polju psihijatrije i on u svojim studijama potvrđuje rezultate Irvinga Kirscha. Kao i većina stručnjaka, tvrdi da antidepresivi pomažu kod težih slučajeva depresije, ali ispituje globalno prihvaćenu teoriju prema kojoj depresiju uzrokuje manjak serotonina, a antidepresivi djeluju upravo na to. Danas većina stručnjaka smatra tu teoriju velikim pojednostavljenjem i ona vjerojatno nije točna. A što se antidepresiva tiče, cijela ideja njih kao lijekova koji pomažu kod depresije oblikovana je u skladu s tom teorijom.

Kao i Irving Kirsch, i dr. Tom Kendall s iznenađenjem je reagirao na već spomenute neobjavljene podatke farmaceutskih tvrtki o kliničkim ispitivanjima lijekova. Objavljeni podaci uvelike su precjenjivali učinkovitost antidepresiva, ali i podcjenjivali nuspojave. Odgovor FDA na sve ovo bio je da su studije neobjavljene jer je prilikom ispitivanja došlo do pogrešaka. Međutim, dr. Kendall izražava svoju sumnju u ovu multimilijardersku industriju koja troši velika sredstva na svoja istraživanja u kojima pogreške jednostavno nisu dozvoljene. Rezultati neobjavljenih studija nisu odgovarali tvrtkama jer od njih nisu mogle ostvariti zaradu i u tome je moguće objašnjenje (Mihaljević-Peleš i sur., 2020).

Zahvaljujući ovim studijama, promijenila se praksa u liječenju depresije. Antidepresivi se sada kao lijekovi prvog reda prepisuju onima s teškim oboljenjima. Što se tiče ostalih bolesnika s blažim slučajevima, Britanska vlada započela je praksu osposobljavanja ljudi kao obučene savjetnike ili terapeute koji će provoditi terapiju razgovorom.

4.2. Psihoterapija

Postoji niz različitih psihoterapija za depresiju koje pojedincima ili skupinama pružaju psihoterapeuti, psihijatri, psiholozi, klinički socijalni radnici, savjetnici ili psihijatrijske medicinske sestre. Kod više kroničnih oblika depresije, najučinkovitije liječenje često se smatra kombinacijom lijekova i psihoterapije.

Psihoterapija je tretman izbora kod osoba mlađih od 18 godina. Meta-analiza ispitala je učinkovitost psihoterapije za depresiju u dobi od mlađih od 13 godina do starijih od 75 godina. Sažima rezultate 366 ispitivanja koja su uključivala 36 702 bolesnika. Utvrđeno je da su najbolji rezultati bili za mlade odrasle osobe, s prosječnom veličinom učinka. Učinci su bili najmanji za malu djecu (<13 godina), a drugi po veličini u najstarijoj skupini. (Leahy, 2014).

Studija nije mogla međusobno usporediti različite vrste terapije. Većina studija s djecom koristila je terapije koje su izvorno razvijene s odraslima, što je moglo smanjiti učinkovitost. Veće koristi s mladim odraslim osobama mogle bi biti posljedica velikog broja studija koje uključuju studente, kojima bi moglo biti lakše naučiti terapeutske vještine i tehnike. Većina studija na djeci provedena je u SAD-u, dok su u starijoj dobnoj skupini istraživanja iz Europe i drugih dijelova svijeta.

Kao oblik psihoterapije za depresiju koji se najviše proučava, smatra se da kognitivno-bihevioralna terapija (KBT) djeluje podučavajući klijente da nauče niz kognitivnih i bihevioralnih vještina koje mogu sami primijeniti. Ranija istraživanja pokazala su da kognitivna-bihevioralna terapija nije bila tako učinkovita kao antidepresivi u liječenju depresije; međutim, novija istraživanja sugeriraju da može djelovati jednako dobro kao i antidepresivi u liječenju bolesnika s umjerenom do teškom depresijom (Mihaljević-Peleš i sur., 2020).

Beckov inventar depresije (*Beck's Depression Inventory*), prošao je najviše istraživanja i revizija te prikupio najviše dokaza kako bi se mogao primjenjivati kao psihometrijski test za mjerenje ozbiljnosti depresije. Beckov test ili inventar depresije se sastoji od 21 pitanja višestrukim izborom samoprocjene. Pitanja opisuju reprezentativne simptome i stavove samih bolesnika zabilježene na osnovi Beckovih kliničkih zapažanja te deskriptivnih tvrdnji psihijatrijskih bolesnika oboljelih od depresije. Bodovanje za Beckov inventar depresije relativno je jednostavno. Svakom

od četiri odgovora s višestrukim izborom dodjeljuje se vrijednost bodova od 0 do 3. Na kraju ocjenjivanja zbrajaju se ukupni broj bodova iz odgovora kroz 21 pitanje. Procjena bodovanja je sljedeća: 0 - 13 označava minimalna depresiju, 14 - 19 blagu depresiju, 20 - 28 umjerenu depresiju i 29 - 63 tešku depresiju.

Razvoj samog testa je označio pomak među stručnjacima za mentalno zdravlje, koji su do tada na depresiju gledali iz psihodinamičke perspektive, umjesto da je bila ukorijenjena u mislima bolesnika. Međutim, brojni drugi priručnici o KBT-u također imaju dokaze koji podupiru njihovu učinkovitost kod depresije.

Sustavnim pregledom podataka koji uspoređuju KBT niskog intenziteta (kao što je vođena samopomoć putem pisanih materijala i ograničene stručne podrške te intervencija na web-stranicama) s uobičajenom psihoterapijom, utvrđeno je da su bolesnici koji su u početku imali težu depresiju imali koristi od niskog intenziteta intervencije barem jednako kao i manje depresivni bolesnici.

U liječenju adolescentne depresije, jedna je objavljena studija otkrila da KBT bez lijekova nije bio bolji od placeba, a znatno lošiji od antidepressiva fluoksetina. Međutim, isti je članak izvijestio da su KBT i fluoksetin nadmašili liječenje samo fluoksetinom. Čini se da kombinacija fluoksetina s KBT nije donijela dodatnu korist u dvije različite studije ili, u najboljem slučaju, samo marginalnu korist, u četiri studije (Leahy, 2014).

Kognitivna terapija uči ljude kako promijeniti misli, uvjerenja i stavove koji imaju važnu ulogu u razvoju depresije i pogoršanju iste. Temeljni model kognitivne terapije drži da kognicije uzročno utječu na emocije i ponašanja te, u slučaju disfunkcionalnih misli i kognitivnih iskrivljenja, pridonose održavanju psihopatologije. Treba napomenuti da je odnos između emocija i kognicije dvosmjernan jer promjene u emocijama mogu dovesti i do promjena u kognicijama. Kognitivni model jednostavno se temelji na činjenici da su emocije snažno i uzročno pod utjecajem percepcije događaja ili situacija.

Bihevioralna terapija za depresiju ponekad se naziva i bihevioralna aktivacija. Osim toga, čini se da aktivacija ponašanja traje kraće i dovodi do dugotrajnije promjene. Dva dobro istražena priručnika za liječenje uključuju obuku društvenih vještina za depresiju i bihevioralni aktivacijski tretman za depresiju.

Emocionalno usmjerena terapija, koju su osnovali Sue Johnson i Les Greenberg 1985., liječi depresiju identificiranjem i obradom temeljnih emocija. Priručnik za

liječenje, Olakšavanje emocionalne promjene, opisuje tehnike liječenja. Terapija prihvaćanja i predanosti (*Acceptance and Commitment Therapy*, ACT), oblik KBT-a usmjeren na svjesnost, koji ima svoje korijene u analizi ponašanja, također pokazuje da je učinkovit u liječenju depresije i može biti korisniji od tradicionalne KBT, posebno kada je depresija popraćena anksioznošću i gdje je prisutna otpornost na tradicionalnu KBT (Mihaljević-Peleš i sur., 2020). Pregled četiriju studija o učinkovitosti kognitivne terapije temeljene na svjesnosti (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy*, MBCT), nedavno razvijenog programa osmišljenog za sprječavanje recidiva, sugerira da MBCT može imati aditivni učinak kod bolesnika koji su imali tri ili više depresivnih epizoda, iako uobičajena skrb nije uključivala liječenje antidepresivima ili bilo kakvu psihoterapiju, a uočeno poboljšanje moglo je odražavati nespecifične ili placebo učinke.

Važno je napomenuti, iako je kognitivna terapija depresije koja se temelji na svjesnosti spriječila povratak budućih depresivnih epizoda, nema istraživanja o tome može li uzrokovati remisiju trenutne depresivne epizode.

Interpersonalna psihoterapija (IPT) usredotočuje se na društvene i interpersonalne okidače koji mogu uzrokovati depresiju. Postoje dokazi da je to učinkovit tretman za depresiju. Ovdje terapija ima prilično strukturiran tijek (često 12 sesija, kao u izvornim verzijama istraživanja) kao u slučaju s KBT-om; međutim, fokus je na odnosima s drugima. Za razliku od obiteljske terapije, IPT je individualni format, tako da je moguće raditi na interpersonalnim temama čak i ako ostali članovi obitelji ne dolaze na seansu (Holmes, 2006).

Terapija se može koristiti za pomoć osobi u razvoju ili poboljšanju međuljudskih vještina kako bi mu se omogućilo da učinkovitije komunicira i smanji stress. U meta-analizi 38 studija i 4356 bolesnika rezultati su ispunili sva očekivanja. Trideset i tri od 38 studija ispitalo je učinke IPT-a kao akutne terapije, a preostalih pet ispitalo je IPT kao terapiju održavanja nakon uspješnog oporavka od depresivnog poremećaja. IPT u kombinaciji s farmakoterapijom bio je učinkovitiji u sprječavanju recidiva od same farmakoterapije. Nema sumnje da IPT učinkovito liječi depresiju, kako samostalno, tako i u kombinaciji s farmakoterapijom. IPT zaslužuje svoje mjesto u smjernicama za liječenje kao jedan od empirijski najpotvrđenijih tretmana za depresiju (Cuijpers i sur., 2011).

Psihoanalizu, školu mišljenja koju je utemeljio Sigmund Freud i koja naglašava rješavanje nesvjesnih mentalnih konflikata, koriste njezini praktičari za liječenje klijenata koji imaju veliku depresiju.

Šire prakticirana tehnika, nazvana psihodinamička psihoterapija, labavo se temelji na psihoanalizi i ima dodatni društveni i interpersonalni fokus. U meta-analizi tri kontrolirana ispitivanja, psihodinamička psihoterapija pokazala se jednako učinkovitom kao i lijekovi za blagu do umjerenu depresiju (Driessen i sur., 2010).

4.3. Liječnička skrb i suradnja s bolesnikom

Zajedničko donošenje odluka je pristup prema kojem bolesnici i kliničari slobodno dijele važne dokaze kada su zaduženi za donošenje odluka i gdje su bolesnici vođeni da razmotre najbolje dostupne opcije za donošenje informirane odluke za liječenje.

Načela su dobro dokumentirana, ali postoji praznina utoliko što ih je teško primijeniti u rutinskoj kliničkoj praksi. Koraci su pojednostavljeni u pet koraka. Prvi korak je traženje sudjelovanja bolesnika u smislu da zdravstveni djelatnik ima zadatak prenijeti postojeće izbore i stoga ih pozvati u proces donošenja odluka.

Sljedeći korak uključuje pomoć bolesniku da istraži i uspoređi mogućnosti liječenja kritičkom analizom rizika i koristi. Treći korak uključuje procjenu bolesnikovih vrijednosti i onoga što preferira uzimajući u obzir ono što je bolesniku od najveće hitnosti. Četvrti korak uključuje donošenje odluka gdje bolesnik i praktičar donose konačnu odluku o najboljoj opciji i dogovaraju naknadne sastanke. Konačno, peti korak uključuje analizu bolesnikove odluke. Pet koraka za bolesnike u suradnji kako bismo donijeli najbolje moguće odluke o zdravstvenoj skrbi. Koraci uključuju praćenje stupnja provedbe, prevladavanje barijera usklađivanja odluka, posljedično, odluke je potrebno preispitati i optimizirati kako bi se osiguralo da odluka ima pozitivan učinak na zdravstvene ishode. Uspjeh ovisi o sposobnosti liječnika da stvori dobar međuljudski odnos s bolesnikom (Stone, 2017).

Uključivanje sestrinstva u liječenje depresije može se činiti važnim jer sestrinstvo ima središnju ulogu u pružanju zdravstvene skrbi tamo gdje su oni zdravstveni praktičari koji su obučeni da budu svestrani od kliničke do psihološke skrbi. Njihovo uključivanje u zajedničko donošenje odluka u liječenju depresije može biti važno jer je poznato da

medicinske sestre imaju najbolji međuljudski odnos s bolesnicima pa se zbog te činjenice može postići bolji model suradnje.

Imajući to na umu, medicinske sestre mogu služiti za davanje lijekova u liječenju, pripremu i vođenje kartona bolesnika, interakciju s drugim osobljem za njegu kako bi se postigla optimalna njega i organiziranje terapijskih sesija.

4.4. Primjena lijekova u liječenju

Kako bi se pronašlo najučinkovitije farmakološko liječenje, često se moraju prilagoditi doze lijekova, isprobati različite kombinacije antidepresiva ili se antidepresivi mijenjati.

Selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (SIPPS), kao što su sertralin, escitalopram, citalopram, fluoksetin, paroksetin i fluvoksamin, su lijekovi koji imaju relativno blage nuspojave i široki učinak na simptome depresije i anksioznosti, kao i smanjeni rizik od predoziranja, u usporedbi s njihovim starijim tricikličkim alternativama. Oni koji ne reagiraju na prvi isprobani SIPPS mogu se prebaciti na drugi. Ako je seksualna disfunkcija prisutna prije pojave depresije, SIPPS treba izbjegavati (Leahy, 2014).

Još jedna popularna opcija je prebacivanje na atipični antidepresiv bupropion ili dodavanje bupropiona postojećoj terapiji (ova strategija je možda učinkovitija). Nije neuobičajeno da SIPPS-i izazivaju ili pogoršavaju nesanicu. Sedativni noradrenergički i specifični serotonergički antidepresivi (NaSSA), kao mirtazapine, mogu se koristiti u takvim slučajevima (Hari, 2020).

Za djecu i adolescente s umjerenim do teškim depresivnim poremećajem, čini se da je fluoksetin najbolji tretman (bilo s ili bez kognitivno-bihevioralne terapije), ali potrebna su dodatna istraživanja kako bi se to potvrdilo.

Sertralin, escitalopram, duloksetin također mogu pomoći u smanjenju simptoma. U Ujedinjenom Kraljevstvu fluoksetin i escitalopram jedini su antidepresivi koji se preporučuju za osobe mlađe od 18 godina, iako, ako dijete ili adolescent ne podnosi fluoksetin, može se razmotriti još jedan SIPPS.

Nedostaju dokazi o učinkovitosti SIPPS-a kod osoba s depresijom kompliciranom demencijom. Neki inhibitori ponovne pohrane noradrenalina i dopamina mogu se koristiti kao antidepresivi.

Inhibitori ponovne pohrane noradrenalina (NRI) mogu se koristiti kao antidepresivi. Venlafaksin iz klase SNRI-a može biti umjereno učinkovitiji od SIPP-a, međutim, ne preporučuje se kao prva linija liječenja zbog veće stope nuspojava, a njegova se uporaba posebno ne preporučuje u djece i adolescenata (Hari, 2020).

Triciklički antidepresivi (TCA) imaju više nuspojava od SIPP-a i obično su rezervirani za liječenje bolesnika, za koje se triciklički antidepresiv amitriptilin posebno čini učinkovitim.

Inhibitori monoaminooksidaze (MAO) povijesno su bili praćeni upitnom učinkovitošću (iako su rane studije koristile doze koje se sada smatraju preniskim) i štetnim učincima opasnim po život. Još uvijek se rijetko koriste, iako su razvijeni noviji lijekovi ove klase, s boljim profilom nuspojava.

Istraživanje antidepresivnih učinaka infuzije ketamina u subanestetičkim dozama dosljedno je pokazalo brze (4 do 72 sata) odgovore na pojedinačne doze, sa značajnim poboljšanjem raspoloženja kod većine bolesnika i remisijom kod nekih. Međutim, ti su učinci često kratkotrajni, a pokušaji da se produži učinak antidepresiva ponovljenim dozama i produljenim tretmanom rezultirali su samo skromnim uspjehom (Mihaljević-Peleš i sur., 2020).

Formulacija spreja za nos s esketaminom dobila je odobrenje FDA 2019. za liječenje depresije otporne na liječenje u kombinaciji s oralnim antidepresivom.

Presječna studija iz 2012. godine pronašla je povezanost između nedostatka cinka i simptoma depresije kod žena, ali ne i kod muškaraca, a meta-analiza 17 opservacijskih studija iz 2013. pokazala je da su koncentracije cinka u krvi niže kod depresivnih subjekata nego kod kontrolnih subjekata. Meta-analiza iz 2012. godine otkrila je da suplementacija cinkom kao dodatak liječenju antidepresivima značajno smanjuje rezultate simptoma depresije kod bolesnika s depresijom.

Potencijalni mehanizmi na kojima se temelji povezanost između niske razine cinka u serumu i depresije ostaju nejasni, ali mogu uključivati regulaciju neurotransmitora, endokrinih putova i putova neurogeneze. Zabilježeno je da dodatak cinka poboljšava simptome ADHD-a i depresije. Pregled iz 2013. pokazao je da suplementacija cinkom može biti učinkovit tretman za veliku depresiju.

Razine acetil karnitina bile su niže kod bolesnika s depresijom nego kod kontrolnih, a kod štakora uzrokuje brze antidepresivne učinke putem epigenetskih mehanizama.

Sustavni pregled i meta-analiza 12 randomiziranih kontroliranih studija otkrili su da suplementacija značajno smanjuje simptome depresije u usporedbi s placebom/bez intervencije, dok nudi učinak usporediv s učinkom poznatih antidepresiva s manje nuspojava (Hari, 2020).

Liječnici često dodaju lijekove s drugačijim načinom djelovanja kako bi pojačali učinak antidepresiva u slučajevima otpornosti na liječenje; velika studija iz 2006. na 244 859 bolesnika s depresijom *Veterans Administration* otkrila je da je 22 % njih primilo drugi lijek, najčešće drugi antidepresiv (Valenstein i sur., 2006).

Stephen M. Stahl izjavio je da je pribjegavanje dinamičkom psihostimulansu, posebno d-amfetaminu, „klasična strategija pojačanja za depresiju otpornu na liječenje“. Međutim, uporaba stimulansa u slučajevima depresije otporne na liječenje relativno je kontroverzna.

Također je moguće koristiti benzodiazepin za poboljšanje spavanja bez pogoršanja antidepresivnog odgovora, posebno kod bolesnika koji imaju simptome nesanice i poremećaja spavanja. Randomizirano kontrolirano ispitivanje pokazalo je da je uporaba eszopiklona s fluoksetinom rezultirala brzim, značajnim i održivim poboljšanjem sna te boljom stopom remisije od bolesnika koji su primili placebo ili onih koji su navedene lijekove uzimali samostalno.

Dodavanje atipičnih antipsihotika kada bolesnik nije reagirao na antidepresiv, također je poznato da povećava učinkovitost antidepresiva, iako po cijenu češćih i potencijalno ozbiljnih nuspojava (Mihaljević-Peleš i sur., 2020).

Litij se koristio za pojačavanje terapije antidepresivima kod onih koji nisu reagirali na samo antidepresive.

Nadalje, litij dramatično smanjuje rizik od samoubojstva kod rekurentne depresije. Prema rezultatima Sekvencionirane alternative liječenja za ublažavanje depresije (STAR-D) studije, stopa remisije litija za depresiju otpornu na liječenje je oko 15,9 %.

4.5. Status bolesnika u današnjici

U današnje je vrijeme uvriježena činjenica da liječnici znaju više od svojih prethodnika, ali ono što se čini manje spornim je činjenica da samo liječnikova riječ ima društveni

status. Ljudi danas nemaju slobodu na bilo koji način sami proglašavati svoje stanje zdravim ili bolesnim (Zhang, 2017).

Osoba postaje bolesnikom u trenutku kad posjeti nekog zdravstvenog djelatnika to je korak kojim ulazi u zdravstvenu instituciju. Ljudi dobivaju status bolesnika koji sa sobom nosi određena prava i odgovornosti, a za većinu bolesnika to znači da im se nastavlja isplaćivati plaća unatoč tome što ne rade.

Status bolesnika usko povezuje bol s mogućnošću rada i produktivnosti. Iz toga proizlazi neizbježno razmišljanje o samom sebi kao beskorisnom. Mnogi bolesnici smatraju da je njihova vrijednost kao ljudskog bića povezana s njihovom mogućnošću rada. Rezultat je to života u društvu u kojem je osobni identitet usko vezan sa zanimanjem, društva u kojem je sve izraženija podjela poslova, u kojem su određena zanimanja cijenjena, a ostala bezrazložno podcjenjivana.

Nekako vjerujem da su se u nekoj daljoj prošlosti ljudi vodili mišlju „živimo da bi radili“, dok se danas jedino mogu osloniti na rad kako bi mogli živjeti. Uzevši u obzir stopu nezaposlenosti u našoj zemlji, ne čudi činjenica da zbog otkaza i nemogućnosti pronalaska novog posla, mnogi ljudi upadaju u velike krize, a naposljetku i oboljevaju. Od depresije, naravno. Nije slučajnost da su antidepresivi danas među najpropisivanijim lijekovima s liste lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, HZZO-a .

Činjenica je da živimo u vremenu u kojem je potencijal osobe za tržište rada jedino što osobu čini vrijednom, isplativom. Nejednakost je u porastu i vodi ljude u siromaštvo – ideologija slobodnog tržišta kaže da to zaslužuju, jer onima koji se dovoljno trude i rade, ne treba pomoć države. Zapravo je čudo što bolesnih nema još i više .

Kao što se može zaključiti iz već napisanog, danas su zdravlje i bolest stanja teško odvojiva od tržišta. Neoliberalizam zdravlje duboko upliće u tržišne vrijednosti. Ne postoje zdravstvene politike koje nisu dio proračuna lokalnih ili globalnih direktiva s isključivim ciljem ostvarivanja profita. Takvo tretiranje zdravlja može se nazvati globalnom bolešću.

Siromaštvo, stres, otkazi na poslu, umor, gubitak kontrole nad životom, još su neki faktori koji mogu dovesti do oboljenja od depresije. Uzevši ih u obzir sa smanjenjem izdataka za socijalne usluge, poreznim olakšicama za bogate i ostalim neoliberalnim

političkim potezima, vidljivo je povećanje broja oboljelih od depresije u Europi (Mihaljević-Peleš i sur., 2020).

Međutim, vlade nastavljaju sa smanjivanjem troškova u domeni mentalnog zdravlja i to putem smanjenja broja adekvatnog osoblja. U tom se pogledu i Hrvatska, u kojoj vlada kronični deficit stručnjaka u području psihijatrije (1 psihijatar na 10 000 stanovnika), nalazi uz bok Kanadi.

Nadalje, Kanada je dobar primjer zemlje u kojoj vlada neoliberalni rezidualni pristup liječenju mentalnih oboljenja. Ljude se uči kako koristiti „vještine samoupravljanja“, i ističu da su ljudi sami odgovorni za održavanje vlastitog mentalnog zdravlja te da se ne bi trebali oslanjati na zdravstveni sustav. Ističu da svi mogu biti mentalno zdravi uz podršku obitelji, prijatelja i zajednice.

U slučaju da im je pomoć doista potrebna, potiče ih se da je potraže u privatnom sektoru, ne u javnom. Što se Hrvatske tiče, nisam uspjela pronaći podatke koji bi opisali konkretno stanje u zemlji. Međutim, na temelju bolesnika koji su o svojim iskustvima pisali na specijaliziranim forumima, zaključila sam da i u Hrvatskoj vlada trend odlazaka k privatnim psihijatrima i to u prvom jer s njima bolesnici „mogu razgovarati“.

Navodne znakove sam stavila jer iz obiteljskog iskustva znam da i socijalni psihijatri posvećuju svoje vrijeme oboljelima. Ni oni ne rade strogo na način isključivog propisivanja lijekova, bez razgovora i procjene stanja bolesnika. Ljudi s navedenih foruma tvrde da kod socijalnih psihijatara nisu dobili ništa osim recepata za lijekove i iz tog razloga biraju privatne prakse.

Za neoliberalnu misao ključna je usmjerenost na individualca, a na mentalne se bolesti gleda kao na osobne probleme koje treba privatno zbrinjavati. Individualna razina predstavlja samo jednu od 4 razine zdravstvenog sustava razvijenog kapitalističkog svijeta (Mihaljević-Peleš i sur., 2020).

Ona uključuje bolesnikov odgovor na bolest odnosno bolesnikovo iskustvo patnje – iskustvo koje je konstruirano u areni društvenih kategorija i političko - ekonomskih sila koje oblikuju kontekst svakodnevnog života. Iznad individualne nalazi se mikrorazina koja se u načelu odnosi na vezu bolesnik - liječnik, u našem slučaju liječnik privatne prakse.

Liječnička uloga ima dvije važne funkcije unutar zdravstvenog sustava: kontroliranje pristupa posebnim povlasticama bolesne uloge (bolovanja) i medikalizacije socijalnog rada. Iznad mikrorazine nalazi se intermedijarna koja obuhvaća jedan zdravstveni sustav, bolnicu.

Moć koju bolnički liječnici uživaju na ovoj razini u stvari je delegirana moć. Iako liječnici imaju veliku kontrolu nad svojim poslom ipak su i oni subjekti u bolničkim birokratskim ograničenjima.

Neki govore kako liječnici prolaze kroz proces deprofesionalizacije u svom statusu zaposlenika zdravstvenih korporacija koje održavaju zdravstveni sustav koji pod maskom uspješne skrbi traži načine kako povećati profit.

Posljednja razina je makrosocijalna unutar koje kritička medicinska antropologija pokušava ukorijeniti svoje studije zdravstveno povezanih problema. Cilj joj je razumjeti problem u kontekstu političkih i ekonomskih sila koje oblikuju ljudske veze, socijalna ponašanja i kolektivna iskustva.

5. ZAKLJUČAK

Depresija je jedna kompleksna bolest koju se ne smije olako shvaćati. Brojni čimbenici utječu na njen nastanak, a ako uzmemo u obzir ovu sveprisutnu socijalnu krizu iz koje se izlaz ne nazire, jasno je zašto su predviđanja o svjetskoj epidemiji depresije u idućih 20 godina potpuno legitimna.

Hrvatska je, naravno, u skladu sa svjetskim trendom širenja ove bolesti. To potkrjepljuju i psihijatri koji upozoravaju da je u Hrvatskoj zbog rata i traumatičnog poratnog razdoblja broj oboljelih u velikom porastu. Još se veći porast očekuje zbog specifičnosti naše situacije koju karakteriziraju nezaposlenost, osjećaj nesigurnosti kod mladih iz kojeg proizlaze migracije, problem od milijun umirovljenika, propalo gospodarstvo i sveopći strah od budućnosti.

Kad uz sve to pridodamo činjenicu da su se mnoge vrijednosti danas izgubile, da se cijene one pogrešne, da vlada površnost, da ljude u svemu što rade vodi želja za profitom, nikoga nije briga za onog drugog.

Na „malog čovjeka“ se treba prestati gledati kao na marionetu onog „većeg“. „Mali čovjek“ zaslužuje jednaka prava kao i „veliki“ jer, na kraju krajeva, svi bismo trebali biti isti. Svi smo kompleksne kulturalne konstrukcije, kulturalni oblici stvoreni od iskustava sebe i drugih. Većina nas vjeruje da smo dio socijalnog dogovora, a ne tržišnog ugovora. Nismo trgovci i nismo slobodni ekonomski agenti na slobodnom tržištu.

Problem zdravstvenih sustava još je jedan u nizu onih kojima bi se trebalo pozabaviti. Žaloso je to što je važno u kojem području živimo jer, eto, neke se bolesti tretiraju na različite načine na različitim mjestima.

Danas zdravlje ipak ima svoju cijenu koja mu nije određena univerzalnim ugovorom o ljudskim pravima na dostojanstvo i život, već univerzalnom opasnošću pripadanja populacijama najdaljim od epicentra promišljanja tržišta. Očito je da poboljšanje javnog zdravstva nikome nije glavna briga. Glavna se briga vrti oko redukcije troškova javnog zdravstva.

Kao rezultat toga došlo je do procvata privatnih ordinacija i poliklinika, jednog od glavnih „proizvoda“ neoliberalne ideologije. Enormno duge liste čekanja na preglede u bolnicama potiču ljude da se okrenu privatnim praksama.

I pregled trebaju obaviti sada, a ne za dvije godine, ali nekada jednostavno ne mogu, nemaju novac i osuđeni su na patnju.

Ovo je u velikom sukobu s načelom kojeg se više nitko ni ne sjeća, a poteklo je od Andrije Štampara. Ono kaže da liječnici moraju biti financijski neovisni od svojih bolesnika, odnosno, bolesnik nikada i nikako ne smije postati izvor profita.

Upravo se tako danas gleda na bolesne – kao na izvore profita. Humanost je zaboravljena, kao da nije ni postojala. Nejednakost je jedan od najvećih problema današnjice, a pitanje je vremena kad ćemo to osjetiti na vlastitoj koži.

6. ZAHVALE

Veliku zahvalnost, u prvom redu, dugujem svom mentoru prof. dr. sc. Draženu Begiću koji mi je pružio svu potrebnu pomoć pri izradi ovog diplomskog rada, i koji je uvijek imao strpljenja i vremena za moje nedoumice i brojna pitanja.

Također, zahvaljujem se svojim prijateljicama i prijateljima, koji su bili uz mene i pružali mi potporu u najtežim trenucima i bez kojih ovaj studij ne bi bio u ovoj mjeri zanimljiv i lagan za završiti.

I na kraju, posebnu zahvalnost za sve što sam postigla dugujem svojoj obitelji, svojim roditeljima, koji su bili ogromna, nesebična podrška tijekom mog studiranja. Hvala Vam što ste uvijek vjerovali u mene i gurali me naprijed!

Veliko HVALA svima!

7. LITERATURA

1. Caldwell T M, Jorm AF. (2001). Mental health nurses' beliefs about likely outcomes for people with schizophrenia or depression: a comparison with the public and other healthcare professionals. *The Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 10(1), str. 42-54.
2. Corrigan PW, Sokol KA, Rüsç N. (2013). The impact of self-stigma and mutual help programs on the quality of life of people with serious mental illnesses. *Community Mental Health Journal*, 49(1), str. 1-6.
3. Corrigan PW. (2016). Lessons learned from unintended consequences about erasing the stigma of mental illness. *World Psychiatry*, 15(1), str. 67-73.
4. Crisp A, Gelder M, Goddard E, Meltzer H. (2005). Stigmatization of people with mental illnesses: a follow-up study within the Changing Minds campaign of the Royal College of Psychiatrists. *World Psychiatry*, 4(2), str. 106-113.
5. Hari J. (2020). *Izgubljene veze: otkrivanje pravih uzroka depresije i neočekivanih rješenja*, Impresum Zagreb: Planetopija, Zagreb
6. Holmes J. (2006). *Naklada Jesenski i Turk*, Zagreb
7. Cuijpers P, Geraedts AS, van Oppen P, Andersson G, Markowitz JC, van Straten A. (2011). Interpersonal psychotherapy for depression: a meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 168(6), str. 581-592.
8. Driessen E, Cuijpers P, Abbass A, Dekker JM. (2010). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30(1), str. 25-36.
9. Moncrieff JE, Cooper R, Stockmann T, Amendola SP, Hengartner MA, Horowitz M. (2022). The serotonin theory of depression: a systematic umbrella review of the evidence. *Molecular Psychiatry*, str 1-12.
10. Hugo M. (2001). Mental health professionals' attitudes towards people who have experienced a mental health disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8(5), str. 419-425.
11. Kramblingrer K. (2005). *Mayoclinic: O depresiji. Kako prepoznati, razumjeti i liječiti depresiju?* Zagreb: Medicinska naklada
12. Leahy RL. (2014). *Planovi tretmana i intervencije za depresiju i anksiozne poremećaje*, Impresum Jastrebarsko: Naklada Slap, Jastrebarsko

13. Crocq MA. (2015). A history of anxiety: from Hippocrates to DSM, *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3), str. 319-325.
14. Lam AY, Jorm AF, Wong DF. (2010). Mental health first aid training for the Chinese community in Melbourne, Australia: Effects on knowledge about and attitudes toward people with mental illness. *International Journal of Mental Health Systems*, 4(1), str. 18-24.
15. Mihaljević-Peleš A, Šagud M, Živković M. (2022). Antidepresivi u kliničkoj praksi: poslijediplomski tečaj stalnog medicinskog usavršavanja: I. kategorije, Impresum Zagreb: Medicinska naklada, Zagreb
16. Valenstein M, McCarthy JF, Austin KL, Greden JF, Young EA, Blow FC. (2006). What happened to lithium? Antidepressant augmentation in clinical settings. *Am J Psychiatry*, 163(7), str. 1219-1225.
17. Riolo SA, Nguyen TA, Greden JF, King CA. (2005). Prevalence of depression by race/ethnicity: findings from the National Health and Nutrition Examination Survey III. *Am J Public Health*, 95(6), str. 998-1000.
18. Poreddi V, Thimmaiah R, Pashupu D, Ramachandra S, Badamath S. (2014). Undergraduate nursing students' attitudes towards mental illness: Implications for specific academic education. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 36(4), str. 368-372.
19. Ross CA, Goldner EM. (2009). Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: a review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(6), str. 558–567.
20. Stone J. (2017). Depression and young people, *Journal of medicine*, str. 1-12.
21. Teghtsoonian K. (2009). Depression and mental health in neoliberal times: a critical analysis of policy and disclosure. *Social Science & Medicine*, 28-35.
22. Vulić-Prtorić A. (2007). Naslov Depresivnost u djece i adolescenata, Izdanje 2. izd. Impresum Jastrebarsko: Naklada Slap
23. Yang LH, Valencia E, Alvarado R, Link B, Huynh N, Nguyen K, Susser E. (2013). A theoretical and empirical framework for constructing culture-specific stigma instruments for Chile. *Cadernos Saúde Coletiva*, 21(1), str. 71-79.
24. Henderson C, Evans-Lacko S, Thornicroft G. (2013). Mental illness stigma, help seeking, and public health programs. *Am J Public Health*. 103(5), str. 777-780.
25. Zhang X. (2017). Depression in context of world today, *Journal of medicine*, str. 12-35.

8. ŽIVOTOPIS

Rođena sam 28.03.1999. godine u Splitu. Osnovnu školu sam pohađala u mjestu gdje i danas živim, Šestanovcu. Srednju školu sam završila u Zdravstvenoj školi Split i stekla zvanje zdravstveno-laboratorijski tehničar. Kako mi zvanje zdravstveno-laboratorijskog tehničara nije bilo posebno zanimljivo jer većinu vremena tehničar provodi s aparatima, a malo s ljudima, odlučila sam se za preddiplomski studij sestrinstva kojeg sam i završila na Zdravstvenom veleučilištu u Zagrebu. Zahvaljujući preddiplomskom studiju dobila sam smisleniji uvid u čovjeka i zadovoljavanju njegovih potreba. Akademski rast sam nastavila na diplomskom studiju sestrinstva na Medicinskom fakultetu u Zagrebu gdje sam stekla vještine rukovođenja i upravljanja zdravstvenim procesima u različitim zdravstvenim sustavima kao i skrb bolesnika sukladno suvremenim znanstvenim dokazima i smjernicama. Također sam završila i program Pedagoško-psihološko-didaktičko-metodičkoga obrazovanja nastavnika (PPDMN) na Hrvatskim studijima Sveučilišta u Zagrebu jer imam afinitet za predavanje u srednjim školama. Aktivno se služim engleskim jezikom, a razumijem i talijanski. Područje interesa su mi psihijatrija i hematologija.