

Zdravstvena njega bolesnika oboljelih od depresivnih poremećaja

Hudin, Karolina

Undergraduate thesis / Završni rad

2019

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:222606>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-08-07**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





**Sveučilište
Sjever**

Završni rad br. 1034/SS/2018

**Zdravstvena njega bolesnika oboljelih od depresivnih
poremećaja**

Karolina Hudin, 0618/336

Varaždin, svibanj 2019. godine



Sveučilište Sjever

Odjel za sestринство

Završni rad br. 1034/SS/2018

Zdravstvena njega bolesnika oboljelih od depresivnih poremećaja

Student

Karolina Hudin, 0618/336

Mentor

Marija Božičević, mag. med. techn.

Varaždin, svibanj 2019. godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za sestrinstvo		
PRISTUPNIK	Karolina Hudin	MATIČNI BROJ	0618/336
DATUM	18.08.2018.	KOLEGIJ	Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika
NASLOV RADA	Zdravstvena njega bolesnika oboljelih od depresivnih poremećaja		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	Health care for patients with Depressive Disorders		
MENTOR	Marija Božičević, mag. med. techn.	ZVANJE	predavač
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. doc.dr.sc. Maja Bajs - Janović, predsjednik 2. Marija Božičević, mag. med. techn., mentor 3. Melita Sajko, dipl.med.techn., član 4. Irena Canjuga, mag. med. techn., zamjenski član 5.		

Zadatak završnog rada

BROJ 1034/SS/2018

OPIS

Depresivni poremećaji su skupina poremećaja koje obilježavaju promjene u raspoloženju te ostalim psihičkim i tjelesnim funkcijama a koje dovode do nemogućnost normalnog funkcioniranja u svakodnevnom životu.

Spadaju među najčešće psihijatrijske poremećaje.

U današnje vrijeme predstavljaju globalni problem. Užurbani način života, stres, genetska predispozicija i mnogi drugi faktori doprinose nastanku ovih poremećaja a broj oboljelih osoba je u stalnom porastu.

Depresija je i veliki javnozdravstveni problem - dovodi do radne nesposobnosti, povećava rizik od kardiovaskularnih i mnogih drugih bolesti te u konačnici zbog duševne patnje i boli bolesnici počinu suicid jer se više ne mogu nositi sa svojom bolešću.

Zbog ove problematike potrebno je osvijestiti bolesnike, njihove obitelji i zajednicu o važnosti mentalnog zdravlja, srušiti predrasude o duševnim bolesnicima, educirati o načinima liječenja i mogućnosti izlječenja.

Zdravstvena njega temelji se na oporavku, rehabilitaciji, ponovnoj integraciji u društvo te edukaciji oboljelih i njihovih obitelji što će biti opisano u ovom radu.

U radu je potrebno:

- definirati pojam depresivnog poremećaja
- objasniti oblike depresivnog poremećaja
- opisati etiologiju, epidemiologiju, kliničku sliku
- opisati dijagnostičke metode i liječenje
- navesti sestrinske dijagnoze i intervencije
- citirati korištenu literaturu

ZADATAK URUČEN

20. 11. 2018.



Marija Božičević

Predgovor

Željela bih zahvaliti svojoj mentorici Mariji Božičević, mag. med techn. na potpori i usmjeravanju pri pisanju mog završnog rada.

Također hvala svim djelatnicima Sveučilišta Sjever koji su uložili velik trud kako bi nas tijekom tri godine studija obogatili novim znanjem.

Još jedno veliko hvala mojoj obitelji i prijateljima koji su me naučili vjerovati u sebe i svoje sposobnosti te su mi uvijek pružali neizmjernu podršku.

Hvala vam svima od srca!

Sažetak

U 21. stoljeću bilježi se značajan porast oboljelih od poremećaja raspoloženja, što naravno uključuje i depresivni poremećaj koji je poprimio globalne razmjere te je u daljnjem porastu. Još u dalekoj povijesti, otac medicine Hipokrat opisivao je depresivnog čovjeka. Dakle, ovaj poremećaj star je kao i naša civilizacija.

Depresivni poremećaj zahvaća sve dobne skupine, oba spola, s time da žene češće obolijevaju od navedenog poremećaja. Najčešće obolijevaju osobe nakon 25. godine života što znači da zahvaća radno aktivno stanovništvo te često baš te osobe ostaju radno onesposobljene, stigmatizirane i izolirane od društva. Često zbog srama osobe oboljele od depresivnog poremećaja ne zatraže pomoć ili ignoriraju simptome jer misle da će biti osuđene od društva pošto još i u današnje vrijeme postoji tabu oko mentalnog zdravlja.

Mnoge države svijeta svojim programima bore se protiv stigme i diskriminacije duševnih bolesnika. Od velike je važnosti poticati takve osobe da zatraže pomoć te budu adekvatno liječene pošto uz ovaj poremećaj dolazi i rizik od suicida. Velik je rizik prije nego depresija dosegne svoj maksimum. Terapija se određuje prema individualnim potrebama svakog pojedinca, a najčešće se provodi u kombinaciji farmakoterapije i psihoterapije. Medicinska sestra utvrđuje potrebu za zdravstvenom njegom te ju treba planirati i provoditi prema potrebama svakog bolesnika s naglaskom na pomoći pri izvršavanju svakodnevnih aktivnosti, pomoći pri uklapanju u zajednicu, učenju bolesnika da verbalizira svoje potrebe bez ustručavanja i osjećaja manje vrijednosti s kojim se bore takvi bolesnici.

Ključne riječi: poremećaj raspoloženja, stigmatizacija, mentalno zdravlje, liječenje, planiranje zdravstvene njege

Summary

In the 21st century, a significant increase in mood disorders has been reported, which, of course, include depressive disorder that has taken on global scale and is further increasing. Even in the distant past, the father of medicine Hippocrates, described the depressed man. So this disorder is as old as our civilization.

Depressive disorder affects all age groups, both sexes, with women being more likely to suffer from the above mentioned disorder. The most commonly affected people are between the age of 25 and 40, which means that they are affecting a working active population and often those people remain disabled, stigmatized and isolated from society. Often because of the shame people suffering from depressive disorder do not seek help or ignore the symptoms because they think they will be convicted of the society as there is still a mental health taboo today.

Many countries in the world are fighting against stigma and discrimination of mentally ill patients. It is of great importance to encourage such persons to seek help and to be adequately treated as the risk of suicide comes with this disorder. There is a great risk before depression reaches its maximum. Therapy is determined according to the individual needs of each patient, and is usually conducted in combination with pharmacotherapy and psychotherapy. The nurse needs to identify the need for healthcare and plan and implement it according to the needs of each patient with the emphasis on helping to carry out everyday activities, helping to fit into the community, teaching the patient to verbalize their needs without shrinking and feeling the lesser value as this is a typical problem of such patients.

Key words: mood disorder, stigmatization, mental health, treatment, planning of health care

Popis korištenih kratica

ITD. – i tako dalje

SL. – slično

NPR. – na primjer

TJ. – to jest

DR. – drugo

TZV. – tako zvani

MKB – 10 – Međunarodna klasifikacija bolesti i uzroka smrti

SIPPS – selektivni inhibitor ponovne pohrane serotonina

EKT – elektrokonvulzivna terapija

EKS – elektrokonvulzivna stimulacija

TMS – transkranijalna magnetska stimulacija

Sadržaj

1.	Uvod	1
2.	Poremećaji raspoloženja	3
2.1.	Vrste depresivnih poremećaja.....	4
2.2.	Suvremena klasifikacija depresija.....	5
2.3.	Klasifikacija Svjetske zdravstvene organizacije.....	5
2.4.	Učestalost i epidemiologija depresivnih poremećaja.....	9
2.5.	Etiologija i patogeneza	10
2.6.	Dijagnostika.....	10
2.7.	Laboratorijske pretrage	11
2.8.	Liječenje	12
2.9.	Psihoterapija	14
2.10.	Individualna psihoterapija	15
2.11.	Grupna psihoterapija	15
2.12.	Kombinacija psihoterapije i farmakoterapije	16
3.	Zdravstvena njega depresivnih bolesnika	17
3.1.	Sestrinske dijagnoze.....	18
3.2.	Sestrinske intervencije	22
4.	Suicidalnost	24
5.	Stigmatizacija duševnih bolesnika	25
6.	Zaključak.....	27
7.	Literatura.....	29

1. Uvod

Poremećaji raspoloženja, od njih posebno depresivni poremećaj, ubrajaju se u češće psihijatrijske kliničke entitete koji se susreću u praksi. Nasuprot drugim skupinama psihijatrijskih poremećaja, ne broje toliko distinktnih entiteta, već svega četiri (depresivni poremećaj, bipolarni poremećaj, distimija i ciklotimija). Ipak, tu treba napomenuti da su afektivni simptomi izrazito česti i stoga se nerijetko javljaju u nizu tjelesnih i drugih psihičkih poremećaja (primjerice, u organski uzrokovanih poremećaja, alkoholizmu i drugim ovisnostima, shizofrenijama, poremećajima ličnosti). Poremećaji raspoloženja odavno su poznati i opisivani. Još u Ebersovu papirusu 3000 godina prije naše ere spomenute su promjene raspoloženja u obliku depresivnog ili bipolarnog poremećaja. U Bibliji u Starom zavjetu lijep je prikaz depresivnog čovjeka u Jobovoj knjizi. Hipokrat je opisao melankoliju, kako danas nazivamo depresiju. Termin melankolija dolazi od grčke riječi koja znači crna žuč, a u skladu je sa starogrčkim tumačenjem melankolije/depresije i uopće bolesti kao neravnoteže među tjelesnim sokovima. Sam termin depresija dolazi od latinskog izraza deprimere, što znači potisnuti, pogurati prema dolje. Na prijelazu starog vijeka u novi vijek, sveti Augustin donosi dobre opise depresivnog stanja i osjećaja krivnje. Robert Burton publicira 1621. godine djelo „Anatomija melankolije“ sa skolastičkim objašnjenjima, ali i astrološkim, sezonskim, prehranbenim navikama i biološkim ritmovima. Jean-Étienne-Dominique Esquirol jasno označava melankoliju kao bolest raspoloženja. Kahlbaum opisuje maniju i depresiju kao faze jedne bolesti. Za prognostički lakše slučajeve upotrijebio je pojam ciklotimija, a za teže vesania typica circularis. Konačno, Emil Kraepelin odvaja manično-depresivnu psihozu od slučajeva shizofrenije u zaseban entitet. Eugen Bleuler stvara termin afektivna bolest i smatra da je manično-depresivna psihoza dio kontinuuma sa shizofrenijom. John Cade počinje rabiti soli litija u liječenju manije 1949. godine. Roland Kuhn početkom pedesetih godina dvadesetog stoljeća u Švicarskoj otkriva prve rezultate učinkovitosti imipramina u liječenju depresije. [1]

Procjene nasljednosti za depresiju su između 37 i 66% pri čemu je rana pojava depresije zabilježena većom nasljednošću. Podudaranje za jednojajčane blizance je otprilike 50% dok je za dvojajčane blizance otprilike 35%. Genetika je u interakciji sa socijalizacijom, tako da pojedinci s većim rizikom imaju veću vjerojatnost postati depresivni nakon što dožive stresne događaje tijekom djetinjstva. Fizička bolest, posebno kod starijih, povezana je s depresijom. Za pojedinca s kroničnom depresijom postoji povećan rizik od Alzheimerove bolesti, moždanog udara i slabog ishoda bolesti HIV-a. Rizik tijekom života za obolijevanje od depresije je dvostruko veći kod žena nego kod muškaraca. Postoci pokušaja samoubojstva su veći za žene, ali je veći broj

izvršenih pokušaja kod muškaraca koji biraju smrtonosnije metode samoubojstva. Živjeti sam i u urbanom okruženju veći je rizik od života u zajednici ili na selu. Za pojedinca čija obitelj ima povijest samoubojstva, alkoholizma i depresije ili koji doživljavaju da nemaju dobru socijalnu podršku, veći je rizik. Veći rizik se također nalazi kod pojedinaca s osobnom poviješću samoozljeđivanja ili ozljeda; s manje veza i koji sebe procjenjuju kao teret drugima. [2]

2. Poremećaji raspoloženja

Poremećaji raspoloženja, osobito depresija, poznati su još iz antičkih vremena. Na jednom egipatskom papirusu zabilježena je rasprava mudraca koji kažu kako „duša postaje teška uz očuvana sjećanja“. Smatra se da jedan od prvih opisa poremećaja raspoloženja potječe od Hipokrata koji ga je nazvao melankolijom. Iz nepoznatih razloga od 1910. godine broj osoba s poremećajima raspoloženja stalno raste u svakom desetljeću u svim industrijaliziranim zemljama. [3]

Termin melankolija dolazi od grčke riječi koja znači crna žuč, a u skladu je sa starogrčkim tumačenjem melankolije/depresije i uopće bolesti kao neravnoteže među tjelesnim sokovima. Sam termin depresija dolazi od latinskog izraza deprimere, što znači potisnuti, pogurati prema dolje. Depresija se ubraja u najranije opisane bolesti u medicini i u biti se može reći da je stara koliko i sama naša civilizacija. I samo njezino ime ima drevni korijen kao što je već opisano. Na taj se način i slikovito može prikazati ono što depresija čini ljudskoj psihi. Depresija se može javiti kao simptom ili kao sindrom u okviru raznih psihijatrijskih poremećaja ili kao samostalan entitet. Na razini simptoma patološko je raspoloženje, kvantitativno i kvalitativno bitno različito od tuge i tužnog raspoloženja. Na razini sindroma depresija obuhvaća razne kombinacije psihičkih, psihomotornih i somatskih simptoma koji se prezentiraju različitim intenzitetom. Ovisno o istraživanjima, životna prevalencija depresije procjenjuje se na 1 do čak 19%, a smatra se da su u prosjeku svaka peta žena i svaki deseti muškarac tijekom svojeg života iskusili ozbiljnu depresivnu epizodu. Uzevši u obzir navedeno, novije procjene govore o tome da se više od 150 milijuna ljudi diljem svijeta liječi zbog depresije. Depresija se može javiti u svakome životnom dobu, no njezina je najčešća pojavnost nakon dvadeset i pete do četrdesete godine života. Upravo je to doba najvećega radnog potencijala, a velik je broj radno nesposobnih ljudi zbog depresivnog poremećaja. On se nešto češće javlja u žena negoli u muškaraca. Na oko dvije depresivne žene dolazi jedan muškarac. Međutim, kod ovog nalaza treba biti oprezan; moguće je da muškarci depresiju rješavaju na drugačiji način, najčešće ovisnošću o alkoholu. Ili, s druge strane, tijekom odrastanja naučili su nositi se sa stresom i biti manje bespomoćni, dok je ženama dopušteno da budu bespomoćne, sklonije su pasivnom pristupu itd. Također je primijećeno da se češće javlja u ljudi s malo bliskih međuljudskih odnosa ili u rastavljenih i razvedenih. Uzevši da je često neprepoznata i neadekvatno liječena, depresija je danas jedan od vodećih uzroka invaliditeta, s tendencijom daljnjeg porasta troškova i opterećenja zdravstvenih sustava. Procjenjuje se da će do 2030. godine upravo depresija od svih bolesti najviše teretiti zdravstvene i socijalne sustave. [1]

2.1. Vrste depresivnih poremećaja

Osim službene klasifikacije postoje još u kliničkoj praksi različite podjele depresije, koje su se spominjale kroz različite klasifikacije kroz psihijatrijsku povijest. [4]

Unipolarna depresija – depresija koja nastaje kod bolesnika koji nikad nisu pokazali simptome manije ili hipomanije. Dijagnoza se može postaviti kada se bolest ponovi dva ili više puta.

Bipolarna depresija – depresivna faza bipolarnog afektivnog poremećaja. Bipolarni poremećaj češće počinje s depresivnom fazom bolesti i teško je razlikovati bipolarnu od unipolarne depresije jer su kliničke slike vrlo slične. Danas postoje različiti prijedlozi kako rano diferencirati bipolarnu od unipolarne depresije, ali niti jedno testiranje ne može zasigurno razdvojiti ove dvije depresije osim kliničkim praćenjem. [4]

Psihotična depresija – kada su prisutne sumanute ideje i halucinacije, govorimo o psihotičnoj depresiji. Zbog sumanutog doživljaja krivnje, česta je suicidalnost kod ovih bolesnika. Sumanute ideje osim krivnje su i ideje opće propasti, osiromašenja, hipohondrijske sumanute ideje i sl.

Reaktivna depresija - reaktivne depresije predstavljaju reakcije na životne probleme i stresne situacije kao što su smrt bliske osobe, razvod braka, gubitak posla i sl., samo što su depresivna stanja jače izražena i traju duže od obične tuge. One bi se trebale razlikovati od takozvane endogene depresije koja nastaje bez nekog vidljivog povoda i odraz je biološkog i genetskog ustrojstva osobe. Međutim epidemiološka istraživanja i kod bolesnika s endogenom depresijom se nalaze veći broj negativnih životnih događanja koji prethode pojavi depresije. U modernoj psihijatriji ta je podjela napuštena i svaka se depresija promatra kroz bio-psiho-sociološku prizmu, gdje svi čimbenici pridonose razvoju bolesti. [4]

Sekundarna depresija – često se zove i depresija zbog drugih medicinskih stanja. Dakle javlja se kod osoba koje boluju od tjelesnih bolesti (npr. endokrinoloških bolest štitnjače), neuroloških (Parkinsonova bolest, multipla skleroza), ali i kod primjene različitih lijekova (kortikosteroidi, digitalis, indometacin, oralni kontraceptivi i sl). Uvijek je potrebno liječiti osnovnu bolest, a primjena antidepresiva je pomoćna terapija. Kod depresije uzrokovane lijekovima treba razmotriti indikacije i potrebu primjene određenih lijekova. [4]

Sezonska depresija – simptomi depresije se obično pojavljuju u jesen i zimu, a nestaju u proljeće i ljeto. Često su uz običajene simptome sniženog raspoloženja, smanjenja aktivnosti i smanjenog libida prisutni i atipični simptomi, poput pojačanog spavanja, porast tjelesne težine, pojačana potreba za ugljikohidratima i sl. [4]

Atipična depresija – praćena je pojačanim apetitom, porastom tjelesne težine, pojačanom potrebom za snom, česti su i tjelesni simptomi. Kod muškaraca uobičajeni atipični simptomi su agresivnost i iritabilnost. [4]

Dvostruka depresija – depresija koja se razvija kod bolesnika s distimijom.

Distimija – radi se o kroničnom depresivnom poremećaju koji ima blaže simptome nego prava velika depresija, ali nema epizodičan tijek, već bolest traje 2 i više godina. Češća je kod žena.

Maskirana depresija – u ovom obliku depresije nema depresivnog raspoloženja, već je prekriveno najčešće tjelesnim ili vegetativnim simptomima. Ova vrsta depresije zove se još i „larvirana depresija“. Kronični bolni sindrom je jedan oblik maskirane depresije. [4]

Reakcija žalovanja - tugovanje i žalovanje su sinonimi koji opisuju sindrom kojega uzrokuje gubitak voljene osobe, ali se može pojaviti i kao posljedica rastave, gubitka posla, vrijednog predmeta ili ozljede same osobe (invaliditet i sl.). Po simptomima kao što su plakanje, gubitak na tjelesnoj težini, smanjen libido, povlačenje, nesanica, razdražljivost, smetnje koncentracije i pažnje, žalovanje slično depresiji, ali antidepresivi nemaju jednak terapijski učinak, već se simptomi često povlače spontano u vremenskom razdoblju od nekoliko mjeseci. Ako se tijekom žalovanja jave suicidalne ideje, osjećaj krivnje, bezvrijednosti, ambivalencija, nesvjesna srdžba prema umrlom, socijalna izolacija, treba razmišljati o mogućem razvoju depresije te na vrijeme početi s liječenjem. Kod liječenja žalovanja uvijek je bolje ponuditi verbalnu utjehu nego tabletu, premda male doze anksiolitika mogu pomoći u kraćem razdoblju. Osobi treba dozvoliti da govori o voljenom objektu, plače ako osjeća potrebu, ne inzistirati na razgovoru ako osoba ne želi i nije spremna. Većina ljudi prebrodi krizu žalovanja i bez pomoći liječnika, uz podršku okoline. [4]

2.2. Suvremena klasifikacija depresija

Danas je u svijetu u psihijatriji u uporabi više klasifikacijskih modela, ali su bez sumnje najvažnije dvije klasifikacije: ona Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) - MKB-10 i Američke psihijatrijske asocijacije (APA) - DSM-V. Za naš svakodnevni klinički rad obvezatna je MKB-10, no činjenica je da je američka klasifikacija popularnija u današnjoj psihijatrijskoj znanosti. [5]

2.3. Klasifikacija Svjetske zdravstvene organizacije

MKB temelji se na Europskoj psihijatrijskoj školi, poglavito je naslonjena na njemačku psihijatrijsku tradiciju. Ova klasifikacija oslanja se na fenomenološki pristup opisan u općoj psihopatologiji, uz pretpostavku da će dijagnozu postavljati visokospecijalizirani profesionalac. Posljednjih desetljeća 20. stoljeća grupa autora izrađivala je 10. reviziju MKB, a objavila ju je 1992. godine. Iste godine SZO izdaje i zasebnu knjigu (CDDG) u kojoj donosi kliničke opise i

dijagnostičke smjernice za sve navedene mentalne poremećaje i poremećaje ponašanja. Od 1. siječnja 1994. godine MKB-10 se počela i službeno primjenjivati u nekim europskim zemljama, a u Republici Hrvatskoj stupila je na snagu 1. siječnja 1995. godine i još vrijedi. Vrlo je edukativna i kliničaru korisna knjiga u kojoj se navode opisi slučajeva odraslih bolesnika razvrstanih prema MKB-10. Hrvatski prijevod tiskan je 1999. godine i uvelike je pridonio boljemu razumijevanju suvremene koncepcije psihijatrijskih poremećaja i preciznijemu dijagnosticiranju u nas. [5]

U usporedbi s MKB-9, u MKB-10 dolazi do značajnijih i nipošto samo formalnih promjena u klasifikaciji. Prvo, napušta se stari način šifriranja bolesti i uvodi se alfa-numerička klasifikacija koja daje više fleksibilnosti i mogućnosti u sortiranju i eventualnom ubacivanju novih poremećaja u buduća izdanja. Nadalje, kriteriji za mnoge psihičke poremećaje uvelike su izmijenjeni, a i mnogi poremećaji svrstani su u različite podskupine. Neki su poremećaji izostavljeni ili se navode pod drugim imenom, ali uvršteni su i neki poremećaji kojih u prijašnjoj klasifikaciji nije bilo. Tako se sada "Duševni poremećaji i poremećaji ponašanja" navode u poglavlju F00-F99, a depresivni poremećaji su svrstani u poglavlje "Poremećaji raspoloženja (afektivni poremećaji)" koje nosi oznaku F30-F39. U ovim dijagnostičkim smjernicama ističe se da veza između etiologije, simptoma biokemijskih procesa u pozadini, odgovora na liječenje i ishoda poremećaja raspoloženja (afektivnih poremećaja) nije još dovoljno objašnjena da bi se klasifikacija mogla provesti na općeprihvatljiv način, no donosi se prihvatljiva klasifikacija koja je rezultat brojnih konzultacija. [5]

Unutar poglavlja "Poremećaji raspoloženja (afektivni poremećaji)" navode se sljedeći depresivni poremećaji:

F32 Depresivna epizoda

F33 Ponavljani depresivni poremećaj

F34 Perzistentni poremećaji raspoloženja (afektivni poremećaji)

Sljedeće depresivne poremećaje ili poremećaje kod kojih se javljaju depresivni simptomi važno je poznavati iz diferencijalno dijagnostičkih razloga, tj. da bi se mogli isključiti:

F00-F03 Demencije (Alzheimerova bolest, vaskularna demencija, u bolestima klasificiranim na drugome mjestu, neodređena)

F06.31 Organski bipolarni poremećaj

F06.32 Organski depresivni poremećaj

F06.33 Organski mješoviti afektivni poremećaj

F10-F19 Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani uporabom psihoaktivnih tvari.

(Poremećaji raspoloženja za vrijeme ili nakon prestanka uzimanja psihoaktivne supstancije);

Psihotični poremećaj s depresivnim simptomima F1x54; Rezidualni afektivni poremećaj F1x72.

F20.4 Postshizofrena depresija

F20.5 Rezidualna shizofrenija

F25.1 Shizoafektivni poremećaj, depresivni tip

F31.3 Bipolarni afektivni poremećaj, sadašnja depresivna epizoda blaga ili umjerena

F31.4 Bipolarni afektivni poremećaj, sadašnja depresivna epizoda teška bez psihotičnih simptoma

F31.5 Bipolarni afektivni poremećaj, sadašnja depresivna epizoda teška sa psihotičnim simptomima

F31.6 Bipolarni afektivni poremećaj, sadašnja epizoda mješovita

F43.20 Kratkotrajna depresivna reakcija

F43.21 Prolongirana depresivna reakcija

F43.22 Mješovita anksiozno-depresivna reakcija

F32 Depresivna epizoda

Dijagnoza depresivnog poremećaja postavlja se na osnovi svih raspoloživih podataka (anamneza, heteroanamneza i dr.), a treba sagledati sve navedeno:

* broj simptoma

* trajanje poremećaja

* utjecaj poremećaja na socijalno, obiteljsko i radno funkcioniranje

* diferencijalno dijagnostički kriteriji

* okolnosti pojave depresivnih simptoma

Osnovni principi dijagnostike depresije prema MKB su:

* Zadovoljen kriterij minimalnog broja simptoma potrebnih za dijagnozu

* Minimalno trajanje simptoma (2 tjedna)

* Dijagnoza se postavlja bez obzira na to u kojim su okolnostima simptomi nastali

* Dijagnoza depresije se ne postavlja ako se simptomi bolje mogu dijagnosticirati kao neki drugi jasno prepoznatljiv psihički poremećaj

* U slučaju suicida ili parasuicida tijekom depresivne epizode, potrebno je uz šifru depresije dodatno upisati odgovarajuću šifru (X60 - X84)

* Ako ima dovoljno podataka za postavljanje dviju ili više psihijatrijskih dijagnoza (komorbiditet), potrebno ih je sve šifrirati [5]

Razlikovanje različitih stupnjeva intenziteta depresivnog poremećaja i dalje ostaje problem, no u sadašnjoj klasifikaciji, zbog želje mnogih kliničara, navode se tri odnosno četiri stupnja:

F32.0 Blaga depresivna epizoda

(prisutna 2 tipična + 2 druga simptoma; blaže teškoće u obavljanju uobičajenog posla i socijalnih aktivnosti, ali ne dolazi do potpunog prekida aktivnosti)

F32.1 Umjerena depresivna epizoda

(prisutna 2 tipična + 3 druga simptoma;

obično postoje značajne teškoće u socijalnim, radnim i kućnim aktivnostima)

F32.2 Teška depresivna epizoda bez psihotičnih simptoma

(prisutna sva 3 tipična + 4 druga simptoma; socijalne, radne i kućne aktivnosti znatno su ograničene)

F32.3 Teška depresivna epizoda sa psihotičnim simptomima

(prisutna sva 3 tipična + 4 druga + psihotični simptom/i; socijalne, radne i kućne aktivnosti znatno su ograničene)

Među tipične simptome depresije MKB navodi sljedeća tri:

1. depresivno raspoloženje
2. gubitak interesa i uživanja
3. smanjenje energije, obično povećani umor i smanjena aktivnost (često je uočljiv zamor i nakon najmanje aktivnosti)

Drugi uobičajeni simptomi su:

1. smanjena koncentracija i pažnja
2. smanjeno samopouzdanje i samopoštovanje
3. osjećaj krivnje i bezvrijednosti (čak i u blagom obliku epizode)
4. sumorni i pesimistični pogledi na budućnost
5. ideje o samoozljeđivanju ili suicidu
6. poremećaj spavanja
7. smanjeni apetit [5]

Somatski simptomi u depresiji su:

1. Gubitak interesa i zadovoljstva u aktivnostima koje su normalno ugodne
2. Gubitak emocionalnih reakcija na događaje i aktivnosti koje normalno proizvode emocionalni odgovor
3. Jutarnje buđenje dva ili više sata ranije od uobičajenoga
4. Depresivno stanje teže izjutra
5. Izražena psihomotorna retardacija ili agitacija
6. Značajan gubitak apetita
7. Gubitak tjelesne težine (od 5% ili više u posljednjih mjesec dana)
8. Izrazit gubitak libida [5]

Prihvaćeno je da simptomi, koji se ovdje nazivaju "somatskima", također mogu nositi naziv "melankolični", "vitalni", "biološki" ili "endogenomorfni".

F32.00 označit ćemo prvu depresivnu epizodu bez somatskih simptoma (tj. kada ne postoji ni jedan somatski simptom ili ih je manje od četiri).

F32.01 označit ćemo pak prvu depresivnu epizodu sa somatskim simptomima (i to kada postoje barem četiri ili više somatskih simptoma ili ako su prisutna dva ili više vrlo izražena intenziteta). Treba naglasiti da je klasifikacija uređena tako da ovaj somatski sindrom mogu uporabiti oni koji to žele, ali može biti i zanemaren bez gubitka drugih informacija.

F33 Ponavljani depresivni poremećaj

Ovaj se poremećaj dijagnosticira kad su prisutne samo ponavljane epizode depresije (bilo koje težine: blage, umjerene, teške bez psihotičnih simptoma ili s njima) i kada nikada nisu bili zadovoljeni kriteriji za maničnu epizodu. Procjenjuje se težina sadašnje epizode. Također se može upotrijebiti peti znak da se označi prisutnost somatskih simptoma.

F34.1 Distimija

Karakteristika kliničke slike distimije jest kronično depresivno raspoloženje koje nikada ili vrlo rijetko postaje dovoljno teško da ispuni kriterije za ponavljani depresivni poremećaj blage ili umjerene težine (F33.0 ili F33.1). Uobičajeno traje najmanje nekoliko godina, kadšto bez kraja. Karakteristična je izmjena razdoblja normalnog raspoloženja koje traje nekoliko dana ili tjedana, s depresivnim raspoloženjem koje traje većinu vremena, bolesnici se često osjećaju umorni i ništa im ne donosi zadovoljstvo, loše spavaju. Socijalno funkcioniranje nije jače poremećeno. Uobičajeno se mogu nositi s osnovnim zahtjevima svakodnevnog života. Konceptija distimije slična je konceptiji depresivne neuroze ili depresivnog poremećaja ličnosti iz MKB-9. [5]

2.4. Učestalost i epidemiologija depresivnih poremećaja

Depresije su čest psihički poremećaji, čija se učestalost tijekom posljednjih desetljeća povećava, zahvaćajući sve mlađe skupine osoba. Danas raspolažemo rezultatima niza reprezentativnih istraživanja, koja dopuštaju vrlo usklađene procjene čestine poremećaja i rizičnih faktora koji pogoduju njihovu nastanku. Ispitivanjima provedenima u industrijskim zemljama primjenom operativnih dijagnostičkih kriterija (DSM-V, ICD-10), utvrđena je u vrijeme ispitivanja prevalencija depresivnih poremećaja od 5% (depresivnih epizoda i distimija). Procjena prevalencije tih poremećaja za cijeloživotno razdoblje iznosi oko 14%. Na temelju većeg broja istraživanja može se procijeniti da rizičnost obolijevanja od bipolarnog afektivnog poremećaja iznosi 1%. Procjene čestine pojavljivanja (broj osoba koje prvi put obolijevaju tijekom godine dana) depresivnih epizoda iznosi 1-2 na svakih 100 osoba. Vjerojatnost

obolijevanja od depresije tijekom života iznosi za muškarce do 12%, a za žene do 26%. U većem broju radova potvrđene su ove visoke procjene. Na jednom reprezentativnom uzorku stanovništva utvrđen je 17%-tni rizik obolijevanja od depresije. [6]

2.5. Etiologija i patogeneza

Uzrok nastanka afektivnih poremećaja još je nepoznat, ali se dovodi u vezu s biološkim i psihosocijalnim čimbenicima. [7]

Biološki čimbenici – učestalost poremećaja raspoloženja među bliskim rođacima utjecala je na stvaranje stava o njihovoj nasljednoj uvjetovanosti. Nasljedni čimbenik utvrđen je kao predisponirajući čimbenik rizika, iako se povremeno pojavljuju nehereditarne forme. Alternativno, svaki se poremećaj može naslijediti poligenski, ovisno o intenzitetu simptoma. [7]

Neurotransmitori – poremećaji raspoloženja posljedica su disregulacije u limbičko-diencefaličkom neurotransmitorskom sustavu. Posredni, neurofiziološki, farmakološki i endokrini dokazi podržavaju tvrdnju o disregulaciji u kolinergičnom i kateholaminskom neurotransmisijskom sustavu. Posrednim dokazom za depresiju drži se i smanjena pohrana serotonina u trombocitima. [7]

Psihosocijalni čimbenici – odnos depresije i životnih događaja veoma je značajan. Stresni događaji dovode do poremećaja homeostaze. Stresni životni događaji (separacije) često prethode unipolarnim depresivnim epizodama. Takvi događaji čine prodromalnu fazu depresivne epizode. Gubitak roditelja u djetinjstvu nužno ne povećava rizik za nastajanje poremećaja raspoloženja. Ipak, takve osobe češće obolijevaju od depresije u mlađoj životnoj dobi, a češći su i pokušaji suicida. Bilo koji tip osobnosti može razviti kliničku depresiju, no povratne unipolarne oblike češće razvijaju osobe koje su introvertne i pasivno ovisne. Takve osobe nemaju odgovarajuće socijalne vještine prilagodbe promjenama koje iskaču iz rutine svakodnevnice pa ne mogu prebroditi ni minimalne stresove. To su osobe niskoga samopoštovanja i nedostatka povjerenja u druge. [7]

2.6. Dijagnostika

Brojne tjelesne bolesti, lijekovi i droge mogu izazvati simptome depresije. Velik broj depresivnih bolesnika dolazi u ambulantu opće prakse tužeći se na tjelesne tegobe. Većina se tjelesnih bolesti koje izazivaju depresiju može otkriti s pomoću opsežne povijesti bolesti, uz primjenu kompletnih fizikalnih, neuroloških i laboratorijskih istraživanja. Depresivni se simptomi mogu pojaviti kod različitih dementnih bolesti, tumora, epilepsije ili inzulta. Kod

bolesnika s temporalnom epilepsijom mogu se pojaviti interiktalne promjene koje oponašaju depresivni poremećaj, osobito ako je epileptogeni fokus smješten na desnoj moždanoj hemisferi. Depresije su česte kod bolesnika s moždanim inzultom i pojavljuju se češće u lezija koje su locirane na lijevoj strani. Tumori temporalnih i diencefaličnih regija također mogu biti praćeni depresivnim simptomima. Kod adolescenata mononukleoza može biti jedan od uzroka depresije, a kod žena koje su ili prekomjerno teške ili koje gube na težini, treba obaviti testiranje adrenalnih i tireoidnih funkcija. Depresija se, također, može pojaviti kod starijih bolesnika koji boluju od virusne pneumonije, odnosno u bolesnika koji boluju od AIDS-a. Velik broj lijekova može izazvati simptome depresije u što su uključeni brojni lijekovi za liječenje poremećaja kardiovaskularnog sustava, različiti sedativi, hipnotici, antipsihotici, analgetici, antibaktericidna sredstva i antineoplastici. Depresija se može pojaviti i uz bilo koji drugi psihički poremećaj. Najčešće teškoću zadaje razlikovanje anksioznog poremećaja koji je praćen izrazitom anksioznošću. Tu i tamo može pomoći DST (supresijski test deksametazonom) te prisutnost smanjenja REM-latencije u EEG-u registriranom tijekom spavanja i negativni učinak infuzije laktata za izazivanje anksioznih napadaja. Također različite neurološke i druge tjelesne bolesti mogu uzrokovati manične simptome, što mogu učiniti i brojna farmakološka sredstva. Katkad je depresiju teško dijagnostički odijeliti od procesa žalovanja jer dobar dio osoba tijekom tog razdoblja zadovoljava većinu kriterija potrebnih za postavljanje dijagnoze depresije, a kod nekih se osoba u nekomplikiranom procesu žalovanja kasnije razvije depresija. U načelu dijagnoza se ne postavlja dok proces žalovanja traje, a razlikovanje se temelji na trajanju i izraženosti simptoma. [8]

2.7. Laboratorijske pretrage

Opisane su brojne pretrage i laboratorijski testovi koji daju patološke nalaze u depresivnih bolesnika. Međutim, brojni lažno pozitivni i lažno negativni nalazi, osobito kod tjelesno bolesnih osoba, onemogućuju rutinsku primjenu takvih testova kao način probiranja kod depresivnih bolesnika. Ipak, neki od testova našli su svoje mjesto u selekcioniranim kliničkim uvjetima ili istraživanjima. Ti testovi su poznati pod zajedničkim nazivom "biološki biljezi", što je izraz težnje istraživača psihijataru da se u svom radu mogu ipak osloniti na neke sofisticirane pretrage koje bi tako omogućile bolji uvid u patofiziološka zbivanja u SŽS-u, a ujedno dale konačnu potvrdu prisutnosti ili odsutnosti psihičkog poremećaja te ujedno uputile na optimalnu terapiju. U praksi se, nažalost, veći dio očekivanja nije potvrdio, ali su te pretrage ostale u većoj ili manjoj mjeri sastavnim dijelom kliničke odradbe depresivnih bolesnika. Među takve pretrage ubrajaju se DST, TRH-THS test i cjelonoćno snimanje EEG-a. [8]

2.8. Liječenje

Depresivni poremećaj liječi se farmakološkim i nefarmakološkim metodama.

Što se tiče liječenja farmakološkim metodama, tu svakako spadaju antidepresivi.

Triciklički antidepresivi lijekovi su dobre efikasnosti u liječenju depresivnih poremećaja, ali su zbog problema sa sigurnosti i podnošljivosti posljednjih dekada postali lijekovi drugog ili trećeg izbora. Najpoznatiji je predstavnik skupine amitriptilin, danas još u uporabi, doduše više u liječenju boli. Radi se o miješanom inhibitoru serotoninskih i noradrenalinskih transportera, ali s učinkom i na druge receptorske sustave iz čega proizlaze i njegove nuspojave. Usprkos jasnim dokazima o učinkovitosti često dovodi do ozbiljnih, pa i smrtnih nuspojava zbog predoziranja. Poseban je oprez potreban kod pacijenata sa srčanim poremećajima. Ipak, u kliničkoj praksi triciklici se povremeno primjenjuju, posebno kod terapijski rezistentnih depresija. Među triciklike se često uvrštava tetraciklički antidepresiv maprotilin koji prema mehanizmu djelovanja zapravo više spada u noradrenergičke antidepresive.

Inhibitori monoamino oksidaze (MAOI) treća su linija tretmana kod rezistentnih pacijenata. Danas je u Republici Hrvatskoj odobren reverzibilni MAO-inhibitor moklobemid kao lijek izbora kod tzv. atipičnih depresija. [9]

Selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (SIPPS) prisutni su u liječenju depresivnih poremećaja posljednjih 30 godina budući da se prvi SIPPS fluoksetin pojavio na tržištu 1987. godine i otvorio novo poglavlje u liječenju depresivnih poremećaja. Prema većini smjernica, terapija su prvog izbora. Iako su slični prema osnovnome mehanizmu djelovanja, ipak među njima postoje razlike. Tako, npr., sertralin osim blokade ponovne pohrane serotonina blokira i presinaptičke dopaminske receptore iz čega proizlaze dodatni pozitivni terapijski učinci, a escitalopram ima specifičnu akciju u smislu blokade i primarnog i alosteričnoga veznog mjesta 5-HT-transportera, što znatno pojačava njegov učinak te ga čini jednim od danas najupotrebljavanijih SIPPS-a. Iako se ispočetka smatralo da se radi o pripadnicima skupine slične efikasnosti, kasnije su studije pokazale da se pojedini SIPPS-i ipak znatno razlikuju s obzirom na efikasnost i podnošljivost. Jedno od najpoznatijih istraživanja jest metaanaliza Ciprianija i suradnika koja je analizirala 117 randomiziranih studija s oko 26.000 pacijenata. Prema rezultatima te studije, dva SIPPS-a – escitalopram i sertralin – pokazali su prednost i prema efikasnosti i prema podnošljivosti. [9]

Inhibitori ponovne pohrane serotonina i noradrenalina (SNRI) – kod nas su dostupni venlafaksin i duloksetin. U dozama do 150 mg venlafaksin blokira 5-HT-transporter, a u višim dozama blokira noradrenalinski transporter. U studijama se pokazao superiornim nad SIPPS-ima, ali se ti rezultati uglavnom odnose na usporedbe s fluoksetinom. Duloksetin je usporediv prema

učinkovitosti s venlafaksinom. Osim toga, duloksetin je indiciran kod neuropatske boli i boli povezane s fibromialgijom. U ovu skupinu ulazi i bupropion, blokator noradrenalinskih i dopaminskih transportera, iako je njegova akcija još dosta nejasna. Također se u ovu skupinu može svrstati mirtazapin (modulator serotonina i noradrenalina) koji se često propisuje u tretmanu depresija u kasnijoj životnoj dobi, a njegova nuspojava sedacija često se iskorištava za terapijske učinke. Trazodon se zbog svoje receptorske aktivnosti (postsinaptički 5-HT₂-antagonizam i blokada alfa-1-receptora) također može smatrati pripadnikom ove skupine.

Antidepresivi s multimodalnim djelovanjima jesu vortiooksetin i agomelatin. Vortiooksetin uz blokadu serotoninskog transportera antagonizira 5-HT₃ i 5-HT₇-receptore te agonizira 5-HT_{1A} i 5-HT_{1B}-receptore. Uz antidepresivne ima obećavajuće učinke i na kognitivne funkcije. Agomelatin je novi antidepresiv s agonističkim učincima na receptore melatonina 1 i 2 (MT₁ i MT₂) uz antagonističke efekte na 5-HT_{2C}-receptore. Obje ove klase receptora prisutne su u suprahijazmatskim jezgrama i hipokampusu te imaju važnu ulogu pri reguliranju spavanja i cirkadijanim ritmovima. Studije upućuju na to da se agomelatin može prema efikasnosti usporediti s drugim antidepresivima prve linije uz prednost vrlo dobrog profila nuspojava.

Postoje i tzv. augmentativne strategije. Pod augmentativnim strategijama porazumijeva se dodatak nekoga drugog antidepresiva zbog izostanka terapijskog odgovora prvog antidepresiva ili dodatak nekoga drugog psihofarmaka. Neke recentne studije podupiru primjenu litija kao augmentacije antidepresivima. U okviru poznate studije STAR D, augmentacija s litijem i trijodtironinom T₃ pokazala je umjereni porast efikasnosti terapije. Postoje brojne studije koje podupiru augmentativnu ulogu atipičnih antipsihotika u liječenju depresije, posebno terapijski rezistentnih stanja. Više studija odnosi se na uspješniju kombinaciju olanzapina i fluoksetina u odnosu prema primjeni svakog od ovih lijekova samog u terapijski rezistentnoj depresiji. Kvetiapin u dozama od 150 do 300 mg pokazao je efikasnost kao monoterapija ili u kombinaciji s antidepresivima u prethodno terapijski rezistentnih pacijenata. Rezultati studija također upućuju na efikasnost augmentacije antidepresivne terapije aripiprazolom, ziprasidonom i risperidonom kod terapijski rezistentnih pacijenata. [9]

Pod ostale biološke metode liječenja spada i elektrokonvulzivna terapija (EKT), prva je linija tretmana kod terapijski rezistentnih depresivnih pacijenata s izrazitim suicidalnim idejama i psihotičnim obilježjima te stuporoznih bolesnika.

Terapija svjetlom - bolesnik u određenom razdoblju bude izložen jakoj svjetlosti, npr., 30 – 40 minuta tijekom tjedan dana. Ova je terapija posebno indicirana kod tzv. zimskih depresija.

Transkranijalna magnetska stimulacija (TMS) jest ponavljana supkonvulzivna magnetska stimulacija mozga koja, za razliku od EKT-a, direktno stimulira određena kortikalna područja mozga. Ovom metodom postižu se bolji opseg stimulacije i kontrola lokacije nego kod EKT-a.

Prema preliminarnim rezultatima, TMS ima nešto niže stope terapijskih odgovora u odnosu prema EKT-u, ali je siguran i dobro podnošljiv terapijski pristup u liječenju depresivnih stanja i kao monoterapija ili u kombinaciji s antidepresivima. Za sada se u Republici Hrvatskoj provodi samo u jednoj psihijatrijskoj ustanovi budući da je cijena uređaja složen problem.

Među metode kojima se stimuliraju određeni dijelovi mozga ubraja se i duboka moždana stimulacija koja je najinvazivnija metoda i za sada se rabi uglavnom u istraživačke svrhe. Stimulacija nervusa vagusa preko implantiranoga pulsno-generatorskog uređaja povećava sposobnost okidanja 5-HT i noradrenalinskih neurona te time postiže određene terapijske učinke. Iako je u SAD-u ova metoda odobrena, ipak se čekaju rezultati budućih istraživanja koji bi potvrdili njezinu efikasnost. Preporučuje se kao treća linija tretmana kod depresivnog poremećaja. [9]

2.9. Psihoterapija

Psihoterapijski pristup u liječenju depresije mora biti "skrojen" individualno, prema posebnosti svake osobe, njezinim osobnim karakteristikama, psihološkom razvoju, okolinskim činiteljima i svakako prema kliničkoj slici.

Psihoterapija depresije označena je nekim karakteristikama:

- opasnost od suicida i potreba za hospitalizacijom,
- potreba za farmakoterapijom,
- rad s obitelji i okolinom,
- početak liječenja zahtjeva izlaženje u susret neposrednim potrebama bolesnika i tek nakon poboljšanja kliničke slike može se nastaviti s klasičnim psihoterapijskim pristupom.

Dijagnostička procjena depresivnosti nužan je prvi korak u psihoterapijskom kao i svakom terapijskom pristupu. O terapeutovoj procjeni bolesnikova stanja u velikoj mjeri ovisi kako će se dalje razvijati bolesnikov stav prema bolesti. Kod depresivnih bolesnika nalazimo dva početna stava koji su produkt unutrašnje dinamike i težine bolesti. Depresivna osoba može sam ulazak u terapiju smatrati potvrdom vlastite bezvrijednosti jer se u našoj kulturi najčešće osjeća krivom što je depresivna. Terapeut, svjestan ove dinamike i patnji treba bolesnika uvjeriti da ga razumije, a da odlazak na terapiju nije dokaz poraza, već početak puta k izlječenju. U drugom slučaju depresivni i u pravilu lakši bolesnik, ulazi u terapiju s neopravdanom nadom da će zauvijek biti oslobođen žalosti i oćajanja. Terapeutov zadatak u ovom slučaju je da suoći bolesnika s njegovim magijskim očekivanjima i s činjenicom da je depresivnost sastavni dio ljudske prirode i da se s njom trebamo naučiti živjeti. Sazrijevajući, naučimo kako izdržati i depresiju. [10]

2.10. Individualna psihoterapija

Individualna psihoterapija depresivnog bolesnika pokazuje neka ograničenja i zbog toga treba s posebnim oprezom procijeniti koji je bolesnik spreman i podoban za liječenje. Općenito govoreći, individualna psihoterapija sama za sebe nije indicirana u akutnoj fazi bolesti. Međutim, psihoterapijski pristup koji ima za cilj poboljšanje aktualnih tegoba i korekciju neadekvatnih obrazaca ponašanja i razmišljanja bolesnika, svakako je nužni dio liječenja depresije. Psihoterapijski pristup u liječenju depresije je zahtjevan i pred terapeuta postavlja neke posebnosti, ponajprije u njegovoj većoj aktivnosti i ovisnosti koju prema njemu stvara depresivni bolesnik. Ova ovisnost o terapeutu često nameće pred terapeuta potrebu i da stvarno bolesnika ohrabri, pri čemu svakako treba izbjegavati zaštitnički stav kako će se sve lako i brzo riješiti. Ujedno, česta je pojava da se depresivni bolesnik osjeća loše jer prima pomoć od terapeuta. Terapeut ulaže napore na koje je bolesnik nesposoban odgovoriti, što bolesnik može doživjeti kao osjećaj svoje nezahvalnosti. U ambivalentnom stavu depresije često se krije i dosta agresije prema terapeutu. Upornost depresivnih simptoma, unatoč uložnim naporima, terapeut može doživjeti kao agresiju i kao narcističnu povredu. Stalnim žalbama depresivni bolesnik kao da daje do znanja terapeutu kako je neuspješan i ništa ne vrijedi. Na ovo terapeut, čije su narcistične potrebe veće, može reagirati intenziviranjem terapije i ponekad bez pravih potreba primijeniti i agresivnije metode liječenja. Prvi korak u individualnoj psihoterapiji depresije jest kreiranje i stvaranje čvrste i stabilne terapijske alijanse. U stvaranju takvog odnosa terapeut treba jednostavno s empatijom slušati bolesnika. Početna faza treba biti suportivna, potporna i svakako treba izbjegavati preuranjene interpretacije. Tijekom ove početne faze terapeut treba skupljati informacije o mogućim precipitirajućim činiteljima, narcističnim povredama, osjećaju krivnje, agresije, ljutnje i objektima prema kojima je ona usmjerena. Slušajući bolesnika, terapeut postupno stvara psihodinamsku sliku bolesnika, stvarajući i jačajući na taj način i transferne relacije. Tek kada terapeut prikupi dovoljno informacija i kada se stvori čvrst terapijski odnos, moguće je postupno pristupiti ekspresivnijem pristupu i interpretiranju bolesnikovih obrazaca funkcioniranja. U završnoj fazi psihoterapije terapeut zajedno s bolesnikom kreira mogućnosti novog, zdravijeg, prihvatljivijeg modela funkcioniranja i življenja. Krajnji cilj u psihodinamskom pristupu depresiji trebalo bi biti osvješćivanje interpersonalnog značenja i konteksta depresivnih simptoma. [10]

2.11. Grupna psihoterapija

Grupna psihoterapija depresije razvija se posljednjih desetak godina uz mnoge strahove i otpore i vjerovanje da depresivne osobe nisu pogodne za ovakvu vrstu psihoterapije. Otpori

prema liječenju depresije u grupi ponajprije su vezani uz strah od smrti i suicida. Danas je grupna psihoterapija jedna od terapijskih mogućnosti u liječenju depresije, ali uz neke specifičnosti. U ovom terapijskom pristupu koji je izuzetno zahtjevan očekuje se mnogo više aktivnosti od terapeuta pri čemu depresivnog bolesnika treba uključiti u grupu tek kada se ostvari pozitivan kontakt s terapeutom. Dobro je da grupe u koje su uključeni depresivni bolesnici budu otvorenog tipa i da se u njima nalaze bolesnici u različitim fazama oporavka, što može djelovati poticajno. Tako bolesnik koji je u poboljšanju djeluje kao poticajni primjer. U grupnoj psihoterapiji depresije smanjuje se osjećaj usamljenosti bolesnika, ublažavaju se njegove emocionalne tegobe i jača samopoštovanje. Doživljaj prihvaćenosti od drugih članova grupe i osjećaj grupne pripadnosti poboljšava i aktivira komunikacije bolesnika, potiče njegovu nadu i usmjerava ga prema budućnosti. [10]

2.12. Kombinacija psihoterapije i farmakoterapije

Svaki terapijski pristup ima svoju biopsihosocijalnu osnovu. Lijekovi imaju svoj psihološki učinak, kao što psihoterapija ima svoje biološke korelate. Dapače, psihodinamska psihoterapija i farmakoterapija mogu imati sinergistički efekt kreirajući bolji završni učinak. Primjerice, bolesnik koji nije motiviran uzimati ordiniranu terapiju može uz pomoć psihoterapije poboljšati svoj odnos prema lijeku i liječenju. Brojne su kliničke studije pokazale kombinaciju farmakoterapije i psihoterapije kao najefikasniji pristup. Primjerice, kolaborativno istraživanje Nacionalnog instituta za mentalno zdravlje SAD-a pokazalo je izuzetnu važnost dobre terapijske alijanse za uspjeh liječenja depresije, ali isto tako je ovim istraživanjem upozoreno i na važnost dobre terapijske alijanse za završni ishod i farmakoterapijskog i psihoterapijskog pristupa. Posebno je važno naglasiti da je za depresivne bolesnike kombinacija psihoterapije i farmakoterapije mnogo prihvatljivija i značajno smanjuje opasnost od prekidanja svakoga pojedinačnog terapijskog pristupa. [10]

3. Zdravstvena njega depresivnih bolesnika

Depresivan bolesnik je potišten, smanjene energije, interesa i volje s jakim osjećajem krivnje i samooptuživanja, smetnjama samokoncentracije, gubitkom sna i teka, uz česte suicidalne misli i pokušaja suicida. Treba razlikovati osjećaj gubitka od duboke tuge i depresiju. Depresivno raspoloženje se može pojaviti kao odgovor na različite vrste gubitka – gubitka tjelesnih funkcija, dijela tijela, socijalno-ekonomskog statusa, u slučajevima neizlječivih organskih bolesti i sl., ali iako nema velike razlike u simptomima, ne može se reći da li je riječ o poremećaju raspoloženja – depresiji. Medicinska sestra mora prepoznati razliku između normalne reakcije koja se zove tugovanje i patološke prerade duboke tuge – depresije. Treba imati na umu da normalno tugovanje treba ohrabrivati i poticati te da ono završava unutar razdoblja od nekoliko mjeseci do godine dana bez profesionalne pomoći. Za razliku od tugovanja, depresija nema ograničeno vrijeme trajanja, simptomi ne prestaju bez profesionalne pomoći i vrlo je opasna za bolesnike zbog mogućnosti suicida. Proces tugovanja prema Američkom udruženju psihologa sadržava 6 faza kroz koje osobe prolaze, a to su šok, nevjerovanje, gubitak orijentacije, osjećaj nestvarnosti, pomanjkanje koncentracije, nemogućnost obavljanja dnevnih poslova, srdžba usmjerena prema svima koji su pridonijeli gubitku voljene osobe, tuga i prihvaćanje bolne činjenice.

Dinamika poremećaja raspoloženja ovisi o interakciji mnogobrojnih čimbenika. Da bi sestrinska skrb za te bolesnike bila primjerena, nužno je poznavanje simptoma koji određuju depresivni poremećaj raspoloženja. Veliki depresivni poremećaj obilježen je jedno ili više depresivnih epizoda. U većini literature koja se koristi pri dijagnosticiranju depresivnog poremećaja spominje se 9 ključnih simptoma:

1. depresivno raspoloženje veći dio dana, gotovo svaki dan, što se navodi kao subjektivna žalost (osjeća se tužno ili prazno) ili to drugi vide (izgleda žalosno)
2. značajno smanjeno zanimanje i uživanje u svim ili gotovo svim aktivnostima veći dio dana
3. značajan gubitak tjelesne težine bez dijete ili dobivanje na težini (promjene više od 5 posto tjelesne težine u mjesec dana) smanjenje ili povećanje teka
4. nesanica ili hipersomnija
5. psihomotorička agitacija ili retardacija (što vide drugi, a ne samo subjektivan osjećaj nemira ili usporenosti)
6. umor ili gubitak energije
7. osjećaj bezvrijednosti ili velike neodgovarajuće krivnje (može biti sumanuta, ne samo samoponižavanje ili krivnja zbog bolesti)

8. smanjena sposobnost mišljenja ili koncentracije ili neodlučnost (bilo kao subjektivan osjećaj ili vidljivo od strane drugih)

9. ponavljajuća razmišljanja o smrti (ne samo strah od smrti) ponavljajuće samoubilačke ideje bez specifičnog plana za izvršenje samoubojstva [3]

3.1. Sestrinske dijagnoze

Sestrinska dijagnoza je aktualni ili potencijalni zdravstveni problem koji su medicinske sestre s obzirom na njihovu edukaciju i iskustvo sposobne i ovlaštene tretirati. [11]

Ne postoje standardizirane psihijatrijske sestrinske dijagnoze uz pojedine poremećaje već se one formuliraju zasebno za svakog pacijenta na osnovu njegovih potreba. Bolesnici često boluju od samo jedne medicinske dijagnoze, ali imaju više sestrinskih dijagnoza koje se međusobno nadovezuju i isprepliću. [12]

Primjeri sestrinske dijagnoze kod prijema depresivnog bolesnika:

1. Visok rizik za ozljeđivanje – agresivno ponašanje

Cilj – bolesnik se neće ozlijediti, bolesnik neće ozlijediti nikoga iz svoje okoline

Intervencije:

-obavijestiti bolesnika što se od njega očekuje i koji su zahtjevi

-u slučaju nepovezanih misli zamoliti bolesnika da interpretira što doživljava

-izbjegavati obećanja koja se ne mogu ispuniti, objasniti mu kad nešto ne možemo ispuniti

-bolesniku se treba pokušati objasniti da je ograničavanje kretanja nužno i dati mu priliku da odgovori

-pratnji odmah argumentirati potrebu i razlog primjene te mjere

-vezivanje primijeniti prema liječničkim pismenim i usmenim preporukama o načinu i vrsti ograničavanja kretanja

-definirati trajanje mjere

-potrebno je stalno provjeravati da li je mjera u skladu s bolničkim preporukama i da li je postignut cilj zbog kojeg je primjenjivana

Vrednovanje postignuća:

-bolesnik nije povrijedio sebe ili druge

2. Smanjena mogućnost brige za sebe – oblačenje/dotjerivanje

Cilj - bolesnik će biti primjereno obučen, dotjeran

Intervencije:

-osigurati dovoljno vremena

- napraviti plan aktivnosti
- odabrati odjeću
- pomoći bolesniku i poticati ga
- osigurati privatnost

Vrednovanje postignuća:

- bolesnik je primjereno obučen, dotjeran

3. Smanjena mogućnost brige za sebe – osobna higijena

Cilj – bolesnik će biti čist, sudjelovat će u provođenju higijene

Intervencije:

- osigurati dovoljno vremena
- dogovoriti dnevni i tjedni plan aktivnosti
- osobnu higijenu izvoditi po mogućnosti uvijek u isto vrijeme
- pomoći i poticati bolesnika, biti u blizini
- osigurati privatnost, potreban pribor i pomagala

Vrednovanje postignuća:

- bolesnik je uredan i samostalno provodi osobnu higijenu

4. Smanjena mogućnost brige za sebe – hranjenje

Cilj – bolesnik će samostalno uzimati hranu u skladu s energetske potrebama

Intervencije:

- osigurati mir, otvoriti pakiranja hrane, osigurati odgovarajuću temperaturu hrane, po potrebi

narezati hranu

- dogovoriti dnevni i tjedni plan prehrane
- omogućiti higijenu ruku prije i nakon obroka
- biti uz bolesnika tijekom hranjenja

Vrednovanje postignuća:

- bolesnik samostalno uzima hranu u skladu s energetske potrebama

5. Promijenjeni obiteljski procesi u/s hospitalizacije bolesnika s depresivnim poremećajem

Cilj 1 – pomoći roditeljima da postavite realne ciljeve prema oboljelom članu kako bi cijela obitelj ponovno uspostavila samopouzdanje i samopoštovanje

Intervencije:

- informirati obitelj o stanju (prednost ako su oba roditelja nazočna)

- ako je moguće dati pisane informacije
- obitelj izražava osjećaj brige za oboljelog člana
- obitelj donosi realne odluke temeljene na potrebama i sposobnostima bolesnika
- bolesniku i obitelji pružena je adekvatna podrška

Cilj 2 – bolesnik ostvaruje normalnu socijalizaciju tijekom i nakon hospitalizacije

Intervencije:

- ohrabriti obitelj da pomogne oboljelom članu
- biti uz bolesnika, stvoriti osjećaj povjerenja
- upoznati bolesnika s okolinom, osobljem i ostalim bolesnicima
- bolesnika uključiti u funkcioniranje odjela, poticati socijalizaciju
- održavati red i prilagodljivost u svakodnevnim aktivnostima
- omogućiti bolesnika da izrazi osjećaje, prepozna situacije, potraži pomoć
- podučiti bolesnika o važnosti uzimanja terapije

Vrednovanje postignuća:

- bolesnik razumije važnost redovitog uzimanja terapije
- bolesnik prepoznaje znakove depresije i socijalne izolacije i verbalizira ih
- bolesnik se ponaša u skladu sa socijalnim normama
- pozitivno stečeno iskustvo pomaže bolesniku u odnosu prema ljudima, bolesnik se neće socijalno izolirati, bolesnik ima potrebe za socijalnim kontaktima kao i ostali ljudi [13]

6. Socijalna izolacija

Definicija - Stanje u kojemu pojedinac ima subjektivni osjećaj usamljenosti te izražava potrebu i želju za većom povezanosti s drugima, ali nije sposoban ili u mogućnosti uspostaviti kontakt

Prikupljanje podataka:

1. Prikupiti podatke o medicinskim dijagnozama
2. Prikupiti podatke o obiteljskom i bračnom statusu
3. Prikupiti podatke o odnosima s bliskim osobama
4. Prikupiti podatke o svakodnevnim aktivnostima
5. Prikupiti podatke o mentalnom statusu
6. Prikupiti podatke o motivaciji, samopoštovanju, očekivanjima
7. Prikupiti podatke o promjenama u životu
8. Prikupiti podatke o postojanju stresa

9. Prikupiti podatke o kognitivnim sposobnostima

10. Prikupiti podatke o psihosocijalnim odnosima

Kritični čimbenici:

1. Psihički poremećaj

2. Zarazna bolest

3. Neizlječiva bolest

4. Popratne pojave liječenja

5. Fizički hendikep

6. Nezadovoljstvo fizičkim izgledom

7. Ovisnosti

8. Dugotrajna izloženost stresu

9. Bolničko liječenje

10. Odsustvo obitelji, prijatelja ili druge podrške

11. Nepovoljna ekonomska situacija

Vodeća obilježja:

1. Izražavanje osjećaja usamljenosti

2. Nesigurnost u socijalnim situacijama

3. Opisivanje nedostatka kvalitetnih međuljudskih odnosa

4. Izražavanje potrebe za druženjem

5. Osjećaj tuge i dosade

6. Neprimjereni ili nezreli interesi i aktivnosti za razvojnu dob

7. Nekomunikativnost

8. Izbjegavanje kontakta očima

9. Povlačenje u sebe

10. Zaokupljenost svojim mislima

11. Neprijateljstvo u glasu i ponašanju

12. Verbalizacija nelagode u socijalnim situacijama

13. Neprihvatljivo društveno ponašanje

14. Izražavanje osjećaja odbačenosti

15. Izražavanje osjećaja različitosti od drugih

16. Nedostatak ispunjenosti života

17. Nemogućnost ispunjavanja očekivanja drugih

18. Izražavanje vrijednosti neprihvatljivih za okolinu

Mogući ciljevi:

1. Pacijent će identificirati razloge osjećaja usamljenosti

2. Pacijent će razviti suradljiv odnos
3. Pacijent će tijekom hospitalizacije razvijati pozitivne odnose s drugima
4. Pacijent će tijekom hospitalizacije aktivno provoditi vrijeme sa ostalim pacijentima

Intervencije:

1. Provoditi dodatno dnevno vrijeme s pacijentom
2. Uspostaviti suradnički odnos
3. Poticati pacijenta na izražavanje emocija
4. Poticati pacijenta na uspostavljanje međuljudskih odnosa
5. Poticati pacijenta na razmjenu iskustava s drugim pacijentima
6. Podučiti pacijenta asertivnom ponašanju
7. Ohrabrivati ga i pohvaliti svaki napredak
8. Osigurati željeno vrijeme posjeta bliskih osoba
9. Osigurati pomoć ostalih članova zdravstvenog tima
10. Upoznati ga sa suportivnim grupama
11. Uključiti pacijenta u grupnu terapiju
12. Uključiti pacijenta u radno okupacionu terapiju

Mogući ishodi/evaluacija:

1. Pacijent navodi razloge osjećaja usamljenosti
2. Pacijent je razvio suradljiv odnos
3. Pacijent se povlači u sebe
4. Pacijent tijekom hospitalizacije aktivno provodi vrijeme sa ostalim pacijentima [14]

3.2. Sestrinske intervencije

Glavna zadaća medicinske sestre je pomoći bolesniku u obavljanju svakodnevnih aktivnosti s ciljem smanjivanja osjećaja bezvrijednosti, beznađa i bespomoćnosti.

Da bi postigla postavljeni cilj, sestra treba:

- biti strpljiva i osigurati dovoljno vremena
- razvijati osjetljivost u promatranju bolesnikova stanja i reakcija na sestrinske intervencije
- prihvatiti bolesnika kao vrijedno ljudsko biće i podržavati samopoštovanje
- primjereno reagirati na bolesnikove izjave; biti uz bolesnika i onda kad on šuti
- izbjegavati sudove o tome što bi bolesnik trebao, a što ne bi trebao činiti
- ne popuštati pred iracionalnim zahtjevima

- osigurati primjerenu prehranu i tjelesnu aktivnost radi održavanja fiziološke stabilnosti
- pomoći u obavljanju svakodnevnih aktivnosti na način koji podupire osjećaj samopoštovanja
- poticati postavljanje i ostvarivanje malih ciljeva
- pružati podršku i pohvaliti za svaku odluku koju je bolesnik sam donio
- preusmjeravati od negativnih misli prema pozitivnim aktivnostima
- pomoći bolesniku da se usredotoči na određene aktivnosti
- spriječiti izolaciju i otuđenje; izbjegavati pokušaje da se bolesnika razvedri
- pomno pratiti sve što može upućivati na suicidalnost
- podučavati bolesnika i obitelj o bolesti i liječenju [13]

4. Suicidalnost

Jedno od najbitnijih načela kod zbrinjavanja depresivnih bolesnika je zaštita bolesnika od samoubilačkih poriva. Suicidalnost se može pojaviti u bilo kojoj fazi bolesti pa se zbog toga vjerojatnost njezine pojave nikad ne može isključiti. Baš iz tog razloga potrebno je sa bolesnikom sklopiti antisuicidalni ugovor kako bi se preventivno djelovalo na suicidalno ponašanje. Sestrinska skrb će biti usmjerena na osiguravanje uvjeta za zbrinjavanje autodestruktivnog stanja kod depresivnog poremećaja. Iznenađna veselost ili naglo smirivanje, pripremne radnje za suicid ili verbalizacija suicidalnosti, rano buđenje ili teško uspavljivanje ukazuju na sumnjive promjene ponašanja ili raspoloženja koji su znak potencijalnog pokušaja suicida. [3]

Pri liječenju depresivnog bolesnika moramo imati na umu da rizik samoubojstva nije najveći kad je bolesnik u najdubljoj fazi depresije. U toj fazi psihomotorna retardacija te izrazita anergija i bezvoljnost umanjuju svako bolesnikovo djelovanje pa tako i suicidalno ponašanje. Najveća je opasnost kad bolesnik izlazi iz depresije uz povratak inicijative, a još uvijek prisutnu percepciju bolesti i često lošu psihosocijalnu situaciju. Rizik je također velik prije nego depresija dosegne svoj maksimum. U prilog tomu govori činjenica da je rizik suicida među hospitaliziranim depresivnim bolesnicima najveći u prvim tjednima nakon otpusta s bolničkog liječenja.

Američki ured za hranu i lijekove (FDA) izdao je 2004. godine priopćenje, vezano uz primjenu SIPP-a (selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina) i prijeteće suicidalno ponašanje. Priopćenje FDA temelji se na randomiziranim kliničkim studijama u kojima je na početku uzimanja lijeka zabilježeno neželjeno suicidalno ponašanje u dijela ispitanika. Liječnici koji propisuju lijekove iz skupine SIPP-a, trebaju razmišljati i o potencijalnom povećanju rizika suicida u početku primjene lijeka, posebno u bolesnika s prisutnom suicidalnošću. Neliječeni ili neadekvatno liječeni poremećaji raspoloženja čine glavni klinički segment suicidalnog ponašanja. Studije pokazuju da se kod poremećaja raspoloženja, suicidalno ponašanje pojavljuje najvećim dijelom tijekom velike depresivne epizode (79-90%), manje često je tijekom disforične manije (11-20%), a praktički vrlo rijetko tijekom eutimije (manje od 1%).

Psihoterapijskim intervencijama, u svrhu redukcije suicidalnosti, nastoji se postići poboljšanje suradljivosti, redukcija beznadnosti, kognitivnih distorzija te povećanje samopouzdanja, socijalne podrške i poticanje interpersonalnih odnosa. [15]

5. Stigmatizacija duševnih bolesnika

Danas je poznato da su negativni stavovi prema mentalnim poremećajima i oboljelim osobama zapreka u liječenju i traženju pomoći te su na taj način ozbiljna prijetnja mentalnom zdravlju populacije. Stoga su mnoge države u svijetu započele različite aktivnosti borbe protiv stigme i diskriminacije zbog mentalnih poremećaja. [16]

Većina zemalja EU ima nacionalne programe borbe protiv stigme i diskriminacije zbog psihičke bolesti. Danas postoji globalni svjetski savez za borbu protiv stigme. Puno toga je u svijetu napravljeno i moglo bi se koristiti u prijenosu znanja i adaptirati za hrvatske potrebe. Hrvatska nema nacionalni program borbe protiv stigme. Bez programa borbe protiv stigme mnogi pacijenti u Hrvatskoj ostaju nezaposleni, izolirani i isključeni iz društva. Osim razornih posljedica socijalne stigme na život oboljelih, samostigmatizacija je također veliki problem. Program borbe protiv samostigmatizacije proveden je u Zavodu za socijalnu psihijatriju Klinike za psihijatriju Vrapče i pokazuje dobre rezultate. Ovaj program treba provoditi i u drugim ustanovama. Premda u Republici Hrvatskoj postoje izvanbolnički programi poput dnevnih bolnica i psihijatrijskih ambulanti, nedostaje cijeli niz usluga u zajednici koji je neophodan za dobru skrb o mentalnom zdravlju, kao što izostaje i povezanost između različitih programa i razina skrbi. Postojeća organizacija skrbi za mentalno zdravlje značajno odstupa od preporuka Svjetske zdravstvene organizacije. [17]

Premda postoji pad broja kreveta za više od 20 % između 1990. i 1996. godine te za gotovo trećinu između 1990. i 2000. godine, liječenje mentalnih poremećaja još uvijek se uglavnom naslanja na bolnička liječenja. Preko 3000 osoba s mentalnim poremećajima smješteno je u institucije socijalne skrbi, u domove socijalne skrbi i/ili privatne domove gdje se na jednom mjestu nalazi veliki broj osoba. Također se određeni broj osoba smještava u udomiteljske obitelji. U svim oblicima smještaja malo se pozornosti obraća oporavku i socijalnom uključivanju tako da dolazi do svojevrsnog trenda druge vrste institucionalizacije, premda postoje iskoraci prema stambenom zbrinjavanju u zajednici i socijalnom uključivanju. Klinika za psihijatriju Vrapče je partner u projektu HERO - Europski put prema ljudskim pravima s ciljem izrade pokazatelja kvalitete smještaja za osobe s psihičkom bolesti i edukacije stručnjaka koji rade u ovom području. Implementacija rezultata ovog projekta mogla bi pridonijeti kvalitetnijoj strategiji stambenog zbrinjavanja koja uključuje neophodno socijalno uključivanje. Postoji vrlo mali broj udruga pacijenata/korisnika službi za mentalno zdravlje koji nemaju značajnijeg utjecaja na politiku mentalnog zdravlja, malobrojni su, bez dovoljno novčanih sredstava za programe koje bi mogli provoditi. Ohrabrujuće je što u skladu s preporukama Twining projekta postoji trend uključivanja udruga korisnika, poput uvođenja programa pacijenta – pomagača u

mobilne psihijatrijske timove što je već pokazalo odlične rezultate u nekim zemljama EU poput primjerice Danske i Nizozemske. Program rehabilitacije neophodan za osposobljavanje oboljelih za samostalan život i rad razvijen u Zavodu za socijalnu psihijatriju Klinike za psihijatriju Vrapče i u Udruzi Svitanje pokazuje dobre rezultate. Programi liječenja za oboljele od prve psihotične epizode pokazuju dobre rezultate i treba ih šire implementirati. [17]

6. Zaključak

Poremećaji raspoloženja postali su jedni od vodećih zdravstvenih problema današnjice. Stopa oboljelih od depresivnog poremećaja je u porastu te je prisutan kod svih dobnih skupina, a najčešći je između 25. i 40. godine života što je zapravo doba najvećeg radnog potencijala. Velik je broj radno nesposobnih ljudi zbog depresivnog poremećaja. Žene češće obolijevaju, omjer je 2:1. Muškarci depresiju rješavaju na drugačiji način npr. ovisnošću o alkoholu, a i tijekom odrastanja naučili su nositi se sa stresom i biti manje bespomoćni, dok je ženama dopušteno da budu bespomoćne, tj. sklonije su pasivnom pristupu. Novije procjene nam govore da se danas u svijetu od depresivnog poremećaja liječi preko 150 milijuna ljudi. Depresivni poremećaj uz sebe nosi i rizik od suicida, stoga svaku suicidalnu ideju treba shvatiti ozbiljno. Nasljedni čimbenik utvrđen je kao predisponirajući čimbenik rizika iako se povremeno pojavljuju nehereditarne forme. Alternativno, svaki se poremećaj može naslijediti poligenski ovisno o intenzitetu simptoma. Što se tiče psihosocijalnih čimbenika, odnos depresije i životnih događaja veoma je značajan. Stresni događaji dovode do poremećaja homeostaze, stoga stresni životni događaji separacije često prethode unipolarnim depresivnim epizodama. Većina se tjelesnih bolesti koje izazivaju depresiju može otkriti s pomoću opsežne povijesti bolesti uz primjenu kompletnih fizikalnih, neuroloških i laboratorijskih istraživanja. Depresivni se simptomi mogu pojaviti kod različitih dementnih bolesti, tumora, epilepsije ili inzulta. Depresivan bolesnik je potišten, smanjene energije, interesa i volje s jakim osjećajem krivnje i samooptuživanja, smetnjama samokonzentracije, gubitkom sna i teka, uz česte suicidalne misli i pokušaja suicida. Treba razlikovati osjećaj gubitka od duboke tuge i depresiju. Depresivno raspoloženje se može pojaviti kao odgovor na različite vrste gubitka kao što je gubitak tjelesnih funkcija, dijela tijela, socijalno-ekonomskog statusa, u slučajevima neizlječivih organskih bolesti i sl., ali iako nema velike razlike u simptomima, ne može se reći da li je riječ o poremećaju raspoloženja, tj. depresiji. Liječenje se određuje prema vrsti depresivnog poremećaja svakog pojedinca te se provodi kombinacija farmakoterapije i psihoterapije. Ne postoje standardizirane psihijatrijske sestrinske dijagnoze uz pojedine poremećaje već se one formuliraju zasebno za svakog pacijenta na osnovi njegovih potreba. Bolesnici često boluju od samo jedne medicinske dijagnoze, ali imaju više sestrinskih dijagnoza koje se međusobno nadovezuju i isprepliću. Glavna zadaća medicinske sestre je pomoći bolesniku u obavljanju svakodnevnih aktivnosti s ciljem smanjivanja osjećaja bezvrijednosti, beznada i bespomoćnosti. Kako bi postigla postavljeni cilj, sestra treba biti strpljiva te kao prvo i osnovno, pomoći bolesniku u obavljanju svakodnevnih životnih aktivnosti pošto depresivnim bolesnicima zbog njihovog stanja baš najosnovniji svakodnevni zadaci postaju izazov. Za svakog se bolesnika utvđuje potreba za zdravstvenom

njegovom, individualno se planira, provodi i evaluira. Iako su medicina i sestrištvo uvelike napredovali, još uvijek je prisutna stigma prema psihijatrijskim bolesnicima te su često diskriminirani i posramljeni. Upravo su takvi negativni stavovi prema mentalnim poremećajima i oboljelim osobama zapreka u liječenju i traženju pomoći te su na taj način ozbiljna prijetnja mentalnom zdravlju populacije. Mnoge države svijeta započele su različite aktivnosti borbe protiv stigme i diskriminacije zbog mentalnih poremećaja. Potrebno je osvijestiti i educirati narod te srušiti tabu oko mentalnog zdravlja. Još uvijek postoje ljudi koji boluju i pate od psihičke bolesti, ali ne poduzimaju ništa, ne traže pomoć baš iz tog razloga što se boje da će se upirati prstom u njih. Iz tog razloga potrebno je raditi na projektima koji bi promovirali važnost mentalnog zdravlja i njegovog očuvanja jer samo tako možemo konačno napraviti bar malu promjenu u svijetu i pomoći mnogim ljudima koji boluju od nekog psihičkog poremećaja, a ne usude se učiniti baš taj korak koji bi im promijenio život nabolje.

U Varaždinu, 17.05.2019.

Potpis:

Kardina Stolin

7. Literatura

- [1] D. Karlović, Depresija: klinička obilježja i dijagnoza, Psihijatrija danas – odabrane teme, Medicus 2017;26(2):161-165, Zagreb, 2017., dostupno na <https://hrcak.srce.hr/189041>
- [2] R. L. Leahy, S. J. Holland, L. K. McGinn, Planovi tretmana i intervencije za depresiju i anksiozne poremećaje, prijevod 2. izdanja, Naklada Slap, Zagreb, 2014.
- [3] B. Sedić, Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika, Zdravstveno veleučilište Zagreb, 2007.
- [4] Prof. dr. sc. A. Mihaljević-Peleš, dr. sc. Marina Šagud, Antidepresivi u kliničkoj praksi, Poslijediplomski tečaj stalnog medicinskog usavršavanja I. kategorije, Medicinska naklada, Zagreb, 2009., dostupno na <https://bib.irb.hr/datoteka/402924.Mihaljevic.pdf>
- [5] N. Mimica, V. Folnegović-Šmalc, S. Uzun, G. Makarić, Suvremena klasifikacija depresije i mjerni instrumenti, Medicus 2004. Vol. 13, No. 1, 19 – 29, Zagreb 2004., dostupno na <https://hrcak.srce.hr/19802>
- [6] M. Hautzinger, Depresija – modeli, dijagnosticiranje, psihoterapije, liječenje, Naklada slap, Zagreb, 2002.
- [7] Lj. Moro, T. Frančičković i suradnici, Psihijatrija, Medicinska naklada, Zagreb, 2011.
- [8] Lj. Hotujac i suradnici, Psihijatrija, Medicinska naklada, Zagreb, 2006.
- [9] Ivan Požgaj, Kako odabrati optimalnu terapiju za depresivnog bolesnika?, Medicus 2017;26(2):193-198, Zagreb, 2017., dostupno na <https://hrcak.srce.hr/189046>
- [10] Rudolf Gregurek, Psihoterapija depresija, Medicus 2004. Vol. 13, No. 1, 95 – 100, Zagreb, 2004., dostupno na <https://hrcak.srce.hr/19811>
- [11] G. Fučkar, Uvod u sestrinske dijagnoze, Hrvatska udruga za sestrinsku edukaciju, Zagreb 1996.
- [12] Hrvatska udruga medicinskih sestara, Psihijatrijska sekcija, VII. Dani psihijatrijske sekcije, Zbornik radova, Zagreb 2001.
- [13] Z. Bradaš, M. Božičević, A. Mihaljević Peleš, Biologijska psihijatrija, Zdravstveno veleučilište, HUMS, Zagreb, 2011.
- [14] Sestrinske dijagnoze 2, Hrvatska Komora Medicinskih Sestara, Zagreb, 2013.
- [15] D. Marčinko i suradnici, Suicidologija, Medicinska naklada, Zagreb 2011.
- [16] S. Štrkalj Ivezić, V. Jukić, Lj. Hotujac, M. Kušan Jukić, A. Tikvica, Organizacija zaštite mentalnog zdravlja u zajednici, Liječ. Vjesn. 2010;132:38-42, Zagreb, 2009., dostupno na <https://hrcak.srce.hr/63560>

[17] S. Štrkalj Ivezić, V. Jukić, D. Štimac Grbić, I. Čelići, P. Brečić, M. Silobrčić Radić, A. Bagarić, M. Čurković, Organizacija liječenja oboljelih od mentalnih poremećaja u Republici Hrvatskoj, Acta Med Croatica, 72 (2018) 179-188, Zagreb, 2018., dostupno na <https://hrcak.srce.hr/199524>

Sveučilište
Sjever**IZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU**

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, Karolina Hudin (*ime i prezime*) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (*obrisati nepotrebno*) rada pod naslovom Zdravstvena njega bolesnika oboljelih od depresivnih poremećaja (*upisati naslov*) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(*upisati ime i prezime*)

Karolina Hudin

(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, Karolina Hudin (*ime i prezime*) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (*obrisati nepotrebno*) rada pod naslovom Zdravstvena njega bolesnika oboljelih od depresivnih poremećaja (*upisati naslov*) čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(*upisati ime i prezime*)

Karolina Hudin

(vlastoručni potpis)