

DEPRESIJA

Učestalost depresije izrazito se povećala tijekom druge polovice 20. stoljeća i nažalost, još uvijek se povećava. Depresija je danas na 4. mjestu vodećih zdravstvenih problema s udjelom od 4,5% u globalnom teretu bolesti, a prema procjenama SZO do 2020. godine zauzet će drugo mjesto, iza ishemične bolesti srca s udjelom od 5,7%.

Osoba koja je dobrog mentalnog zdravlja je zadovoljna, pozitivna, sposobna zasnovati obitelj i biti sretna u obitelji, prihvaća druge ljude, sposobna je stvarati i održavati prijateljstva, produktivna je na radnom mjestu i dobro se nosi sa životnim nedaćama i stresovima. Smetnje mentalnog zdravlja obuhvaćaju duševne probleme i oštećeno funkcioniranje povezano sa stresom, simptomima ili klinički izraženim poremećajima, kao što je depresija.

Depresivni poremećaji često počinju u ranoj dobi, smanjuju ljudsko funkcioniranje i imaju povratni tijek. Kao čest mentalni poremećaj depresija se manifestira depresivnim raspoloženjem, gubitkom interesa ili zadovoljstva, smanjenom energijom, osjećajem krivice ili niskim samopoštovanjem, poremećenim snom ili apetitom te lošom koncentracijom. Često dolazi s simptomima anksioznosti. Ovi problemi mogu postati kronični i dovesti do značajnog oštećenja sposobnosti pojedinca u preuzimanju svakodnevne odgovornosti i skrbi za sebe.

Depresija nije praćena samo gubitkom životne radosti nego i smanjenjem i gubitkom radne sposobnosti. Vodeći je uzrok radne nesposobnosti u svijetu. Izostanci s posla češći su zbog depresije nego zbog arterijske hipertenzije ili šećerne bolesti. Prema podacima SZO-a, prevalencija depresije u općoj populaciji je 1,9% za muškarce i 3,2% za žene.

Iako se depresija može javiti tijekom čitavog životnog vijeka, od dječje do starije dobi, najčešće se dijagnosticira između 25 i 35 godina života. Međutim, novija istraživanja pokazuju tendenciju pomaka prvog javljanja prema mlađim dobnim skupinama.

Iako je bolest koja se uspješno liječi u oko 70-80% slučajeva, postoji disproporcija između visoke prevalencije i broja liječenih bolesnika. Zbog neupućenosti, depresiju kao bolest često ne prepoznaju ni osobe koje od nje pate, kao ni njihova najbliža okolina, čak i kad depresija uzrokuje značajne bračne, obiteljske, profesionalne i socijalne poteškoće.

Zbog neznanja i predrasuda oko 50% depresivnih osoba ne traži medicinsku pomoć.

Depresivne osobe tipično osjećaju žalost i beznade. One gube sposobnost osjećanja zadovoljstva i nisu više zainteresirane za aktivnosti koje su ih ranije veselile i u kojima su uživale. Depresivno se raspoloženje u bolesnika razlikuje od uobičajene tuge. Ono u sebi

sadrži osjećaj duboke patnje i emocionalnoga bola. Neki depresivni bolesnici mogu biti više iritabilni, napeti i anksiozni (tjeskobni) nego žalosni. Karakteristično je njihovo nevjerovanje u mogućnost poboljšanja, iako je većina zbog same prirode bolesti takvo poboljšanje već više puta iskusila.

Lice i mimika daju sliku bola, zdvojnosti i tjeskobe, često bez suza, no neki bolesnici plaču, uzbuđeni su i zaplašeni, stalno zapitkuju o svojoj bolesti i traže pomoć. Vrlo često bolesnici koji se inače tuže na veliki osjećaj tuge, istodobno se tuže na nemogućnost da se isplaču ili uopće da zaplaču. U fazi oporavka, naizgled paradoksalno, oporavlja se sposobnost plakanja. Polovica bolesnika negira depresivno raspoloženje, ti pacijenti su često dovedeni od strane obitelji ili s radnog mjesta zbog socijalnog zakazivanja. Tipične su dnevne varijacije raspoloženja, pa se mnogi bolesnici lošije osjećaju ujutro.

Depresija je vrlo često praćena anksioznošću, povećanom potrošnjom i zloupotrebom alkohola, a ponekad dominiraju somatski (tjelesni) simptomi, što je osobito često u starijih bolesnika i u slučajevima maskiranih depresija. Anksioznost je ponekad tako jako izražena da je teško reći radi li se o anksioznom poremećaju praćenom s depresijom ili depresivnom poremećaju praćenom anksioznošću.

Česte su promjene apetita. Tipično je apetit oslabljen. Ipak, depresija se može manifestirati i pojačanim apetitom i porastom tjelesne težine, što je karakteristično za atipične depresije.

Poremećaj spavanja je također čest. Gotovo 80% bolesnika tuži se na smetnje spavanja, osobito na teškoće pri usnivanju i na rano jutarnje buđenje. Često im se događa da se uzastopno više puta bude noću i da tada ne mogu lagano zaspati. Upravo pojedinci koji se bude u ranim jutarnjim satima (terminalna insomnija) naginju najtežem kliničkom obliku depresije.

Povremeno se depresivni bolesnici žale na kroničnu iscrpljenost. Depresivna osoba smanjenog je interesa za seksualne aktivnosti što se ponekad može manifestirati kao glavni problem, a neodgovarajuća dijagnoza može ponekad takve osobe usmjeriti na bračnu terapiju s ciljem rješavanja seksualnih problema jer se depresivni poremećaj ne prepoznaje.

Mnogi depresivni bolesnici imaju poteškoće koncentracije ili smanjenu sposobnost mišljenja. Mogu osjećati kako više ne uče efikasno ili zakazuju na poslu, pa čak i u

svakodnevnim aktivnostima. U ozbiljnim slučajevima depresivni bolesnici nisu u mogućnosti pogledati televiziju. U dvije trećine bolesnika postoje određene smetnje pamćenja i zapamćivanja koje ponekad ostavljaju sliku tzv. depresivne pseudodemencije. Neki se ne mogu sjetiti čak ni uobičajenih svakodnevnih radnji, npr. kod žena se javlja nesposobnost za kuhanje ili spremanje pa takvo stanje može imitirati demenciju. Osobito to može predstavljati dijagnostički problem u starijih bolesnika.

U vrlo teškim slučajevima depresije pacijenti mogu razviti psihotične simptome, kao što su halucinacije (privedanja) ili sumanutosti. Sumanutosti (pogrešna vjerovanja koja nemaju svoju potvrdu u stvarnosti, lažna uvjerenja, zablude nastale na nerealnoj osnovi i nedostupne racionalnoj korekciji) i halucinacije koje odgovaraju depresivnom raspoloženju nazivaju se raspoloženju kongruentne ili sukladne. To su one koje uključuju osjećaj krivnje, grešnosti, siromaštva, bezvrijednosti, teške tjelesne bolesti, nesposobnosti. U depresivnog bolesnika nesukladne sumanutosti su one koje uključuju ideje veličine, proganjanja, prekomjernoga znanja, vrijednosti itd. Halucinacije su u depresivnih bolesnika relativno rjeđe.

Što uzrokuje depresiju?

Postoje mnoge teorije koje nastoje objasniti mehanizme koji dovode do depresije, a ugrubo se mogu podijeliti na biološke i psihološke.

Jedna od bioloških je **neurotransmitterska teorija depresije**, prema kojoj depresija nastaje kao posljedica neravnoteže neurotransmitera (prvenstveno serotonina i noradrenalina) u sinapsama živčanih stanica. Osim neurotransmiterima, biološke teorije depresiju nastoje objasniti i genima.

Što se psiholoških teorija nastanka depresije tiče, jedna od najpoznatijih je **Beckova kognitivna teorija**. Osobe postaju ranjive na depresiju zbog određenog pogleda na svijet, zbog kojih su sklone iskrivljavati informacije na negativan način. Postoji više vrsta kognitivnih iskrivljanja koja se pojavljuju u okviru depresivnog pogleda na svijet. Tako, primjerice, depresivne osobe koriste pretjeranu generalizaciju. Uz pretjeranu generalizaciju pojavljuje se i sklonost donošenju neutemeljenih zaključaka, odnosno sklonost donošenju zaključaka čak i kada ih dokazi zapravo pobijaju. Osoba koja pomisli da nekom prijatelju nije stalo da nje, ako je jednom odbio njezin poziv na kavu, vjerojatno je donijela neutemeljen zaključak. Depresivne osobe smatraju i da je sve njihova krivica, odnosno sklone su

personaliziranju. Također Beck opisuje i katastrofiziranje, odnosno kognitivno izobličenje koje se očituje u očekivanju da će se uvijek dogoditi najgore. Opisana kognitivna iskrivljavanja zajedno s negativnim uvjerenjima depresivne osobe uzrokuju i održavaju tzv. negativnu trijadu, odnosno negativne stavove o sebi, budućnosti i svijetu.

Druga kognitivna teorija depresije temelji se na načinu na koji ljudi objašnjavaju događaje oko sebe. Pokazalo se da depresivne osobe imaju obrazac objašnjavanja kojim negativne događaje interpretiraju kao nepromjenjive osobne neuspjehe.

Prema novijoj teoriji, tzv. **Teoriji beznada**, depresiju ne uzrokuje izravno način na koji osoba objašnjava događaje, već osjećaj beznada koji se pojavljuje ako osoba zaključi da neće doći do pozitivnog ishoda i da je negativan ishod neizbježan, a da ona pritom ne može utjecati na njegovu promjenu.

Ana Bačić
prof. psihologije