

posljedica. To znači da ih uvijek kada su zadovoljeni predloženi kriteriji treba dijagnosticirati uz već postojeći psihički poremećaj (multipla ili višestruka dijagnoza, komorbiditet).

Komorbiditet s drugim psihičkim poremećajima.

## 1.4 Epidemiologija i rizični faktori

### 1.4.1 Prevalencija, učestalost i rizik obolijevanja

Depresije su čest psihički poremećaji, čija se učestalost tijekom posljednjih desetljeća povećava, zahvaćajući sve mlađe skupine osoba. Danas raspoložemo rezultatima niza reprezentativnih istraživanja, koja dopuštaju vrlo usklađene procjene čestine poremećaja i rizičnih faktora koji pogoduju njihovu nastanku.

Povećana učestalost tijekom posljednjih desetljeća.

Ispitivanjima provedenima u industrijskim zemljama primjenom operativnih dijagnostičkih kriterija (DSM-IV, ICD-10), utvrđena je u vrijeme ispitivanja prevalencija depresivnih poremećaja od 5% (depresivnih epizoda i distimija). Procjena prevalencije tih poremećaja za cijelo životno razdoblje iznosi oko 14%. U tablici 4 navedeni su skupni aktualni epidemiološki podaci.

**Tablica 4.** Učestalost afektivnih poremećaja

	učestalost u času ispitivanja (%)	učestalost u razdoblju od 6 mjeseci (%)	učestalost tijekom cijelog života (%)
velika depresija	1,5 - 4,9	2,6 - 9,8	4,4 - 18,0
distimija	1,2 - 3,9	2,3 - 4,6	3,1 - 3,9
bipolarni poremećaj	0,1 - 2,3	1,0 - 1,7	0,6 - 3,3

Rizik  
obolijevanja od  
bipolarnog  
afektivnog  
poremećaja  
iznosi 1%.

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.

Ukupan rizik  
obolijevanja od  
depresije iznosi  
17%.

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.

#### 1.4.2. Rizični faktori

O rizičnim i zaštitnim čimbenicima koji bi mogli djelovati na vjerojatnost pojave unipolarne depresije postoji manji broj podataka prikupljenih u longitudinalnim istraživanjima.

Ü *Spol.* U gotovo svim (transverzalnim i longitudinalnim) istraživanjima utvrđeno je da je rizik obolijevanja od unipolarne depresije dvostruko veći za žene nego za muškarce. Novija istraživanja, naročito ona provedena na uzorcima mladih osoba, koja su uzimala u obzir broj oboljelih u vrijeme ispitivanja i čestinu pojavljivanja novih slučajeva, daju naslutiti da kod djevojaka i žena postoji povećani rizik ranije pojave depresije, te da kod tih skupina učestalost obolijevanja strmije raste u doba mladenaštva i rane odrasle dobi nego kod mladića i mladih odraslih muškaraca. Ove spolne razlike smanjuju se u srednjoj i starijoj životnoj dobi, tj. čestina obolijevanja obaju spolova postaje sve sličnija. Za bipolarne afektivne poremećaje u pravilu nisu utvrđene značajne spolne razlike. Treba, međutim, istaknuti da su u mnogim radovima korišteni vrlo mali uzorci, što otežava pouzdano procjenjivanje.

Za žene  
povećan rizik  
obolijevanja.

Ü *Životna dob* Depresije se pojavljuju u svakoj životnoj dobi. U ranijim ispitivanjima najveća utvrđena učestalost obolije-

vanja bila je između 30. i 40. godine života, dok je u novijim istraživanjima nađen pomak prema mlađoj životnoj dobi, pa je sada najveća učestalost između 18. i 25. godine života. Broj oboljelih od distimije tijekom životnog vijeka najprije strmo raste, ali se taj porast nakon 30. godine usporava, a nakon 65. godine i jasno smanjuje. Tipična dob obolijevanja od bipolarnog afektivnog poremećaja je rana odrasla dob (između 16 i 26 godina).

U ranoj odrasloj dobi postoji povećani rizik obolijevanja.

Očito između spola i dobi postoji određena povezanost, jer je rizik obolijevanja veći za mlade žene nego muškarce. Taj rizik se kod žena brže povećava i ranije doseže svoju najveću vrijednost, pa se spolne razlike održavaju do srednje životne dobi.

- Ü *Socio-ekonomski faktori.* Rizičnim (ili zaštitnim) faktorom za unipolarnu depresiju smatra se stanje u obitelji i postojanje/nepostojanje bliskog, osobnog odnosa. Ranije obolijevaju rastavljene osobe i one koje nemaju nekog bliskog kome se mogu povjeriti. Važnim zaštitnim faktorima smatraju se pozitivni društveni odnosi, ali i područje rada i stanovanja. U američkom epidemiološkom istraživanju (Epidemiological Catchment Area Study) utvrđena je najniža učestalost depresija kod osobe koje su bile u braku, imale više obrazovanje i sigurnije zaposlenje ili profesionalni položaj, te koje su živjele u manjim mjestima ili gradićima.

Društvena prilikačenost i samački život povećavaju rizik obolijevanja.

- Ü *Stresna opterećenja.* Kod depresivnih epizoda često postoje neke teška životna događanja ili promjene. To vrijedi za događaje koji su vezani uz samu pogođenu osobu, ali i za one koji to nisu (događaji koji nisu posljedica bolesti ili djelovanja pojedinca). Čini se da su posebno kritične posljedice događaja koji se dešavaju u tako kratkim vremenskim razmacima da se pojedinac ne stigne oporaviti.

Životna događanja povećavaju rizik.

Socijalni i socio-ekonomski čimbenici nemaju mnogo utjecaja na bipolarnu afektivnu poremećaje. Čini se da životne promjene i stresni događaji imaju određeni utjecaj na prvobitno pojavljivanje bipolarnog afektivnog poremećaja, ali da su kasnije epizode bolesti uglavnom autonomno određene.

Obiteljska opterećenost povećava rizik obolijevanja.

Ü *Obiteljska opterećenost.* Kod svih je bipolarnih oboljenja utvrđeno da je obiteljska opterećenost afektivnim poremećajima najutjecajnije rizična varijabla. Za najbliže rođake osoba s bipolarnim afektivnim poremećajem postoji rizik od 25% da će i sami oboljeti od bilo kojeg oblika takvog poremećaja; za rođake osoba s unipolarnim poremećajem rizik iznosi 20%, a za rođake zdravih osoba iz kontrolnog uzorka samo 7%.

## 1.5 Tijek i prognoza

Veliki varijabilitet tijeka bolesti.

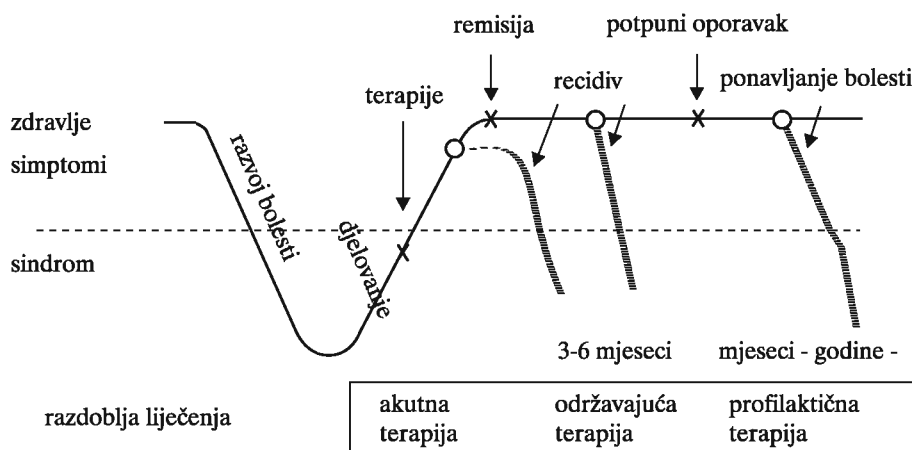
Sva ispitivanja tijeka poremećaja dolaze do zaključka da tijek depresivnih i manično-depresivnih sindroma pokazuje veliki interindividualni varijabilitet. S obzirom na veliki varijabilitet tijeka bolesti te nedostatak jednoznačnih parametara, različita stručna društva predlažu podjelu depresivne epizode (vidi sliku 1.) u nekoliko razdoblja: “remisija” je definirana kao stanje ili kratkotrajno razdoblje (potpunog ili djelomičnog) poboljšanja depresivnih simptoma; “oporavak” (ozdravljenje) je potpuna remisija dužeg trajanja (već prema kriteriju: 2 do 6 mjeseci), što se uvijek odnosi na aktualnu depresivnu epizoda; “vraćanje bolesti” (recidiv) je ponovno pojavljivanje depresivnih simptoma tijekom remisije, prije nego što je došlo do oporavka i završetka aktualne depresivne epizode; “ponovljena pojava bolesti” je pojava nove depresivne epizode do koje dolazi nakon oporavka (potpunog ozdravljenja), uz pretpostavku da su bili ispunjeni kriteriji za unipolarnu depresiju.

Na isti način mogu se podijeliti i terapijske intervencije u “akutnu terapiju” (ublažavanje simptoma tijekom depresivne epizode), “održavajuću terapiju” (tijekom i nakon remisije kako bi se spriječilo vraćanje bolesti) i “profilaktičku terapiju” (sprečavanje ponovne pojave bolesti i novih depresivnih epizoda).

U ispitivanjima tijeka bolesti korišteni su obično, uz dob kada se bolest prvi put pojavila, i ovi parametri: broj faza, trajanje faza,

intenzitet pojedinačnih faza, trajanje i opseg razdoblja bez tegoba, dužina ciklusa (razmak od početka jedne do početka druge faze) i stanje tijekom kontrolnog pregleda (ishod dosadašnjeg tijeka).

Ü *Unipolarni i bipolarni tijek poremećaja.* Čak ni sama podjela na unipolarne i bipolarne poremećaje nije bez problema, jer kod jedne ili više depresivnih epizoda ne možemo sa sigurnošću znati neće li uslijediti i manične epizode. Vjerojatnost da će nakon 3 unipolarne epizode uslijediti jedna manična faza je između 10 i 30%. Intenzivnim ispitivanjem bolesnika kod kojih je nakon unipolarne depresivne epizode uslijedila manična faza utvrđena su obilježja koja upućuju na povećani rizik promjene dijagnoze. Ta su obilježja: mlađa životna dob, psihomotorička retardacija, osjećaji krivnje, izraženo obiteljska opterećenost afektivnim poremećajima, u obitelji je već bilo i manija.



Slika 1. Podjela depresivnog poremećaja na razdoblja ili faze

- Bipolarni poremećaji imaju 7-8, a unipolarni 4-5 epizoda.
- Ü *Broj faza.* Bipolarni bolesnici imaju obično (tijekom 30 godina) oko 7-8 epizoda, unipolarni bolesnici u istom razdoblju prožive 4-5 epizoda. Procjene broja jednofazičnih depresija jako se razlikuju, a prema novijim ispitivanjima takve se depresije pojavljuju samo iznimno.
- Ü *Trajanje faza.* Prema podacima starijih istraživanja, pretpostavlja se da faze bipolarnih afektivnih bolesti prirodno traju oko 7 do 8 mjeseci. Novija istraživanja navode da je medijan trajanja za unipolarne depresivne epizode 5 mjeseci, a za bipolarne poremećaje 4 mjeseca. Ako kod bolesnika ne dođe do kronifikacije poremećaja, razlike u trajanju faza kod različitih bolesnika dosta su stabilne, pa time i predvidljive.
- Ü *Trajanje ciklusa.* Trajanje ciklusa (depresivna epizoda i faza bez depresije) bilo je za periodične unipolarne poremećaje u prosjeku (medijan) 4,5 do 5 godina, a za bipolarne oblike 2 do 3 godine. Pojava bolesti u starijoj životnoj dobi obično dovodi do kraćeg trajanja razdoblja bez teškoća, tj. kraćeg trajanja ciklusa.
- Ü *Prognoza.* Na temelju vrlo heterogenih i metodološki teško usporedivih istraživanja može se samo grubo procijeniti ishod ili dati prognoza depresivnih bolesti. Procjenjuje se da kod polovice do dvije trećine oboljelih dolazi do poboljšanja koje im vraća njihovu uobičajenu učinkovitost i ličnost, iako i dalje postoje pojedinačne tegobe. Za predviđanje ozdravljenja ili poboljšanja od odlučujućeg je značenja katamneza, tj. povijest bolesti određene osobe od časa kada ju je liječnik prvi puta primio ili od početka poremećaja. Kod jedva 30% bipolarnih i 42% unipolarnih bolesnika nađena je jedna faza bez vraćanja u bolest u trajanju od najmanje 5 godina. Postoji opće slaganje da se kod oko 10 do 20% unipolarnih i bipolarnih poremećaja razvija kronični oblik bolesti (minimalno trajanje tegoba 2 godine). Čini se da su kod starijih osoba kronični oblici bolesti češći i u korelaciji s postojećim ili novonastajućim tjelesnim bolestima. Ponovljeno su utvrđene kasne remisije i kod dugotrajnih faza, kao i u visokoj životnoj dobi.
- Oko 10-20% poremećaja prelazi u kronični oblik.

Tijek remisija bipolarnih i unipolarnih afektivnih poremećaja, kao i depresivnih sindroma u populaciji pokazuje da unutar 6 mjeseci nestaje više od 3/4 poremećaja. Gotovo 50% svih epizoda traje čak samo oko 3 mjeseca.

Suicidalni ishod predviđa se za oko 15% oboljelih, pa je prema tome mnogo viši nego za normalnu populaciju. Čak ni suvremene metode liječenja ne smanjuju tu razinu rizika za samoubojstvo.

Rizik samoubojstva oko 15%.

Osim toga postoji kod tih osoba u odnosu na nedepresivne ljude i povećana smrtnost zbog tjelesnih poremećaja, naročito uz staračke depresije. Prema rezultatima jednog epidemiološkog rada postoji za depresivne osobe povećani rizik obolijevanja od ovih bolesti: arteriosklerotične srčane bolesti, vaskularne lezije središnjeg živčanog sustava, bronhijalna astma, peludna groznica (alergije), čir na želucu, diabetes mellitus, infekcijske bolesti. Kod osoba u tugovanju utvrđena je smanjena aktivnost imunološkog sustava, čime se može protumačiti povezanost depresivnih i tjelesnih/psihosomatskih bolesti.

Povećana smrtnost od tjelesnih bolesti.

- Ü *Čimbenici prognoze.* Čimbenici na temelju kojih je moguće predvidjeti tijek i ishod bolesti nedovoljno su ispitani u dugotrajnim istraživanjima. U svakom pojedinačnom slučaju najbolja prognoza proizlazi iz povijesti bolesti te osobe. U jednom prospektivnom ispitivanju, provedenom na uzorku stanovništva, identificirane su varijable koje određuju rizik obolijevanja od velike depresije: rana odrasla dob, ženski spol i postojanje ranijih depresivnih epizoda. Vjerojatnost da će nakon remisije ponovno uslijediti depresivna epizoda određena je brojem ranijih depresivnih faza, ženskim spolom i postojanjem rezidualnih depresivnih simptoma.

Nepovoljni prognostički faktori: rana odrasla dob, ženski spol, ranije depresivne epizode.

Zbog velikog interindividualnog varijabiliteta teško je procijeniti u kojoj će mjeri neki tretman imati profilaktičko djelovanje na tijek bolesti. Uzmemo li rezultate ispitivanja katamneze dobivene u ispitivanjima antidepresiva kao standard, čini se da psihološki tretmani, naročito kognitivno-bihevioralni postupci, produžuju trajanje remisije u odnosu na medikamentozni tretman, tj. imaju pozitivno djelovanje na trajanje ciklusa.

## 1.6 Komorbiditet - istodobno pojavljivanje s drugim poremećajima i bolestima

Visoka razina komorbiditeta.

Depresije često prate druge bolesti. Česta su prekrivanja, tj. istodobno javljanje depresije i anksioznih poremećaja (fobija, društvenih tjeskoba, paničnog poremećaja, općeg anksioznog poremećaja), prisila, posttraumatskih stresnih poremećaja, poremećaja hranjenja, zlorabe tvari, ovisnosti o drogama, poremećaja spavanja, seksualnih poremećaja, somatoformnih poremećaja, psihofizioloških poremećaja, ali i shizofrenih poremećaja, organskih mozgovnih poremećaja, propadanja mozgovne mase, te različitih poremećaja ličnosti. U američkom epidemiološkom ispitivanju nađena je uz depresije (depresivne epizode i distimije) u 77% slučajeva barem još jedna dijagnoza. Najčešće su to bili anksiozni poremećaji (oko 1/2), ovisnosti o nekim tvarima (oko 1/3), te somatoformni poremećaji (oko 1/3).

Nije moguće pouzdano odgovoriti na pitanje da li kod tih komorbidnih poremećaja primarna depresija ili njezino pojavljivanje slijedi nakon drugih bolesti. Kada se sudionike istraživanja retrospektivno pita koji je poremećaj bio prvi, tada većina (između 60 i 80%) odgovara da su depresije uslijedile nakon drugih tegoba i poremećaja.

## 1.7 Dijagnostički postupak, izvori i načini prikupljanja podataka

Na raspolaganju pouzdani i objektivni mjerni instrumenti.

Podaci potrebni za dijagnosticiranje poremećaja, procjenu njegova intenziteta, opis tijeka ili promjena, te za dijagnosticiranje s poremećajem povezanih obilježja mogu se prikupiti pomoću brojnih pouzdanih i objektivnih mjernih instrumenata, strukturiranih ili standardiziranih intervjua, psihologijskih testova, upitnika i ljestvica, upitnika samoiskaza i onih na koje odgovaraju drugi ljudi. Usto postoje i sheme za analizu problema, ljestvice za ispitivanje ciljeva, protokoli za unošenje podataka prikupljenih opažanjem i različiti drugi materijali izrađeni u tera-



pijske svrhe, koji mogu poslužiti i za prikupljanje podataka o bolesniku. U tablici 5 prikazan je pregled dijagnostičkih postupaka koji se često koriste tijekom liječenja depresije.

### 1.7.1 Postupak vođenja intervjua i dijagnostičke liste označavanja

Posljednjih godina izrađeni su polustandardizirani i standardizirani intervjui, koji omogućavaju objektivno i pouzdano utvrđivanje postojanja simptoma navedenih u dijagnostičkim sustavima, a time i postavljanje dijagnoze u skladu s DSM-IV ili ICD-10 sustavom. Poznati intervjui koji se upotrebljavaju su: Standardizirani klinički intervju za DSM-IV (SKID), Dijagnostički intervju za psihičke poremećaje, Složeni međunarodni dijagnostički intervju, Dijagnostički intervju. Za kliničku praksu prikladni su SKID i Dijagnostički intervju za psihičke poremećaje, jer ostavljaju kliničaru određenu slobodu formuliranja i postavljanja pitanja, dok Složeni međunarodni dijagnostički intervju i Dijagnostički intervju propisuju standardizirana pravila, pa ih stoga mogu primjenjivati i uvježbani laici i manje iskusni kliničari. Posebna je prednost, a i smjernica za budućnost što se Dijagnostički intervju može primijeniti i pomoću računala, pa računalni program upravlja postavljanjem pitanja, dijagnostičkim odlukama i pravilima ponašanja tijekom intervjua, kao i donošenjem dijagnoze na temelju navoda bolesnika.

Za dijagnozu i diferencijalnu dijagnozu depresivnih poremećaja, kao i za moguće istodobno postojeće poremećaje, bio bi kvalitativno značajan korak kad bi se u praktičnom radu rutinski primjenjivali SKID ili Dijagnostički intervju.

Jednostavniju, a i metodološki manje zahtjevnju mogućnost pružaju dijagnostičke liste označavanja, koje je Svjetska zdravstvena organizacija ponudila uz ICD-10. Primjena tih lista traži od kliničara da na pitanja u vezi s depresivnim poremećajem (vidi podsjetnike) odgovara na slobodniji način, te da tada pomoću lista označavanja postavi dijagnozu depresivne epizode, distimije, nespecifične depresije ili depresivnog poremećaja prilagodbe.

Poticati primjenu SKID-a, Dijagnostičkog intervjua ili dijagnostičke liste označavanja.

**Tablica 5.** Izbor instrumenata za dijagnosticiranje depresije  
(detaljniji popis literature nudi Hautzinger, 1994.)

Depresije	
Postupak intervjuiranja	
	Strukturirani klinički intervju za DSM-IV (SKID-I i SKID-II) (Wittchen i sur., 1997.) Dijagnostički intervju za psihičke poremećaje (Margraf i Schneider, 1994.) Dijagnostički ekspertni sustav za psihičke poremećaje (Wittchen i Pfister, 1997.) Međunarodna dijagnostička lista označavanja za ICD-10 (Hiller i sur., 1995.)
Opći postupci	
- procjenjivanje od strane drugih	Hamiltonova ljestvica depresije (Hamilton, 1960.) Inventar depresivnih simptoma (Hautzinger, 1997.)
- samoprocjena	Beckov inventar depresije (Hautzinger i sur., 1992.) Opća ljestvica depresije (Hautzinger i Bailer, 1992.) Lista označavanja simptoma (SCL-90) (Derogatis; njemačka varijanta: Franke, 1995.) Ljestvica depresije ( von Zerssen, 1976.)
Posebni postupci	
- kognitivna razina	Ljestvica disfunkcionalnih stavova (Hautzinger i sur., 1985.) Upitnik atribucija (Kammer i sur., 1989.) Upitnik za ispitivanje uvjerenja o kontroli (Krampen, 1981.)
- motivacijska razina	Ljestvica beznađa (Krampen, 1994.)
- emocionalna razina	Ljestvica osjećanja (von Zerssen, 1976.) Lista obilježavanja (Janke i Debius, 1977.) Grafičke ljestvice procjene
- motorička razina	Dnevni/tjedni plan, proba ponašanja, mjerač broja koraka, vrijeme govorenja
- interakcijska razina	Lista problema (Hahlweg i sur., 1982.) Upitnik o partnerstvu (Hahlweg, 1979.) Opažanje ponašanja
- tjelesna razina	Lista tegoba (von Zerssen, 1976.) Elektromiogram (EMG) Elektroencefalogram (EEG)

### 1.7.2 Upitnici za samoprocjenu i procjenu od strane drugih osoba

Niz dobro validiranih upitnika za samoprocjenu i procjenu od strane drugih osoba omogućava određivanje stupnja težine depresije, mjerenje promjena tijekom liječenja i promjena u stanju i depresivnim teškoćama pogođene osobe (npr. Beckov inventar depresije ili Opća ljestvica depresivnosti, Hamiltonova ljestvica depresije ili Inventar depresivnih simptoma). Osim toga, postoje za svako područje simptoma posebni mjerni instrumenti, prikazani u tablici 5.

Određivanje  
težine  
depresije

Ü *Procjena uspješnosti tretmana.* Općenito se u svijetu u svrhu određivanja težine depresije najviše upotrebljavaju Beckov inventar depresije i Hamiltonova ljestvica depresije. Oba se instrumenta primjenjuju prije početka te po završetku tretmana, kako bi se moglo smisljeno usporediti stanje pogođene osobe.

U Beckovu inventaru depresije i u Hamiltonovoj ljestvici depresije rezultat niži od 10 bodova smatra se klinički nevažnim, a onaj iznad 18 bodova klinički značajnim. Prostor između (10 do 18 bodova) predstavlja prijelazno područje, koje upućuje na depresivne tegobe blažeg ili umjerenog stupnja. Većina depresivnih bolesnika postiže prije liječenja rezultate između 20 i 40 bodova. Nakon uspješnog tretmana trebale bi vrijednosti u Beckovu inventaru depresije biti (izrazito) ispod 10 bodova.

Ü *Procjena tijeka poremećaja.* Za procjenu tijeka bolesti prikladnima su se pokazale Opća ljestvica depresivnosti kao instrument samoprocjene i Inventar depresivnih simptoma kao upitnik procjene od strane drugih osoba. Oba postupka mogu se za procjenu tijeka bolesti koristiti tjedno ili mjesečno, prilikom neke od faza liječenja, ali i nakon dužih vremenskih razdoblja. Posebice je dobro prihvaćena Opća ljestvica depresivnosti, koja daje dobru mjeru težine depresivnih simptoma čak i u skraćenoj varijanti od 15 čestica. Ljestvica se bez problema može tjednima primjenjivati kod svih dobnih skupina. Opća ljestvica depresivnosti može se

Procjena tijeka  
poremećaja  
primjenom  
Opće ljestvice  
depresivnosti i  
Inventara  
depresivnih  
simptoma.

koristiti i kao instrument za trijažu mogućih depresivnih poremećaja. Rezultatom koji upućuje na depresiju smatra se 23 boda ili više (kod skraćenog oblika 17 bodova). Zdrave osobe postižu maksimalno 12 bodova (u skraćenom obliku do 7 bodova). Inventar depresivnih simptoma usmjeren je na ICD-10 ili DSM-IV i može se uspješno koristiti kao nit vodilja za postavljanje dijagnoze. Klinički značajnima smatraju se vrijednosti dobivene procjenom od strane drugih osoba koje prelaze 25 bodova, pri čemu depresivni bolesnici najčešće postižu više od 30 bodova. Klinički nevažnima smatraju se vrijednosti do 14 bodova.

Postoji test  
depresije za  
djecu.

Ü *Dječja dob.* Za trijažu i procjenu jakosti depresivnih simptoma djece i mladeži (do 16 godina), mogu se koristiti dva mjerna instrumenta samoprocjene. Jedan od njih je prilagođeni Beckov inventar depresije, nazvan "Inventar depresije za djecu", koji je u Njemačkoj prilagođen kao Inventar depresije za djecu i mladež. Za drugi instrument, Test depresije za djecu, koji je jezično i oblikovno vrlo prikladno sročeno pa ga mali bolesnici dobro prihvaćaju, postoje za dob od 8 i više godina usporedni podaci prikupljeni primjenom na različitim uzorcima djece i adolescenata.

Ü *Starija životna dob.* U starijoj životnoj dobi mogu se bez problema primijeniti Beckov inventar depresije, Opća ljestvica depresije, Inventar depresivnih simptoma i Hamiltonova ljestvica depresije, iako za tu životnu dob nema dovoljno usporednih podataka. Za starije osobe razvijena je i posebna Gerijatrijska ljestvica depresije, za koju za sada postoji tek mali broj psihometrijskih ispitivanja.

### 1.7.3 Analiza problema

Analiza  
problema  
temeljena na  
hipotezama  
pomaže u  
određivanju  
tretmana.

Za planiranje psihoterapije depresije i pristup bolesti određene osobe važna je analiza problema usmjerena na hipoteze postavljene izvan same dijagnoze depresivnog sindroma ili psihometrijske procjene. Odlučivanje o tome je li potrebna i ako da, kakva psihološka intervencija, treba se temeljiti na analizi problema i ponašanja. Takvom analizom utvrđuju se funkcio-

nalni uvjeti koji dopuštaju određivanje ciljeva terapije i planiranje tretmana.

Pokazalo se uputnim prikupiti informacije za barem pet problemnih područja:

- Analiza aktualnog ponašanja i tijek djelovanja, dnevna i tjedna struktura, opterećenja i rasterećenja, ispadi u ponašanju, nedostaci u ponašanju, primjereno ili neproblematično ponašanje, resursi.
- Analiza svakodnevnih problematičnih situacija na horizontalnoj i vertikalnoj razini.
- Analiza motivacije, uključujući i osobna tumačenja i očekivanja pomoći.
- Analiza dosadašnjih pokušaja upravljanja vlastitim životom, uključujući i dosadašnje pokušaje savladavanja problema i tretmane.
- Analiza društvene, obiteljske, partnerske, kulturalne i fizičke okoline i okolinskih uvjeta, te moguće funkcionalnosti depresivnog ponašanja.

Zadaća je ove analize proraditi i hijerarhijski poredati središnja područja problema ("ključne probleme") i okolnosti u kojima postoje, te ishod analize uključiti u planiranje ciljeva i terapije. Misao vodilja neke psihoterapije afektivnih poremećaja nije tretman "depresije", već prepoznavanje problema depresivne osobe, analiza tih problema, formuliranje ciljeva, pronalženje alternativa, te rješavanje problema u suradnji s bolesnikom. Rasterećivanje bolesnika postiže se prevladavanjem nedostataka, usmjeravanjem na postojeće resurse i svladavanjem središnjih problema, čime se istodobno izgrađuje struktura i potiče nada, aktivira bolesnik i čini ga se dostupnim i za druge promjene. Psihoterapija postiže svoje poznate i dobro ispitane anti-depresivne učinke pomoću tih mehanizama za svladavanje problema.

Prorada središnjih problemnih područja ("ključnih problema"); hijerarhijski poredak.

Ü *Razrada ciljeva.* Sustavni odabir i razrađivanje postupka ostvarivanja ciljeva (vidi sliku 2) pomaže jasnom određivanju

Razrada ciljeva  
pomaže u  
terapiji

promjena koje treba postići. Pri tome se ciljevi u različitim područjima, a na temelju realistične procjene vremena, rastavljaju u podciljeve, čime se terapijski postupak konkretizira i čini razumljivijim, a terapijska motivacija povećava. Razradom ciljeva olakšava se procjena na individualnoj razini, a olakšava i praćenje i evaluiranje učinaka terapije.

Ciljevi	kratkoročni (npr. sljedeći tjedan)	umjereno udaljeni (npr. do kraja terapije, cca 8 tjedana)	dugoročni (npr. za 6 do 8 mjeseci)
posao, zanimanje, obrazovanje			
samo-organizacija i organizacija okoline			
aktivnosti u slobodno vrijeme			
društveno područje: partner, obitelj, prijatelji			
društveno područje: uspostavljanje kon- takata, krug poznanika			
društveno područje: neverbalne sposobnosti			
samoprocjena			
procjena okoline			
procjena budućnosti			
opća razina raspoloženja			
sklonost samoubojstvu (suicidalnost)			
lijekovi, alkohol, zlo- poraba droga			

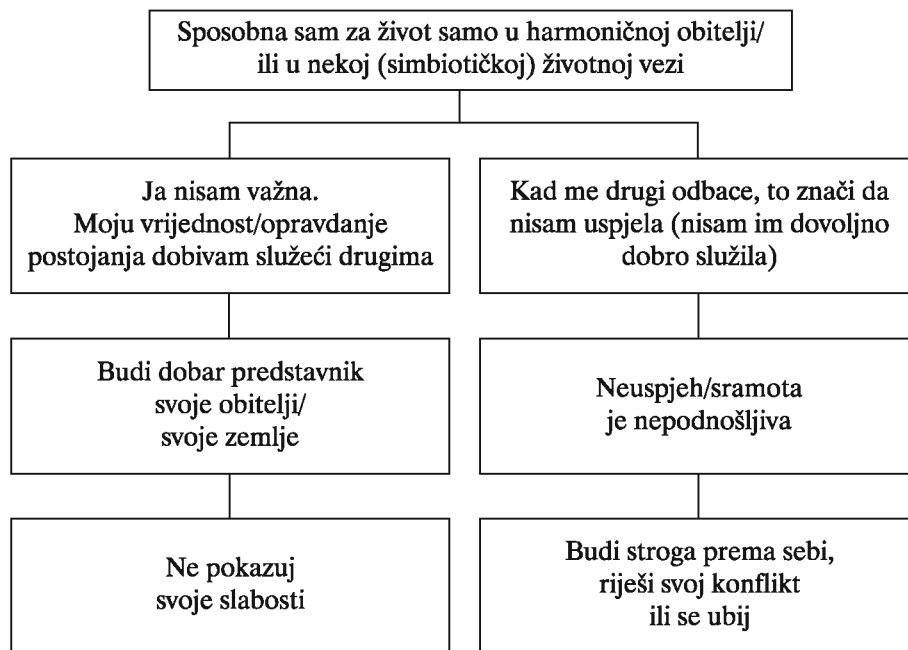
**Slika 2.** Razrada ciljeva

## Prikaz slučaja

Kod bolesnice koja je nakon pokušaja samoubojstva bila podvrgnuta pregledu zbog sumnje na depresiju, utvrđeno je da se njezino depresivno raspoloženje, bezvoljnost, vegetativne tegobe i pomanjkanje perspektive može razumjeti na podlozi njezinih nefunkcionalnih kognitivnih procesa, osiromašnja društvene okoline i iskorjenjivanja iz kulturalne okoline. Njezino je stanje moguće prikazati na horizontalnoj (slika 3) i vertikalnoj razini (slika 4).

Okidač/ podražaj	Organizam	Ponašanje u vezi s problemom	Posljedice
<p><b>vanjski:</b> vidi zajedno muškarca i ženu, neki par</p> <p><b>unutarnji:</b> misao: "Kako bi bilo lijepo s G..."</p>	vegetativna nestabilnost izazvana pomanjkanjem sna i slabom ishranom	<p><b>kognitivna reakcija:</b> "Ne znam kako ću bez njega živjeti". "Ne mogu više nikome vjerovati". "Ne mogu više dalje živjeti" itd.</p> <p><b>tjelesna reakcija:</b> lupanje srca, drhtanje</p> <p><b>emocionalna reakcija:</b> tjeskoba, očaj, tuga</p> <p><b>motorička reakcija:</b> puši cigaretu za cigaretom</p>	<p><b>– kratkoročne:</b> ne jede, ne spava, društvenim izoliranjem i nedostatkom aktivnosti gubi potkrepljenja</p> <p><b>+ kratkoročne:</b> pažnja zabrinutih liječnika i drugog osoblja</p> <p><b>+/- kratkoročne</b> odvratanje pažnje s prekida veze na vlastito tjelesno stanje</p> <p><b>– dugoročne:</b> prekid veze nije prorađen, trajno prisutna anksioznost, izbjegavanje</p>

**Slika 3.**  
Horizontalna analiza problema  
(ponašanje u različitim situacijama)



**Slika 4.** Vertikalna analiza problema (analiza plana)

- Ü *Hipoteze o uvjetima.* Depresivno-beznadno stanje ove bolesnice može se protumačiti hipotezama o gubitku potkrepljenja i negativnim automatskim mislima ili neprikladnim atribucijskim obrascem, te nefunkcionalnim uvjerenjima (vidi daljnji tekst). Manjak sposobnosti rješavanja problema i interpersonalnih resursa ne igra nikakvu ulogu. Do problema dolazi uvijek kada se radi o bliskim, intimnim odnosima, jer ju tada kočje njezina uvjerenja, pretpostavke i vrijednosni sustav (vidi sliku 4), a manje njezino neprimjereno ponašanje.
- Ü *Odabir ciljeva i rad na njihovom postizanju.* Terapijski ciljevi bili su ponajprije ublažavanje i prevladavanje akutnih depresivnih simptoma, bolje strukturiranje načina provođenja vremena tijekom dana i poticanje pozitivno potkrepljujućih