

# Depresija<sup>1</sup>

## Lidija Injac Stevović\*

*Predavanje u Specijalnoj bolnici za psihijatriju u Kotoru 8.12.2016.*

---

Dobro veče. Posebna mi je čast i zadovoljstvo da sam danas ovdje sa vama i da sam pozvana od strane organizatora da održim ovo predavanje. Zahvaljujem se na pozivu. Posebno volim Kotor i Dobrotu. Specifično, nisam tu nikad radila ali imam tako neki divan osjećaj za ovu bolnicu i za ljude koji ovdje rade, ljekare i ostalo osoblje koje radi sa bolesnicima. Kažem da je to posebna uloga u životima svih ovih ljudi ovdje i na tome im jako zahvaljujem, na svojoj posvećenosti koja je za njih i za naše pacijente jako bitna. Naravno pozdravljam i sve svoje kolege i stare prijatelje, kao i direktora i sve vas prisutne. Hvala vam što ste došli da danas podijelimo neke zanimljive informacije o bolesti depresije, neke stare koje su većini poznate, a i neke novije.

Za depresiju bukvalno možemo reći da je to bolest sa hiljadu lica. Znae i sami da se svakodnevno susrećemo sa različitim osjećanjima tuge, koja mogu da liče na depresivna osjećanja, pa danas možemo reći da nema čovjeka koji nije iskusio neko stanje depresije tokom života. Prosto, to je iskustvo svih ljudi, ali je jako bitno shvatiti i to da se depresivna iskustva

---

\* *Dr psihijatrije i docentkinja na Medicinskom fakultetu Univerziteta Crne Gore.*



dešavaju, odnosno različiti životni događaji i situacije, i da svaki čovjek ima sposobnost da nekim svojim mehanizmima odbrane prevazilazi i izlazi na kraj s tim teškim osjećanjima, kao što izlazi na kraj i sa nekim teškim životnim situacijama.

Međutim, onda kada mehanizmi odbrane popuste i kada stanja tuge počnu da dominiraju osobom, da zauzimaju veći dio dana i života te osobe, posebno ako traju duže, od dvije nedelje do mjesec dana, onda kažemo da se ta osoba mora obratiti psihijatru, jer **vrlo je važno započeti tretman i terapiju depresivne bolesti ili bilo kog drugog mentalnog poremećaja što ranije.**

Depresija kao bolest je možda na neki način i potcijenjena i često neprepoznata od svih, pa i od nas ljekara. Najčešće nije prepoznata od strane izabranih doktora zbog specifičnosti bolesti, jer se javljaju i neki simptomi nespecifični za depresiju. Zašto to kažem? Zato što je to, zapravo, **bolest koja pogađa cijeli organizam.** Znači, ona nije samo bolest mozga. Možda će se onda neko i zapitati, da li možda i samo ime „depresija” uopšte odgovara ovoj bolesti ako je to bolest koja zahvata cijeli organizam, pa bi možda mogli promijeniti i ime? Zapravo jeste nešto što se na prvom mestu manifestuje simptomima – promjene vitalnih dinamizama, voljnih dinamizama, nagonskih dinamizama, u smislu **izmjena u ishrani, gubitka apetita, ili pak povećanog apetita, nesanice, što osobe primjećuju u prvom momentu.** Poremećaji spavanja se karakterišu kasnom nesanicom, odnosno ranim jutarnjim buđenjem oko pet sati ujutru. Međutim, ponekad su prisutni i inicijalna insomnija i intermedijarna insomnija, što podrazumijeva buđenja u toku noći, jedan sat, dva sata, tri sata po ponoći, pa se poslije toga vrlo teško može zaspati. I, naravno, te osobe koje slabije jedu, ne spavaju, one ujutro ustaju umorne, pa onda mi često moramo znati da ako osoba kaže da je umorna, da i to može biti jedan od simptoma depresije, ali ne možemo mi baš sve simptome odmah proglasiti kao da je to depresivna bolest. Simptomi se moraju ozbiljno analizirati i ozbiljno im se prilaziti, zato što nešto može da bude i reaktivno, situaciono. Dakle, ako bismo gledali pojedinačno svaki od tih simptoma, svaki čovjek ih je imao. Međutim, da bi nešto bilo bolest potrebna je detaljna analiza i ocjenjivanje simptoma, njihovog intenziteta i trajanja, ali i neki od sljedećih simptoma.

Na prvom mjestu su **promjene u razmišljanju.** Često osobe ne mogu da se koncentrišu na posao, žale se da su manje efikasni, ne mogu da donose dobre odluke, često su ambivalentni u različitim odlukama, imaju problem sa zaboravnošću, ne znaju gdje su šta ostavili, izgubili,

ponekad se žale, kažu: „Ne znam gdje su naočare, cijeli dan ih tražim po kući”. Neki mogu da zaboravljaju sve vrijeme trajanja bolesti.

Negativne misli su takođe karakteristika depresije. Pesimizam, nisko samopoštovanje, a kod težih oblika depresije, i osjećanje krivice i samokriticizam, a nisu rijetke ni samodestruktivne misli, odnosno misli o samouništenju, ponekad i oštećenju. Naravno, kod težih oblika depresije, i suicidalne misli i radnje i pokušaji, jer znamo da se oko 50% depresivnih pacijenata, zapravo, muči sa teškim iskustvima suicidnosti.

Tu su i promjene u osjećanjima. Znači, osobe mogu da **osjećaju tugu koja je potpuno bezrazložna**, imaju gubitak interesovanja u uobičajenim aktivnostima koje su ranije mogli da obavljaju bez ikakvih problema, nemaju motiva, povlače se, usporeni su, iritabilni, teže se kontrolišu, često se svađaju. U najtežim oblicima imaju dva veoma važna simptoma, koji su jedni od najvažnijih prediktora samoubilačkog ponašanja, a to su osjećanje bezperspektivnosti i bespomoćnosti.

Promjene u ponašanju – uglavnom **prvi problemi nastupaju u kontaktu sa ljudima**, najčešće ne mogu da podnose članove porodice, ne mogu da podnose ljude na poslu, počinju da se povlače ili svađaju. Neki imaju problema u apetitu, nekada jedu više, a nekada manje. Činjenica je da te promjene u ponašanju mogu da budu i iz nekih drugih razloga, mogu da budu i posledice pozitivnih događaja. Neki se žale na sve i pokazuju svoju ljutnju tako da može da se desi da pokazuju simptome iritabilnosti, svadljivosti, napetosti, da ih ne drži mjesto, itd, i u konačnom, zanemaruju svoj izgled i higijenu.

U fizičkom, odnosno tjelesnom smislu, počinju da **osjećaju zamor**, provodi se više vremena u krevetu, gleda se u pod, neki od njih satima leže budni, ne mogu da čitaju, ne mogu da se koncentrišu na bilo šta, noću se često probude i gledaju u plafon, čak i kada dugo spavaju san ih ne okrepljuje pa su i dalje umorni. Posebno obratiti pažnju na stanje kada imaju bolove i hronične bolne sindrome, kao što su, na primjer, različiti oblici neuroloških bolova, lumboishialgije, glavobolje pa bolni sindromi često maskiraju depresiju.

Šta bi bili uzroci depresije? Sva savremena istraživanja se negdje zasnivaju na biološkim istraživanjima. Ali, zašto mi posmatramo ovako jedan širi kontekst uzorka depresivne bolesti? Upravo zato što **znamo da se najveći broj oblika depresije efikasno liječi**, ali nije lako liječiti

ozbiljnu depresiju, major depresiju. Šta kažu hemijska istraživanja? Još davne 1959. godine je otkriven antidepresiv koji se zove Imipramin i poznati psihijatar Širklo je 1965. godine primjetio da je depresija, zapravo, izazvana deficitom biogenih amina u centralnom nervnom sistemu, na prvom mestu noradrenalina, to su zapravo neurotransmiteri koji održavaju ravnotežu u mozgu. Potvrđeno je da upravo imipramin povećava raspoloživost noradrenalina na način što sprečava njegovo preuzimanje iz presinaptičke pukotine.

**Kako djeluju antidepresivi?** Oni su takve supstance koje zaustavljaju vraćanje već izlučenih biogenih amina u sinaptičkoj pukotini i na taj način održavaju njihovu dovoljnu koncentraciju u sinaptičkoj pukotini što omogućava normalnu provodljivost, odnosno transmisiju kroz neurone, što daje mogućnost da se ponovo obnovi neuronski put u obimu koji je dovoljan da se neke od tih funkcija kod pacijenata koji imaju biološke, odnosno genetske predispozicije depresije, ponovo uspostave. Kroz primjere iz prakse ću pokazati kako objasnim pacijentu kad dođe na terapiju i pita me: „Šta ćete Vi meni propisati, koji lijek?“ Ja kažem: „Evo daću vam antidepresive.“ „Kako deluju antidepresivi?“ To je često pitanje. Ja im objasnim, evo ovako kao što sam sad objasnila vama, a onda sledi: „i to znači da, dok ja pijem te lijekove, imam dovoljno neurotransmitera, oni idu kroz neurone. „A šta ću ja da radim kad Vi jednog dana isključite te antidepresive, hoće li to da prestane da ide?“ Što je, naravno, logično pitanje. Međutim, danas znamo ono što savremena istraživanja govore da tretman antidepresivima ima jednu regenerativnu i neuroprotektivnu ulogu, u smislu stvaranja novih neuronskih veza, koje onda poboljšavaju neurotransmisiju. Naravno, to je slučaj onda kada se daju u dovoljnom periodu vremena, koji opet mora da se ocijeni u odnosu na simptome koji su prisutni kod pacijenta. Tu su i neki drugi, osim noradrenalina – a znamo da manjak noradrenalina može da bude povezan sa agresivnim ponašanjem, može da bude povezan sa modulacijom bola, adaptacijom na stres, itd...

Sertotonin je, takođe, veoma bitna supstanca, koju zovemo supstancom sreće, koja utiče i održava normalnu funkciju spavanja. Ona reguliše termoregulaciju. Reguliše hladnoću, reguliše apetit, reguliše seksualno ponašanje. Dopamin, takođe, je jedan od bitnih parametara, koji modulira ispoljavanje emocija. On daje čovjeku sposobnost da uživa u životu i to je ono što je, zapravo, suština cijelog našeg života. važno je da se čovjek ne predaje, da se bori sa svim, da stvara osjećaj zadovoljstva u svakom danu, u svakom trenutku, ondje gdje se može, kad god se to moguće.

Da spomenemo i druge neurotransmitere. Acetilholin koji je povezan više sa bipolarnom depresijom i gama amino buterna kiselina (GABA). Mi danas znamo da GABA jeste jedna vrsta inhibitornog neurotransmitera i da nemamo GABA-e koji vrši inhibiciju, mi bi svi bili bez kontrole. A mi vidimo ponekad da se depresivni pacijenti ne mogu kontrolisati, ne mogu da se zaustave, ne mogu da stanu, da se vrate u one prethodne svoje načine funkcionisanja, i zato propisujemo stabilizatore raspoloženja, koji onda uspostavljaju kontrolu nad ponašanjem.

Šta kaže genetika? Biologija je definitivno značajna u nastanku depresije. Različite studije definitivno ukazuju na to da **osobe koje imaju u svojoj porodici oboljele od depresije ili od neke druge psihičke bolesti mogu da naslijede depresivnu bolest**. Ali najnovija istraživanja koje sam našla jeste istraživanje Perliza i saradnika u Americi, objavljeno u avgustu ove godine i koji su, zapravo, radili jedno istraživanje *online* tako što su pripremali genetske kartice određenih pacijenata i oni su sakupili ljude koji su u Americi evropskog porijekla, što im zamjeram, jer je trebalo istraživati sve ljude, a ne samo Evropljane. To istraživanje je pokazalo da su oni našli 17 genetskih varijacija na 15 lokacija gena koji su bili povezani sa depresijom, što je veliki broj. Nadamo se, rekao je Perliz, da će ovi rezultati pomoći ljudima da shvate da je depresija, zapravo, bolest mozga i da je određena sopstvenom biološkom pozicijom. Sad predstoji jedan težak posao za sve nas, a to je da nađemo sve moguće modalitete i moduse na koji način da pomažemo da se takva bolest ne razvija, pronalazeći i pokušavajući da koristimo sve nabolje principe, terapijske, psihoterapijske, relaksacione i sve ostale koji će pomoći da se terapijski pristupi poboljšaju i prilagode na odgovarajući način.

Savremene tehnike vizuelizacije mozga, kao što je CT ili MR takođe su našle da su kod depresivnih bolesnika prisutne hiperdenozne zone, posebno u subkortikalnim regijama. Ove zone, zapravo, nastaju kao posljedica neurodegeneracije usled čega se dešavaju promjene na psihičkom planu, a osim toga različiti metabolički poremećaji, kao što je snižen metabolizam glukoze, takođe, imaju ulogu u nastanku bolesti, posebno kod težih oblika depresije i kod maničnih pacijenata.

Zbog toga kod depresivnih pacijenta treba napraviti kompletnu dijagnostiku. Kao primjer navodim pacijenta koji se desetak godina liječio od depresije i liječen je po savremenim protokolima. Međutim, kad sam pogledala sve to, vidjela sam da nedostaje skener, nedostaje magnet. Napravili smo i dodatnu dijagnostiku. Na MR u bazalnim ganglijama brojni kalcifikati,

a tu se nalazi centar za depresiju. Danas znamo da pacijenti koji boluju od neuroloških poremećaja, ispoljavaju depresivne simptome kao izmjene na nivoima neuroendokrine osovine, hipotalamus, hipofiza. Često to vidimo u našim ordinacijama na pacijentima koji imaju simptome nemira, nesanicu, čak pokušavaju suicide, a u čijem hormonskom statusu nalazimo odstupanja posebno promjena nivoa kortizola, prolaktina, koji se smatra jednim od korelata stresa.

**Psihosocijalni faktori koji utiču na depresiju.** Na prvom mjestu, kao što znate sami, su stresni životni događaji. Klonidžer i grupa istraživača, i danas prof. Šarkić u Americi, su radili istraživanja koja su pokazala da psihosocijalni stresovi bukvalno mijenjaju genetsku osnovu mozga, da je ta modulacija podstaknuta stresom. Takva istraživanja nastavljaju i dalje da se rade i ona su od velikog značaja. Najznačajniji među tim stresovima su gubitak roditelja prije 11. godine života, posmatra se u kontekstu psihodinamike, kao jedan od najvažnijih faktora za kasniji razvoj depresivne bolesti, zatim različite traume u djetinjstvu – zlostavljanja, ratni uslovi, itd. Zanemarivanje djece, ostavljanje djece, djeca u institucijama, emocionalno, seksualno, fizičko zlostavljanje, razdvajanje od roditelja, svakako i specifične crte ličnosti kao što su: perfekcionizam, zavisnost, histerične crte ličnosti, opsesivno-kompulsivne crte ličnosti. Sve one imaju jedan potencijal za razvoj takvih depresivnih simptoma i različiti komorbiditerni poremećaji, kao što je anksioznost. **Anksioznost je jedan od najvažnijih faktora za razvoj depresije.** Čak kod 90% pacijenata sa depresijom, anksioznost je bila primarna, nepodnošljiva i teška i davala je kliničku sliku depresije. Bekov trijas<sup>2</sup> kognitivnih simptoma predstavlja tri varijable: negativnu procjenu sebe, prošlosti i budućnosti, na osnovu kojih je razvijena kognitivna psihoterapija koja je danas najčešće primjenjivana u liječenju depresivne bolesti jer prilično brzo popravlja stanje pacijenata.

**Tipovi depresije: velika depresija je najozbiljnija.** Uvijek se karakteriše bezrazložnom tugom i izuzetnom promjenom u kognitivnom setu, gubitkom interesovanja, negativnim pogledom na budućnost, negativnim pogledom na prošlost, smanjenom energijom, osećanjem zamora, bolnim izrazom lica i jednom inkontinencijom u smislu ili plača ili potpune nemogućnosti da se plače, suva depresija, jer pacijenti često izražavaju to ili ne mogu da zaustave plač, na šta treba gledati

---

<sup>2</sup> Bekov trijas – odnosi se na istovremeno prisustvo tri simptoma: negativna interpretacija sebe, negativna interpretacija iskustva (svijeta oko sebe) i negativna očekivanja (pesimističan pogled na budućnost).

kao nama uvek bolju prognozu, onako kako mi gledamo s našeg aspekta, zato što oni na neki način ventiliraju, isprazne se kroz taj plač. Najopasnija od svih jeste ta suva depresija kod koje nema plača što govori zapravo o dubini tog jako teškog i bolnog stanja koje oni sa sobom nose. Najveći rizik je kad se kod takvih pacijenata javi osjećanje krivice, kada se jave psihotični simptomi, kad se komplikuje sa određenim sumanutim idejama, koje su najčešće u smislu propasti i bezvrednosti života.

**Distimija je vrsta depresije kod koje se depresivni simptomi odvijaju tokom većeg dijela života i nikad ne prestaju.** To su oni pacijenti koje kad pitate kako se osjećaju, oni kažu: „Nikako”. Čitav život se rđavo osjećaju. To je nešto što traje i oni nikad u životu nisu imali neko zadovoljstvo, stalno su namrgođeni i puni su žalbi, posebno somatskih žalbi. Jedan broj ovakvih ljudi nikad ne dođe do psihijatra, psihologa, da najveći broj njih zapravo sa tim somatskim simptomima, hipertenzijom, bolom u želucu, bolovima u zglobovima, glavobolji odlazi kod izabраниh doktora i tu se svaka priča završava. Iz ovih razloga jedan broj njih realizuje suicid, a da mi nismo ni znali da je on bio depresivan. Sada možemo da postavimo pitanje: „Da li je, zapravo, depresija bipolarni poremećaj?” Jer i u bipolarnom poremećaju simptomi su na drugom polu u odnosu na depresiju koja je jedna potištena tuga, jedna hipertimija, a drugi pol sa simptomima euforije karakterise povišeno raspoloženje, koje je pandan fazi tuge i može biti problem dijagnostikovanja bipolarnog poremećaja, jer depresija može biti samo jedna od faza bipolarne bolesti. I kako mi sad znamo da li je taj tretman u redu ili ne. Na primjer, ako ovakvom pacijentu damo antidepresiv, on će da se uznemiri. To se mora jako dobro pratiti. **Davanje antidepresiva kod pacijenta s bipolarnim poremećajem može biti i kontraindikovano i pogoršati stanje.** Jer tretman bipolarne depresije je potpuno drugačiji od tretmana unipolarne odnosno velike depresije.

Bipolarni poremećaj karakterišu manične epizode, to su one epizode kada je pacijent euforičan, egzaltičan, kada može sve, kada ne spava više od dva, tri sata, kada ne jede, kada se kreće bez kontrole, kada ima različite doživljaje. Ponekad budu simpatični za okolinu, ali vremenom kako to njihovo stanje progredira u toj svojoj brzini, gubitku snage i energije, kroz njihove povišene aktivnosti, puni su planova, nisu u stanju da ih realizuju, svest je kod većine očuvana i često ispoljavaju hiperpermneziju.

Kao što je distimija oblik depresije, tako i ciklotimija jeste oblik bipolarnog poremećaja, ali u mnogo blažem obimu, čiji simptomi ne zadovoljavaju kriterijum za bipolarni poremećaj. Uglavnom, karakteriše se stalnim cikličnim promenama. Čas malo depresije, čas malo euforije. Uglavnom može da bude i stabilna, ali veći dio života ima oscilacije u raspoloženjima. Negdje čak oko 1 % pacijenata, među psihijatrijskim pacijentima pripada ovom poremećaju, a od 3-10 % među onima koji se žale na bračne i interpersonalne probleme.

Imajući u vidu izneseno možemo reći da je depresija bolest koja je potpuno različita kod svakog pacijenta i da svakom pacijentu treba prići na specifičan način.

**Dijagnoza depresije je određena na prvom mestu jačinom simptoma. Kada pacijent ima simptom, onda mora da mu se da lijek. Ako nema simptom, nego ima problem, to se rješava psihološkim putem** – nije neophodno da dolazi kod psihijatra. Međutim, ukoliko postoje simptomi bolesti, onda se takva osoba mora liječiti psihijatrijski. Dužina trajanja simptoma, rekli smo da je važno uhvatiti simptome što prije i u ranoj fazi, zato što svako liječenje na vrijeme daje dobru prognozu. Specifični su uzroci simptoma ukoliko su poznati. Ako su uzroci simptoma gubitak, mi ćemo pokušati da uradimo nešto na psihološkom planu, kako da se osoba nosi sa gubitkom, tugom, žalošću, itd... Naći ćemo neke moduse da se ta osoba posveti karijeri. Naći ćemo neke moduse da ona uradi neke druge bitne stvari kako bi nekako ojačala svoje samopouzdanje, samopoštovanje, pokušala da da neku vjeru u životu, neku nadu u životu. Ali ako takva osoba poslije gubitka hoće da se ubije i ima ozbiljne suicidalne rizike, mi tu ne smijemo razmišljati da li je to endogena ili reaktivna depresija. Mi u takvoj fazi moramo da uključimo terapiju. Dijagnoza depresije: uvijek se mora voditi računa o ozbiljnosti simptoma, koliko su ozbiljni, koliko traju, kakva je socijalna mreža, koliko je ljudi uključeno u pomoć, je li osoba usamljena, je li udovica, udovac, jesu li djeca otišla iz doma. Kakav ima pogled na sebe, kakav ima pogled na svet oko sebe i kakav ima pogled na budućnost. Da li ima suicidalne misli. Na nivou samih suicidalnih misli, računamo opet da li su samo ideje – dajte, pomozite, spasite me, bukvalno su to apel fenomeni. Ne možemo smatrati da je baš neki veliki rizik. Međutim, kada propitate osobu koja ima suicidalne misli, da li ona ima neke najave, da li je pretiła suicidom, da li je pominjala da će nešto da uradi, da ode s ovog sveta, da li je ostavljala svoje stvari, ostavljala testament, pravila neke takve simptome, onda se kaže da je to već nekakva ozbiljnija stvar za koju treba ozbiljan tretman. Međutim, ako neko ima planove da će nešto da



realizuje, ima konkretne ideje i planove, onda je ozbiljnost za suicid jako visoka. I tada ozbiljno i obavezno treba hospitalizovati pacijenta. Uvijek treba posmatrati kakav je bio raniji tok bolesti, da li je bilo epizoda, kakve su bile, je li to bila neka druga bolest mentalna, somatska, nebitno bilo koja. Takođe, koji su to faktori koji doprinose pojačavanju simptoma na kojima se treba jako puno raditi. I svakako biološki faktori. Diferencijalna dijagnoza – jako je važno razlučiti kod svih ovih pacijenata da li ima mogućnosti da je bolest prouzrokovana nekim hipertirodizmom, hipotirodizmom, hiperkortizolemijom, da li osobe imaju reumatoidni artritis, da li imaju sistemski lupus, da li imaju karcinom, da li su imali ranije epizode depresije, da li imaju promjene u neurološkom statusu, da li imaju početnu demenciju, koja se, takođe, mora dijagnostikovati na vrijeme, zato što su u takvim fazama tretman i terapija potpuno drugačiji. . Ponekada je teško razgraničiti akutni početak shizofrenije od psihotične depresije. Zatim diferencijalna dijagnoza između psihotične manije i shizofrenije, takođe, može biti veoma teška. Teško je diferencirati i proces tugovanja nakon gubitka od prave depresivne bolesti. A posebno treba obratiti pažnju na suicidalne misli, namjere i planove ukoliko ih ima.

Kako liječimo poremećaj raspoloženja? Budući da smo rekli da su etiopatogenetski faktori brojni, tako se mora odvijati tretman. i biološki, i psihološki i socijalni. Taj kontekst jeste nešto što je neizostavno i najvažnije u liječenju depresivne bolesti. Osim farmakoterapije, psihoterapije i psihosocijalne terapije, jedna od metoda izbora danas je elektrokonvulzivna terapija, za koju sam nekad, kad sam počela da učim psihijatriju i gledala film „Let iznad kukavičjeg gnijezda”, mislila da je užasno dramatična. Međutim, današnji savremeni tretmani elektrokonvulzivnom terapijom se odvijaju u anesteziji, imaju drugačiji način liječenja i veoma su efikasni upravo zato što se tim nekim prolaskom električnih stimulansa djeluje na limbički dio mozga u kome se nalaze emocije i pacijent veoma brzo rehabilituje.

Danas se u liječenju koristi transmagnetna stimulacija, koja se sve šire koristi, pa je i Američka asocijacija psihijatara predložila transmagnetsku stimulaciju - ti talasi prolaze kroz mozak i omogućavaju poboljšanje depresivne bolesti. Ipak, to mogu da budu mala ili srednja poboljšanja. Tako da se ipak uz to mora ići s neizostavnim tretmanom, i antidepresivima, psihološkim i socijalnim tretmanom. Tačna dijagnoza je jako bitna i važna, potpuna procjena kliničke slike: da li je u pitanju akutna ili hronična bolest; da li postoje očigledni percipirajući faktori koji su doveli do ove bolesti, stresni životni događaji; koliki je rizik od suicida; da li

bolesnik ima uvid u svoju bolest ili ne. I na osnovu ovoga koncipira se plan liječenja, koji može biti kratkotrajno liječenje akutne epizode ili dugotrajna terapija održavanja. Kao što sam rekla, različiti su modaliteti liječenja. Drugačije se tretira neka kratkotrajna reaktivna depresija ili akutno manična epizoda. Ili dugotrajno liječenje bipolarnog poremećaja i bipolarne depresije sa psihostabilizatorima.

Prije nego što se uopšte bilo kakav tretman započne, jako je **važno objasniti pacijentima da svi lijekovi imaju svoje neželjene efekte**, da čovjek može da očekuje neželjene efekte kod takvih lijekova, ali se mora voditi računa o prisustvu komorbiditetnih poremećaja, somatskih poremećaja. Postoje određene smjernice u liječenju koje omogućavaju da odaberemo efikasnu terapiju sa najmanje neželjenih efekata za pacijenta. **Tok i prognoza bolesti: 85-90% bolesnika se u potpunosti oporavi od depresije i uspostavi raniji nivo funkcionisanja**. Kod mladih bolesnika traje kraće. **50% oboljelih doživi samo jednu epizodu**, a znamo i da je to bolest koja se često vraća. Ishod bipolarnog poremećaja je mnogo povoljniji nego što je ishod shizofrene bolesti, a kod depresije je pet puta veći rizik od invalidnosti u odnosu na zdrave osobe. Svakako, sve zavisi od psihosocijalnog funkcionisanja. Kreplin je još govorio, da se hronične forme manifestuju samo kod 5% oboljelih, a današnji podaci govore u prilog tome da čak 15-20% pacijenata uđe u hroničnu formu depresivne bolesti.

Kod depresija je naročito važno istaći da postoji rizik od suicida. Poželjno je ostvariti dobar kontakt terapeuta sa pacijentom i da, posebno kod osoba koje su usamljene, koje nemaju podršku porodice, terapeuti treba da budu nosioci podrške sve dok ne prođe kritična faza ozbiljnog suicidnog rizika.

Hvala vam na pažnji.