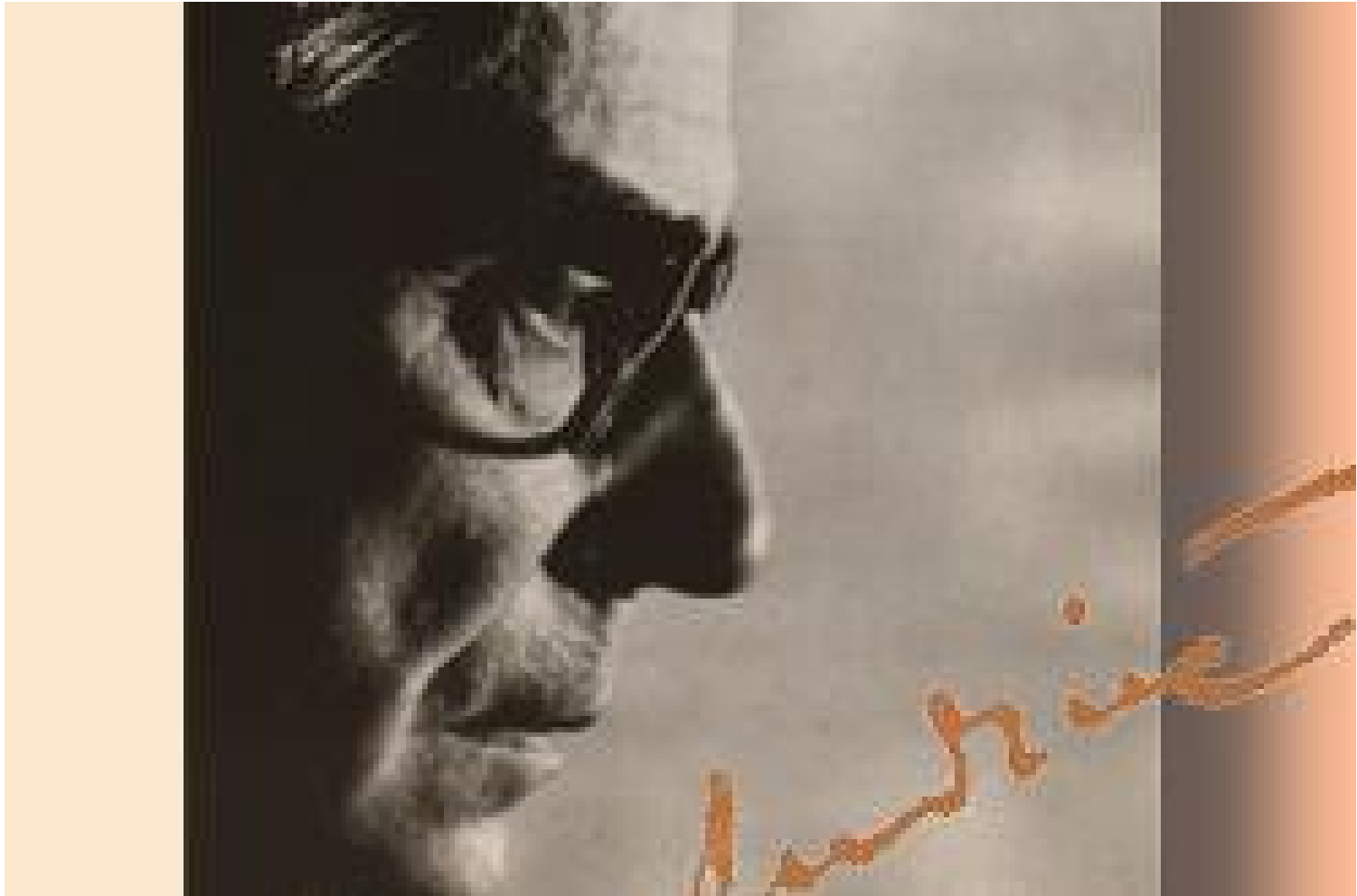


# Како препознати депресију?

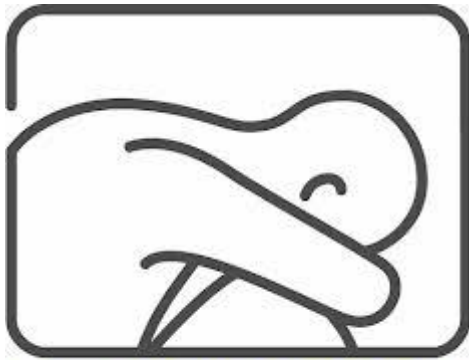
доц. др Милица Боровчанин

"И туга је једна врста одбране."  
- Иво Андрић



# Шта није депресија?

- “Депресиван сам зато што сам слаб и лош.”
- “Депресиван сам јер се не трудим довољно.”
- “Лекови ми не могу помоћи.”
- “Када се опоравим, лекови ми више нису потребни.”



**DEPRESSION**

# Шта је депресија?

- ❑ Велика група менталних поремећаја, рекурентног или хроничног тока
- ❑ Значајан здравствени проблем
  - на четвртом месту у свету по фреквентности
  - процена: други здравствени проблем 2020. године

# Депресија је:

- снажно осећање безразложне туге (хипертимија туге),
- психомоторна инхибиција (понекад агитација) и анксиозност,
- уз дисфункцију нагонског живота и организма оболелог.

# Дијагностички критеријуми МКБ-10 за депресивну епизоду (F 32)

Обележја	Критеријуми за одређивање интензитета	
А. Трајање најмање две недеље	Епизода	Критеријум
Б. Типични симптоми: - депресивно расположење - губитак интересовања или задовољства - смањена енергија или појачан замор	Блага	Присуство најмање 2 симптома под Б и најмање 2 симптома под Ц
Ц. Други симптоми: - оштећена концентрација и пажња - смањено самопоуздање и самопоштовање - осећање кривице и безвредности - суморан и песимистичан поглед на будућност - идеје о самоповређивању или суициду - поремећај циклуса спавање/будност - снижен апетит	Умерена	Присуство најмање 2 симптома под Б и најмање 4 симптома под Ц
	Тешка	Присуство сва три симптома под Б и најмање 5 симптома под Ц

## МКБ-10 за тешку депресивну епизоду непсихотичну (F32.2) и психотичну (F32.3)

*А. Сва три од следећих  
симптома морају бити  
присутни:*

1. депресивно  
расположење  
присутно највећи део  
дана;
2. губитак интересовања  
или задовољства;
3. смањена енергија или  
појачан замор.

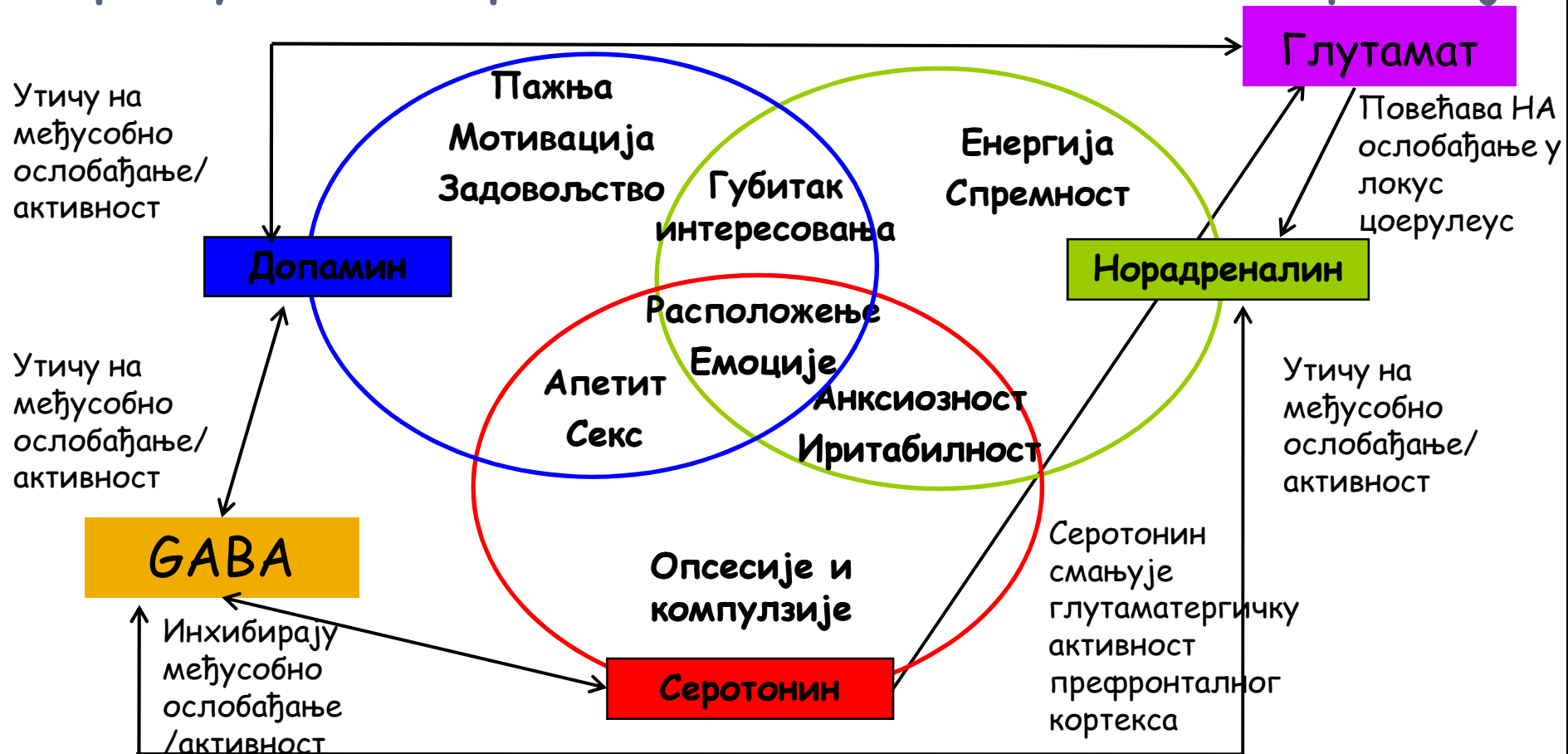
*Б. Најмање пет од следећих  
симптома треба да су присутни:*

1. оштећена концентрација и пажња;
2. смањено самопоуздање и  
самопоштовање;
3. осећање кривице и безвредности;
4. суморан и песимистичан поглед на  
будућност;
5. идеје о самоповређивању или  
суициду;
6. поремећај циклуса спавање/будност;
7. снижен апетит.

**F 32.2 Ц. Без халуцинација, суманутих идеја или депресивног ступора**

**F 32.3 Ц. Треба да се опсервира најмање један психотични симптом  
(депресивне сумануте идеје, халуцинације или депресивни ступор)**

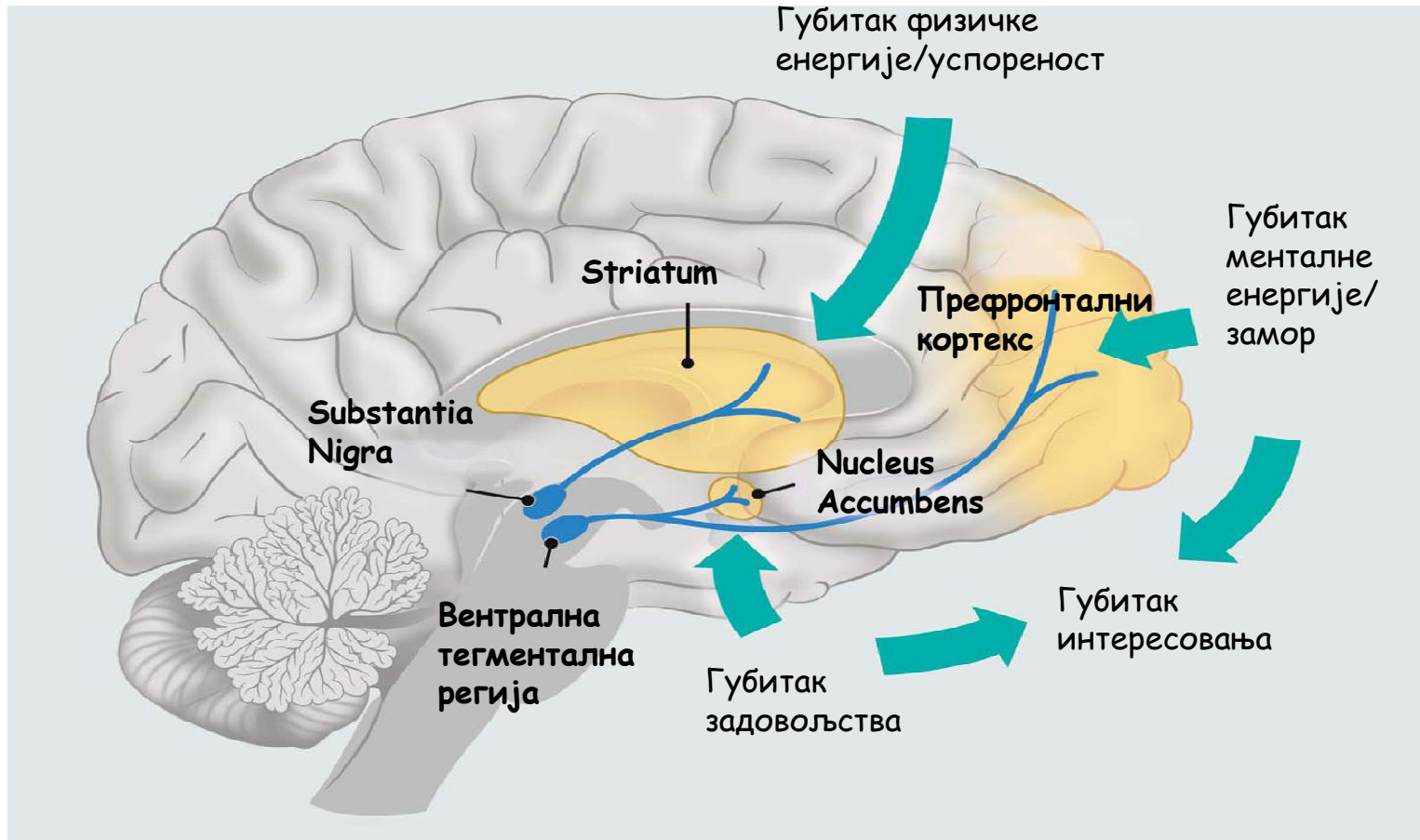
# Различити неуротрансмитери могу продуковати различите симптоме депресије



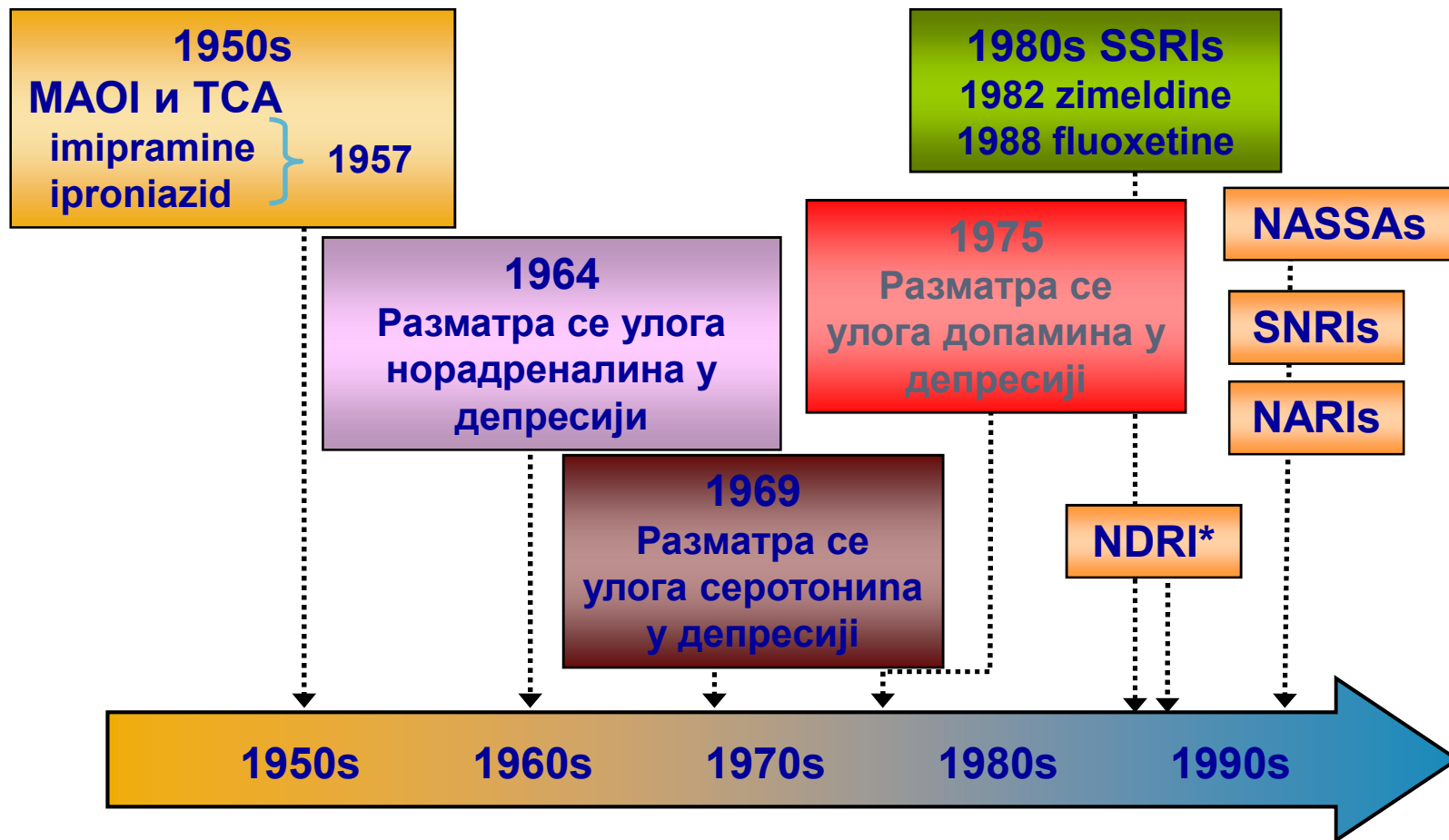
Stahl S. Essential Psychopharmacology. 2000.  
Foote SL, Aston-Jones GS. Psychopharmacology. 1995; 335-345.  
Nutt DJ, et al. J Psychopharmacol 2007; 21: 461-471.  
Nutt DJ. J Clin Psychiatry 2008; 69 Suppl E1: 4-7.  
Shelton AJ & Tomarken RC. Psychiatr Serv 2000; 52: 1469-1478.  
Stahl S. J Clin Psychiatry 2003; 64: 1145-1146.



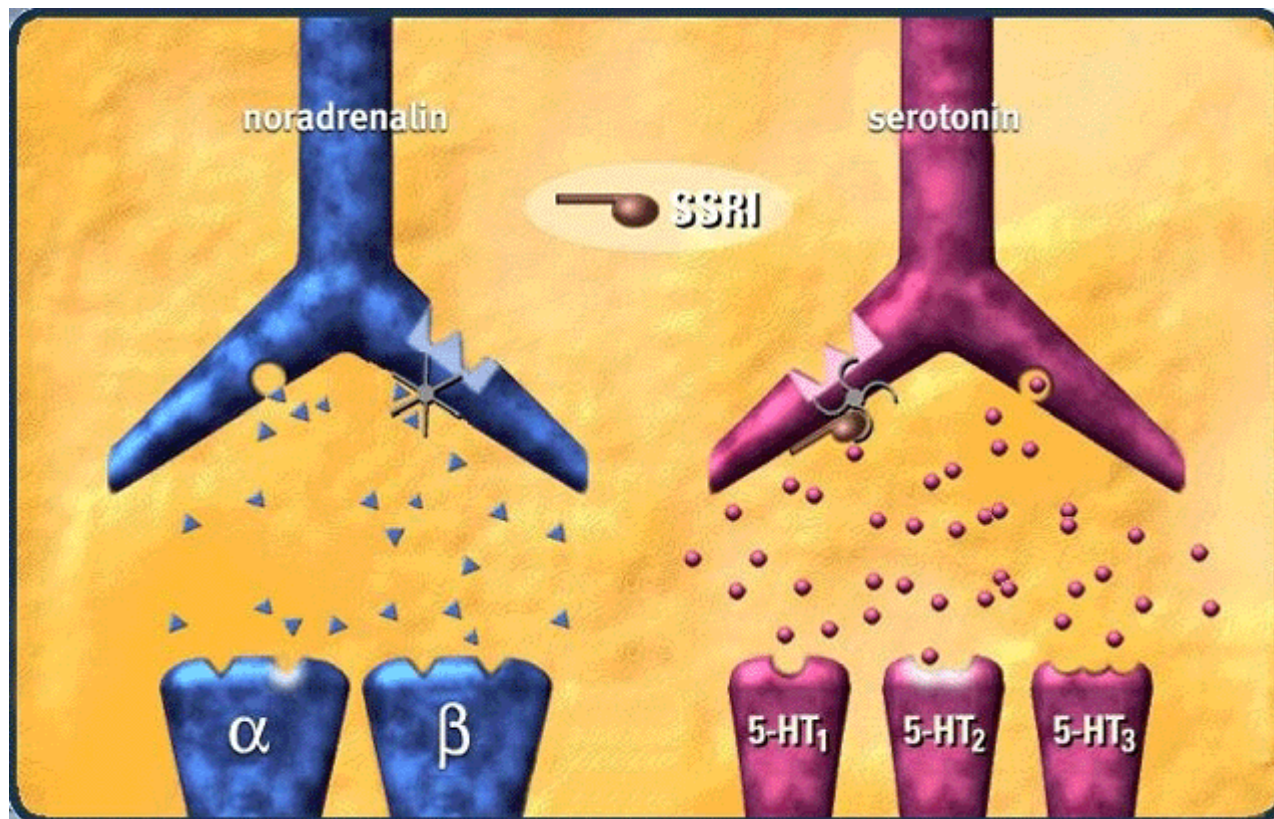
# Допаминаргички неуротрансмитерски систем и могући региони генерисања депресивних СИМПТОМА



# Фармакотерапија: Еволуција антидепресива



# Механизам дејства SSRI



# Лечење депресија:

Потребно искључити присуство других менталних поремећаја или телесних болести

- ❑ Детаљна психијатријска анамнеза и евалуација психичког статуса
- ❑ Соматски и неуролошки преглед
- ❑ Лабораторијска испитивања (ККС, биохемијске анализе крви и урина)
- ❑ Ендокринолошке анализе (посебно функција штитасте жлезде)
- ❑ Злоупотреба ПАС
- ❑ ЦТ, МР, ЕЕГ
- ❑ Психолошко и неуропсихолошко тестирање



# Правилно дијагностиковати -тзв. "маскиране депресије"



- Честе су и доминанте жалбе на соматске тегобе



# Депресија и соматски коморбидитет

- Значајно повећава ризик од развоја специфичних соматских болести: најчешће кардиоваскуларна и цереброваскуларна обољења
- Повећава ризик од лошијег исхода код пацијената са различитим соматским болестима (нпр., инфаркт миокарда, мождани удар, дијабетес)



Republika Srbija  
MINISTARSTVO ZDRAVLJA

Nacionalni vodič  
dobre kliničke prakse

# Depresija

Klinički vodič 1/11  
Oktobar, 2011.

Izradila Republička stručna  
komisija za izradu i implementaciju  
vodiča dobre kliničke  
prakse



# Смернице за лечење депресивне епизоде

Nivo dokaza	Depresivna epizoda		Stepen preporuke
A	Lek prvog izbora	SSRI, AD dvostrukog mehanizma delovanja (venlafaksin, milancipran, duloksetin, mirtazapin), tianeptin, agomelatin, bupropion	I
A	Lek drugog izbora	TCA – amitriptilin i klomipramin (efikasniji u lečenju hospitalizovanih pacijenata)	Opres: neželjeni efekti, bezbednost
A	Lek trećeg izbora	Ostali TCA MAOI	I

A. Dokazi iz najmanje dve randomizovane studije sa adekvatnom veličinom uzorka, uglavnom placebo kontrolisane i/ili meta analiza s niskim lažno pozitivnim i/ili negativnim greškama (visoka pouzdanost studija).

B. Dokazi iz najmanje jedne randomizovane studije s adekvatnom veličinom uzorka, i/ili meta analiza s visoko lažno pozitivnim i/ili negativnim greškama (niska pouzdanost studije).

C. Dokazi iz nerandomizovanih, kontrolisanih prospektivnih studija ili studija slučaja, ili visoko kvalitetnih retrospektivnih studija.

D. Konsenzus eksperata.

## Stepen preporuke

I Tretman 1. reda – nivo dokaza A ili B

II Tretman 2. reda – nivo dokaza C

III Tretman 3. reda – nivo dokaza D



# Смернице за лечење психотичних депресија

Nivo dokaza	Depresivna epizoda		Stepen preporuke
A	Lek prvog izbora	Antipsihotik druge generacije + antidepresiv (prednost: SNRI, NaSSA, TCA) Elektrokonvulzivna terapija	I
B	Lek drugog izbora	Antipsihotik prve generacije + anti-depresiv (prednost: SNRI, NaSSA, TCA)	I
C	Lek trećeg izbora	Klozapin	I

A. Dokazi iz najmanje dve randomizovane studije sa adekvatnom veličinom uzorka, uglavnom placebo kontrolisane i/ili meta analiza s niskim lažno pozitivnim i/ili negativnim greškama (visoka pouzdanost studija).

B. Dokazi iz najmanje jedne randomizovane studije s adekvatnom veličinom uzorka, i/ili meta analiza s visoko lažno pozitivnim i/ili negativnim greškama (niska pouzdanost studije).

C. Dokazi iz nerandomizovanih, kontrolisanih prospektivnih studija ili studija slučaja, ili visoko kvalitetnih retrospektivnih studija.

D. Konsenzus eksperata.

## Stepen preporuke

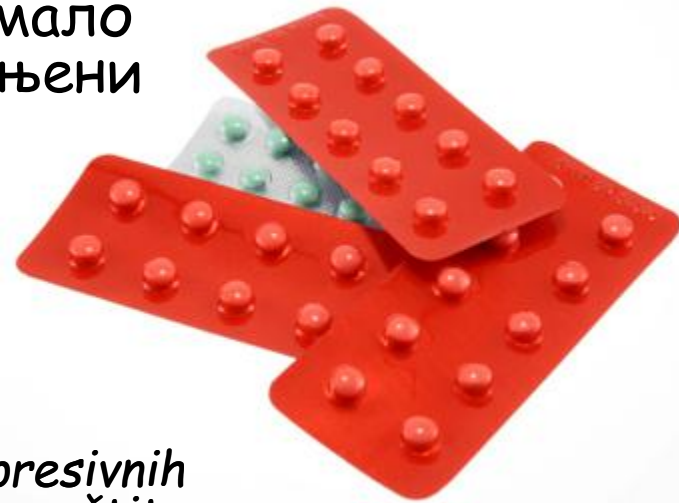
I Tretman 1. reda – nivo dokaza A ili B

II Tretman 2. reda – nivo dokaza C

III Tretman 3. reda – nivo dokaza D

# Уобичајена пракса лечења депресивних поремећаја код нас

- ❑ 64 % лечено само бензодиазепинима (98,6% од свих менталних поремећаја примало бензодиазепине)
- ❑ Антидепресиве је добијало 34%, а од тога 1/3 ТЦА, сви субдозирано
- ❑ Само 22% депресивних пацијената је имало шансу да позитивно одреагује на примењени лек
- ❑ Однос нових и старих антидепресива је релативно добар, 66% vs. 34%



*Lisulov R i Nedić A Problemi dijagnostike i lečenja depresivnih poremećaja u ustanovama primarne zdravstvene zaštite Medicinski fakultet Novi Sad, monografija 71, 2006.g*

# Лечити довољно дуго

- ❑ Терапија антидепресивом је адекватна уколико траје 6- 8 недеља
- ❑ Значајан број пацијената без адекватног терапијског одговора након 6 недеља, одговориће након 8-12 недеља!  
-процент варира од 25 до 75 %

# Етапе лечења депресивне епизоде

- ❑ *Акутна фаза*: циљ је постизање ремисије (8- 12 недеља)
- ❑ *Продужено лечење*: циљ је превенција релапса (барем 6 месеци од постизања ремисије)
- ❑ *Профилактична терапија*: циљ је превенирање рецидива (две године и дуже)

# Применити адекватне дозе

- ❑ Период примене максималних препоручених доза
- ❑ У нашој пракси је често, а неоправдано "субдозирање", које доноси више штете него користи
- ❑ Процењује се да мање од 25% добија адекватне дозе, половина од тих пацијената доживи побољшање након корекције дозе

# Индивидуализација третмана

- ❑ Разлике међу антидепресивима постоје у фармаколошким својствима (симптоми приликом њиховог увођења у терапију, интеракције са другим лековима, нежељена дејства)
- ❑ Антидепресиви из појединих класа су ефикаснији у лечењу појединих облика депресије
- ❑ Сваки пацијент има свој антидепресив
- ❑ Добро постављена дијагноза води нас до избора правог антидепресива за датог пацијента

# Избегавати примену анксиолитика

- ❑ Избором правог антидепресива, те истрајавањем да постигне његово пуно дејство, смањује се потреба за анксиолитицима
- ❑ Консеквенца нерационалне примене - развој зависности на бензодиазепине
- ❑ Обавезно их мењати након два, максимално три месеца

# Прекид лечења

- ❑ Фреквентност појаве нових епизода депресије је:
  - око 50% депресивних, након прве епизоде
  - око 70% депресивних, након друге епизоде
  - око 90% депресивних, након треће епизоде
- ❑ Антидепресив треба узимати најмање 2-4 недеље, да би се видели први ефекти
- ❑ Треба наставити лечење најмање 6 месеци, иако се пацијент осећа добро
- ❑ Не треба прекинути лечење пре него што се консултује лекар



# Изостанак повољног одговора на терапију

- 25- 30% депресивних пацијената након промене првог антидепресива не постигне задовољавајући опоравак
- 10- 20% пацијената не толерише иницијалну антидепресивну терапију



# Терапорезистентност и резидуални симптоми

- ❑ Изостанак одговора на најмање два адекватна консекутивна третмана антидепресивима током текуће епизоде-  
*терапорезистентност*
- ❑ Пролонгирање симптома депресије током клиничке и психометријске парцијалне ремисије  
- *резидуални симптоми (замор, поремећаји сна, сексуалне дисфункције, пораст тт)*

# Питање комплијансе у лечењу депресије

- ❑ Проблему непридржавања прописаног терапијског протокола се и код депресије поклања све више пажње
- ❑ Стопе непридржавања се крећу од 40-70% (Делгадо 2000; Пампаллона ет ал. 2002)

# Узроци некомплицјантности

Мултифакторијалан феномен:

- ❑ ставови пацијената о депресивном поремећају
- ❑ нежељени ефекти лекова
- ❑ неефикасност лекова
- ❑ трошкови лечења
- ❑ социјални и културни фактори

# Видови некомплицантности

- ❑ "Прескакање" дозе лекова
- ❑ Узимање мањих доза него што су препоручене
- ❑ Прерано прекидање терапије
- ❑ Готово  $1/3$  депресивних пацијената прекине лечење током првог месеца, а готово  $1/2$  до краја трећег месеца терапије (Немерофф 2003)

# Едукација пацијената и њима блиских особа

- Депресија је болест, а не слабост
- Опоравак је правило, пре него изузетак
- Терапија је ефикасна и постоји много могућности за лечење

# Улога психолога у лечењу депресије

- Препознати симптоме што раније и упутити пацијента психијатру
- Дати пацијенту могућност да поразговара о свему што му је нејасно: специфичности стања у коме се налази и поступак лечења

# Психотерапија

- Уз антидепресивну терапију, у лечењу униполарне депресивне епизоде, увек се примењује нека од психотерапијских метода:
  - супортативна психотерапија
  - когнитивна терапија
  - психодинамска психотерапија
- **Групна терапија** помаже депресивним особама да поправе могућности социјалног функционисања и самопоуздања



# Радионица



## PHQ-2

Over the past two weeks, how often have you been bothered by any of the following problems?

Little interest or pleasure in doing things.

0 = Not at all

1 = Several days

2 = More than half the days

3 = Nearly every day

Feeling down, depressed, or hopeless.

0 = Not at all

1 = Several days

2 = More than half the days

3 = Nearly every day

Total point score: \_\_\_\_\_

Score interpretation:

<i>PHQ-2 score</i>	<i>Probability of major depressive disorder (%)</i>	<i>Probability of any depressive disorder (%)</i>
1	15.4	36.9
2	21.1	48.3
3	38.4	75.0
4	45.5	81.2
5	56.4	84.6
6	78.6	92.9

**Figure 1.** Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2). This questionnaire is used as the initial screening test for major depressive episode.

Information from Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Med Care* 2003; 41:1284-92.