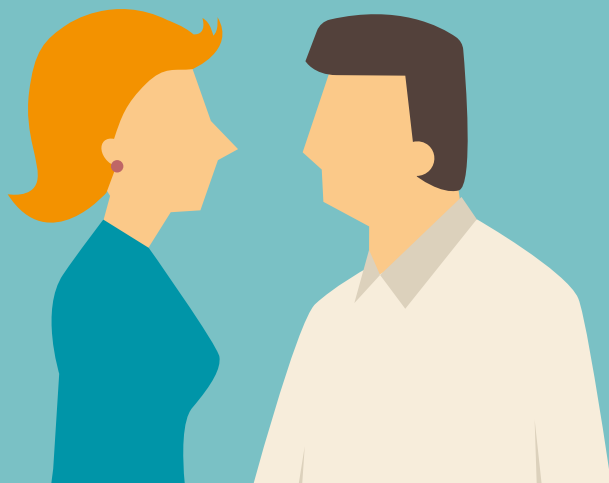


PREPOZNAVANJE IN OBRAVNAVA DEPRESIJE IN SAMOMORILNOSTI PRI PACIENTIH V AMBULANTI DRUŽINSKEGA ZDRAVNIKA

Priročnik za strokovnjake
na primarni zdravstveni ravni



Uredile:
Nuša Konec Juričič
Saška Roškar
Petra Jelenko Roth

PREPOZNAVANJE IN OBRAVNAVA DEPRESIJE IN SAMOMORILNOSTI PRI PACIENTIH V AMBULANTI DRUŽINSKEGA ZDRAVNIKA

Priročnik za strokovnjake
na primarni zdravstveni ravni

PREPOZNAVANJE IN OBRAVNAVA DEPRESIJE IN SAMOMORILNOSTI PRI PACIENTIH V AMBULANTI DRUŽINSKEGA ZDRAVNIKA Priročnik za strokovnjake na primarni zdravstveni ravni

UREDILE:

Nuša Konec Juričič, dr. med., spec. socialne medicine in javnega zdravja
doc. dr. Saška Roškar, univ. dipl. psih.
Petra Jelenko Roth, dr. med., spec. psihiatrije

AVTORJI:

Nuša Konec Juričič, Saška Roškar, Leonarda Lunder, Petra Mihelič Moličnik, Anita Lavrenčič
Katič, Dušan Lunder, Alenka Tančič Grum, Marijana Kašnik

RECENZENTKI:

red. prof. dr. Mojca Zvezdana Dernovšek, dr. med., spec. psihiatrije
prim. doc. dr. Danica Rotar Pavlič, dr. med., spec. družinske medicine

JEZIKOVNI PREGLED:

Nuša Mastnak

OBLIKOVANJE:

BK Komunikacije

POMOČ PRI OBLIKOVANJU IN ZASNOVI ALGORITMA:

Mark Floyd Bračič
Karmen Britovšek, mag. psihologije

ZALOŽNIK:

Nacionalni inštitut za javno zdravje

"Izid priročnika je financiran iz virov Norveškega finančnega mehanizma 2009–2014 v sklopu projekta MOČ – Pomoč ljudem, znanje strokovnjakom. Nosilec projekta je Nacionalni inštitut za javno zdravje, partnerji v projektu pa so Univerza na Primorskem, Inštitut Andrej Marušič, Slovensko združenje za preprečevanje samomora – POSVET in Ozara, Nacionalno združenje za kakovost življenja.

Za vsebino projekta so odgovorni izključno nosilec projekta in njegovi partnerji in zanjo v nobenem primeru ne velja, da odraža stališča nosilca Programa Norveškega finančnega mehanizma."

NAKLADA:

450 izvodov

LETO IZDAJE:

2016

1. izdaja

Publikacija je brezplačna.

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

616.895.4(035)
616.89-008.441.44(035)

PREPOZNAVANJE in obravnavo depresije in samomorilnosti pri pacientih v ambulanti družinskega zdravnika : priročnik za strokovnjake na primarni zdravstveni ravni / [avtorji Nuša Konec Juričič ... [et al.] ; uredile Nuša Konec Juričič, Saška Roškar, Petra Jelenko Roth]. - 1. izd. - Ljubljana : Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2016

ISBN 978-961-6911-88-7
1. Konec Juričič, Nuša
283353856

VSEBINA

RECENZII	6
PRIROČNIKU NA POT	11
Nuša Konec Juričič, Saška Roškar	
UVOD	15
Saška Roškar, Nuša Konec Juričič	
KLINIČNA SLIKA DEPRESIJE	25
Leonarda Lunder	
DIAGNOZA IN DIFERENCIALNA DIAGNOZA DEPRESIJE	33
Petra Mihelič Moličnik	
OBRAVNAVA DEPRESIJE	43
Anita Lavrenčič Katič	
SAMOMORILNOST	61
Dušan Lunder	
PRESEJALNA ORODJA ZA ODKRIVANJE DEPRESIJE	77
Saška Roškar	
PSIHOEDUKATIVNE DELAVNICE PODPORA PRI SPOPRIJEMANJU Z DEPRESIJO	81
Saška Roškar, Alenka Tančič Grum	
DRUGI VIRI POMOČI IN PODPORE	87
Nuša Konec Juričič, Marijana Kašnik	
UREDNIČE IN AVTORJI	93
Priloga 1	97
Priloga 2	99
Priloga 3	101

RECENZII

Priročnik je namenjen vsem, ki se srečujejo z obravnavo oseb z depresijo, in tistim, ki si prizadevajo, da bi se samomorilnost v Sloveniji znižala. Glede na to, da zaradi samomora pri nas vsako leto umre od 400 do 500 oseb, je očitno, da temu javnozdravstvenemu problemu posvečamo premalo pozornosti. Enako velja za socialne determinante zdravja. Znano je, da je samomorilni količnik višji med osebami z nižjo stopnjo izobrazbe ter med ovdovelimi in ločenimi osebami, narašča pa s starostjo. Avtorji menijo, da bi bilo predvsem sistematično izobraževanje strokovnjakov na primarni ravni učinkovito orodje za omejevanje samomorilnosti.

Obsežen del priročnika je namenjen pojasnjevanju vseh okoliščin, ki botrujejo pojavu depresije. Natančno so opisani telesni, čustveni, vedenjski in miselni simptomi depresije. Slednjo avtorji predstavijo tudi glede značilnosti pri ženskah, moških, porodnicah, otrocih in starostnikih. Menijo, da je depresijo težje prepoznati, če se kaže predvsem s telesnimi simptomi. Podrobneje predstavijo načine, kako naj zdravniki depresijo diagnosticirajo, in pojasnijo, katere so diferencialne diagnoze.

Obravnava bolnika z depresijo je predstavljena po stopnjah. Če v obravnavi sodelujejo družinski člani, je po mnenju avtorjev treba o bolezni obvestiti tudi njih.

V poglavju o zdravljenju z antidepresivi so povzeti mehanizmi delovanja zdravil glede na njihov učinek ter glede na nevrottransmitterski sistem in prisotnost različnih simptomov. Dodani so natančni opisi stranskih učinkov in interakcije z drugimi zdravili, kar je zlasti dobrodošlo za zdravnike družinske medicine. Ti se namreč pri svojem delu srečujejo z raznovrstnimi kombinacijami zdravil. Faze zdravljenja z antidepresivi so razdeljene v akutno, nadaljevalno in vzdrževalno.

Posebno poglavje je namenjeno samomorilnosti. Način pogovora z bolnikom je izpiljen in vključuje tudi vprašanja, s katerimi izbrani zdravnik ocenjuje bolnikove misli na smrt in samomor, morebitni samomorilni načrt ter domnevna razpoložljiva sredstva za samomor. Zdravnik mora oceniti, ali gre za nizko, srednjo oz. visoko

ogroženost za samomor. Hkrati z oceno ogroženosti je smiselno narediti tudi oceno zaščitnih dejavnikov. Izbrani zdravniki v ambulanti običajno vodijo več družinskih članov. Poseben izziv in stisko zanje pomenijo pogovori po morebitni smrti bližnje osebe zaradi samomora. Dobrodošlo bi bilo, da bi snovalci naslednjega priročnika opisali tudi, kako voditi pogovor s svojci po samomoru njihovega bližnjega.

Priročnik opisuje še pomen in potek psihoedukativnih delavnic, ki obsegajo štiri poldrugo uro trajajoča tedenska srečanja. Vodijo jih diplomirana medicinska sestra, psiholog, zdravnik ali drug strokovnjak zdravstvene smeri. Na teh delavnicah, ki so brezplačne, bolniki in njihovi svojci dobijo delovne zvezke, v katerih so povzetek programa in naloge. Slednje so namenjene bolnikom z blago do zmerno obliko depresivne motnje.

Avtorji priročnik sklenejo z navedbo drugih virov pomoči in oblik podpore, kot so telefonske številke in spletni viri v duševni stiski ter mreža psiholoških svetovalnic. V priročniku pogrešamo usmeritve glede delazmožnosti bolnikov z depresijo. Glede na nasvet, da se prvi kontrolni pregled po uvedbi antidepressiva za samomor neogroženi osebi izvede po štirih tednih, se izbrani zdravnik lahko znajde v dvomu pri izdaji listine bolniške odsotnosti z dela. Nekaj dni pred prvim kontrolnim pregledom bi moral namreč že poslati vlogo imenovanemu zdravniku. Prav tako bi bilo smiselno dodati razpravo o zgodnejšem vračanju oseb z depresijo na delo, kar preprečuje dodatno socialno izolacijo. Analizirati bi bilo treba odsotnost z dela zaradi depresije v Sloveniji in dobljene podatke primerjati z ugotovitvami v drugih evropskih državah.

Na koncu avtorjem čestitam za pogumno odločitev, da s priročnikom posredno pomagajo osebam z duševno boleznijo in s tem premagujejo še vedno prisotne tabuje.

Prim. doc. dr. Danica Rotar Pavlič, dr. med., spec. družinske medicine

Depresija se je med vsemi duševnimi motnjami še najbolj uspešno otresla precejšnjega deleža stigme. K boljšemu prepoznavanju narave depresije je pripomoglo več dejavnikov – od splošnih v medijih, do ciljanih edukacij specifičnih populacij. Precej literature je na voljo o depresiji in vsaka publikacija je vredna pozdrava.

Pred nami je odličen priročnik za primarno raven zdravstvenega varstva, ki je praktičen, vsebuje vse najpomembnejše informacije o depresiji, zdravljenju in možnostih obravnave. Poseben poudarek je na prepoznavanju in preprečevanju samomorilnega vedenja, ki je v Sloveniji še vedno hud javnozdravstveni problem.

Spodbujam zdravstvene delavce na primarni ravni, da se pogumno soočijo z depresijo, ki jo prepoznajo pri svojih pacientih in si pomagajo z vsem razpoložljivim znanjem. Izboljšanje zdravja pri pacientih naj vedno izkoristijo za pridobitev povratne informacije. Naj ne bo škoda časa za vprašanje o tem, kaj je pacientom najbolj pomagalo in kaj jim je bilo najbolj všeč. Največ nas namreč naučijo prav izkušeni pacienti, ki se jim je stanje izboljšalo. Ko si s pacientom in svojcem podelimo te informacije, tudi sami pridobimo pomembno podporo, ki še kako pride prav.

Red. prof. dr. Mojca Zvezdana Dernovšek, dr. med., spec. psihiatrije



PRIROČNIKU NA POT

Nuša Konec Juričič, Saška Roškar

Priročnik, ki je pred vami, je namenjen strokovnjakom v primarnem zdravstvenem varstvu, zlasti zdravnikom družinske medicine in medicinskim sestram. Tim zdravnika družinske medicine se vsakodnevno srečuje z ljudmi z najrazličnejšimi zdravstvenimi težavami. Med temi je tudi depresija, ki je med najpogosteje odkritimi duševnimi motnjami na primarni zdravstveni ravni. Kljub temu skoraj polovico oseb z depresijo še vedno spregledamo, posledično pa so te osebe neustrezno obravnavane in zdravljene ali pa sploh niso. Nezdravljena depresija je eden od dejavnikov tveganja za samomorilno vedenje, ki je v Sloveniji velik javnozdravstveni problem. Zato je tako prepoznavi in obravnavi depresije kot tudi samomorilnemu vedenju treba namenjati stalno pozornost.

Zdravnik družinske medicine ima dobre možnosti za prepoznavanje in preprečevanje samomorilnega vedenja, še zlasti v povezavi z depresijo in drugimi duševnimi motnjami. Bolniku pa so blizu tudi medicinske sestre, zlasti diplomirane medicinske sestre v referenčnih ambulantah. Tako pri odkrivanju depresije kot pri spodbujanju in motivaciji pacientov za sodelovanje v obravnavi in zdravljenju, ki ju usmerja zdravnik, imajo pomembno vlogo.

Priročnik smo izdali v okviru projekta MOČ – pomoč ljudem, znanje strokovnjakom, ki ga financira Program Norveški finančni mehanizem 2009–2014. Projekt se nanaša na razpisno področje Pobude za javno zdravje, podpodročje Izboljševanje storitev na področju duševnega zdravja. Nosilec projekta je Nacionalni inštitut za javno zdravje (v nadaljevanju NIJZ), projektni partnerji pa so Univerza na Primorskem – Inštitut Andrej Marušič, Slovensko združenje za preprečevanje samomora – Posvet in Ozara – Nacionalno združenje za kakovost življenja.

12 | PRIROČNIKU NA POT

Projekt sestavlja šest vsebinskih sklopov – informiranje in obveščanje, izobraževanje iz vsebin duševnega zdravja in preprečevanja samomora, širitev obstoječih svetovalnic za osebe v duševni stiski in postavitev novih svetovalnic, ozaveščanje širše javnosti ter evalvacija projektnih aktivnosti in učinkov.

Vsebinski sklop, ki se nanaša na izobraževanje iz vsebin duševnega zdravja in preprečevanja samomorilnosti, je bil namenjen strokovnjakom na lokalni ravni, ki običajno prvi pridejo v stik z osebo v duševni stiski. Poleg zdravstvenih delavcev na primarni zdravstveni ravni so bili izobraževanji deležni še socialni delavci in policisti ter drugi strokovni delavci v centrih za socialno delo, policiji in nevladnih organizacijah izbranih zdravstvenih regij.

Priročnik vsebuje strokovne teme, ki smo jih obravnavali na izobraževanjih zdravnikov in medicinskih sester: značilnosti depresije in samomorilnega vedenja, možnosti prepoznavne obeh stanj, načini obravnave in zdravljenja na primarni zdravstveni ravni ter različni viri pomoči. Priročniku so dodane tri priloge: dva presejalna vprašalnika za oceno depresije ter algoritem za oceno in obravnavo depresije in samomorilnosti na primarni zdravstveni ravni.

Priročnik je torej ozko usmerjen na individualno klinično obravnavo oseb z depresijo in samomorilno ogroženih posameznikov, ki pridejo v ambulantno družinskega zdravnika. Mišljen je predvsem kot opora timu družinskega zdravnika pri vsakodnevem delu, pri katerem je čas, odmerjen za posameznega pacienta, zelo kratek. Problematiko duševnih motenj ter samomorilnosti pri specifičnih ciljnih skupinah, vlogo različnih strokovnjakov in skupnostni pristop pri preprečevanju samomorilnosti sicer obravnavamo tudi v drugih publikacijah, ki smo jih izdali na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje: Slovenija s samomorom ali brez (2003), Spregovorimo o samomoru med mladimi (2009), Spregovorimo o depresiji in samomoru med starejšimi (2010), Spregovorimo o samomoru in medijih, Preprečevanje samomora – smernice za odgovorno novinarsko poročanje (2010) ter Tu smo. Zate. Krepitev duševnega zdravja in preprečevanje samomorilnosti na Celjskem – skupnostni model Zavoda za zdravstveno varstvo Celje (2013). V omenjenih publikacijah so teme

vsebinsko poglobljene in razširjene, z upoštevanjem številnih dejavnikov, tudi socialno-ekonomskih, ki pomembno vplivajo na duševno zdravje in razvoj ter vzdrževanje duševne motnje pri različnih populacijskih skupinah, zato jih prav tako priporočamo v branje.

Ljudje z duševnimi motnjami so ranljiva skupina, ki je pogosto prikrajšana na številnih področjih življenja. K tej skupini je potrebno pristopati čim bolj usklajeno tako znotraj samih služb primarne zdravstvene ravni (tim družinskega zdravnika, patronažna služba ...) kot v okviru skupnostnega pristopa v povezavi z zunanjimi deležniki, kot so socialna služba, društva in nevladne organizacije. Nekatere od teh inovativnih pristopov pilotno uvajamo na NIJZ v sodelovanju s številnimi deležniki v okviru projekta Skupaj za zdravje, ki ga je tako kot projekt MOČ podprla norveška vlada, zato jih v tem priročniku ne omenjamo. Projekta se bosta zaključila v prvi polovici leta 2016. Prepričani smo, da bomo s projektnimi aktivnostmi in njihovim preizkušanjem v praksi prispevali k sistemskim rešitvam za izboljšanje storitev na področju duševnega zdravja in zmanjšanje neenakosti ter posledično k boljšemu duševnemu zdravju prebivalcev Slovenije.



UVOD

Saška Roškar, Nuša Konec Juričič

OBRAVNAVA OSEB Z DEPRESIJO NA PRIMARNI ZDRAVSTVENI RAVNI

Depresija je, poleg anksioznosti in reakcije na hud stres, med vsemi duševnimi motnjami tista, zaradi katere odrasli najpogosteje obiščejo zdravnika v primarnem zdravstvenem varstvu. Podatki, ki so jih pridobili v mednarodni raziskavi PREDICT-D, v katero je bila vključena tudi Slovenija, so pokazali, da je depresija prisotna pri okoli 14,5 % odraslih pacientov, ki se zdravijo pri zdravniku družinske medicine (1). V tujih študijah nadalje ocenjujejo, da na primarni ravni zdravstvenega varstva kar polovica oseb z depresijo ni pravočasno prepoznana in zato ni ustrezno zdravljena (2). Do podobnih ugotovitev je prišel tudi Kozel s sodelavci (3). Študija, ki jo je opravil med zdravniki družinske medicine v Sloveniji, je pokazala, da so zdravniki v času raziskave med svojimi pacienti na osnovi klinične slike odkrili depresijo pri 5,7 % pacientov, medtem ko je v istem obdobju prag za depresijo s pomočjo samoocenjevalnih vprašalnikov doseglo 10,9 % pacientov, ki so se zdravili pri zdravnikih družinske medicine, vključenih v raziskavo. Različni raziskovalci ugotavljajo, da je delež neprepoznanih depresij odvisen od stopnje oziroma resnosti depresije in da z resnostjo depresije raste tudi delež bolnikov, ki jih družinski zdravniki prepoznajo (1). Neprepoznana depresija se lahko odraža s pogostejšimi obiski pri zdravniku (4) in poveča možnost njenih zapletov, pojava drugih bolezni in umrljivosti (5). Umrljivost pri depresiji je povečana predvsem zaradi samomorilnega vedenja, saj je pri 15 % ljudi z depresijo samomor glavni vzrok prezgodnje smrti (6).

OBRAVNAVA OSEB S SAMOMORILNIM VEDENJEM NA PRIMARNI ZDRAVSTVENI RAVNI

V tujih študijah ugotavljajo, da mnogi ljudje v mesecih in tednih, preden storijo samomor, bolj pogosto obiskujejo zdravnika družinske medicine (7). Ocene, koliko oseb v zadnjem mesecu pred samomorom obišče svojega zdravnika, so različne in se gibljejo med 45 in 81 % (8; 9). Razlog zadnjega obiska pri zdravniku družinske medicine so v

večini primerov težave z duševnih zdravjem. Do podobnih ugotovitev na slovenskem vzorcu je prišla tudi Rodijeva s sodelavci (10). V raziskavi, ki jo je opravila na škofje-loškem območju, je primerjala podatke iz zdravstvenih kartotek oseb, ki so umrle zaradi samomora, in podatke iz kartotek še živečih kontrolnih oseb. Zanimala sta jo pogostost in razlog obiska. Ugotovila je, da so osebe, ki so umrle zaradi samomora, v primerjavi s kontrolnimi osebami v zadnjem mesecu pred samomorom pogostejše obiskovale zdravnika družinske medicine. V zadnjem tednu pred samomorom se je razlika v pogostosti obiskov med skupinama še povečala. Ugotovitve Rodijeve in sodelavcev so bile skladne z ugotovitvami tujih avtorjev tudi glede razloga obiska, namreč najbolj pogost razlog za obisk zdravnika družinske medicine pri osebah, ki so storile samomor, so bile težave z duševnim zdravjem.

V kvantitativni raziskavi o zdravnikovem doživljanju zadnjega stika s pacientom, preden je ta naredil samomor, ki so jo v sodelovanju z Zdravniško zbornico izvedli na Inštitutu Andrej Marušič (11), so ugotovili, da je več kot polovica od 157 sodelujočih zdravnikov že imela izkušnjo samomora svojega pacienta (54,8 %). Zdravniki, ki so imeli takšno izkušnjo, so ob zadnjem obisku opazili pri pacientu naslednje znake: anksioznost (67,4 %) in depresija (66,3 %) ter druge težave z duševnim zdravjem (57,0 %), brezup oz. obupanost (47,7 %), težave s spanjem (46,5 %), telesne bolečine (39,5 %) in samomorilne ideacije (34,9 %). Redkeje pa so opažali naslednje znake: ustvarjanje zaloge tablet (5,8 %), razdajanje dragocenih predmetov (4,7 %), pridobitev oz. nakup strelnega orožja (3,5 %) ter namen spreminjanja oporoke (1,2 %). Slednje je razumljivo, saj gre za vedenja, ki so težje prepoznavna zdravnikom, če o njih konkretno ne povprašajo. Zdravniki so navajali še druga opažanja ob zadnjem stiku s pacientom, kot so izčrpanost po dolgoletni kronični bolezni, zaspanost, agitiranost (motorični nemir, tesnoba), zaprtost vase, redkobesednost, izogibanje stikom in prekinitvev komunikacije s svojci, povečana religioznost, povečanje tveganih vedenj, skrb za dementnega partnerja, umirjenost, spokojnost, želja po nadaljevanju bolniške odsotnosti, želja po pogovoru z zdravnikom, zloraba alkohola, vsebinske motnje mišljenja ter ljubosumje. V času zadnjega obiska pred samomorom je bila pri večini, to je pri 53 % pacientov, zabeležena diagnoza depresija, pri 23,3 % shizofrenija, pri 11,6 % bipolarna motnja in pri 4,7 % demenca.

SAMOMOR V SLOVENIJI

Slovenija spada med države z najvišjim količnikom samomora (količnik samomora je število samomorov na 100.000 prebivalcev). Zaradi samomora vsako leto umre med 400 in 500 posameznikov, zato samomor upravičeno uvrščamo med javno-zdravstvene probleme. Samomor stori tri- do štirikrat več moških kot žensk, medtem ko je med ženskami več poskusov samomora. Samomorilni količnik je višji med osebami z nižjo stopnjo izobrazbe, med ovdovelimi in ločenimi osebami ter narašča s starostjo. V Sloveniji je pri umrlih moških, starih od 20 do 44 let, med razlogi za smrt na prvem mestu samomor.

Tabela 1. Absolutno število samomorov in samomorilni količnik v Sloveniji po spolu in skupaj (12)

Leto	Absolutno število samomorov (skupaj)	Skupni količnik	Količnik, moški	Količnik, ženske	Razmerje m/ž
1997	593	29,9	49,3	11,8	4,2
1998	612	31,0	49,8	13,2	3,8
1999	590	29,8	47,3	13,4	3,5
2000	588	29,7	45,2	15,2	3,0
2001	581	29,2	47,1	11,9	3,9
2002	540	27,5	45,2	10,6	4,2
2003	562	28,1	45,0	11,8	3,8
2004	512	25,0	37,9	13,9	2,7
2005	503	25,2	40,0	10,9	3,6
2006	529	26,5	42,5	11,2	3,8
2007	434	21,5	33,7	9,7	3,5
2008	409	20,0	32,1	8,2	3,9
2009	448	21,9	34,7	9,4	3,7
2010	416	20,3	33,1	7,7	4,3
2011	437	21,3	34,3	8,5	3,9
2012	443	21,4	35,7	7,7	4,6
2013	448	21,7	35,4	8,3	4,2
2014	388	18,8	31,8	6,0	5,2

Izpostaviti je treba, da je umrljivost zaradi samomora v Sloveniji začela postopoma upadati po letu 1997, bolj izrazit padec pa se je začel v obdobju med letoma 2000 do 2010 (tabela 1). V tem desetletju se je samomorilni količnik postopno zmanjševal z 29,7 na 100.000 prebivalcev (leta 2000) na 20,3 na 100.000 prebivalcev (leta 2010). Povprečni količnik samomora za Slovenijo v obdobju od leta 2000 do leta 2010 je znašal 25 na 100.000 prebivalcev. Primerjava povprečnega količnika samomora v obdobju med letoma 2000 in 2010 s povprečnim količnikom v obdobju od leta 1985 do leta 1999, ki je znašal 30,6 na 100.000 prebivalcev, pokaže 18-odstotni upad količnika samomora v drugem obdobju (2010–2000) glede na prvo (1985–1999). Rezultati raziskave, v kateri so analizirali podatke o umrljivosti zaradi samomora v obdobju med letoma 1997 in 2010, so pokazali, da je število samomorov v tem obdobju statistično značilno upadlo pri obeh spolih in v vseh starostnih skupinah (13). Izjema so bili fantje, stari med 10 in 19 let. V tej starostni skupini do pomembnega upada števila samomorov ni prišlo. Korošec Jagodič in sodelavci (14) navajajo, da je upad samomorilnega količnika povezan predvsem z razmerjem predpisovanja antidepresivov in anksiolitikov, dostopnostjo do psihološke pomoči, stopnjo brezposelnosti ter razmerjem med porokami in razvezami.

Od leta 2010 beležimo rahlo naraščanje števila samomorov oz. samomorilnega količnika, in sicer v letih 2011 in 2012 zlasti med moškimi, v letu 2013 pa se je nekoliko povečalo število samomorov med ženskami (tabela 1). Upoštevati moramo, da je samomor statistično gledano redek pojav in lahko med posameznimi leti prihaja do nihanj količnika navzgor ali navzdol. Zato je pri opazovanju tega pojava in trendov naraščanja ali upadanja smiselno upoštevati daljšo časovno vrsto (vsaj desetletje).

Ena izmed značilnosti samomora v Sloveniji je izrazita regionalna razpršenost. Umrljivost zaradi samomora je najvišja v severovzhodnih regijah (Murska Sobota, Maribor, Ravne na Koroškem, Celje) in proti jugozahodu postopoma upada. Obalne in kraške regije beležijo najnižji samomorilni količnik (tabela 2). Bolj ogrožene regije so hkrati tudi regije, v katerih so izraziteje ogroženi moški.

Tabela 2. Samomorilni količnik v zdravstvenih regijah in Sloveniji v obdobju od leta 1997 do leta 2014 (14)

	Celje	Nova Gorica	Koper	Kranj	Ljubljana	Maribor	Murska Sobotla	Novo mesto	Ravne na Koroškem	Slovenija
1997	37,1	17,5	17,2	25,8	29,2	32,5	30,7	28,8	43,2	29,7
1998	36,4	22,3	21,5	27,8	24,9	37,5	37,9	34,0	43,2	30,7
1999	34,4	16,5	20,9	30,4	28,3	37,2	28,2	24,4	32,4	29,6
2000	36,4	16,6	21,4	30,8	25,1	34,1	26,8	35,4	39,3	29,4
2001	34,4	16,6	16,4	29,3	27,1	31,1	38,9	31,0	35,2	29,1
2002	33,4	29,2	18,6	31,3	22,2	29,7	22,7	24,3	43,3	27,0
2003	35,1	12,7	23,6	23,2	20,7	37,2	39,7	27,3	47,4	28,1
2004	36,1	12,7	14,3	26,3	22,8	27,9	25,1	25,1	36,6	25,6
2005	27,4	21,4	19,3	22,7	21,2	31,9	35,7	27,3	21,7	25,1
2006	30,7	19,5	23,6	25,3	23	31,9	29,2	22,1	36,6	26,5
2007	26,0	9,7	16,5	18,7	19,0	29,0	26,7	19,9	24,3	21,5
2008	27,2	4,8	12,4	15,8	17,7	22,0	22,9	33,6	18,9	20,0
2009	25,8	14,6	19,9	21,2	16,9	25,4	30,0	25,9	28,8	21,9
2010	27,8	17,6	15,0	19,7	18,1	21,9	15,9	20,0	24,7	20,3
2011	27,4	10,7	14,3	20,6	17,5	27,3	22,7	22,9	27,5	21,3
2012	28,8	20,4	19,7	19,6	18,8	21,9	23,6	19,3	24,9	21,4
2013	25,5	16,6	16,9	20,6	16,9	27,2	27,1	24,2	31,9	21,7
2014	24,9	18,7	5,4	20,1	17,5	20,7	20,6	19,2	16,8	18,8

IZOBRAŽEVANJE STROKOVNJAKOV NA PRIMARNI ZDRAVSTVENI RAVNI IZ VSEBIN DUŠEVNEGA ZDRAVJA

Edukacija različnih strokovnjakov, ki pogosto prihajajo v stik z ogroženimi osebami in njihovo medsebojno sodelovanje, sta ena izmed ključnih elementov učinkovitega prepoznavanja in zdravljenja depresije. Po navedbah Mednarodne zveze za preprečevanje samomora in Svetovne zdravstvene organizacije je edukacija ključni element tudi v preprečevanju samomora. Med ključne strokovnjake na področju preprečevanja samomora sodijo tudi strokovnjaki na primarni zdravstveni ravni.

Prva študija, v kateri je raziskovalcem uspelo dokazati, da sistematičen pristop edukacije zdravnikov družinske medicine o depresiji in samomoru lahko znatno vpliva na znižanje samomorilnega količnika, je bila tako imenovana Gotlandska študija. Rutzu in sodelavcem (15) je na švedskem otoku Gotland samomorilni količnik uspelo zmanjšati za 30 %, in sicer tako, da so sodelovali z zdravniki družinske medicine; ti so se udeležili programa, v katerem so jih senzibilizirali za teme, ki se dotikajo duševnih motenj, predvsem depresije. V Nemčiji je Hegerlu in sodelavcem (16) na podoben način z edukacijo zdravnikov družinske medicine, splošne javnosti in medijev, ostalih vratarjev sistema ter z vzpostavitvijo skupin za samopomoč uspelo znižati število samomorov, pri čemer je pozitiven učinek programa vztrajal tudi še po intervenciji.

Podobna študija je bila leta 2003 izvedena tudi v Sloveniji, in sicer v dveh s samomorom najbolj obremenjenih regijah, na Celjskem in Koroškem (17). Izsledki študije kažejo, da so zdravniki družinske medicine, ki so se udeležili edukacijskega programa, začeli v večji meri predpisovati antidepresive za zdravljenje depresije. Prav tako je bil večji trend upadanja samomorilnosti v regijah, kjer se je študija izvajala. Znižanje samomora v regiji Celje sovpada tudi s številnimi aktivnostmi, izvedenimi v okviru interdisciplinarne in medsektorske Regijske skupine za preprečevanje samomora, ki so jo od leta 2001 vodili na Zavodu za zdravstveno varstvo Celje, sedanji območni enoti NIJZ (18). Velik del aktivnosti je bil usmerjen v izobraževanje različnih strokovnjakov, med katerimi so bili tudi zdravniki in medicinske sestre na primarni zdravstveni ravni.

V povezavi z edukacijskimi programi so zanimive ugotovitve že prej omenjene kvantitativne raziskave o zdravnikovem doživljanju zadnjega stika s pacientom pred samomorom (11). V raziskavi so namreč ugotovili, da več kot tretjina zdravnikov, ki so sodelovali v njej, ni bila nikoli deležna izobraževanja o samomorilnem vedenju, hkrati pa so tudi informacije o tej temi, ki so jih dobili med študijem, ocenili kot nezadostne. Udeleženci so izražali željo po organizaciji strokovnih izobraževanj o samomorilnosti (predavanja, delavnice).

LITERATURA

1. Rife J, Švab I, Petek Šter M, Rotar Pavlič D, King M, Nazareth I. Impact of demographic factors on recognition of persons with depression and anxiety in primary care in Slovenia. *BMC Psychiatry* 2008; 8: 96.
2. Ani C, Bazargan M, Hindman D, Bell D, Farooq MA, Akhanjee L et al. Depression symptomatology and diagnosis: discordance between patients and physicians in primary care settings. *BMC Fam Pract* 2008; 9: 1.
3. Kozel D, Maučec Zakotnik J, Tančič Grum A, Kersnik J, Rotar Pavlič D, Žmuc Tomori M et al. Ugotovitve sistematičnega presejanja znakov in simptomov depresije v ambulanti zdravnika družinske medicine v Sloveniji. *Zdrav vestn* 2012; 81: 838–846.
4. Simon GE1, Chisholm D, Treglia M, Bushnell D; LIDO Group. Course of depression, health services costs, and work productivity in an international primary care study. *Gen Hosp Psychiatry* 2002; 24(5): 328–335.
5. Cummings SM1, Neff JA, Husaini BA. Functional impairment as a predictor of depressive symptomatology: the role of race, religiosity, and social support. *Health Soc Work* 2003; 28(1): 23–32.
6. Matthews K, Milne S, Ashcroft GW. Role of doctors in the prevention of suicide: The final consultation. *Br J Gen Pract* 1994; 44(385): 345–348.
7. Power K, Davies C, Swanson V, Gordon D, Carter H. Case-control study of GP attendance rates by suicide cases with or without a psychiatric history. *Br J Gen Pract* 1997; 47(417): 211–215.
8. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: A review of the evidence. *Am J Psychiatry* 2002; 159(6): 909–916.
9. Pirkis J, Burgess P. Suicide and recency of health care contacts. A systematic review. *Br J Psychiatry* 1998; 173(6): 462–474.
10. Mesec Rodi P, Roškar S, Marušič A. Suicide Victims Last Contact With the Primary Care Physician: Report From Slovenia. *Int J Soc Psychiatry* 2010; 56(3): 280–287.
11. De Leo D, Poštuvan V, Mars U, Podlogar T, Roškar S. Zaključno poročilo o projektu Zadnji stik z zdravstvenim delavcem pred samomorom. Neobjavljeno gradivo, 2015.
12. Roškar S, Zorko M, Podlessek A. Suicide in Slovenia Between 1997 and 2010. *Crisis* 2015; 36 (2): 126–134.
13. Korošec Jagodič H, Rokavec T, Agius M, Pregelj P. Availability of mental health service providers and suicide rates in Slovenia: a nationwide ecological study. *Croat Med J* 2013; 54(5): 444–452.
14. Baza umrlih, Nacionalni inštitut za javno zdravje Republike Slovenije.
15. Rutz W, Carlsson P, von Knorring L, Wålinder J. Cost-benefit analysis of an educational program for general practitioners by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatr Scand* 1992; 85(6): 457–464.

22 | UVOD

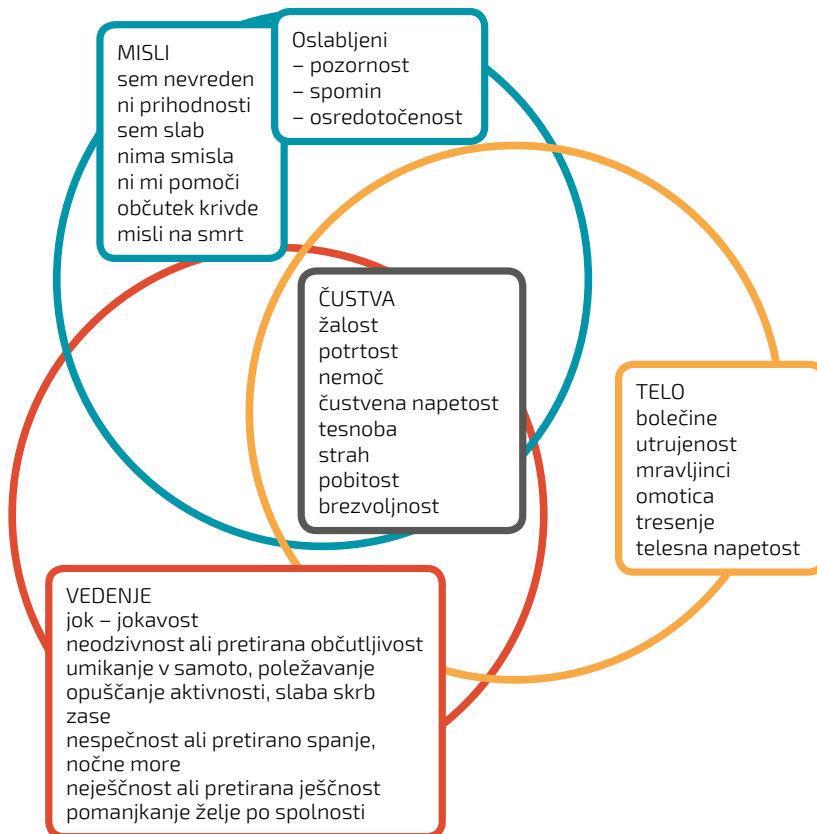
16. Hegerl U, Mergl R, Havers I, Schmidtke A, Lehfeld H, Niklewski G et al. Sustainable effects on suicidality were found for the Nuremberg alliance against depression. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2009; 260(5): 401–406.
17. Roškar S, Podlesek A, Žorko M, Tavčar R, Dernovšek MZ, Groleger U et al. Effects of training program on recognition and management of depression and suicide risk evaluation for Slovenian primary-care physicians: follow-up study. *Croat Med J* 2010; 51(3): 237–442.
18. Konec Juričič N, Lekić K. Odgovorno v prihodnost. V: Tu smo. Zate. Krepitev duševnega zdravja in preprečevanje samomorilnosti na Celjskem - skupnostni model Zavoda za zdravstveno varstvo. Celje: Zavod za zdravstveno varstvo, 2013: 52–53.



KLINIČNA SLIKA DEPRESIJE

Leonarda Lunder

Klinično sliko depresije lahko nazorno prikažemo s kognitivnim vedenjskim modelom. Zaznamuje jo negativno razmišljanje, ki osebo preplavi, vpliva na njena čustva, občutke v telesu in vedenje. Simptome depresije lahko povzamemo v štiri sklope, ki se med seboj prepletajo in vedno znova vplivajo drug na drugega (slika 1):



Slika 1. Štirje sklopi simptomov depresije in njihovo sovplivanje (slika povzeta po Dernovšek idr. 2005 z dovoljenjem avtorja)

- **Miselni/kognitivni simptomi:** osebo z depresijo lahko prevevajo misli kot npr. sem nevredna, ni prihodnosti, sem slaba, nima smisla, ni mi pomoči. Pojavijo se lahko misli na smrt, ki jih oseba lahko ocenjuje kot možno rešitev vseh težav in ki se lahko stopnjujejo do misli na samomor. Oseba ima težave z vzdrževanjem pozornosti in koncentracije, že manjše miselne naloge ji predstavljajo prevelik napor. Zaskrbljena je zaradi malenkosti.
- **Čustveni simptomi:** pri depresiji se čustvovanje pogosto kaže kot žalost, pretirani občutki prizadetosti in potrtosti, brezvoljnost, otopelost, nezmožnost razveseliti se. Oseba z depresijo ima lahko občutek napetosti, je razdražljiva, moti jo lahko hrup. Lahko je tesnoba oziroma se boji prihodnosti, boji se, da bi se ji kaj pripetilo, prestraši se nenevarnih dogodkov.
- **Telesni simptomi:** zlasti glavobol, bolečine v hrbtenici, sklepih, mravljinčenje po koži, v mišicah, glavi, omotica, tresenje, bolečine v želodcu, tiščanje v prsih, občutek dušenja. Mnogi poročajo o upadu libida, utrujenosti, ki po počitku ne mine ali se celo poveča. Nemoč se kaže kot občutek nezmožnosti za opravljanje dela ali celo gibanja.
- **Vedenjski simptomi:** depresivno vedenje se pogosto odraža kot spontana jokavost, lahko večkrat dnevno in jo je težko zadržati. Oseba se umika v samoto, poležava, preživlja dni v neaktivnosti in brezcilnosti. Opušča aktivnosti, ki so jo prej zadovoljevale in so se ji zdele pomembne. Slabo skrbi zase, opušča osebno higieno ali skrbnost pri oblačenju. Prisotne so lahko motnje spanja, najpogosteje daljše uspanje, nočno zbujanje, zgodnje jutranje prebujanje.

Simptomi depresije se med seboj prepletajo in prekrivajo. Depresijo težje prepoznamo, kadar se kaže s telesnimi simptomi. Z večanjem števila nepojasnjenih telesnih simptomov se povečuje verjetnost, da gre za depresijo oziroma razpoloženjsko motnjo. Pri posameznikih, pri katerih ne najdemo vzroka telesnih težav, in pri (pre)pogostih uporabnikih zdravstvenih storitev je torej smiselno pomisliti na depresijo in povprašati o njenih simptomih in znakih.

RAZLIČNI »OBRAZI« DEPRESIJE

Depresija ima več »obrazov«. Poleg značilne, tipične klinične slike se lahko kaže z atipičnimi simptomi oz. posebnostmi pri ženskah in moških, v obporodnem obdobju in pri različnih starostnih skupinah. Pri tipični klinični sliki so v ospredju čustveni in miselni simptomi, pri atipični pa vedenjski simptomi.

Depresija pri ženskah

Prevalenca depresije je pri ženskah 2- do 3-krat višja kot pri moških, med drugim tudi zato, ker se pri ženskah izloča več stresnih hormonov in je odziv na stres podaljšan. Pojavlja se v različnih življenjskih obdobjih in je povezana s hormonskimi in biološkimi spremembami (rodno obdobje, menopavza). Ženske zbolijo mlajše in depresiji je pogosteje pridružena še katera od duševnih motenj.

Posebnosti depresije pri ženskah so spremenljivo razpoloženje, preobčutljivost, pretirana utrujenost in zaspanost, občutek težkih rok in nog, povečan apetit (tabela 3).

Depresija pri moških

Pri moških depresijo težje prepoznamo. Po nekaterih teorijah moški pogosto ne poiščejo pomoči in poskušajo težave reševati sami, tudi na neustrezen način, npr. z uporabo alkohola in/ali drugih psihoaktivnih snovi (PAS), kar lahko vodi v razvoj odvisnosti. Po nekaterih teorijah naj ne bi bilo razlik med spoloma v prevalenci depresije, ker je nižje število moških z diagnozo depresije posledica neprepoznanosti. Zato moramo pri pacientu, ki zlorablja PAS, pomisliti tudi na diagnozo depresije, čeprav ne kaže tipičnih znakov in ne išče pomoči zaradi psihičnih težav. Ob zlorabi alkohola in drugih PAS je tveganje za samomorilno vedenje večje.

Pri moških se depresija lahko kaže tudi na atipičen način z razdražljivostjo, impulzivnostjo, telesnim nemirom, izbruhi jeze, pretirano telesno dejavnostjo, hiperseksualnim vedenjem. Bolj pogosta je psihomotorična agitacija kot upočasnjenost. Manj pogosti so izguba interesov, upad aktivnosti, žalost (tabela 3).

Čeprav je atipična oblika depresije bolj značilna za moške, se lahko pojavlja tudi pri ženskah. In obratno, tudi pri moških se depresija lahko kaže v tipični obliki.

Tabela 3. Znaki pri tipični in atipični klinični sliki depresije

ZNAKI PRI TIPIČNI DEPRESIJI	ZNAKI PRI ATIPIČNI DEPRESIJI
melanholično razpoloženje, brezvoljnost	razdražljivost
žalost, jokavost	impulzivnost
telesna upočasnjenost	telesni nemir, pretirana telesna dejavnost
zapiranje vase	napadi jeze
zmanjšan apetit, izguba telesne teže	povečan apetit, povečana telesna teža
nespečnost	pretirano spanje

Obporodna depresija

Perinatalno obdobje se začne z zanositvijo in po različnih klasifikacijah traja 3 mesece do 1 leto po porodu. V Sloveniji v klinični praksi obravnavo obporodnih duševnih motenj zaključimo 1 leto po porodu. Statistični podatki kažejo, da zaradi depresije v Sloveniji trpi 21,7 % nosečnic in 21,5 % žensk po porodu, od tega ima hudo depresivno epizodo 12,7 % nosečnic in 7,1 % žensk po porodu. Poporodna depresija je med najpogostejšimi poporodnimi zapleti. Napovedna dejavnika za depresijo v nosečnosti sta epizoda depresije ali anksioznosti v anamnezi in neugodni socialno-ekonomski dejavniki. Nezdravljena depresija (in anksioznost) v nosečnosti neugodno vpliva na vzdražnost osi hipotalamus–hipofiza–nadledvična žleza pri plodu in kasneje otroku ter se pri ženski pogosto nadaljuje v poporodnem obdobju, ko neugodno vpliva na navezavo na otroka. Napovedna dejavnika za depresijo po porodu sta depresija in/ali anksioznost v nosečnosti in katerakoli duševna motnja v anamnezi. Prvi vrh pojavnosti je med 2. in 3. mesecem po porodu, drugi vrh pa med 7. in 9. mesecem. Klinična slika je običajno tipična, spremljajo jo lahko težave z dojenjem, vsiljive misli, povezane z otrokom, ambivalentna čustva ali pomanjkanje ljubečih čustev do otroka, strah pred neuspehom, občutek neustreznosti v vlogi matere, pogosto bedenje ob otroku.

Depresija v otroštvu in adolescenci

V otroštvu in adolescenci se 70 % depresivnih epizod razvije po stresnem dogodku (izguba starša, konflikti med staršema, ločitev, trpinčenje ...). Depresija je v otroštvu približno enako pogosta pri deklicah in dečkih, pojavlja se pri 1 do 2 % otrok in je močno povezana z disfunkcionalnostjo družine. Običajno se ne nadaljuje v odraslo dobo. V adolescenci naraste na 3–8 %, ob koncu adolescence na 20 %. Največji porast pogostosti depresije je po 13. letu, vrh je med 14. in 16. letom. Diferenciacija po spolu nastopi šele v puberteti. Pri dekletih se pogostost depresije podvoji in po puberteti spet nekoliko upade. Ugotavljajo, da so zgodaj telesno zrela dekleta bolj nagnjena k depresiji. Pri fantih pogostost depresije v puberteti ne naraste.

Zgodnje pojavljanje depresije prinaša povečano tveganje za nastanek bipolarnе motnje razpoloženja, obsesivno-kompulzivne motnje in anksiozne motnje. Več depresij je pri otrocih in mladostnikih z ADHD, razvojnimi učnimi težavami, poškodbami glave, kroničnimi boleznimi, pri otrocih, ki so bili žrtve zlorabe ali so bili zanemarjeni, in pri zlorabi drog. Atipična slika pri fantih, ki se kaže npr. kot zmanjšana frustracijska toleranca, razdražljivost, napadi jeze, vedenjske motnje, zloraba alkohola, drog, je pogost vzrok za napačno diagnozo osebnostne motnje in posledično nepravilno zdravljenje ter neuspešnost pri šolskem in poklicnem delu.

Depresija pri starostnikih

Depresija ni naravna spremljevalka staranja, vendar petina do tretjina starostnikov trpi zaradi nje. K temu pripomorejo naslednji dejavniki tveganja: izguba bližnjih, znancev, telesne bolezni, pešanje telesnih in umskih sposobnosti ter delovanja čutil (sluha, vida ...), splošno upadanje sposobnosti, nezmožnost za vožnjo avtomobila, finančne stiske. Depresija se pri starostnikih pogosto kaže z atipičnimi simptomi, torej navzven ne kažejo depresivnega razpoloženja. Lahko pa so apatični, brez motivacije, anksiozni. Če se pridružijo še kognitivne motnje, so k psihiatru pogosto napoteni z diagnozo demence, pri kateri so začetni simptomi lahko podobni depresiji ali pa se celo prekrivajo. Kadar se pri starostnikih pojavi izrazita hipohondričnost brez dokazanega organskega vzroka, je lahko v ozadju depresija. Prepoznavanje depresije je pri starostnikih zelo pomembno, saj je odziv na terapijo pri njih enako dober kot pri ostali populaciji.

SKUPINE Z ZELO VISOKIM TVEGANJEM ZA DEPRESIJO

- Osebe po poskusu samomora
- Osebe z izrazitimi psihosocialnimi stresi
- Osebe z drugimi duševnimi boleznimi (anksiozna motnja, odvisnost, psihoza)
- Osebe s pozitivno družinsko anamnezo depresije
- Bolj temperamentni in osebnostno ranljivi
- Osebe s kronično bolečino in boleznijo
- Osebe z nerazložljivim somatskim sindromom
- Pogosti uporabniki zdravstvenih storitev
- Ženske po porodu
- Osebe po srčnem infarktu, osebe s sladkorno boleznijo

LITERATURA

1. Sadock BJ, Alcott Sadock V, Ruiz P. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry 11th edition. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2015.
2. MKB-10. 2. izdaja. Ljubljana: IVZ RS, 2005.
3. Globovnik Velikonja V, Jelenko-Roth P, Mihevc Ponikvar B, Tomšič S. Pomen in način zgodnjega odkrivanja obporodne depresije. V: Meden-Vrtovec H, Lukanovič A, urednika. 5. kongres ginekologov in porodničarjev Slovenije, Ljubljana, 8. do 9. junij 2013. Ljubljana: Medicinski razgledi 2013; 52(supl 3): 29–39.
4. Jelenko-Roth P, Rus-Makovec M. Ogrožujoča duševna stanja v nosečnosti: prepoznavanje in možne intervencije v porodništvu in ginekologiji. Medicinski razgledi 2012; 51(supl 2): 11–23.
5. Paschetta E, Berrisford G, Coccia F, Whitmore J, Wood AG, Pretlove S et al. Perinatal psychiatric disorders: an overview. Am J Obstet Gynecol 2014; 210(6): 501–509.
6. Gregorič-Kumperščak H. Razpoloženijske motnje. Gradivo za podiplomski modul iz otroške in mladostniške psihiatrije. Maribor, 21. in 22. november 2014.
7. Baldwin RC, Chiu E, Katona C, Graham N. Guidelines on depression in older people. London: Martin Dunitz Ltd, 2002.
8. Groleger U, Strah Trotovšek D, Tomori M. Depresivnost in anksioznost pri mladostnikih z različnimi duševnimi motnjami. Medicinski razgledi 1996; 35: 113–123.
9. Kennedy SH, Lam RW, Nutt DJ, Thase ME. Treating Depression Effectively: Applying Clinical Guidelines. 2nd edition. Boca Raton: Taylor & Francis Group, LLC, 2007.
10. Jakovljevič M. Depresivni poremečaji. Zagreb: Pro Mente, d. o. o., 2004.
11. Kores Plesničar B. Depresija pri ženskah. Novo mesto: Krka, 2008.
12. Čebašek Travnik Z. Depresija pri moških. Novo mesto: Krka, 2008.
13. Tančič Grum A, Poštuvan V, Roškar S. Spregovorimo o depresiji in samomoru med starejšimi. Ljubljana: IVZ RS, 2010.
14. Tančič Grum A, Poštuvan V, Roškar S. Spregovorimo o samomoru med mladimi. Dop. izd. Ljubljana: IVZ RS, 2009.
15. Dernovšek MZ, Mišček I, Jeriček H, Tavčar R. Skupaj premagajmo depresijo – Priročnik za vodje delavnic in predavatelje. Ljubljana: IVZ RS, 2005.

16. Kroenke K, Spitzer RL, Williams BW, Linzer M, Hahn SR, de Gruy FV, Brody D. Physical Symptoms in Primary Care: Predictors of Psychiatric Disorders and Functional Impairment. Arch Fam Med 1994; 3: 774–779.

DIAGNOZA IN DIFERENCIALNA DIAGNOZA DEPRESIJE

Petra Mihelič Moličnik

Depresivna motnja je klinično in patofiziološko heterogena. Depresija je klinična diagnoza, ki temelji na anamnestičnih in heteroanamnestičnih podatkih in pregledu, saj še vedno ni na voljo bioloških markerjev. Zato jo diagnosticiramo s pomočjo ocenjevalnih lestvic, kot sta Hamiltonova lestvica za depresijo (HAM-D), Montgomery-Asbergina lestvica depresije (MADRS), ali samoocenjevalnih lestvic, kot sta Zungova in Beckova lestvica depresivnosti, ter po kriterijih MKB-10 ali DSM-V. Ocenjujemo tudi kvaliteto vsakodnevnega življenja in kognitivne funkcije.

DIAGNOSTIČNI KRITERIJI (MKB-10, DSM-V)

Za **diagnozo hude depresivne epizode** (angl. major depressive disorder) mora biti prisotnih najmanj 5 od spodnjih simptomov, ki trajajo vsaj 2 tedna skoraj vsak dan oz. večji del dneva in pomenijo pomembno spremembo v primerjavi s funkcioniranjem pred boleznijo. Prisoten mora biti vsaj eden od prvih dveh simptomov navedenih spodaj:

- **depresivno razpoloženje (potrtost, brezvoljnost ali razdražljivost pri otrocih in adolescentih),**
- **pomembno zmanjšani interesi ali zmanjšan občutek ugodja pri skoraj vseh dejavnostih.**

Ostali simptomi so lahko:

- sprememba apetita/telesne teže,
- motnje spanja,
- psihomotorični nemir/upočasnjenost,
- utrujenost/izguba energije,
- občutek ničvrednosti oz. pretirane ali neutemeljene krivde,

34 | DIAGNOZA IN DIFERENCIALNA DIAGNOZA DEPRESIJE

- zmanjšana zmožnost razmišljanja ali koncentracije ali negotovost pri sprejemanju odločitev,
- ponavljajoče se misli o smrti ali samomorilne misli z načrtom za samomor ali brez načrta ali že poskus samomora.

Simptomi povzročijo pomembno motnjo na socialnem in delovnem področju ter na drugih pomembnih področjih vsakodnevnega funkcioniranja.

Izključitveni kriteriji za diagnozo hude depresivne motnje

- Depresivna stanja, ki nastanejo kot posledica organske bolezni ali zdravljenja, in stanja, ki so posledica zlorabe PAS (droge, alkohol).
- Potek v sklopu perzistentne shizoafektivne motnje, shizofrenije, blodnjave motnje ali drugih specifičnih/nespecifičnih motenj v spektru shizofrenije ali drugih psihotičnih motenj.
- Manične ali hipomanične epizode v anamnezi.

Kadar se depresija pojavi prvič, jo opredelimo kot **depresivno epizodo (F32 z ustreznim četrtem mestom šifre)**. V primeru, da se epizoda ponovi, jo imenujemo **ponavljajoča se depresivna motnja (F33 z ustreznim četrtem mestom šifre)**. Kadar gre za vsaj dve leti trajajoče slabo razpoloženje s podpražnimi simptomi depresije ali za posamezne epizode, ki niso dovolj dolge, da bi upravičile diagnozo ponavljajoče se depresivne motnje, gre za **distimijo (F34.1)**.

STOPNJE DEPRESIJE

Depresivna epizoda je glede na stopnjo izraženosti simptomov in stopnjo funkcioniranja *blaga* (2–3 simptomi), *zmerna* (4 simptomi ali več) ali *huda* (5 simptomov ali več z motorično agitacijo/upočasnjenostjo). Hudo depresivno epizodo lahko spremljajo psihotični simptomi, ki so skladni ali pa niso skladni z razpoloženjem. Hudo depresivno epizodo imenujemo tudi velika depresija (angl. *major depressive disorder*).

Pri **blagi depresivni epizodi** (MKB-10: F32.00 ali F33.0, v poporodnem obdobju F32.01) sta prisotna dva ali trije simptomi. Pacient je zaradi tega že nekoliko oviran, je pa sposoben nadaljevati večino aktivnosti.

Pri **zmerni depresivni epizodi** (MKB-10: F32.10 ali F33.1, v poporodnem obdobju F32.11) so prisotni štirje simptomi ali več. Pacient ima pri opravljanju običajnih dejavnosti velike težave.

Pri **hudi depresivni epizodi** (MKB-10: F32.20 ali F33.2, v poporodnem obdobju F32.21) je prisotnih pet simptomov ali več, običajno izguba samospoštovanja, prepričanja o lastni ničvrednosti in neutemeljena krivda. Pogosti so samomorilne misli in dejanja. Pacienti so nezmožni opravljati večino svojih običajnih opravil.

Hudi depresivni epizodi se lahko pridružijo **psihotični simptomi** (F32.30 ali F33.3), psihomotorična upočasnjenost ali stupor. V tem primeru oseba ne bo zmoгла niti osnovnih aktivnosti, kot je hoja. Psihotični simptomi vključujejo motnje zaznavanja, na primer slušne halucinacije, ko oseba sliši glasove, ki jo obtožujejo, ter blodnje depresivnih vsebin, na primer o hudi krivdi, grehu, ekonomskem, telesnem, duševnem propadu.

DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*), ameriška klasifikacija duševnih motenj, poudarja pomen razločevanja med normalno žalostjo, žalovanjem in hudo depresivno epizodo. Žalovanje lahko povzroči hudo trpljenje, vendar ne sproži nujno tudi depresivne epizode. Kadar gre za sopojavljanje žalovanja in depresivne epizode, so simptomi in motnje v funkcioniranju hujši in izidi zdravljenja bodo slabši kot samo pri žalovanju. Pri osebah z dodatnimi dejavniki tveganja za depresijo bo žalovanje bolj verjetno sprožilo depresivno epizodo. Preden žalujočemu po pomembni izgubi postavimo diagnozo huda depresivna epizoda, pri klinični presoji upoštevamo tudi osebno anamnezo in kulturološke posebnosti v izražanju žalosti.

PRESEJALNI TESTI ZA DEPRESIJO

S presejalnimi testi ne postavljamo diagnoze. Pri sumu na depresijo so lahko koristni predvsem za lažjo začetno oceno prisotnosti in teže depresivne epizode. Presejamo lahko z vprašanji, ki jih pacientu zastavimo mi, ali pa s samoocenjevalnimi vprašalniki, ki jih izpolni pacient.

Presejalna vprašanja

Najenostavnejše je presejalno vprašanje: **»Ali ste depresivni?«** (97 % specifičnost in le 32 % občutljivost, kar pomeni, da lahko identificira samo 3 od 10 oseb z depresijo v splošni praksi; specifičnost testa – sposobnost, da pravilno prepozna osebe brez diagnoze; občutljivost testa – sposobnost, da pravilno prepozna osebe z diagnozo).

Presejalni test za depresijo z dvema vprašanjema pokriva prva dva simptoma depresije po DSM V (97 % občutljivost in 67 % specifičnost):

- ▶ **»Ali ste se v zadnjem mesecu pogosto počutili potrti, depresivni ali ste obupovali?«**
- ▶ **»Ali ste bili v zadnjem mesecu obupani in niste čutili zanimanja, veselja ali užitka pri dejavnostih, ki so se vam običajno zdele prijetne?«**

Pri teh dveh vprašanjih gre za skrajšano verzijo Vprašalnika o bolnikovem zdravju (PHQ-9), ki ga navajamo spodaj. V podobni obliki se vprašanja uporabljata tudi v referenčnih ambulantah družinske medicine.

Samoocenjevalne presejalne lestvice za depresijo

- Vprašalnik o bolnikovem zdravju (PHQ-9): lestvica z 9 vprašanji, ki **se že uporablja kot presejalni inštrument v referenčnih ambulantah družinske medicine**, odgovori se ovrednotijo z 0 do 3 točkami, skupni rezultat z 0 do 27 točkami; lestvica, navodila za uporabo in vrednotenje so v prilogi 1.
- Beckova lestvica depresivnosti: daljša različica z 21 vprašanji in krajša s 7 vprašanji.

- Zungova samoocenjevalna lestvica: 20 vprašanj (Kozel in dr., 2012, so v svoji študiji ugotovili, da sta Zungova in Beckova samoocenjevalna lestvica enako učinkoviti za presejanje depresije na primarni zdravstveni ravni).
- Geriatrična lestvica depresivnosti: uporablja se za presejanje za depresijo pri starostnikih oziroma osebah, starejših od 65 let; lestvica, navodila za uporabo in vrednotenje so v prilogi 2.

Lestvici za oceno depresije, ki ju uporabljajo strokovnjaki

- Hamiltonova lestvica depresivnosti (HDRS): 17 ali 21 vprašanj, odgovore ocenimo z 0 do 2, ali z 0 do 4 točkami. Skupni rezultat od 0 do 7 točk pomeni, da oseba nima depresije, 20 točk ali več pa kaže na zmerno do hudo depresivno epizodo.
- Montgomery-Asbergina lestvica depresije (MADRS): 10 vprašanj, odgovori se točkujejo z 0 do 6 točk. Rezultat manj kot 10 točk depresijo izključi, nad 30 do 35 točk pa kaže na hudo depresivno epizodo.

PREISKAVE ZA IZKLJUČITEV ORGANSKIH VZROKOV ZA SIMPTOME DEPRESIJE

Laboratorijske preiskave

- Rutinske laboratorijske preiskave: hemogram, CRP, SR, krvni sladkor, elektroliti (vključno s kalcijem, fosfatom in magnezijem), sečnina, kreatinin, jetrni encimi, proteinogram, urin
- Ščitnični hormoni
- Pogostejše usmerjene preiskave: NH₃, vitamin B12, folna kislina, revma faktorji, porfirin
- Serološke preiskave za izključitev hepatitisa, borelioze, HIV, sifilisa
- Toksikološke preiskave krvi, urina
- Deksametazonski supresijski test (Cushingova bolezen, lahko pozitiven tudi pri depresiji)
- ACTH stimulacijski test (Addisonova bolezen)
- EKG (elektrokardiografija): poceni in dostopna neinvazivna preiskava, ki lahko pacientu zelo pomaga pri uvidu, da na primer njegove palpitacije niso nevarne in so telesni izraz tesnobe
- EEG (elektroencefalografija): ob sumu na epilepsijo

Slikovne preiskave

Uporabljajo se predvsem za izključitev nevroloških bolezni, ki lahko povzročijo psihiatrične simptome. Te preiskave so drage in imajo vprašljivo vrednost pri pacientih brez diskretnih nevroloških deficitov.

- CT (računalniška tomografija) in MRI (magnetnoresonančno slikanje) prideta v poštev, kadar obstaja sum na organske motnje ali hipopituitarizem.
- PET (pozitronska emisijska tomografija) in SPECT (računalniško podprta scintigrafska tomografija s sevalci gama) se uporabljata pri preučevanju vezave določenih snovi na receptorje in njihovih učinkov, in sicer bolj v raziskovalne kot v klinične namene.

DIFERENCIALNA DIAGNOZA

Depresija je lahko posledica zunanjih dejavnikov, kot so zdravila (antihipertenzivi, peroralni kontraceptivi, steroidi), alkohol in druge PAS ter poškodbe, ali pa je posledica pridruženih telesnih bolezni. Takrat so potrebni dodatni diagnostični postopki. Pogosto je pridružena kateri od duševnih motenj, npr. anksioznosti, panični motnji, socialni fobiji in odvisnosti od PAS, kar je povezano tudi s pogostejšimi obiski pri zdravnikih družinske medicine in z bolniškimi staleži.

Depresijo s psihotičnimi simptomi včasih težko razlikujemo od shizofrenije, težavno je tudi razlikovanje med demenco in depresijo pri starostnikih.

Pri diferencialni diagnozi depresije moramo upoštevati različne psihiatrične in somatske motnje.

Psihiatrične motnje (sorodne ali hkrati potekajoče)

- *Distimija*: primarni simptom je depresivno razpoloženje, ki traja vsaj 2 leti; simptomi ne dosegajo kriterijev za diagnozo depresivne epizode.
- *Bipolarna motnja razpoloženja*: osebo s simptomi depresije je treba vprašati po morebitnih obdobjih hiperaktivnosti z manjšo potrebo po spanju, višku energije, tveganih vedenjih, družinski anamnezi duševnih motenj.
- *Anksiozne motnje* (generalizirana anksiozna motnja, obsesivno-kompulzivna

motnja, panična motnja, fobične motnje, posttravmatska stresna motnja): pogosto jih spremlja depresija. Visoka stopnja izraženosti simptomov anksioznosti je povezana z večjim tveganjem za samomor, daljšim trajanjem bolezni in večjo verjetnostjo za neodzivnost na terapijo.

- **Osebnostne motnje:** pri osebah z nekaterimi osebnostnimi motnjami (npr. mejno osebnostno motnjo) je lahko vodilni simptom spremenljivo razpoloženje. Osebnostno motnjo v času akutne razpoloženske motnje težko prepoznamo. Številni pacienti, ki se med depresivno epizodo kažejo kot labilni, zahtevni ali patološko odvisni, se dramatično spremenijo, ko depresivna epizoda izzveni.
- **Motnje hranjenja** (npr. anoreksija, bulimija): depresija jih pogosto spremlja, zato vprašamo po simptomih depresije.
- **Prilagoditvene motnje, somatizacijske, somatoformne motnje:** lahko spremljajo simptomi depresije.
- **Depresija kot simptom drugih psihiatričnih motenj:** pri demenci, shizofreniji, shizoafektivni motnji.

Somatske motnje

- Motnje centralnega živčnega sistema (CŽS)
 - Žariščni nevrološki simptomi niso značilni za depresijo. Če se pojavijo, je treba izključiti vzroke zanje.
 - Številni fiziološki in strukturni procesi v CŽS lahko povzročijo spremembe v razpoloženju in vedenju. Tudi depresija lahko povzroči tako upad in poslabšanje kognitivnih funkcij kot tudi poslabšanje primarne demence. Upad v kognitivnem funkcioniranju, ki je posledica predvsem motenj pozornosti, koncentracije in motivacije, imenujemo psevdodemence, ki se lahko ob zdravljenju depresije popravi.
 - Alzheimerjeva bolezen ter druge degenerativne in vaskularne demence se lahko predvsem v zgodnjih fazah kažejo z motnjami razpoloženja.
 - Motnje razpoloženja pogosto spremljajo Parkinsonovo in Huntingtonovo bolezen, multiplo sklerozo, vaskularne dogodke (še posebej levo frontalno), epilepsijo (kompleksni parcialni napadi – temporalni lobus).
- Neoplazme CŽS lahko povzročijo spremembe razpoloženja in vedenja, še preden se pojavijo žariščni nevrološki znaki.
- Poškodbe glave, možganovine.

40 | DIAGNOZA IN DIFERENCIALNA DIAGNOZA DEPRESIJE

- Endokrine motnje: depresija je pogosta spremljevalka sladkorne bolezni. Spremembe v razpoloženju so še posebej značilne pri motnjah v delovanju osi hipotalamus–hipofiza–nadledvična žleza in ščitnice (Addisonova bolezen, Cushingov sindrom, hiper-/hipotiroidizem, prolaktinomi, hiperparatiroidizem).

Motnje, povezane z zdravili in drugimi snovmi

- Odvisnost od alkohola in zloraba PAS (odtegnitev od amfetaminov, zloraba kokaina ...)
- Antihipertenzivi (rezerpin in metildopa)
- Sredstva za pomoč pri odvijanju od kajenja (vareniklin)
- Steroidi
- Spolni hormoni in zdravila, ki vplivajo na spolne hormone (npr. estrogen, progesteron, testosteron, antagonist gonadotropin sproščajočega hormona [GnRH])
- Blokatorji receptorjev H₂ (ranitidin, cimetidin)
- Benzodiazepini, hipnotiki
- Mišični relaksanti
- Supresorji apetita
- Kemoterapevtiki (vinkristin, prokarbazin, L-asparaginaza, interferon, vinblastin)

Uporaba in zloraba PAS ter odvisnost od njih lahko povzročijo pomembne motnje razpoloženja. Še posebej je to značilno za alkohol, kokain, amfetamine, kanabinoide, sedative, hipnotike in narkotike. Pri mlajših moških pomislimo tudi na inhalante. Zloraba PAS je lahko oblika samozdravljenja tesnobe, ki spremlja večino duševnih motenj.

Infekcijske in vnetne bolezni

- Infekcijske bolezni, ki lahko povzročijo spremembe razpoloženja in vedenja: Lymška borelijoza, infekcijska mononukleoza, HIV-encefalopatija, nevrosifilis.
- Vnetne bolezni, ki lahko povzročijo spremembe razpoloženja in vedenja: sistemski eritematozni lupus, verjetno zaradi avtoimunega cerebritisa, ki je posledica sprememb v prehodnosti žilno-možganske bariere.

Druge neoplazme: karcinom glave pankreasa, diseminirana karcinomatoza

Motnje spanja: obstruktivna nočna apneja se lahko kaže tudi s psihiatričnimi simptomi. Oceniti je treba kvaliteto spanja, zaspanost čez dan in smrčanje. Te motnje so še posebej značilne za ljudi s prekomerno telesno težo. Potrebna je napotitev v laboratorij za motnje dihanja v spanju. Če po ureditvi apneje depresija še vztraja, jo začnemo zdraviti.

Druga stanja: pelagra, perniciozna anemija, koronarna bolezen, fibromialgija, jetrna ali ledvična odpoved.

LITERATURA

1. Halverson JL, Bienenfeld D. Depression workup. Pridobljeno 14. julija 2015 s spletne strani <http://emedicine.medscape.com/article/286759-workup>.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.
3. Alexopoulos GS. Depression in the elderly. *Lancet* 2005; 365(9475): 1961–1970.
4. MKB-10. Prva knjiga, pregledni seznam in druga knjiga. Ljubljana: IVZ RS, 2005.
5. Kores-Plesničar B. Epidemiologija, etiologija, klinična slika in diagnostika depresije. *Farm Vestn* 2006; 57(4): 241–244.
6. Ferguson JM. Depression: Diagnosis and Management for the Primary Care Physician. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2000; 2(5): 173–138.
7. Lespérance F, Frasare-Smith N. Depression and heart disease. *Cleve Clin J Med* 2007; 74 (Supl 1): 63–66.
8. Millard PH. Depression in old age. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1983; 287(6389): 375–376.
9. Robert S Porter. *The Merck Manual of Patient symptoms – A concise, Practical guide to Etiology, Evaluation and Treatment*. Wiley, 2008.
10. Modrego PJ, Ferrández J. Depression in patients with mild cognitive impairment increases the risk of developing dementia of Alzheimer type: a prospective cohort study. *Arch Neurol* 2004; 61(8): 1290–1293.
11. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Depression. Pridobljeno 10. junija 2015 s spletne strani <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/depression-in-adults-screening>.
12. Mitchell AJ, Coyne JC. Do ultra-short screening instruments accurately detect depression in primary care? A pooled analysis and meta-analysis of 22 studies. *Br J Gen Pract* 2007; 57(535): 144–151.
13. Arroll B, Khin N, Kerse N. Screening for depression in primary care with two verbally asked questions: cross sectional study. *BMJ* 2003; 327(7424): 1144–1146.



OBRAVNAVA DEPRESIJE

Anita Lavrenčič Katič

Pri obravnavi depresije smo pozorni tako na simptome kot na osebo, ki jih doživlja. S komunikacijo, v kateri ne obsojamo in ne moraliziramo, v primernem okolju in z upoštevanjem stigmatiziranosti, ki jo oseba doživlja zaradi svojih zdravstvenih težav, lahko ustvarimo zaupen odnos in ji nudimo oporo. Na razumljiv način podamo informacije o poteku bolezni in zdravljenju ter upoštevamo potrebe in želje glede zdravljenja. Med slednje spada tudi vključenost svojcev. **Če oseba, ki trpi za depresijo ni kritično oziroma življenjsko ogrožena, je potrebno preden informiramo svojce ali druge družinske člane, nujno pridobiti njeno soglasje.** Če so v obravnavo vključeni družinski člani ali pomembni drugi ljudje, tudi njih informiramo o bolezni, jim nudimo oporo in skupaj poiščemo načine pomoči, s katerimi lahko pripomorejo k okrevanju svojca.

STOPENJSKA OBRAVNAVA

Stopenjski način obravnave nam je v pomoč pri prepoznavanju težav, oceni stopnje depresije in izbiri najučinkovitejšega zdravljenja. Služi pa lahko tudi kot model za organizacijo služb ter podpore pacientom in svojcem.

Najučinkovitejši ukrep je vedno najmanj intenziven in ga ponudimo prvega. Če je neučinkovit ali če ga pacient odkloni, nadaljujemo z naslednjo stopnjo ukrepov.

1. STOPNJA

Prepoznavanje, ocena in začetno zdravljenje

Ob sumu na depresivno epizodo

Osebo napotimo k psihiatru, če se ne čutimo kompetentni za obravnavo, ali naredimo oceno (psihiatrični status, funkcioniranje, medosebni odnosi in socialne težave).

Ocenimo tveganje

- **Akutna ogroženost** → **napotimo k psihiatru pod nujno.**
- Če ogroženost ni akutna → previdno predpisujemo zdravila (količina!), ojačamo podporo, angažiramo bližnje, izročimo jim psihoedukativne brošure. Aktivno sprašujemo in smo pozorni na spremljajoči agitiranost, anksioznost. Osebo in bližnje natančno informiramo, da bodo znali poiskati pomoč ob spremembah v razpoloženju, samomorilnih mislih, brezupu.

2. STOPNJA

Podpražna ali blaga do zmerna depresivna epizoda

Splošni ukrepi

- *Higiena spanja*: odhod v posteljo vsak dan ob istem času, enaka količina spanca kot pred depresijo, izogibanje preveliki količini spanca, poležavanju čez dan.
- *Če gre za anksiozno motnjo s pridruženo depresivno epizodo* →
 - zdravimo anksiozno motnjo,
 - bolnika aktivno spremljamo,
 - pogostejši kontrolni pregledi, npr. na 2 tedna, pogovor o težavah, informiranje o depresiji,
 - če bolnik ne pride na kontrolo, ga pokličemo (kontaktni podatki).

Manj intenzivni psihosocialni ukrepi

- *Individualna vodena samopomoč na osnovi kognitivnega vedenjskega modela (e-oblike).*
- *Strukturirana skupinska telesna vadba*: organizacija telesne aktivnosti zmernega trajanja (npr. 45 minut) 3-krat na teden. Skupaj z osebo ugotovite, katera vrsta telesne aktivnosti ji ustreza. Začne naj npr. s 5 minutami gibanja. Podprite jo, da bo postopoma povečevala trajanje telesne aktivnosti.
- *Psihoedukativne delavnice* (podrobno so opisane v enem izmed naslednjih poglavij).
- *Skupinska vedenjska kognitivna psihoterapija* (če prejšnje ponujene ukrepe pacient odkloni; v Sloveniji redko na voljo).

- *Individualno svetovanje oziroma pogovor z osebo.* Pri pogovoru so vam lahko v pomoč naslednji poudarki:
 - osebi razložite, da je depresija pogosta bolezen, ki ne izbira po spolu, socialnem statusu, prizadevnosti posameznika, veroizpovedi ..., zbolijo lahko vsakdo;
 - **poudarite, da znamo depresijo učinkovito zdraviti;**
 - **poudarite, da se znaki in simptomi pogosto zmanjšajo šele po nekaj tednih zdravljenja** in da je zato pomembno sodelovanje pri predpisanem zdravljenju;
 - **poudarite, da je izredno pomembno vztrajanje pri aktivnostih, ki so osebo običajno/v preteklosti zanimale ali so ji prinašale zadovoljstvo, ne glede na to, da se ji te aktivnosti trenutno ne zdijo zanimive ali ji ne prinašajo zadovoljstva;**
 - osebi razložite, da imajo ljudje z depresijo pogosto nerealna negativna prepričanja o sebi, svojem življenju in prihodnosti;
 - izpostavite koristi redne telesne aktivnosti, v kateri naj se oseba udeleži, kolikor je le mogoče;
 - na pogovor povabite družinske člane, ki osebo podpirajo, in jih vključite v obravnavo, kolikor je to mogoče in ustrezno (predhodno nujno soglasje bolnika, če ta ni kritično ali življenjsko ogrožen);
 - poudarite pomen ponovnega vključevanja v socialne mreže in ponovne aktivacije socialnih mrež;
 - izpostavite pomen koristi rednega druženja, vključno z obiskovanjem družabnih aktivnosti v lokalni skupnosti, kolikor je le mogoče; prepoznajte tiste družabne aktivnosti, ki jih je oseba obiskovala pred depresijo in bi ji lahko ponovno prinesle neposredno ali posredno psihosocialno podporo (npr. družinska srečanja, srečanja s prijatelji, obiskovanje sosedov, družabne aktivnosti na delovnem mestu, šport, aktivnosti v lokalni skupnosti, prostovoljno delo);
 - poudarite pomen prepoznavanja misli o samopoškodovanju in samomorilnih misli – ko se pojavijo, je treba takoj poiskati pomoč.

Medikamentozna terapija

- Pri podpraznih simptomih depresije in blagi do zmerni depresivni epizodi antidepresiva ne predpišemo rutinsko.
- Antidepresiv predpišemo, če:
 - je v anamnezi zmerna/huda depresija,

- podpražni simptomi trajajo več kot dve leti,
- podpražni simptomi vztrajajo kljub psihosocialnim intervencam.

3. STOPNJA

Dolgotrajna podpražna depresivna epizoda, blaga do zmerna depresivna epizoda, ki se ne izboljša ob manj intenzivnih psihosocialnih ukrepih oziroma intervencah, ali zmerna in huda depresivna epizoda

Medikamentozna terapija

Dolgotrajna podpražna, blaga do zmerna depresivna epizoda, ki ne reagira na manj intenzivne psihosocialne ukrepe:

- *antidepresiv iz skupine zaviralcev ponovnega privzema serotonina (SSRI) ali visoko intenzivni psihološki ukrepi.*

Zmerna in huda depresivna epizoda:

- *antidepresiv (SSRI) in visoko intenzivni psihološki ukrepi.*

Ukrepe izbiramo glede na trajanje simptomatike, potek prejšnje epizode in odgovora na terapijo, neželene učinke in želje pacienta.

Visoko intenzivni psihološki ukrepi:

- vedenjska kognitivna psihoterapija,
- interpersonalna psihoterapija (v Sloveniji redko),
- družinska/partnerska psihoterapija, svetovanje,
- kratka psihodinamska psihoterapija,
- terapija učenja reševanja problemov,
- skupinska psihoterapija.

ANTIDEPRESIVI

Antidepresiv izberemo na osnovi pogovora s pacientom, njegovih izkušenj, lastnih izkušenj predpisovanja, neželenih učinkov ob uvajanju in ukinjanju, interakcij, spremljajočih bolezni, varnosti. Najpogostejša prva izbira je antidepresiv iz skupine SSRI, lahko pa izberemo bolj specifičnega. Antidepresiv izberemo tudi glede na prevladujočo simptomatiko, saj določeni antidepresivi delujejo na določene nevrottransmitterske sisteme (tabela 5).

Tabela 5. Nevrottransmitterski sistemi, ustrezajoči simptomi in antidepresivi

SEROTONIN	NORADRENALIN	DOPAMIN
Depresivno razpoloženje	Upad energije	Upad motivacije
Anksioznost	Upad iniciativnosti	Anhedonija
Obsesije/kompulzije	Ambivalenca	Apatija
Napetost/impulzivnost	Utrujenost	Kognitivne motnje
Samomorilno vedenje	Bolečine	Psihomotorična upočasnjenost
Apetit/spanje	Socialni umik	Neaktivnost
SSRI	SNRI, NASSA, RIMA	NDRI

Nekateri antidepresivi delujejo bolj pomirjevalno, sedirajoče, drugi bolj aktivirajoče, odvisno od tega, na katere nevrottransmitterske sisteme vplivajo (tabela 6). Kadar depresivno epizodo spremljajo izraziti simptomi anksioznosti, izberemo sedirajoči antidepresiv, kadar pa je v ospredju potrtost, brezvoljnost, melanholija, izberemo aktivirajočega.

Tabela 6. Antidepresivi glede na učinek

Sedirajoči antidepresivi (od najbolj do najmanj sedirajočega):	Aktivirajoči antidepresivi (od najmanj do najbolj aktivirajočega):
trazodon paroksetin sertralin fluvoksamin mirtazapin mianserin maprotilin amitriptilin	escitalopram citalopram duloksetin venlafaksin moklobemid klomipramin reboksetin fluoksetin bupropion
Načeloma jih predpisujemo zvečer.	Načeloma jih predpisujemo zjutraj.

SSRI – selektivni zaviralci ponovnega privzema serotonina (sertralin, escitalopram, fluoksetin, paroksetin, citalopram)

- *Neželeni učinki:*
 - glavobol, prebavne težave (navzea, driska/zaprtje), nespečnost, nemir, spolna disfunkcija, nevrološke motnje, padci,
 - spremembe telesne teže, serotoninski sindrom,
 - lahko pospeši krvavitve v GIT (podaljšan čas agregacije trombocitov) – previdnost pri starejših ljudeh.
- *Interakcije SSRI z drugimi zdravili:*
 - nesteroidni antirevmatiki (NSAID), warfarin/heparin: ugodnejša kombinacija s temi zdravili sta mirtazapin in moklobemid,
 - triptani: ugodnejša kombinacija mirtazapin, reboksetin, trazodon,
 - atomoksetin: ne predpisujte fluoksetina in paroksetina,
 - propafenon, flekainid: predpisati sertralin.

Najmanj interakcij z drugimi zdravili imajo sertralin, escitalopram in citalopram.

SNRI – zaviralci ponovnega privzema serotonina in noradrenalina (venlafaksin, duloksetin)

- *Neželeni učinki:*
 - podobni kot pri antidepresivih skupine SSRI, zaradi vpliva na noradrenergični sistem lahko pride še do povišanja krvnega tlaka, tahikardije, suhih ust, zaprtja, znojenja,
 - če je tveganje za samomor visoko, se izogibamo učinkovinam, ki so v visokih odmerkih toksične (triciklični antidepresivi, venlafaksin).

NASSA – noradrenergični in selektivni zaviralci ponovnega privzema serotonina (mirtazapin, mianserin)

- *Neželeni učinki:*
 - suha usta, sedacija, naraščanje telesne teže.

NRI – selektivni zaviralci ponovnega privzema noradrenalina (reboksetin, atomoksetin)

- *Neželeni učinki:*
 - nespečnost, vrtoglavica, suha usta, zaprtje, agitacija, anksioznost, manija.

SARI – dvojni serotoninski antidepresivi – antagonisti 5-HT₂ receptorjev in inhibitorji ponovnega privzema serotonina (trazodon)

- *Neželeni učinki:*
 - sedacija, ortostatska hipotenzija

SSRE – selektivni pospeševalci privzema serotonina (tianeptin)

- *Neželeni učinki:*
 - blagi: siljenje na bruhanje, zaprtje, bolečina v trebuhu, zaspanost, glavoboli, suha usta in omotica.

TCA – triciklični antidepresivi – neselektivni zaviralci ponovnega privzema monoaminov (amitriptilin, maprotilin)

- *Neželeni učinki:*
 - kardiovaskularni: aritmije, tahikardija, ortostatska hipotenzija,

50 | OBRAVNAVA DEPRESIJE

- antiholinergični: sedacija, povečanje telesne teže,
- nevrološki: mioklonus, padci,

TCA so neprimerni pri srčnih bolnikih, hipotenziji, hipertrofiji prostate, glavkomu ozkega zakotja, Parkinsonovi bolezni, demenci, diabetični polinevropatiji.

RIMA – reverzibilni inhibitorji monoaminooksidaze tipa A (moklobemid)

- *Neželene učinki:*
 - hipertenzivna kriza, serotoniniski sindrom, ortostatska hipotenzija.

NDRI – adrenergični modulatorji/inhibitorji ponovnega privzema noradrenalina in dopamina (bupropion)

- *Neželene učinki:*
 - epilepsija, glavobol, tremor, agitacija, nespečnost, gastrointestinalni simptomi.

AGOMELATIN – agonist melatoninskih in antagonist serotoninških receptorjev

- *Neželene učinki:*
 - tesnoba, glavobol, diareja, bruhanje, hiperhidroza, povišanje koncentracije jetrnih encimov, kontraindiciran pri okvari jeter.

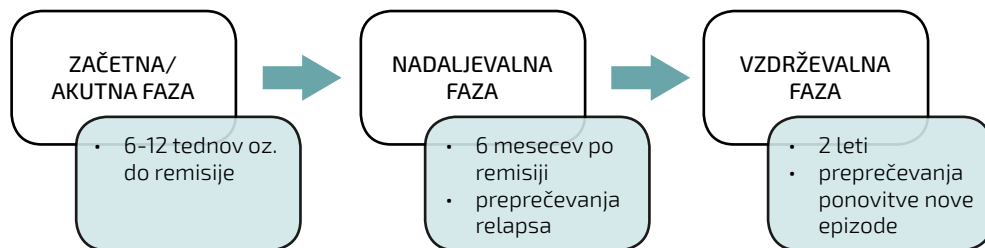
Splošna navodila oziroma opozorila glede predpisovanja antidepresivov

- Pri pacientih z depresijo in kronično boleznijo ne predpišemo nižjih odmerkov.
- Pri starejših pacientih je treba upoštevati splošno zdravstveno stanje in že predpisana zdravila ter ustrezno prilagoditi odmerek. Aktivno spremljamo neželene učinke.
- Pri določenih spremljajočih motnjah so priporočljivi določeni antidepresivi (tabela 7).

Tabela 7. Priporočljivi antidepressivi glede na spremljajoče motnje

Hipertenzija	SSRI
Stanje po miokardnem infarktu	SSRI>SNRI>BUPROPION
Stanje po možganskem infarktu	SSRI (sertralin, citalopram, fluoksetin)
Bolečinski sindromi	SNRI, amitriptilin
Epilepsija	SSRI, SNRI
Diabetes	SSRI>TCA
Debelost	SNRI, SSRI
Ledvična insuficienca	SSRI (sertralin, citalopram)
Jetrna okvara	SSRI (sertralin)

FAZE ZDRAVLJENJA DEPRESIJE Z ANTIDEPRESIVI

**Slika 2.** Faze zdravljenja depresije

ZAČETNA/AKUTNA FAZA ZDRAVLJENJA

Ob uvajanju antidepresiva se s pacientom pogovorimo o depresiji in o antidepresivu ter pojasnimo:

- antidepresivi ne povzročajo odvisnosti,
- učinek nastopi postopoma, po 2–4 tednih rednega jemanja zdravila,
- možni neželeni učinki ob uvajanju zdravila so prehodni,
- možne interakcije,
- potrebo po jemanju tudi v remisiji,
- tveganje za pojav neželenih učinkov ob prehitrem ukinjanju (najizrazitejši so pri venlaksinu, paroksetinu).

Prvi kontrolni pregled čez 2 tedna, takrat ocenimo:

- prenašanje zdravila,
- sodelovanje oz. rednost jemanja antidepresiva.

Če neželeni učinki niso prehudi, spremljamo pacienta naprej, sicer zamenjamo antidepresiv. Ob nespečnosti, agitaciji, anksioznosti uvedemo benzodiazepine za 2 tedna. **Če je pacient mlajši od 30 let ali če je suicidalen, je prvi kontrolni pregled čez 1 teden.**

Drugi kontrolni pregled čez 4 tedne po uvedbi antidepresiva (4 tedni terapevtskega odmerka):

- *začetni odziv je minimalen ali ga ni*: preverimo jemanje, višino odmerka, odredimo pogostejše kontrole, povišamo odmerek istega antidepresiva (če ni neželenih učinkov) ali zamenjamo antidepresiv (če so neželeni učinki ali če pacient tako želi).
- *kadar je začetni odziv »malo boljše počutje«*: zdravljenje nadaljujemo z istim odmerkom še 2–4 tedne, razmislimo o zamenjavi (če pacient tako želi, če so neželeni učinki, če ni zadostnega odziva).
- *če ni nobenega odziva v 4–6 tednih*, je potrebna menjava antidepresiva.

Na odziv se počaka dlje kot 6 tednov, če ima pacient osebnostno motnjo ali je njegovo splošno zdravstveno stanje slabše.

Naslednji kontrolni pregledi: na 2–4 tedne v prvih 3 mesecih.

Kadar začetni odziv na zdravljenje ni zadosten:

- zamenjamo antidepresiv – prva zamenjava je lahko druga učinkovina iz skupine SSRI ali za pacienta boljše prenosljiv antidepresiv novejšje generacije. Kasneje je smiselno izbrati antidepresiv iz druge skupine, ki pa ga bo pacient morda težje prenašal (venlafaksin, TCA, inhibitor MAO). Menjava običajno traja 1 teden.

Pazljivi smo pri menjavah: s fluoksetina na druge antidepresive, s fluoksetina ali paroksetina na TCA ali drug SSRI ali inhibitor MAO.

- kombinacija (določi psihiater): dodamo še en antidepresiv, npr.:
 - SSRI + bupropion,
 - SSRI + mirtazapin,
 - Mirtazapin + venlafaksin.

Pri sočasnem jemanju dveh antidepresivov je verjetnost neželenih učinkov večja. Pacientu pojasnimo razlog za uvedbo še enega antidepresiva, pozorni smo na varnost kombinacije.

- avgmentacija (določi psihiater): antidepresivu (AD) dodamo stabilizator razpoloženja ali atipični antipsihotik (AAP) v nizkem odmerku:
 - AD + AAP (aripiprazol, olanzapin, risperidon, kvetiapin).

Oblike avgmentacije, ki jih naj ne bi predpisovali rutinsko, so:

- AD + BZO (do 2 tedna),
- AD + valproat/lamotrigin/karbamazepin,
- AD + ščitnični hormoni,
- AD + pindolol (v Sloveniji ni na voljo).

Za kombinacije in avgmentacije naj zdravnik družinske medicine pacienta napoti k psihiatru oz. jih uvaja le po predhodnem posvetu s psihiatrom.

- AD + psihoterapija, če odziv na samó medikamentozno terapijo ali na samó psihoterapevtsko obravnavo ni zadosten.

NADALJEVALNA FAZA ZDRAVLJENJA

Odmerek antidepressiva in intenzivnost psihoterapije sta enaka kot v začetni fazi.

- Nadaljevalna faza traja 6 mesecev od nastopa remisije.
- V tem času se tveganje za relaps dokazano zniža (v prvih 6 mesecih po remisiji hude depresivne epizode pride do relapsa pri 20–85 % pacientov).
- Tveganje za relaps depresivne epizode lahko zmanjšamo z jemanjem antidepressiva ali z avgmentacijo antidepressiva z vedenjsko kognitivno psihoterapijo.
- Pacient, ki že prejema avgmentacijsko zdravilo, naj ga jemlje v istem odmerku tudi v nadaljevalni fazi zdravljenja. Če se odločimo za nižanje odmerkov, znižamo odmerek avgmentacijskega zdravila in ne odmerka antidepressiva.

Individualno vedenjsko kognitivno psihoterapijo priporočimo, če:

- pride do relapsa kljub rednemu jemanju antidepressivov,
- rezidualni simptomi vztrajajo kljub rednemu jemanju antidepressivov.

Kognitivno psihoterapijo, ki temelji na čuječnosti, ponudimo tistim pacientom, ki so trenutno v remisiji in imajo v anamnezi vsaj 3 depresivne epizode.

VZDRŽEVALNA FAZA ZDRAVLJENJA

Ta faza je potrebna pri pacientih s kronično/ponavljajočo se depresijo brez relapsa v času nadaljevalne faze zdravljenja. To so pacienti:

- z vsaj 2 epizodama z evidentnim upadom v funkcioniranju v bližnji preteklosti,
- z rezidualno simptomatiko, spremljajočimi somatskimi težavami in psihosocialnimi stiskami, družinsko obremenjenostjo,
- s hudimi ali prolongiranimi depresivnimi epizodami.

Ti pacienti naj jemljejo antidepressive **vsaj 2 leti v enakem odmerku**, ki je bil učinkovit v akutni in nadaljevalni fazi zdravljenja, razen če so se pojavili neželeni učinki.

Trajanje vzdrževalne faze je odvisno od želja pacienta, prenosljivosti zdravil in izraženosti prejšnjih depresivnih epizod. Pomembna je reevalvacija (pridružene duševne motnje, dejavniki tveganja, izraženost epizode).

UKINJANJE MEDIKAMENTOZNE TERAPIJE

- Terapije ne ukinjamo pred počitnicami, pomembnimi ali stresnimi dogodki.
- Največje tveganje za relaps/ponovitev je 2 meseca po ukinitvi, zato pacienta naročimo na kontrolni pregled.
- Ukinitev naj poteka postopoma in naj traja 4 tedne, predvsem pri antidepresivih s kratko razpolovno dobo (paroksetin, venlafaksin).
- Neželeni učinki ukinitve izzvenijo v tednu dni; lahko so zelo neprijetni, če antidepresiv takoj ukinemo.
- Ob hudo izraženih neželenih učinkih pacienta spremljamo in razmislimo o ponovni uvedbi antidepresiva.

TIMSKA OBRAVNAVA DEPRESIJE

- Je del stopenjske obravnave.
- Zagotovljena mora biti na primarni in sekundarni ravni.
- Primerna je za paciente z zmerno do hudo depresijo in kronično boleznijo z upadom v funkcioniranju, ki niso odzivni na farmakoterapijo, visoko intenzivne psihoterapevtske ukrepe ali kombinacijo obojega.
- Pri tej obliki obravnave pacienta z depresijo skupaj sodelujejo izbrani zdravnik družinske medicine, psihiater, koordinator obravnave v skupnosti in drugi specialni profili. Tim v sodelovanju s pacientom in svojci naredi dolgoročni načrt obravnave, ki je koordiniran in spremljan. Sodelovanje med posameznimi profili, specialnostmi ter med primarno in sekundarno ravni naj bi bilo utečeno in intenzivno.

4. STOPNJA

Kompleksna in huda depresivna epizoda

INTENZIVNEJŠA OBRAVNAVA, BOLNIŠNIČNO ZDRAVLJENJE

Napotitev k psihiatru je potrebna ob:

- depresiji z visokim tveganjem za samopoškodovanje, samomor,
- hudi depresivni epizodi s psihotičnimi simptomi,
- zmerni depresiji s kompleksnimi problemi/okoljsčinami,
- svetovanju glede zdravljenja,
- potrebi po intenzivnejšem, kompleksnejšem zdravljenju.

Pred napotitvijo je potreben pregled, ki zajame:

- simptomatiko, oceno samomorilnega tveganja, prejšnja zdravljenja, zdravila,
- spremljajoče psihosocialne stresorje, osebnostne faktorje, težave v medosebnih odnosih (v primeru kronične ali ponavljajoče depresije),
- spremljajoče duševne motnje (sindrom odvisnosti od alkohola, druge odvisnosti, osebnostne motnje).

Poleg zgoraj navedenih indikacij pa, glede na ugotovitve raziskave med zdravniki družinske medicine v Sloveniji, na odločitve o napotitvi pacienta k psihiatru vplivajo tudi želje bolnika, bolnikova ocena uspešnosti/neuspešnosti dosedanjega zdravljenja, odklonilen odnos pacienta do napotitve, organizacija dela (naglica, pomanjkanje časa), strah pred samomorom in zdravnikova lastna analiza. V Sloveniji naj bi družinski zdravniki tretjino pacientov z depresijo napotili na sekundarno raven zdravljenja. Pričakovanja družinskih zdravnikov do psihiatrov so zelo različna: nekateri jih vidijo kot edine odgovorne za obravnavo duševnih motenj, drugi kot svetovalce, tretji kot posrednike v postopku podaljšanja bolniškega staleža in ocene invalidnosti.

Tako kot pri somatskih boleznih tudi pri duševni motnji na potek in izid vpliva osebnost pacienta. Podlaga za diagnostično oceno so osebnostne značilnosti (temperament, karakter, umske sposobnosti), aktualna življenjska situacija ter pripravljenost in opremljenost za spoprijemanje s stresnimi situacijami. Že med pogovorom lahko

zdravnik razmišlja o možnem psihiatričnem zdravljenju in kako bo na to pacienta pripravil. Skupaj z njim sprejme odločitev za napotitev. Pri tem je treba razumeti, da nekateri ljudje ne zmorejo uvida v svoje duševno stanje.

Na obravnavo osebe z duševno motnjo in na odločitev o morebitni napotitvi naprej vpliva poleg pacientovega stanja in problematike tudi odnos med pacientom in zdravnikom. Tu se srečujemo s pomenom transferja in kontratransferja v odnosu. Transfer so vse oblike pacientovega čustvovanja in vedenja do zdravnika. Gre za ponavljanje otroških vtisov, spominov, vzorcev, ki jih posameznik doživlja kot aktualne. Kontratransfer je naš čustveni odgovor na nezavedno pacienta ali skupek nezavednih reakcij zdravnika na pacienta, na njegov transfer. In ker smo zdravniki samo ljudje s svojo zgodovino in čustvi, odločitve sprejemamo tudi na podlagi tega. Zato se je dobro vprašati: *»Na koga me spominja ta pacient? Zakaj sem mu naklonjen/-a oziroma zakaj mu nisem? Kdo od ljudi, ki se meni zdijo čustveno pomembni, na takšen način govori o svoji bolezni? Kdo v moji družini se tako pogovarja z menoj?«* Z ozaveščanjem bomo prav gotovo bolj objektivno sprejemali odločitve in lažje zdržali ob »problematičnih« pacientih.

LITERATURA

1. National institute for health and care excellence. Depression in adults: The treatment and management of depression in adults. Pridobljeno 15. julija 2015 s spletne strani: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90>.
2. National institute for health and care excellence. Depression in adults with a chronic physical health problem: Treatment and management. Pridobljeno 15. julija 2015 s spletne strani: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg91>.
3. National institute for health and care excellence. First-choice antidepressant use in adults with depression or generalised anxiety disorder. Pridobljeno 15. julija 2015 s spletne strani: <https://www.nice.org.uk/advice/ktt8>.
4. American Psychiatric association. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder. Third edition. Pridobljeno 15. julija 2015 s spletne strani: http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/mdd.pdf.
5. Pašič K. Obravnavo bolnika s simptomi depresije v ambulanti družinske medicine. V: XIV. Kokaljevi dnevi, Laško, 11. in 12. april 2014. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine, 2014.
6. Stahl SM. The Prescriber's Guide: Antidepressants: Stahl's Essential Psychopharmacology. Cambridge: University Press, 2011.
7. Mrevlje VG. Obravnavo bolnikov z nevrotskimi, stresnimi in somatoformnimi motnjami ter njihov priprava na zdravljenje. Zbornik Nevrotske, stresne in somatoformne motnje v splošni medicini in psihiatriji. Begunje: Psihiatrična bolnišnica Begunje, 1996.

58 | OBRAVNAVA DEPRESIJE

8. Anderluh M. Pregled zdravilnih učinkovin za zdravljenje depresije. *Farm Vestn* 2010; 61: 66–72.
9. Rotar Pavlič D, Švab I, Selič P, Rifel J, Serec M. Sodelovanje med zdravniki družinske medicine in specialisti psihiatri pri zdravljenju bolnikov z depresijo. *Zdrav Vestn* 2011; 80: 734–739.



SAMOMORILNOST

Dušan Lunder

V povprečni slovenski ambulanti družinskega zdravnika, ki vsakodnevno pregleda 50 pacientov, je vsak dan deset takšnih, ki so že imeli samomorilne misli, dva ali trije pacienti, ki imajo za sabo že en poskus samomora, in vsak četrti dan se v ambulanti oglasi pacient, ki je samomor poskusil že večkrat.

Rezultati študij, v katerih so uporabili metodo psihološke avtopsije, so pokazali, da 75–90 % ljudi, ki storijo samomor, svoje namere v zadnjem tednu pred dejanjem bolj ali manj direktno sporoča okolici.

Pri osebah, ki o lastnih samomorilnih mislih spregovorijo, je prisotna približno devetkrat pogostejša smrtnost zaradi samomora kakor pri populaciji, ki o samomoru ne govori. Toda le 2–3 % ljudi, ki o samomorilnih mislih poročajo, v naslednjem petletnem obdobju samomor tudi naredi.

Torej so samomorilne ideje relativno pogoste, samo izvršeno dejanje v zvezi s tem pa je relativno redek pojav, kar pa še dodatno otežuje vrednotenje podatkov.

Obstaja torej pravilo – večina ljudi, ki naredi samomor, o tem prej govori, zato moramo biti na to pozorni. Vseeno pa večina ljudi, ki o tem govori, samomora ne naredi.

DEJAVNIKI TVEGANJA ZA SAMOMOR

Obstaja več teorij dejavnikov tveganja za samomor. V eni izmed njih so avtorji Levy, Jurkovic in Spirito dejavnike tveganja za samomor razdelili v tri kategorije, ki se med seboj prepletajo: individualna, medosebna in sociokulturna kategorija (tabela 8).

Tabela 8. Kategorije dejavnikov tveganja za samomor

Kategorija	Načini povečevanja tveganja za samomor	Primeri
Individualna	Osebnostne poteze posameznika in začasno duševno stanje povečujejo tveganje ob negativnem razpoloženju (obup), hitrih odločitvah (impulzivnost) in pretiranih dejanjih (agresivnost).	Depresija, žalovanje po izgubi, shizofrenija, zloraba psihoaktivnih snovi, ki ohromijo naravne zavore, in izguba telesnega zdravja
Medosebna	Nesposobnost vzpostavljanja ali rušenje vzpostavljenega vzajemnega odnosa povečuje tveganje ob kroničnem občutku nepripadnosti družbi ali nenadni družbeni osamitvi.	Neurejene družinske razmere, samski stan, ločitev, ovdovelost in izguba zaposlitve
Sociokulturna	Neugodno družbeno okolje, v katerem posameznik živi, povečuje tveganje tako, da izzove pri posamezniku neugodno duševno stanje (npr. obup) ali spodbuja neugodne medosebne odnose (npr. družbeno osamitev ali občutek nepripadnosti).	Stigmatizacija oseb z duševno motnjo, visoka stopnja brezposelnosti, nizek dohodek na prebivalca, pogoste ločitve, odsotnost skupin za samopomoč in visoka stopnja kriminala

Omenjene kategorije dejavnikov tveganja z različnimi načini delovanja povečujejo tveganje za samomorilno vedenje.

Individualna kategorija

Dejavniki v tej kategoriji se nanašajo na stabilne osebnostne poteze in aktualno, začasno duševno stanje posameznika. Tveganje za samomorilno vedenje se povečuje z negativnim razpoloženjem (obup, brezup), ravnanjem po trenutnem vzgibu (impulzivnost) in s pretiranimi dejanji (agresivnost). Avtorji navajajo, da sta med psihiatričnimi obolenji za povečano tveganje najpomembnejša depresivna motnja in zloraba psihoaktivnih snovi. Osebe z duševnimi boleznimi so 12-krat bolj ogrožene od splošne populacije.

Medosebna kategorija

Dejavniki v tej kategoriji se nanašajo na socialno izolacijo, neurejene družinske razmere, samski stan, ločitev, ovdovelost in izgubo zaposlitve. Tveganje za samomorilno vedenje se povečuje z nesposobnostjo vzpostavljanja ali rušenja vzajemnega odnosa, kroničnim občutkom nepripadnosti družbi ali nenadno družbeno osamitvijo.

Sociokulturna kategorija

Dejavnike v tej kategoriji zaznamujejo družbene značilnosti okolja (dohodek na prebivalca, stopnja brezposelnosti, pogostost ločitev ipd.), v katerem posameznik živi. Omeniti velja tudi nedostopnost psihiatrične oskrbe in predvsem dostopnost sredstev za samomor. Kadar je družbeno okolje neugodno (izzove neugodno duševno stanje ali spodbuja neugodne medosebne odnose), se povečuje tveganje za samomorilno vedenje.

Izbrani individualni dejavniki tveganja***Depresija***

Depresija je bolezen, ki se v 15 % konča s samomorom. S samomorilnim vedenjem so pogosteje povezani kognitivna simptomatika v okviru depresivne motnje, nespečnost, zanemarjanje samega sebe ter občutja brezupa in nemoči. Samomorilno vedenje pacientov z depresijo se pogosteje konča s smrtjo, poskusi so bolj natančno načrtovani in pacienti so samomorilno ogroženi tudi po neuspelem poskusu. **Pogostejše je samomorilno vedenje na začetku bolezni in pred koncem depresivne epizode ter takoj po odpustu iz psihiatrične bolnišnice.** Obdobje začetne remisije je nevarno zaradi motorične razvezanosti ob še prisotnem negativnem kognitivnem setu.

Obporodno obdobje

Samomor v obporodnem obdobju je pomemben javnozdravstveni problem, ki ga je mogoče preprečiti. Je vodilni vzrok perinatalne smrti mater v industrijskih državah,

64 I SAMOMORILNOST

tudi v Sloveniji. Povezan je s tveganjem za detomor, ki je na srečo redok dogodek. Za poskus samomora v obporodnem obdobju je najbolj tvegana hkratna prisotnost treh dejavnikov tveganja: diagnoza duševne motnje (90 % depresija, 9 % anksiozne motnje, 5 % shizofrenija), zloraba psihotropnih snovi v času samomora in težave v pomembnih odnosih.

Shizofrenija

Približno 10 % bolnikov s shizofrenijo naredi samomor. Pogostejši so samomori v prvih letih po odkritju in diagnozi bolezni, redki so v akutnem zagonu pod vplivom imperativnih halucinacij ali zaradi grozavosti ob paranoidnih blodnjah. Samomor pogosteje naredijo pacienti z relativno ustreznim stikom z resničnostjo v začetnih tednih in mesecih po odpustu iz psihiatrične bolnišnice. Napovedni dejavniki samomorilnosti pri pacientih s shizofrenijo so izguba pomembnega drugega, samomorilnost v preteklosti, prisotnost t. i. postshizofrenske depresije in socialni umik pred dejanjem.

Sindrom odvisnosti od alkohola

Približno 3 % zdravljenih oseb, odvisnih od alkohola, naredi samomor, medtem ko je pojavnost samomora med nezdravljenimi alkoholiki zelo visoka, okoli 25 %. **Ogroženi so predvsem v fazi pitja, socialne izolacije, tedaj so tudi bolj podvrženi socialni deprivaciji in zdrsom po socialni lestvici.** Polovica samomorov se zgodi v letu po izgubi tesnega čustvenega odnosa, kar je največkrat posledica odvisnosti. Bolj je ogrožena populacija bolnikov s krajšimi hospitalizacijami in brez obravnave v psihiatrični ambulanti. Pomembni sta tudi sočasna osebnostna in razpoloženska motnja, ki pomembno vplivata na potek bolezni in predvsem na pacientov osebnostni in socialni propad. Akutni alkoholni opoj je pomemben sprožilec samomorilnega vedenja in uspešnega samomora pri odvisnih od alkohola, saj pomembno zmanjšuje inhibicijo impulzivnega vedenja. **Pacienti, odvisni od alkohola, v 50 % neposredno izrečejo samomorilne namere.**

Osebnostne motnje

Približno 5 % pacientov z disocialno osebnostno motnjo umre zaradi samomora, izrazito so ogrožene tudi osebe s čustveno neuravnovešeno osebnostno motnjo.

Pacienti z osebnostno motnjo imajo pogostejša nihanja razpoloženja, so bolj impulzivni, pogosteje zlorabljajo alkohol in druge psihoaktivne snovi, bolj so izpostavljeni socialnim težavam in konfliktom, večkrat so kazensko preganjani, zaradi konfliktnosti in pomanjkanja strategij socialnega prilagajanja težje dobijo potrebno pomoč.

Kronična somatska bolezen

Anamneza kronične somatske bolezni je prisotna pri do 75 % oseb, ki naredijo samomor, bolj izrazito pri starejši populaciji. **Bolj ogrožena je populacija, ki je zaradi bolezni podvržena bolečinam, invalidnosti ali grožnji te. Samomorilnost ni nujno povezana z objektivnim stanjem in resnostjo somatske bolezni, temveč tudi s pacientovimi predstavami o bolezni in možnih posledicah,** lahko je povezana celo s hipohondričnim doživljanjem nekega trenutnega obolenja.

Za samomorilno vedenje so posebej ogrožene naslednje osebe:

- z razpadlo in neustrezno primarno družino pred petnajstimi letom,
- ki so utrpele padec v socialnem statusu,
- po osebnem finančnem zlomu,
- ki so socialno izolirane,
- ki so zapletene v kriminalna dejanja,
- zaporniki,
- begunci in nezaposleni.

Samomor in samomorilno vedenje, ki se lahko odražata na kognitivni (misel na samomor, samomorilni namen, načrt za samomor) ali vedenjski ravni (poskus samomora), sta kompleksna pojava, pri razvoju katerih sodelujejo genetski dejavniki in dejavniki okolja. Čeprav je poznavanje genetskih dejavnikov in njihovega vpliva na samomorilno vedenje vedno boljše, se večina pozornosti pri preprečevanju samomorilnosti posveča izboljšanju razmer v okolju in krepitevi veščin posameznika za spoprijemanje z življenjskimi izzivi in težavami.

ZNAČILNOSTI OSEB S SAMOMORILNIMI NAGNENJI

Samomorilno ogrožene osebe imajo določene kognitivne lastnosti.

- So bolj *dovzetne za življenjske dogodke, ki signalizirajo znake poraza* (zaradi motenj pozornosti so neprostoovoljno dovzetne za negativne dogodke in v množici dražljajev je njihova pozornost usmerjena le na tiste, ki jim sporočajo negativno).
- Imajo *izrazitejše občutke ujetosti in okrnjeno zaznavanje rešilnih dejavnikov* (zaradi motenj v delovanju avtobiografskega spomina se ne morejo spomniti izkušenj, ki so jih v preteklosti pripeljale do rešitev).
- V prihodnosti *zase ne pričakujejo pozitivnih dogodkov* oziroma jih zaradi motenj v procesu presojanja *ne morejo predvideti*.

Njihovo vedenje in dožemanje pred samomorilnim vedenjem lahko strnemo v tri ključne A – agresivnost, ambivalenca in apel.

Agresivnost

Agresivnost se kaže s čustvi jeze in želje po uničenju, ki je lahko najprej usmerjena navzven, zato je v tej fazi treba iskati prijemališče za nadaljnje ukrepe. Agresivnost je nujen in sestavni del samomorilnega vedenja in je sprva usmerjena na bližnje (partner, otroci, starši, sorojenci, prijatelji, kolegi, sodelavci, tudi nadrejeni ali zdravstveno osebje), ki so osebo razočarali, kasneje pa oseba to agresivnost preusmeri nase.

Ambivalenca

Okoliščine so pogosto takšne, da so tudi samomorilne osebe še zadržane v življenje. Pogosto po samomorilnem vedenju oziroma poskusu samomora oseba sama poišče pomoč. Manjšina samomorilnih dejanj pa je storjenih na način visokega tveganja in so brez pomoči in preprečitve usodna.

Apel

Samomorilna dejanja in vedenja vsebujejo tako elemente želje po smrti, koncu in umiku kot tudi temu nasprotno elemente klica na pomoč. Vsako dejanje je treba

ovrednotiti individualno, saj vsebuje različno kombinacijo obojega. Apel je usmerjen na konkretne osebe in predstavlja klic na pomoč osebe, ki je v danih okoliščinah v celoti izčrpala svoje potenciale za spoprijemanje s situacijo.

PREPOZNAVANJE SAMOMORILNE OGROŽENOSTI V AMBULANTI DRUŽINSKE MEDICINE

Zdravniki družinske medicine so vsak dan v stiku s populacijo, ki je nadpovprečno samomorilno ogrožena (starejši, socialno ogroženi, telesno in duševno bolni). Pri prepoznavanju in pomoči samomorilno ogroženim žal nismo vedno uspešni. V tednu pred dejanjem je 40–60 % ljudi, ki naredijo samomor, obiskalo družinskega zdravnika ali psihiatra, celo do 17 % pacientov pa je na dan samomora obiskalo psihiatra. Približno 50 % pacientov se zastrupi z zdravili, ki so jih dobili na zadnjem zdravniškem pregledu. V stiku s psihiatrom je bilo še zadnji teden pred samomorom 50 % pacientov z bipolarno motnjo razpoloženja in shizofrenijo.

Sporočanje samomorilnega namena

Sporočila so diskretna, redko direktna. Znaki, ki jih izkazujejo samomorilno ogroženi pacienti:

- govorijo o želji po smrti,
- govorijo o strahu pred njo,
- predvsem mladostniki govorijo o nesmiselnosti življenja,
- se poslavlajo,
- izražajo se, kot da s sogovornikom ne bodo več imeli kontakta,
- pišejo poslovilna pisma,
- vedenje takih ljudi nakazuje odhod, kot bi za dalj časa odpotovali,
- brez vidnega razloga urejajo finančne zadeve,
- napišejo oporoko,
- darujejo vrednejše predmete ali imetje,
- vračajo izposojene stvari.

OCENA SAMOMORILNE OGROŽENOSTI

V primeru, da pacient izkazuje znake samomorilne ogroženosti, je treba **razjasniti njegova dejanja in sporočila ter narediti oceno suicidalne ogroženosti**.

Za hitro, a kljub temu učinkovito oceno samomorilne ogroženosti so primerna naslednja vprašanja, ki zajamejo različne stopnje samomorilnega procesa.

- OCENA MISLI NA SMRT:
 - Ste obupani?
 - Si želite, da vas ne bi bilo več, da bi umrli?
- OCENA MISLI NA SAMOMOR:
 - Razmišljate, da bi si kaj naredili?
 - Razmišljate o samomoru?
 - Razmišljate o tem, da bi se ubili?
- OCENA SAMOMORILNEGA NAČRTA:
 - Ali imate načrt, kako bi samomor izvedli?
- OCENA RAZPOLOŽLJIVIH SREDSTEV ZA SAMOMOR:
 - Ali imate na voljo sredstva za samomor?
- OCENA NAMERE:
 - Ali ste že kaj naredili v tej smeri?
 - Ali imate resen namen, da boste to izvedli?
 - Kdaj?

Za oceno pacientove samomorilne ogroženosti je smiselno zbrati informacije tudi:

- o družinski anamnezi samomorilnega vedenja,
- o predhodnih poskusih samomora oziroma samomorilnega vedenja:
 - ali je pacient kdaj v preteklosti izkazoval samomorilne grožnje,
 - ali se je pacient kdaj v preteklosti samopoškodoval,
 - ali je pacient že kdaj poskušal narediti samomor.

Po samomorilnem namenu je najbolje vprašati direktno. Ob direktno zastavljenem vprašanju (Ali razmišljate, da bi si kaj naredili? Ali razmišljate o samomoru?) pa-

cientu omogočimo, da o tem spregovori in se izrazi, kar mu prinese olajšanje. Nasprotno pa pacienti, ki ostanejo sami s svojimi samomorilnimi razmišljanji, ta razmišljanja še poglobijo, zaradi česar postanejo še bolj obremenjujoča.

Vprašanje o samomorilnih mislih ne more sprožiti samomorilnih misli pri osebi, ki jih nima. Nasprotno pa osebi, ki ima samomorilne misli, vprašanje o tem prinese olajšanje, ker o njih lahko spregovori.

Na podlagi ocene samomorilne ogroženosti ločimo tri kategorije ogroženosti za samomor:

- **Nizka ogroženost:** razmišljanje o smrti, s samomorilnimi mislimi ali brez njih, vendar brez namere, brez predhodnih poskusov
 - ▶ ukrep: psihosocialna podpora, po potrebi posvet s psihologom ali psihiatrom, aktivno spremljanje.
- **Srednja ogroženost:** razmišljanje o samomoru z načrtom, brez izražene namere in vedenja
 - ▶ ukrep: napotitev k psihiatru glede na aktualni duševni status oziroma aktivno spremljanje.
- **Visoka ogroženost:** samomorilne misli z načrtom in resno namero, verjame, da je izbrana metoda smrtonosna, predhodni samomorilni poskusi, agitirano, impulzivno, psihotično razpoloženje
 - ▶ ukrep: osebe ne puščajte same; neprekinjeno spremljanje in opazovanje ter takojšnja napotitev k psihiatru.

Pri oceni samomorilne ogroženosti smo pozorni tudi na stalne in akutne dejavnike tveganja, ki povečujejo ogroženost (tabela 9).

Tabela 9. Stalni in akutni dejavniki tveganja za samomor

Stalni dejavniki tveganja	Akutni dejavniki tveganja
<ul style="list-style-type: none"> - predhodni samomorilni poskus - duševna motnja (depresija, bipolarna motnja, psihotične motnje, osebnostne motnje, anksiozna motnja) - odvisnost/zloraba psihoaktivnih snovi/alkolola - somatska obolenja (kronična) - samomor v družinski anamnezi - pomanjkanje čustvene in socialne podpore - negativni življenjski dogodki v otroštvu - živeti sam - nezaposlenost - moški spol - starost > od 45 let 	<ul style="list-style-type: none"> - huda depresija: <ul style="list-style-type: none"> • agitacija/anksioznost/nespečnost/impulzivnost • nemoč, krivda - komorbidna stanja: <ul style="list-style-type: none"> • anksiozna motnja • zloraba substanc • resna somatska obolenja - nedavni odpust iz bolnišnice - akutni psihosocialni stresorji (različne izgube, finančna kriza ...) - socialni umik - pomlad/poletje

Aktivno iščemo vse dejavnike tveganja za samomor (individualne, medosebne, družbene), pomembna je anamneza morebitne kronične bolezni in heteroanamneza (poslavljanje, poslovilna pisma). **Najmočnejši napovedni dejavnik za samomor je predhodni poskus samomora.**

Hkrati z oceno ogroženosti je smiselno narediti tudi oceno zaščitnih dejavnikov. Pacienta lahko vprašamo, kateri dejavniki ga trenutno ohranjajo pri življenju. Običajno so zaščitni dejavniki:

- stabilno socialno in družinsko okolje,
- socialna vključenost,
- stabilni medosebni odnosi,
- nosečnost,
- leto po otrokovem rojstvu,
- več otrok,
- religioznost,
- dobro zdravje,
- ženski spol,
- < od 45 let.

Pri oceni samomorilne ogroženosti pri osebah z različnimi oblikami samomorilnosti lahko zdravstveno osebje podceni resnost samomorilnega vedenja in spregleda morebitno poslabšanje duševne motnje.

POSKUS SAMOMORA

Po poskusu samomora je treba oceniti telesno in psihično stanje pacienta. Spregledana psihoza ali katera druga duševna bolezen lahko zaplete zdravljenje poškodbe ali zastrupitve.

Ocenimo:

- ali je pacient še samomorilno ogrožen,
- ali gre za zagon duševne bolezni, katere in koliko je vplivala na poskus,
- kakšna pomoč bi bila potrebna in ali jo pacient sprejema,
- kakšna je stopnja namena samouničenja oziroma kako močen je samomorilni namen.

Poiščemo in poskušamo razumeti:

- sprožilni dejavnik,
- kakšna je razlaga za poskus samomora, razlogi za poskus samomora in cilji poskusa (kaj je pacient s poskusom želel doseči).

Oceniti je treba, ali gre za *načrtovan bilančni* poskus ali za *impulzivno* dejanje, pomembno je, ali gre za poskus v akutnem alkoholnem opoju, ker po iztrežnitvi samomorilnost običajno izzveni. Bolj so ogrožene osebe, ki se samopoškodujejo ali zastrupijo na samem, kot tiste, ki pred pričami vzamejo nekaj zdravil, sploh če zdravila poznajo.

Ob prepoznanem tveganju za samomor in sumu nanj moramo ukrepati. Potrebna je napotitev v psihiatrično bolnišnico in včasih tudi sodelovanje drugih služb (policija, centri za socialno delo, pravosodni organi).

Absolutne indikacije za zdravljenje v psihiatrični bolnišnici po poskusu samomora, tudi proti volji pacienta:

- psihoza,
- nasilen, skoraj usoden poskus samomora,
- še prisotna samomorilna razmišljanja.

Relativne indikacije za zdravljenje v psihiatrični bolnišnici po poskusu samomora, tudi proti volji pacienta:

- starost nad 45 let, brez predhodnih manipulativnih poskusov,
 - telesna bolezen,
 - odvisnost od psihoaktivnih snovi,
 - odsotnost socialne mreže, bolnik živi sam,
 - brezup in izčrpanost,
 - načrti za ponoven poskus samomora.
-
-

Na terenu je še posebej težko ukrepati proti volji pacienta, saj je zdravnik družinske medicine soočen z njim in njegovimi svojci. Svojci pogosto niso dovolj kritični do resnosti pacientovega stanja ali ga minimalizirajo. Poleg tega imajo svojci zaradi poskusa samomora še občutke krivde in so napačno prepričani, da bodo z ugoditvijo pacientovi želji po izvenbolnišnični obravnavi pacienta pridobili za sodelovanje pri zdravljenju. Podcenjujejo pacientovo ogroženost, močno pa precenjujejo svojo sposobnost za skrb in zagotavljanje varnosti pacientu – svojemu sorodniku. Zdravnika in drugo osebje prepričujejo z neustreznimi predlogi, in če jih ne sprejmemo, so lahko nestrpni, jezni in grozijo.

V primeru intervence na terenu je zato priporočljivo pridobiti heteroanamnestične podatke od svojcev pred razgovorom s pacientom in razgovor s pacientom nato opraviti na samem, ali še bolje, v prisotnosti koga od spremljajočega zdravstvenega osebja.

V primeru verbalnega ali fizičnega nasilja je treba zagotoviti pomoč policije ali varnostnika iz zdravstvenega doma.

Osebe, ki pogosto poskušajo samomor

V raziskavi na Nizozemskem so ugotavljali, da imajo največje tveganje za ponavljajoče poskuse samomora osebe z doživljenjsko diagnozo distimije v kombinaciji s potezami mejne osebnostne motnje in velikimi težavami pri spoprijemanju z jezo. Za klinično prakso so priporočili presejanje na spremljajoče poteze mejne osebnostne motnje in ojačanje pacientovih strategij za spoprijemanje z jezo.

Pogoste samomorilne misli so lahko povezane z večjim tveganjem za načrtovanje samomora in za poskus samomora. V kanadski raziskavi so po štirih letih spremljanja mladih odraslih s samomorilnimi mislimi le-te bile prisotne še pri tretjini preiskovancev. Zato so priporočili, da je mlade odrasle s samomorilnimi mislimi potrebno spremljati, oceniti morebitno zlorabo psihotropnih snovi, prisotnost razpoloženske in anksiozne motnje ter jih po potrebi napotiti v psihološko ali psihiatrično obravnavo.

Ženske s samomorilnim vedenjem imajo pomembno več simptomov hude depresivne epizode, pomembno večje število stresnih dogodkov, pozitivno družinsko anamnezo za hudo depresivno epizodo, večje število epizod, več obdobj melanholije in zgodnejši začetek težav. Pri samomorilnih pacientkah so ugotavljali komorbidnost z distimijo, generalizirano anksiozno motnjo, socialno fobijo in fobijo pred živalmi. Vsi ti dejavniki povečujejo tveganje za samomor pri hudi depresivni epizodi.

Glede na klinične izkušnje imamo skoraj v vsaki ambulanti osebo/e s pogostimi poskusi samomora. Lahko so nam neprijetne, v nas se ob njih vzbujajo občutki nelagodja, jeze, nemoči, nekompetentnosti. Če smo zelo skrbna in sočutna oseba, zlahka prevzamemo odgovornost za njihovo ravnanje in življenje nase, ali pa se iz frustracije ob lastni nemoči umikamo. Zaradi tega jih lahko označimo, da »iščejo pozornost«, »izzivajo«, smo jih naveličani in jih ne jemljemo več prav resno. **Za- nje pa je lahko to skrajna strategija spoprijemanja, ko se ne zmorejo prilagoditi novim okoliščinam, ali shajati v starih, ne zmorejo zdržati neznosne tesnobe ali praznine ...** Če je takšna oseba že v psihiatrični obravnavi, potem nam je v pomoč, da skupaj s psihiatrom in svojci pripravimo načrt pomoči in ukrepanja. Psihiatrova naloga je postavitve diagnoze in načrtovanje zdravljenja ter komunikacija in so- delovanje z osebnim zdravnikom in svojci osebe. **Če pa oseba še ni v psihiatrični obravnavi, jo je treba tja napotiti.**

Samomorilno vedenje je izjemno kompleksen pojav. Nanj vplivajo genetski, individualni, medosebni, družbeni in telesni dejavniki. V slovenski družbi je to žal pogost trajen način reševanja začasnih težav. Ljudje, ki naredijo samomor, ga v večini primerov napovejo, a ta napoved ostane neprepoznana. Z usmerjeno anamnezo, heteroanamnezo in ukrepanjem lahko zaznamo in preprečimo neposredno samomorilno ogroženost. Medicina in znotraj nje psihiatrična stroka nimata vseh vzvodov za razrešitev življenjskih stisk, ki jih ustvarja socialno okolje. Rešitev teh stisk je pogosto prav v tem okolju, ki pa razrešitve dostikrat ne ponuja.

LITERATURA

1. Marušič A, Zorko M. Slovenski samomor skozi čas. V: Marušič A, Rožkar S. Slovenija s samomorom ali brez, monografija. Ljubljana: DZS, 2003.
2. Marušič A. Samomor med genomom in environom. V: Marušič A, Rožkar S. Slovenija s samomorom ali brez, monografija. Ljubljana: DZS, 2003.
3. Rožkar S. Samomor med duševnostjo in telesom. V: Marušič A, Rožkar S. Slovenija s samomorom ali brez, monografija. Ljubljana: DZS, 2003.
4. Dernovšek MZ. Preprečevanje samomora v primarnem zdravstvu. V: Marušič A, Rožkar S. Slovenija s samomorom ali brez, monografija. Ljubljana: DZS, 2003.
5. Tavčar R. Preprečevanje samomora v psihiatričnih bolnišnicah. V: Marušič A, Rožkar S. Slovenija s samomorom ali brez, monografija. Ljubljana: DZS, 2003.
6. Šteblaj A, Tavčar R, Denovšek MZ. Predictors of suicide in psychiatric hospital. *Acta Psychiat Scand* 1999; 100(5): 383–388.
7. Žmitek A. Samomorilnost – klinični vidik. V: Romih J, Žmitek A. Urgentna stanja v psihiatriji, zbornik. Begunje: Psihiatrična bolnišnica Begunje, 1999.
8. Milčinski L. Kako danes zremo na samomor. V: Romih J, Žmitek A. Urgentna stanja v psihiatriji, zbornik. Begunje: Psihiatrična bolnišnica Begunje, 1999.
9. Milčinski L. ur. Psihijatrija. 2. izdaja. Ljubljana: DZS, 1986.
10. Petit J. Handbook of Emergency Psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004.
11. Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of Psychiatry. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1997.
12. Jakovljevič M. Depresivni poremečaji. Zagreb: Pro Mente, d. o. o., 2004.
13. Jelenko-Roth P, Rus-Makovec M. Ogrožujoča duševna stanja v nosečnosti: prepoznavanje in možne intervencije v porodništvu in ginekologiji. *Medicinski razgledi* 2012; 51(supl. 2): 11–23.
14. McDowell AK, Lineberry TW, Bostwick JM. Practical suicide-risk management for busy primary care physician. *Mayo Clin proc* 2011; 86(8): 792–800.
15. Stringer B, van Meijel B, Eikelenboom M, Koekkoek B, Licht CM, Kerkhof AJ, et al. Recurrent suicide attempts in patients with depressive and anxiety disorders: the role of borderline personality traits. *J Affect Disord*. 2013 Oct;151(1):23-30. doi: 10.1016/j.jad.2013.02.038. Epub 2013 Apr 25.
16. Dugas EN, Low NC, O'Loughlin EK, O'Loughlin JL. Recurrent suicidal ideation in young adults. *Can J Public Health*. 2015 Apr 30;106(5):e303-7. doi: 10.17269/cjph.106.4774.
17. Zhu Y, Zhang H, Shi S, Gao J, Li Y, Tao M, et al. Suicidal risk factors of recurrent major depression in Han Chinese women. *PLoS One*. 2013 Nov 27;8(11):e80030. doi: 10.1371/journal.pone.0080030. eCollection 2013.



PRESEJALNA ORODJA ZA ODKRIVANJE DEPRESIJE

Saška Roškar

Kot je bilo omenjeno že prej, presejalni vprašalniki in lestvice ne morejo nadomestiti kliničnega intervjuja. Na podlagi rezultatov takih vprašalnikov tudi ne moremo postaviti diagnoze depresija, omogočajo pa nam, da z večjo verjetnostjo odkrijemo ogrožene posameznike.

Za pomoč pri prepoznavanju depresije navajamo in na kratko opisujemo dve orodji, Vprašalnik PHQ-9, ki je bil razvit za uporabo v splošni populaciji, in Geriatrično lestvico depresivnosti, ki je namenjena odkrivanju depresije pri starostnikih.

Vprašalnik o bolnikovem zdravju – 9 (PHQ-9; Patient Health Questionnaire 9)

Vprašalnik PHQ-9 (1) je namenjen odkrivanju depresije v splošni populaciji na primarni ravni zdravstvene dejavnosti. Izkazalo se je, da je lestvica veljavna tako za odkrivanje velike depresivne motnje kot tudi podpražnih oblik depresivnih motenj v splošni populaciji. Vprašalnik se v sklopu standardiziranih postopkov redno uporablja v referenčnih ambulantah družinske medicine.

Vprašalnik o bolnikovem zdravju – 9 je modul Vprašalnika o bolnikovem zdravju, ki je samoocenjevalna verzija PRIME-MD. PHQ-9 je torej podlestvica, ki obsega devet simptomov depresije (skladno z devetimi kriteriji DSM-IV). Bolnik ali ocenjevalec na 4-stopenjski lestvici označi, koliko časa v zadnjih dveh tednih je bil posamezen simptom prisoten. Vprašalnik je relativno kratek, enostaven za izvedbo, vrednotenje in interpretacijo, omogoča pa tudi več načinov uporabe, saj se lahko izvaja bodisi samoocenjevalno, bodisi ga izvaja zdravnik ali drug usposobljen zdravstveni sodelavec. Dostopen je za javno uporabo in ima ustrezne psihometrične karakteristike (občutljivost in specifičnost sta 88-odstotni).

Vprašalnik PHQ-9 je skupaj z navodili za vrednotenje v prilogi 1. Poudarjamo, da ne gre za uradni prevod originalne lestvice.

Geriatrična lestvica depresivnosti (Geriatric Depression Scale)

Geriatrična lestvica depresivnosti (2) je ena izmed najpogosteje uporabljenih lestvic za odkrivanje depresije pri starejših. Predvidena je za samoocenjevanje, pogosteje pa jo uporabimo kot običajno lestvico, za katero potrebujemo malo časa. Na tak način je primerna tudi za uporabo pri bolnikih v začetnih stadijih demence. V splošni praksi se je že izkazala za koristno. Pomembna prednost lestvice je tudi, da je v javni uporabi. V uporabi so verzije s 4, 5, 10, 12, 15 vprašanji in prvotna verzija s 30 vprašanji. Specifičnost in občutljivost se spreminjata glede na to, kateri rezultat upoštevamo kot mejno vrednost. Prava mejna vrednost pa je odvisna od tega, kaj je cilj uporabe testa. Kadar želimo bolj zanesljivo zajeti vse ogrožene, uporabimo nižjo mejno vrednost. V tem primeru bo vključenih tudi več starejših, ki v resnici niso depresivni. Pri vrednosti 4/5 (za verzijo s 15 vprašanji) znaša občutljivost 90 %, specifičnost pa 65 %, kar pomeni, da bo veliko lažno pozitivnih, vendar bomo zajeli tudi skoraj vse osebe z depresijo. Pri vrednosti 6/7 znašata tako občutljivost kot specifičnost 80 %. V tem primeru izgubimo nekaj v resnici depresivnih, med zajetimi pa je manj takih, ki niso depresivni. Za presejalne namene je bolje uporabiti nižjo vrednost, možnost depresije pa je treba oceniti s kliničnim intervjujem (3).

Geriatrična lestvica depresivnosti (kratka, s 15 vprašanji) je skupaj z navodili za vrednotenje v prilogi 2. Poudarjamo, da ne gre za uradni prevod originalne lestvice.

LITERATURA

1. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary care evaluation of mental disorders. Patient health questionnaire. JAMA 1999; 282(18): 1737–1744.
2. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey MB et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. J Psychiatr Res 1982-1983; 17(1): 37–49.
3. Starina M, Kogoj A. Uporaba geriatricne lestvice depresivnosti v ambulanti družinske medicine. V: Novak-Grubič V, Štrukelj KB, Groleger U, uredniki. Psihijatrija v 21. stoletju. 3. slovenski psihiatrični kongres z mednarodno udeležbo. Portorož: Združenje psihiatrov SZD, 2004.



PSIHOEDUKATIVNE DELAVNICE »PODPORA PRI SPOPRIJEMANJU Z DEPRESIJO«

Saška Roškar, Alenka Tančič Grum

IZHODIŠČA

Psihološka in psihosocialna oblika zdravljenja depresivnih motenj je ob farmakološkem zdravljenju opredeljena kot ena izmed glavnih načinov zdravljenja (1). Lahko gre za alternativo farmakološkemu zdravljenju ali pa za kombinacijo obojega. Raziskave kažejo, da je učinek psiholoških in psihosocialnih metod dolgoročen (2), bolniki z depresivno motnjo pa so takšnim oblikam zdravljenja v primerjavi s farmakološkim zdravljenjem tudi bolj naklonjeni (2).

Nezanemarljiv je tudi pomen, ki ga imajo tovrstne intervencije na finančni vidik zdravljenja; zaradi kakovostnejšega sodelovanja in compliance lahko namreč pričakujemo prihranke tako zaradi zmanjšanih količin oz. krajše uporabe antidepresivov, pomirjeval, uspaval kot tudi zaradi boljšega sodelovanja pri zdravljenju vzporednih bolezni (2).

Angleške klinične smernice za obravnavo depresije (NICE) (3) navajajo in priporočajo več vrst psiholoških in psihosocialnih intervencij, ki jih uvrščajo v dve skupini, in sicer nizko intenzivne (low-intensity) in visoko intenzivne (high-intensity). Med visoko intenzivne intervencije so umeščene različne oblike psihoterapije, med nizko intenzivne intervencije pa se uvrščajo računalniško podprta kognitivna vedenjska psihoterapija, vodena samopomoč na osnovi zakonitosti kognitivne vedenjske psihoterapije in različni programi telesne aktivnosti.

Vse oblike nizko intenzivnih intervencij za depresijo naj bi izvajal kompetenten strokovnjak, temeljile pa naj bi na ustreznem priročniku, ki določa strukturo in trajanje intervencije. Zagotovljene naj bi bile supervizija za izvajalce, evalvacija napredka oz. učinka obravnave (ki vključuje tudi oceno udeležencev) ter evalvacija sodelovanja udeleženca in kompetentnosti izvajalca.

Po razdelitvi NICE bi lahko med nizko intenzivne intervencije uvrstili tudi psihoedukativne delavnice, ki so bile za bolnike z depresijo in njihove svojce razvite leta 2002 na Psihiatrični kliniki Ljubljana. Delavnice uporabljajo principe kognitivne vedenjske psihoterapije (4; 5) in redno potekajo na Polikliniki Ljubljana in v zdravstvenovzgojnih centrih v posameznih zdravstvenih domovih.

Opis psihoedukativnih delavnic

Psihoedukacija je pristop, ki izobražuje o simptomih in znakih duševne motnje in je namenjena povečanju prepoznavanja težav, podpiranju strategij spoprijemanja s težavami in zagotavljanju sodelovanja pri zdravljenju. Omogoča prepoznavati simptome in znake ponovnega poslabšanja. Udeležence nauči, kaj lahko sami storijo za svoje zdravje.

Poudariti je treba, da to niso psihoterapevtske delavnice, ki bi bile namenjene terapiji, temveč edukativne delavnice o pacientovi bolezni, ki so namenjene podpori pri zdravljenju.

Izvajanje psihoedukativnih delavnic trenutno temelji na priročnikih za udeležence (4; 5) in na priročnikih za izvajalce delavnic (6). V skladu s priporočili NICE (3) priročniki opredeljujejo strukturo in trajanje delavnic. Glavni namen gradiva je udeležence, ki trpijo za depresijo, seznaniti z osnovnimi značilnostmi težav, s potekom in načinom zdravljenja in z različnimi oblikami samopomoči ter jim omogočiti, da lahko spregovorijo o svojih težavah, si izmenjajo izkušnje in se medsebojno podprejo. Delavnica obsega štiri srečanja, ki se izvajajo enkrat tedensko. Posamezno srečanje traja uro in pol. Na delavnici dobijo bolniki in svojci delovne zvezke, v katerih je povzetek programa, in naloge, ki so usmerjene v povečanje zavedanja simptomov in njihovo premagovanje.

Delavnico izvaja/vodi diplomirana medicinska sestra, psiholog, zdravnik ali drug strokovnjak zdravstvene smeri, ki ima opravljeno usposabljanje za vodenje psihoedukativnih delavnic za področje depresije in redno opravlja supervizijo.

Posamezni sklopi delavnice obravnavajo naslednje vsebine:

- **1. delavnica** je namenjena prepoznavanju dejavnikov, ki so vplivali na razvoj depresije pri posamezniku. Udeleženci spoznajo simptome in znake depresije;
- **2. delavnica** je namenjena seznanjanju z različnimi vrstami terapije depresije, pri čemer je pojasnjeno tudi delovanje antidepresivov. Velik poudarek je na aktivaciji ob podpori svojcev;
- **3. delavnica** je namenjena prepoznavanju posebnosti miselnih vzorcev pri depresiji in povečanju fleksibilnosti mišljenja;
- **4. delavnica** je usmerjena v preprečevanje poslabšanj in ponovitev bolezni. Udeležence se spodbuja, naj se med seboj družijo in naj tudi po koncu delavnic obdržijo stike.

Vključitev in napotitev na psihoedukativne delavnice

Delavnice so namenjene bolnikom z blago do zmerno obliko depresivne motnje. Njihova vsebina je primerna tako za podporo farmakološkemu zdravljenju kot tudi za bolnike z blažjo obliko depresije, ki se ne zdravijo z antidepresivi. Zaželeno je, da na delavnici sodelujejo tudi svojci bolnikov, saj predstavljajo pomemben vir opore.

Psihoedukativne delavnice so brezplačne, za vključitev je potrebna le interna napotnica ali delovni nalog osebnega zdravnika ali referenčne ambulante z opisom storitve, na katero pošilja bolnika (vključitev v psihoedukativne delavnice). Na psihoedukativne delavnice lahko napotujejo tudi zdravniki s koncesijo in psihiatri, za kar ne potrebujejo posebnega obrazca (lahko gre za izpis preventivnega pregleda ali drug dopis/dokument, iz katerega je razvidno, da ima oseba diagnozo depresije in kdo jo napotuje na delavnico). Zdravniki s koncesijo in psihiatri lahko osebo napotijo v najbližji oziroma v katerikoli zdravstvenovzgojni center, v katerem izvajajo delavnice. Za izvajalce delavnic je dobrodošlo, če je ob napotitvi naveden tudi krajši opis težav bolnika.

Glede psihoedukativnih delavnic in možnosti vključitve vanje se lahko bolniki tudi sami pozanimajo pri svojem osebnem zdravniku ali v kateremkoli zdravstvenovzgojnem centru, kjer izvajajo delavnice. Seznam vseh zdravstvenovzgojnih

centrov, kjer izvajajo delavnice, je naveden na

<http://www.nijz.si/delavnica-podpora-pri-spoprijemanju-z-depresijo>

Evalvacija prvega leta systemskega delovanja psihoedukativnih delavnic

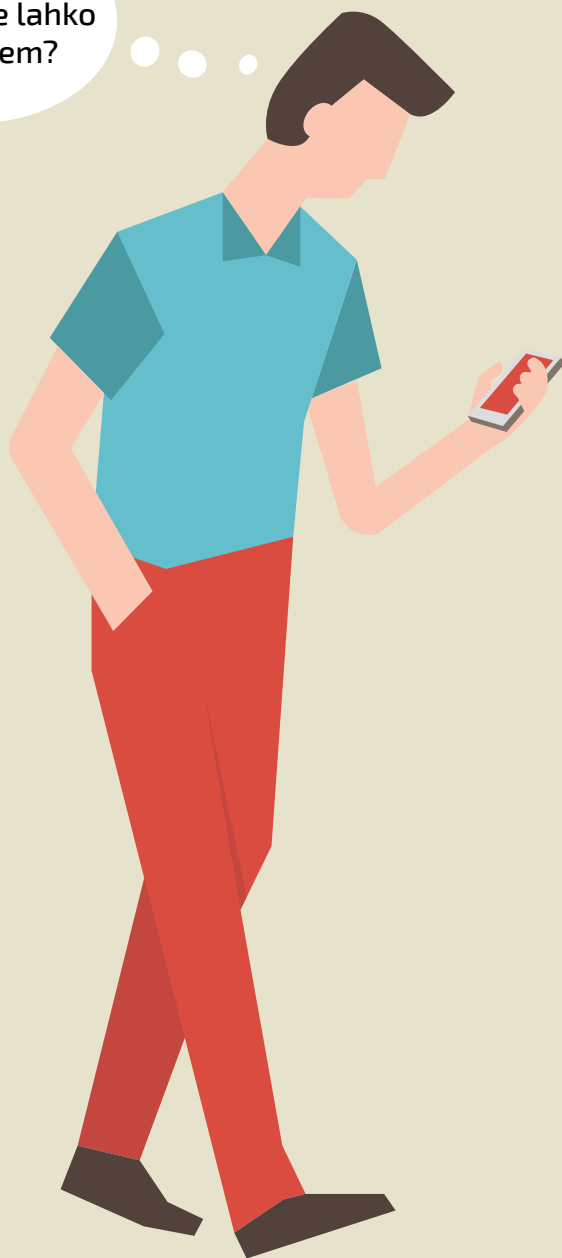
Na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje smo ob prvi obletnici nacionalnega izvajanja psihoedukativnih delavnic izvedli evalvacijsko raziskavo uspešnosti projekta. V drugi polovici leta 2014 je bilo organiziranih 51 delavnic, ki so potekale v 41 zdravstvenih domovih po vseh 10 območnih enotah Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. V delavnice je bilo vključenih 437 oseb z diagnozo depresije. Kar 80 % oseb se je udeležilo vsaj treh od štirih srečanj.

Učinkovitost delavnic smo ocenjevali na treh področjih, ki so jih udeleženci ocenjevali na začetku in ob koncu delavnice: sprememba počutja udeležencev, zaznavanje posameznikovega vpliva na lastno počutje in aktivna skrb za samega sebe. Več kot 80 % vseh udeležencev je po zaključeni delavnici poročalo o pozitivnih spremembah na vsaj enem izmed treh omenjenih področjih, približno 70 % vseh udeležencev pa je poročalo o spremembah na dveh ali celo vseh treh področjih, po katerih smo spraševali. Udeleženci so navajali tudi pozitiven pomen izmenjave izkušenj z drugimi udeleženci s podobnimi težavami, ki jim ga je obisk delavnice omogočil, mnogi bi si želeli delavnico celo podaljšati.

LITERATURA

1. Kunnamo I, urednik. Na dokazih temelječe medicinske smernice. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine, 2006.
2. Tursi MF1, Baes CV, Camacho FR, Tofoli SM, Juruena MF. Effectiveness of psychoeducation for depression: a systematic review. *Aust N Z J Psychiatry* 2013; 47(11): 1019–1031.
3. National Institute for Health and Clinical Excellence 2007. Depression: management of depression in primary and secondary care. Clinical Guideline No 23. Pridobljeno 5. julija 2010 s spletne strani: <http://www.nice.org.uk/guidance/CG23>.
4. Dernovšek MZ, Tavčar R. Prepoznavimo in premagajmo depresijo: priročnik za osebe z depresijo in njihove svojce. Ljubljana: IVZ RS, 2005.
5. Dernovšek MZ, Petek A. Izobraževanje bolnikov z anksioznostjo in njihovih svojcev. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana, 2008.
6. Dernovšek MZ, Mišček I, Jeriček H, Tavčar R. Skupaj premagajmo depresijo – Priročnik za vodje delavnic in predavatelje. Ljubljana: IVZ RS, 2005

Na koga se lahko
še obrnem?



DRUGI VIRI POMOČI IN PODPORE

Nuša Konec Juričič, Marijana Kašnik

Poleg strokovne pomoči v okviru zdravstvenega sistema so osebam v psihični stiski na voljo še drugi viri pomoči in podpore. Njihova vloga je različna in se razteza od nudenja razumevanja in psihične podpore preko svetovanja in psihoterapije do rehabilitacije in samopomoči. Predstavljajo lahko samostojno obliko pomoči, še večkrat pa so dopolnilo zdravljenju oziroma obravnavi, ki jo vodi zdravnik družinske medicine in/ali psihiater. Pomembno je, da strokovnjaki poznajo še druge vire pomoči in jih ustrezno predstavijo ljudem v stiski.

TELEFONI ZA POMOČ V DUŠEVNI STISKI

- ▶ Klic v duševni stiski: 01 520 99 00 (vsak dan med 19.00 in 7.00)
- ▶ Zaupna telefona Samarijan in Sopotnik: 116 123 (24 ur/na dan, vsak dan)
- ▶ Društvo SOS telefon za ženske in otroke žrtve nasilja: 080 11 55 (od ponedeljka do petka med 12.00 in 22.00; od sobotah, nedeljah in praznikov med 18.00 in 22.00)
- ▶ TOM telefon za otroke in mladostnike: 116 111 (vsak dan med 12.00 in 20.00)

SPLETNI VIRI POMOČI V DUŠEVNI STISKI

- ▶ Zdravstveni portal s svetovalnimi forumi za odrasle: www.med.over.net
- ▶ Spletna svetovalnica za mlade: www.tosemjaz.net
- ▶ Spletna postaja za razumevanje samomora: www.zivziv.si
- ▶ Spletna stran društva DAM – društvo za pomoč osebam z depresijo in anksioznimi motnjami: www.nebojse.si

MREŽA PSIHOLOŠKIH SVETOVALNIC MOČ

Mreža psiholoških svetovalnic je v okviru projekta MOČ izšla iz prakse treh tovrstnih svetovalnic, in sicer Centra za psihološko svetovanje Posvet v Ljubljani (deluje od leta 2006 pod okriljem Slovenskega združenja za preprečevanje samomora) z enoto v Kranju (deluje od leta 2012), Svetovalnice Tu smo zate v Celju (deluje od leta 2010 pod okriljem Zavoda za zdravstveno varstvo Celje, sedanje območne enote NIJZ Celje). V vseh treh svetovalnicah smo do konca leta 2014 opravili preko 14.500 svetovanj več kot 4200 klientom. Med klienti so posamezniki, pari in družine, ki se odločijo poiskati strokovno pomoč, kadar čustvenih stisk ne zmorejo ali ne znajo več reševati sami. Skoraj polovica uporabnikov je svetovalnice do sedaj obiskala zaradi težav v partnerskih ali družinskih odnosih.

V okviru projekta MOČ smo vzpostavili pogoje za delovanje še šestih novih svetovalnic, in sicer v **Postojni, Sevnici, Slovenj Gradcu, Laškem, Murski Soboti in Novi Gorici**. V Mreži psiholoških svetovalnic MOČ tako trenutno deluje devet svetovalnic.

Svetovalnice so namenjene posameznikom, parom in družinam, ki se znajdejo v duševni stiski. V svetovalnicah je na voljo pomoč ob:

- stiskah v družini in partnerskih odnosih,
- stiskah ob življenjskih preizkušnjah in krizah,
- različnih čustvenih stiskah,
- spoprijemanju s hudo telesno boleznijo, invalidnostjo,
- izgubljanju življenjskega smisla,
- težavah z odvisnostmi in drugih stiskah, ki jim ljudje niso kos in bi se lahko poglobile ali prevesile v telesno ali duševno bolezen.

Svetovanje izvajajo usposobljeni svetovalci, večinoma psihologi in psihoterapevti. Klientom nudijo razumevanje, razbremenjevanje, podporo in motivacijo za doseg želenih sprememb. V svetovalnico občasno pridejo tudi ljudje, ki potrebujejo strokovno obravnavo in zdravljenje pri zdravniku družinske medicine ali psihiatru (na primer depresivni, samomorilni), pa jo iz različnih razlogov zavračajo. V takšnih pri-

merih je vloga svetovalca, da človeku predstavi pomen obravnave pri omenjenih strokovnjakih in ga zanjo motivira.

Posamezno svetovanje traja 50 minut. **Za svetovanje klienti ne potrebujejo napotnice.** V času trajanja projekta MOČ (do maja 2016) so svetovalne storitve za uporabnike brezplačne. Naročijo se lahko po telefonu in elektronski pošti:

LJUBLJANA: Center za psihološko svetovanje POSVET, Mestni trg 8, Ljubljana
naročanje: vsak delovni dan med 8.00 in 20.00; T: 031 704 707, E: info@posvet.org

CELJE: Svetovalnica za prvo psihološko pomoč v stiski TU SMO ZATE,
Območna enota Celje, Nacionalni inštitut za javno zdravje, Ipavčeva ulica 18, Celje
naročanje: vsak delovni dan med 8.00 in 15.00; T: 031 778 772, E: svetovalnica@nijz.si

KRANJ: Center za psihološko svetovanje POSVET, Upravna enota Kranj, Slovenski trg 1, Kranj
naročanje: vsak delovni dan med 8.00 in 20.00; T: 031 704 707, E: info@posvet.org.

SLOVENJ GRADEC: Psihološka svetovalnica POSVET – TU SMO ZATE
Mladinski kulturni center Slovenj Gradec, Ozare 18, Slovenj Gradec,
naročanje: vsak delovni dan med 8.00 in 20.00; T: 031 704 707, E: info@posvet.org

POSTOJNA: Psihološka svetovalnica POSVET – TU SMO ZATE
Center za socialno delo, Novi trg 6, Postojna
naročanje: vsak delovni dan med 8.00 in 20.00; T: 031 704 707, E: info@posvet.org

SEVNICA: Psihološka svetovalnica POSVET – TU SMO ZATE,
Zdravstveni dom Sevnica, Trg svobode 14, Sevnica
naročanje: vsak delovni dan med 8.00 in 20.00; T: 031 704 707, E: info@posvet.org

LAŠKO: Psihološka svetovalnica POSVET – TU SMO ZATE,
Občina Laško, Mestna ulica 2, Laško,
naročanje: vsak delovni dan med 8.00 in 15.00; T: 031 778 772, E: svetovalnica@nijz.si

90 | DRUGI VIRI POMOČI IN PODPORE

NOVA GORICA: Psihološka svetovalnica POSVET – TU SMO ZATE,
Območna enota Nova Gorica, Nacionalni inštitut za javno zdravje, Vipavska cesta
13, Rožna Dolina, Nova Gorica
naročanje: vsak delovni dan med 8.00 in 20.00; T: 031 704 707, E: info@posvet.org

MURSKA SOBOTA: Psihološka svetovalnica POSVET – TU SMO ZATE,
Lendavska ulica 1, Murska Sobota, Murska Sobota
naročanje: vsak delovni dan med 8.00 in 20.00; T: 031 704 707, E: info@posvet.org

SKUPNOSTNA PSIHIATRIČNA OBRAVNAVA

Skupnostna psihiatrična obravnava (SPO) je organizacija služb za duševno zdravje, namenjena obravnavi oseb s hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami v skladu z njihovimi potrebami. Vključuje zdravstvene, socialne in druge službe, zdravljenje, rehabilitacijo ter formalne in neformalne mreže pomoči. Do nedavnega se je izvajala s pomočjo multidisciplinarnih timov skupnostne obravnave na sekundarni in terciarni ravni zdravstvenega varstva v sodelovanju s koordinatorji obravnave v skupnosti (centri za socialno delo). Konec leta 2013 in v začetku leta 2014 pa se je vzpostavila skupnostna psihiatrična obravnava tudi na primarni ravni zdravstvenega varstva, in sicer v zdravstvenih domovih Ravne na Koroškem, Sevnica, Novo mesto in Murska Sobota.

Obravnava oseb z duševnimi motnjami v lokalnih skupnostih ima mnogo prednosti. Zagotavlja:

- večjo dostopnost do ustrezne pomoči in s tem hitrejše prepoznavanje potreb ljudi z duševnimi motnjami in njihovih bližnjih ter odzivanje nanje,
- celovito, usklajeno, nepretrgano, hitro odzivno in posamezniku prilagojeno obravnavo, ki temelji na celoviti oceni potreb,
- aktivno vlogo pacientov in njihovih svojcev ter enakopraven odnos pacientov, svojcev in članov tima, kar vodi v večjo samostojnost in hitrejšo resocializacijo,
- profesionalno delo strokovnjakov, ki temelji na timskem sodelovanju vseh služb oziroma vseh strok na področju duševnega zdravja,

- vključevanje in upoštevanje lokalnih skupnosti, civilne družbe.

Multidisciplinarni tim SPO je praviloma sestavljen iz strokovnjakov naslednjih profilov: psihiater, diplomirana medicinska sestra, (klinični) psiholog, delovni terapevt in socialni delavec.

Delo SPO je osredotočeno predvsem na osebe:

- ki so pogosto sprejete v psihiatrično bolnišnico,
- ki trpijo zaradi akutnega poslabšanja duševne motnje, ki lahko vodi tudi v samomorilno vedenje,
- pri katerih je prišlo do tolikšnega upada v funkcioniranju, da trpijo tudi zaradi pridruženih socialnih, gmotnih, bivanjskih, izobraževalnih, zaposlitvenih problemov,
- ki imajo pridružene duševne motnje, odklanjajo zdravljenje ali slabo sodelujejo pri zdravljenju, predvsem z opuščanjem zdravil in kontrolnih pregledov,
- pri katerih je zaradi narave in obsežnosti duševne motnje potrebno zgodnje odkrivanje sprememb,
- ki so bile sprejete v bolnišnico proti volji,
- ki so bile nevarne sebi in drugim.

Delo tima ni vezano le na pisarno oziroma ambulanto, temveč tudi na teren, torej nudijo pomoč tudi na domu. **Za obravnavo v SPO ni potrebna napotnica.**

Kontaktne podatke za SPO

ZDRAVSTVENI DOM RAVNE NA KOROŠKEM – Skupnostna psihiatrična obravnava za Koroško

Ob Suhi 11, 2390 Ravne na Koroškem

T: 041 358 630 ali 02 870 53 13, vsak delovni dan med 7.00 in 14.00; E: spo@zd-ravne.si

ZDRAVSTVENI DOM NOVO MESTO – Skupnostna psihiatrična obravnava

Kandijska cesta 4, 8000 Novo mesto

T: 07 391 68 74 ali 030 646 288, vsak delovni dan med 7.00 in 15.00;

E: margita.markovic@zd-nm.si

92 | DRUGI VIRI POMOČI IN PODPORE

ZDRAVSTVENI DOM MURSKA SOBOTA – Skupnostna psihiatrična obravnava

Grajska ulica 24, 9000 Murska Sobota

T: 030 641 500, ponedeljek, torek, četrtek in petek med 7.00 in 15.00, ob sredah med 12.00 in 20.00; E: spo@zd-ms.si

ZDRAVSTVENI DOM SEVNICA – Skupnostna psihiatrična obravnava za Posavje

Trg svobode 14, 8290 Sevnica

T: 07 816 15 55, vsak delovni dan med 7.30 in 14.30,

E: skupnostna.psihiatrija@zd-sevnica.si

UREDNIČE IN AVTORJI

Nuša Konec Juričič, dr. med., spec. socialne medicine in javnega zdravja

Na nacionalnem inštitutu za javno zdravje je vodila delovno področje za duševno zdravje. Je vodja delovne skupine za nenalezljive bolezni na območni enoti Celje, kjer je tudi vodja Skupine za krepitev duševnega zdravja in preprečevanje samomora v regiji Celje. Je predavateljica, avtorica in soavtorica publikacij in člankov ter pobudnica in izvajalka različnih aktivnosti in programov s področja duševnega zdravja. V letu 2013 je za svoje delo prejela priznanje Mednarodne zveze za preprečevanje samomora (IASP).

doc. dr. Saška Roškar, univ. dipl. psihologinja

Zaposlena je na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje, kjer dela na področju preprečevanja duševnih motenj in samomorilnega vedenja ter promocije duševnega zdravja. Je avtorica in soavtorica številnih publikacij na to temo ter predavateljica in izvajalka različnih preventivnih programov. Je nacionalna predstavnica pri Mednarodni zvezi za preprečevanje samomora.

Petra Jelenko Roth, dr. med., spec. psihiatrije

Zaposlena je na Psihiatrični kliniki Ljubljana, od leta 2008 v njenem Centru za izvenbolnišnično psihiatrijo. Ima 14 let delovnih izkušenj z različnih področij psihiatrije, med drugim zdravljenje anksioznih in razpoloženjskih motenj, zdravljenje odvisnosti, obravnave akutnih stanj, psihotičnih motenj, pozna osnove psihiatrične obravnave otrok in mladostnikov. Vodila je suportivne skupine za osebe s psihozo, v zadnjih letih pa vodi tudi skupine za ženske z obporodnimi duševnimi motnjami. Izvaja družinsko in partnersko psihoterapijo. Je prostovoljka v ambulanti Pro bono za osebe brez zdravstvenega zavarovanja Zdravstvenega doma Ljubljana. Je predavateljica in tudi (so)avtorica strokovnih in poljudnih člankov, priločnikov ter prispevkov.

Leonarda Lunder, dr. med., spec. psihiatrije

Je predstojnica Enote za psihiatrijo v Psihiatrični ambulanti Zdravstvenega doma Celje. Ima 17 let delovnih izkušenj s področja psihiatrije, med drugim je bila zaposlena tudi v Psihiatrični bolnišnici Vojnik, kjer je delala kot vodja Sprejemnega oddelka in vodja odprte enote ter bila mentorica več specializantom psihiatrije. Dela tudi v domovih za starejše občane in zdraviliščih, kjer izvaja svetovanja in izobraževanja o različnih zdravstvenih težavah. Izvaja tudi predavanja za različne strokovne javnosti.

Petra Mihelič Moličnik, dr. med., spec. psihiatrije

Zaposlena je v psihiatrični ambulanti Zdravstvenega doma Ravne na Koroškem, poleg tega pa izvaja tudi razna predavanja na temo depresije, demence in motenj razpoloženja tako za laično kot tudi za strokovno javnost. Ima 17 let delovnih izkušenj s področja psihiatrije. Med drugim je tudi soavtorica učbenika Duševno zdravje in zdravstvena nega, ter avtorica prispevka Duševna manjrazvitost oz. osebe z motnjo v duševnem razvoju.

Anita Lavrenčič Katič, dr. med., spec. psihiatrije

Zaposlena je kot psihiatrinja v psihiatrični ambulanti Zdravstvenega doma v Sevnici, poleg tega pa je tudi supervizorka v psihoedukativnih delavnicah za depresijo na območju Posavja. Kot psihiatrinja deluje tudi v timu Skupnostne psihiatrične obravnave za Posavje v Zdravstvenem domu Sevnica. Izvaja različna predavanja in izobraževanja za strokovne in laične javnosti na temo duševnega zdravja.

Dušan Lunder, dr. med., spec. psihiatrije

Zaposlen kot vodja na Sprejemnem moškem oddelku v Psihiatrični bolnišnici Vojnik, pred tem pa je kot zdravnik, specialist psihiater delal tudi na Sprejemnem oddelku Centra za klinično psihiatrijo Psihiatrične klinike Ljubljana. Ima 13 let delovnih izkušenj s področja psihiatrije. Opravljen ima tečaj iz vedenjsko-kognitivne terapije kot tudi različne druge module in izobraževanja. Poleg dela s pacienti, ki obolevajo za psihozami, razpoloženskimi motnjami in demencami, pa izvaja tudi različna predavanja za različne strokovne in laične javnosti.

Mag. Alenka Tančič Grum, univ. dipl. psihologinja

Zaposlena je na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje, kjer dela na področju duševnega zdravja in preventive duševnih motenj (predvsem teme stresa, depresije in samomorilnega vedenja). Sodeluje tudi pri oblikovanju in koordiniranju programov duševnega zdravja, ki potekajo v zdravstvenovzgojnih centrih.

Marijana Kašnik, univ. dipl. sociologinja

V okviru Zavoda za zdravstveno varstvo Ravne je vodila razvojno enoto preprečevanja zasvojenosti. Bila je regijska koordinatorica na področju duševnega zdravja in zmanjševanja samomorilnosti in članica delovne skupine za vzpostavitev skupnostne psihiatrične obravnave. Na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje je vodila delovno skupino za pripravo in implementacijo standardov kakovosti preventivnih programov na področju drog.

Priloga 1

VPRAŠALNIK O BOLNIKOVEM ZDRAVJU – 9 (PHQ-9) IN NAVODILA ZA NJEGOVO VREDNOTENJE

VPRAŠALNIK O BOLNIKOVEM ZDRAVJU – 9¹

Kako pogosto so vas v preteklih 2 tednih mučile naslednje težave?

	Sploh ne	Nekaj dni	Več kot polovico dni	Skoraj vsak dan		
a. Malo interesa in zadovoljstva v stvareh, ki jih počnem.	0	1	2	3		
b. Potrtost, depresivnost, obup.	0	1	2	3		
c. Težko zaspim, spim slabo; ali spim prekomerno.	0	1	2	3		
d. Utrujenost in pomanjkanje energije.	0	1	2	3		
e. Slab apetit ali prenajedanje.	0	1	2	3		
f. Slabo mnenje o sebi; občutek, da sem neuspešen/a in da sem razočaral/a sebe ali bližnje.	0	1	2	3		
g. Težave s koncentracijo pri stvareh, kot so branje časopisa ali gledanje televizije.	0	1	2	3		
h. Tako upočasnjeno gibanje ali govor, da so drugi ljudje lahko to opazili. Ali nasprotno – velika nervoza in nemir, kot da nimam obstanka.	0	1	2	3		
i. Misli o tem, da bi bilo bolje, če bi bil mrtev ali da bi si nekaj hudega naredil.	0	1	2	3		
	seštevek stolpcev		+		+	
SKUPAJ:						

1. Če ste označili katerokoli od težav navedenih zgoraj, navedite, kako močno so te težave vplivale na vaše delo, na skrb za stvari doma in na odnose z ljudmi?

Ne preveč	Precej močno	Zelo močno	Izredno močno
0	1	2	3

¹ Vprašalnik sta prevedla Dejan Kozel in Alenka Tančič Grum in ni uradni prevod izvirnika.

Navodila za vrednotenje PHQ - 9

Vprašalnik PHQ-9 kot pomoč pri začetni diagnozi

1. Če so označene vsaj 4 postavke v sivem polju (vključno z vprašanjema 1 in 2), gre za sum na depresivno motnjo.
2. Sum na veliko depresivno motnjo (po DSM-IV):
če je označenih vsaj 5 postavk v sivem polju (pri tem mora biti označena tudi postavka 1 ali 2).
Sum na drugo obliko depresivne motnje: če sta v sivem polju označeni 2 do 4 postavke (pri tem mora biti označena tudi postavka 1 ali 2).
3. Za oceno resnosti motnje je potreben seštevek točk:

0 - 4	Depresija ni prisotna
5 - 9	Blaga depresija
10 - 14	Zmerna depresija
15 - 19	Zmerno huda depresija
20 - 27	Huda depresija

4. Pri vrednotenju je treba upoštevati:

Če vprašalnik rešuje posameznik sam, mora zdravnik vse odgovore preveriti. Diagnoza mora temeljiti na klinični osnovi in zdravnik mora preveriti, kako dobro je posameznik razumel vprašalnik in tudi vse druge relevantne informacije o njem.

Za diagnozo velike depresivne motnje ali druge depresivne motnje po DSM-IV je treba upoštevati tudi odgovor na vprašanje 10 (eden od diagnostičnih kriterijev je namreč pomembno poslabšanje posameznikovega delovanja na socialnem, delovnem ali drugih pomembnih področjih) ter izključiti normalno žalovanje in zgodovino bipolarni motnje. Izključiti pa je treba tudi vpliv telesnih motenj, zdravil ali drugih drog kot možnega biološkega vzroka za pojav depresivnih simptomov.

Priloga 2

GERIATRIČNA LESTVICA DEPRESIVNOSTI IN NAVODILA ZA NJENO VREDNOTENJE

GERIATRIČNA LESTVICA DEPRESIVNOSTI² (kratka oblika)

Obkrožite odgovor, ki najbolje opisuje vaše počutje v preteklem tednu.

1. Ste v glavnem zadovoljni s svojim življenjem? **DA/NE**
2. Ste opustili veliko svojih aktivnosti in zanimanj? **DA/NE**
3. Ali se vam zdi, da je vaše življenje prazno? **DA/NE**
4. Se pogosto dolgočasite? **DA/NE**
5. Ste večino časa dobro razpoloženi? **DA/NE**
6. Vas je strah, da se vam bo zgodilo kaj hudega? **DA/NE**
7. Se večino časa počutite srečni? **DA/NE**
8. Se pogosto počutite nemočni? **DA/NE**
9. Rajši ostanete doma, kot da bi šli ven in počeli kaj novega? **DA/NE**
10. Se vam zdi, da imate več težav s spominom kot drugi? **DA/NE**
11. Se vam trenutno zdi, da je čudovito živeti? **DA/NE**
12. Se takšni, kot ste sedaj, počutite precej nevredno? **DA/NE**
13. Se počutite polni energije? **DA/NE**
14. Se vam zdi, da je vaša situacija brezupna? **DA/NE**
15. Se vam zdi, da gre večini ljudi bolje kot vam? **DA/NE**

2 Lestvico so prevedli Saška Roškar, Vita Poštuvan, Alenka Tančič Ćrum in Aleš Kogoj in ni uradni prevod izvirnika.

Navodila za vrednotenje Geriatrične lestvice depresivnosti

Vsak **okrepljen** odgovor pomeni 1 točko, njihov skupni seštevek pa nakazuje verjetnost depresije. Čeprav se je v različnih študijah pokazala razlika v občutljivosti in specifičnosti lestvice,* pri uporabi v klinične namene velja kriterij, da rezultat > 5 točk nakazuje verjetnost depresije in narekuje izvedbo diagnostičnega intervjuja. Rezultat > 10 točk skoraj vedno pomeni depresijo.

*Pri vrednosti 4/5 znaša občutljivost 90 %, specifičnost pa 65 %, kar pomeni, da bo veliko lažno pozitivnih rezultatov, vendar bomo zajeli tudi skoraj vse osebe z depresijo. Pri vrednosti 6/7 znašata tako občutljivost kot specifičnost 80 %. V tem primeru izgubimo nekaj v resnici depresivnih, med zajetimi pa je manj takih, ki niso depresivni.

V presejalne namene je bolje uporabiti nižjo vrednost, prisotnost depresije pa je treba oceniti s kliničnim intervjujem.

Priloga 3

- Algoritem za oceno in obravnavo depresije in samomorilnosti na primarni zdravstveni ravni.
- Algoritem je prirejen po »mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings« (WHO, 2011) (Algoritem se nahaja v zavihku ovitka publikacije).

IZ RECENZIJE

Pred nami je odličen priročnik za primarno raven zdravstvenega varstva, ki je praktičen, vsebuje vse najpomembnejše informacije o depresiji, zdravljenju in možnostih obravnave. Poseben poudarek je na prepoznavanju in preprečevanju samomorilnega vedenja, ki je v Sloveniji še vedno hud javnozdravstveni problem.

*Red. prof. dr. Mojca Zvezdana Dernovšek,
dr. med., spec. psihiatrije*

Posebno poglavje je namenjeno samomorilnosti. Način pogovora z bolnikom je izpiljen in vključuje tudi vprašanja, s katerimi izbrani zdravnik ocenjuje bolnikove misli na smrt in samomor, morebitni samomorilni načrt ter domnevna razpoložljiva sredstva za samomor ... Dobrodošlo bi bilo, da bi snovalci naslednjega priročnika opisali tudi, kako voditi pogovor s svojci po samomoru njihovega bližnjega.

*Prim. doc. dr. Danica Rotar Pavlič,
dr. med., spec. družinske medicine*