

ISSN 3102-209X
Sv. 2, Br. 1
2026.

PSIHIJATRIJSKI BILTEN



Glasiło edukativno-informativnog karaktera
Klinike za psihijatriju, KBC Osijek



TEMA BROJA

DEPRESIJA

PSIHIJATRIJSKI BILTEN

Glasilo edukativno-informativnog karaktera
Klinike za psihijatriju, KBC Osijek

ISSN 3102-209X
Sv. 2, Br. 1
2026.

IMPRESSUM

„PSIHIJATRIJSKI BILTEN“, Glasilo edukativno-informativnog karaktera

Klinike za psihijatriju, KBC Osijek

Časopis izlazi dva puta godišnje

ISSN 3102-209X

Psijijatr. Bilt.

Glavni urednik:

Prof.prim.dr.sc.Dunja Degmečić,dr.med.

dunja.degmeccic@kbco.hr

Uži urednički odbor:

Doc.prim.dr.sc. Sanda Anton,dr.med.

sanda.anton@kbco.hr

Josipa Ivanušić Pejić, dr.med.

josipa.ivanusic@kbo.hr

Ivana Pavličević Tomas, dr.med.

ivana.pavlicevic@kbo.hr

Doc.dr.sc.Marina Perković Kovačević, klinički psiholog

marina.perkovic@kbco.hr

Ksenija Galić, mag.med.techn.

ksenija.galic@kbco.hr

Širi urednički odbor:

djelatnici Klinike za psihijatriju, KBC Osijek

Kreativni urednik:

Dario Klasan, univ.mag.med.techn.

dario.klasan@kbco.hr

Lektor:

Vesna Karalić Kladarić, prof. hrvatskog jezika i dipl.knjiž.

Nakladnik:

Klinika za psihijatriju, KBC Osijek

J. Huttlera 4, Osijek

KAZALO

	Naslov	Stranica
	Uvodna riječ	
	Depresija: Simptomi, oblici i klinička obilježja	1
	Je li depresija biološki uvjetovana?	5
	Može li trauma dovesti do depresije?	11
	Uloga sociokulturalnih faktora u nastanku depresije	18
	Sezonski afektivni poremećaj – utječe li svjetlost na raspoloženje?	21
	Liječenje depresije: suvremeni pristupi	25
	Ekspresija u depresiji	28
	Između terapije i odnosa – integrativna uloga medicinske sestre u liječenju i podršci osobama s depresijom	31
	Depresivni poremećaj i uloga radne terapije	34
	Riječ pacijenata: Ana i Penelope	36
	Preporuke psihologa: Kako se nositi s lošim raspoloženjem	37
	Šaljivi kutak	38

Uvodna riječ

Dragi čitatelji,

s velikim ponosom i veseljem Klinika za psihijatriju predstavlja drugi broj časopisa Psihijatrijski bilten, glasilo edukativno-informativnog karaktera. Ovaj broj tematski je posvećen depresivnim poremećajima.

Depresija (lat. *depressio*) je složeni poremećaj raspoloženja koji se klinički definira kao dugotrajno prisustvo emocionalne patnje, snižene energije, gubitka interesa i poremećaja osnovnih psihofizičkih funkcija poput sna, apetita i koncentracije. Depresija nije samo "loše raspoloženje" ili prolazna tuga. Depresija je jedna od najčešćih bolesti suvremenog svijeta pri čemu broj oboljelih prelazi 350 milijuna ljudi u cijelom svijetu. Depresija je jedan od najčešćih i najtežih psihičkih poremećaja. Slobodno se može reći da je depresija „bolest s tisuću lica“.

U ovom broju pročitat ćete teorijske osnove o nastanku depresije, simptomima i kliničkoj slici depresije te terapijskim pristupima.

Iskustva naših pacijenata su također važan dio u samom časopisu kao i preporuke psihologa, a zadržali smo i tzv. šaljivi kutak.

Smatramo važnim napomenuti da je u ovom broju došlo do promjene u uredničkom odboru. Doc. dr. sc. Oliver Koić je otišao u zasluženu mirovinu, a doc. prim. dr. sc. Anamarija Petek Erić je na vlastiti zahtjev odstupila iz uredničkog odbora. Novi članovi uredničkog odbora su dr. Josipa Ivanušić Pejić i dr. Ivana Pavličević Tomas koje će svojim kreativnim i originalnim pogledom nadalje usmjeravati časopis u novim smjerovima.

Dakle, osnaženi novim promjenama i suradnjama plovimo dalje.

S veseljem i zahvalnošću pozivam vas da uplovite u čitanje drugog broja Psihijatrijskog biltena.

Glavni urednik:

Prof.prim.dr.sc.Dunja Degmečić,dr.med.

Depresija: Simptomi, oblici i klinička obilježja

Josipa Ivanušić Pejić

1. Uvod

Depresija (depresivni poremećaj ili klinička depresija) jedan je od najčešćih poremećaja u suvremenoj psihijatriji. Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije (WHO) više od 280 milijuna ljudi diljem svijeta boluje od nekog oblika depresije što je čini jednim od vodećih uzroka invalidnosti na globalnoj razini [1,2].

Depresija nije prolazno loše osjećanje, povremeni osjećaj tuge ili privremeni gubitak volje i motivacije. Riječ je o ozbiljnom kliničkom entitetu koji zahvaća emocionalnu, kognitivnu, tjelesnu i socijalnu sferu funkcioniranja pojedinca. Neliječena depresija može dovesti do značajno smanjene kvalitete života, razvoja somatskih bolesti te, u najtežim slučajevima, do suicidalnog ponašanja [1,3].

U ovom se tekstu upoznaje s definicijom, simptomima, dijagnostičkim kriterijima i raznovrsnim kliničkim oblicima depresije čime se nastoji unaprijediti pravovremeno prepoznavanje i liječenje depresije.

2. Definicija depresije

Depresija (lat. depressio – potištenost) je poremećaj raspoloženja karakteriziran perzistentnim osjećajem tuge, gubitka interesa ili zadovoljstva praćenim nizom emocionalnih, kognitivnih i somatskih simptoma koji značajno utječu na svakodnevno funkcioniranje.

Prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti (MKB-11, WHO, 2022.) depresivni poremećaj klasificira se pod kategoriju poremećaja raspoloženja (6A70–6A7Z) dok Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje (DSM-5-TR, APA, 2022.) definira veliki depresivni poremećaj (Major Depressive Disorder) kao zasebni klinički entitet sa specficiranim dijagnostičkim kriterijima [4,5].

Ključno je razlikovati kliničku depresiju od normalne tuge ili žalovanja. Dok je tuga normalna emocionalna reakcija na gubitak ili razočarenje i obično je vremenski ograničena, klinička

depresija karakterizirana je trajanjem simptoma (najmanje dva tjedna), njihovim intenzitetom te funkcionalnim oštećenjem [4].

3. Simptomi depresije

Simptomi depresije mogu se klasificirati u četiri temeljne domene: emocionalne, kognitivne, somatske (tjelesne) i bihevioralne (ponašajne) simptome [1,2].

3. Simptomi depresije

Simptomi depresije mogu se klasificirati u četiri temeljne domene: emocionalne, kognitivne, somatske (tjelesne) i bihevioralne (ponašajne) simptome [1,2].

3.1. Emocionalni simptomi

Simptom	Opis
perzistentna tuga	duboki osjećaj tuge, praznine ili beznada koji traje veći dio dana, gotovo svaki dan
anhedonija	izrazit gubitak interesa ili zadovoljstva u aktivnostima koje su prethodno donosile radost
iritabilnost	pojačana razdražljivost, niska tolerancija na frustraciju
anksioznost	osjećaj unutarnjeg nemira, napetosti i zabrinutosti
osjećaj krivnje	pretjerani ili neadekvatni osjećaji krivnje i bezvrijednosti
emocionalna otupjelost	nemogućnost doživljavanja emocija, osjećaj emocionalne praznine

3.2. Kognitivni simptomi

Kognitivni aspekti depresije obuhvaćaju poremećaje koncentracije i pažnje, poteškoće u donošenju odluka, usporeno

mišljenje, ruminacije i negativni kognitivni stil. Pacijenti često izvještavaju o teškoćama s pamćenjem te otežano izvršavanje uobičajenih zadataka. Često opisuju i negativnu percepciju sebe ("Ja sam bezvrijedan."), negativnu percepciju svijeta ("Svijet je neprijateljski.") i negativnu

percepciju budućnosti ("Ništa se neće promijeniti."), što je poznata Beckova kognitivna trijada, a takvi obrasci mišljenja podržavaju depresivno stanje [6].

3.3. Somatski (tjelesni) simptomi

Simptom	Opis
poremećaji spavanja	insomnija (posebno terminalna – rano buđenje) ili hipersomnija
promjene apetita	smanjen ili povećan apetit s posljedičnim gubitkom ili dobitkom na tjelesnoj masi
psihomotorna retardacija ili agitacija	vidljiva usporenost pokreta i govora ili pojačani nemir
umor i gubitak energije	kronični umor koji nije proporcionalan aktivnosti, osjećaj tjelesne težine
somatske tegobe	glavobolje, bolovi u leđima, gastrointestinalne smetnje bez jasnog organskog uzroka
promjene libida	smanjen seksualni interes i funkcija

3.4. Bihevioralni simptomi

Na ponašajnoj razini depresija se manifestira socijalnim povlačenjem, smanjenjem učinkovitosti na poslu ili u školi, zanemarivanjem osobne higijene, izbjegavanjem aktivnosti i obveza te, u najtežim slučajevima, suicidalnim ponašanjem. Pacijenti se često izoliraju od obitelji i prijatelja, prestaju sudjelovati u ranije omiljenim aktivnostima i smanjuju uobičajene životne aktivnosti.

4. Dijagnostički kriteriji

Prema DSM-5-TR kriterijima za veliki depresivni poremećaj za postavljanje dijagnoze potrebno je prisustvo najmanje pet od devet simptoma tijekom istog dvotjednog razdoblja koji predstavljaju promjenu u odnosu na prethodno funkcioniranje. Barem jedan od simptoma mora biti (1) depresivno raspoloženje ili (2) gubitak interesa ili zadovoljstva [4].

Kriterij	Opis
A1	depresivno raspoloženje veći dio dana, gotovo svaki dan
A2	značajno smanjen interes ili zadovoljstvo u svim ili gotovo svim aktivnostima
A3	značajan gubitak tjelesne mase bez dijete ili dobitak na masi; smanjen ili povećan apetit
A4	insomnija ili hipersomnija gotovo svaki dan
A5	psihomotorna agitacija ili retardacija gotovo svaki dan
A6	umor ili gubitak energije gotovo svaki dan
A7	osjećaj bezvrijednosti ili pretjerane/neadekvatne krivnje
A8	smanjena sposobnost razmišljanja ili koncentracije, neodlučnost
A9	ponavljajuće misli o smrti, suicidalna ideacija, planovi ili pokušaji

5. Oblici depresije

Depresivni poremećaji obuhvaćaju heterogenu skupinu kliničkih entiteta koji se razlikuju po etiologiji, prezentaciji, tijeku i prognozi. U nastavku su prikazani najvažniji klinički oblici.

5.1. Veliki depresivni poremećaj (MDD)

Veliki depresivni poremećaj (Major Depressive Disorder) predstavlja klasičnu formu kliničke depresije. Karakteriziraju ga depresivne epizode s jasno definiranim početkom i završetkom. Može se pojaviti kao pojedinačna epizoda ili se može ponavljati (povratni depresivni poremećaj). Prema težini epizode se klasificiraju kao blage, umjerene ili teške, s mogućim psihotičnim obilježjima u najtežim slučajevima [3,4].

5.2. Perzistentni depresivni poremećaj (distimija)

Perzistentni depresivni poremećaj, ranije poznat kao distimija, kronični je oblik depresije u kojem simptomi traju najmanje dvije godine. Simptomi su obično manjeg intenziteta nego kod velikog depresivnog poremećaja, ali njihova kroničnost uzrokuje značajno kumulativno opterećenje. Pacijenti mogu iskusiti epizode teže depresije superponirane na kroničnu bazalnu razinu depresivnosti za što se koristi termin "dvostruka depresija" [1,4].

5.3. Depresija sa psihotičnim obilježjima

Psihotična depresija teški je oblik depresivnog poremećaja u kojem su, uz osnovne depresivne simptome, prisutne i psihotične značajke poput sumanutih ideja i/ili halucinacija. Sumanutosti mogu biti kongruentne (sukladne) raspoloženju (krivnje, bezvrijednosti, bolesti, nihilističke sumanutosti) ili nekongruentne raspoloženju. Ovaj oblik zahtijeva specifičan terapijski pristup koji obično uključuje kombinaciju antidepresiva i antipsihotika, a primjenjiva je i elektrokonvulzivna terapija (EKT) [1,4].

5.4. Sezonski afektivni poremećaj (SAD)

Sezonski afektivni poremećaj (Seasonal Affective Disorder) rekurentni je oblik depresije s karakterističnim sezonskim obrascem, tj. najčešće se javlja u jesen i zimu, s povlačenjem u proljeće i ljeto. Od simptoma se najčešće javljaju hipersomnija, povećan apetit (osobito za ugljikohidratima) i dobitak na tjelesnoj masi. U terapiji se, uz konvencionalne metode, može primijeniti i fototerapija (terapija svjetlom) [1,4].

5.5. Perinatalna (peripartalna) depresija

Perinatalna depresija obuhvaća depresivne epizode koje se javljaju tijekom trudnoće (antenatalna depresija) ili unutar prvih 12 mjeseci nakon poroda (postpartalna depresija). Ukupna prevalencija depresije u žena u perinatalnom razdoblju je 10 % do 20 %. Ovaj oblik zahtijeva posebnu pažnju zbog mogućeg negativnog utjecaja na stvaranje veze između majke i djeteta, razvoj djeteta te u najtežim slučajevima rizika od infanticida u [1].

5.6. Depresija s atipičnim obilježjima

Atipična depresija odlikuje se specifičnim profilom simptoma koji uključuje reaktivnost raspoloženja, odnosno sposobnost kratkoročnog poboljšanja raspoloženja kao odgovor na pozitivne događaje, hiperfagiju, hipersomniju, osjećaj težine u rukama i nogama te osjetljivost na odbacivanje u interpersonalnim odnosima. Ovaj podtip pokazuje bolji odgovor na neke skupine antidepresiva. [1,7].

5.7. Depresija s melankoličnim obilježjima

Melankolična depresija karakterizirana je teškom anhedonijom (potpunim gubitkom sposobnosti postizanja ugone i osjećanja zadovoljstva), izrazitim jutarnjim pogoršanjem raspoloženja, ranim jutarnjim buđenjem (terminalna insomnija), značajnom psihomotornom retardacijom ili agitacijom, slabim apetitom s gubitkom na tjelesnoj masi te pretjeranim osjećajem krivnje. Ovaj podtip općenito bolje reagira na biološke metode liječenja, uključujući EKT [1].

5.8. Depresivna faza bipolarnog afektivnog poremećaja

Depresivne epizode u okviru bipolarnog afektivnog poremećaja klinički se često teško razlikuju od unipolarnih depresivnih epizoda, ali se mogu prepoznati po specifičnosti kao što su raniji nastup prve epizode, češće atipični simptomi, veća učestalost epizoda i veći suicidalni rizik. Zahtijevaju specifičan psihofarmakoterapijski pristup (primjerice rizik brzog nastupa manične epizode i brze izmjene epizoda) [1,3].

5.9. Usporedba oblika depresije

Oblik	Trajanje	Težina
veliki depresivni poremećaj	≥ 2 tjedna	umjerena do teška
perzistentni depresivni poremećaj	≥ 2 godine	blaga do umjerena
psihotična depresija	varijabilno	teška
sezonski afektivni	sezonski obrazac	obično umjerena
perinatalna depresija	perinatalno razdoblje	umjerena do teška
atipična depresija	varijabilno	umjerena
melankolična depresija	varijabilno	teška
bipolarna depresija	varijabilno	umjerena do teška

6. Etiologija i čimbenici rizika

Depresija je multifaktorijalni poremećaj čiji nastanak uključuje složenu interakciju bioloških, psiholoških i socijalnih čimbenika. Biološki čimbenici obuhvaćaju genetsku predispoziciju (heritabilnost 30 – 40 %), neurokemijske poremećaje (disregulacija serotonina, noradrenalina i dopamina), neuroendokrine poremećaje (hiperaktivnost osi hipotalamus -

hipofiza - nadbubrežna žlijezda) te neuroanatomske promjene (smanjen volumen hipokampus, promjene prefrontalnog korteksa) [2,3].

Psihološki čimbenici uključuju rane negativne životne događaje, nesigurnu privrženost, maladaptivne kognitivne sheme, nisku samoučinkovitost te maladaptivne obrasce suočavanja sa stresom. Socijalni čimbenici obuhvaćaju siromaštvo, socijalnu izolaciju, nezaposlenost, gubitak bliskih osoba, obiteljske konflikte i izloženost nasilju [2,6].

7. Zaključak

Depresija je heterogeni poremećaj raspoloženja sa značajnim kliničkim, socijalnim i ekonomskim implikacijama. Precizna dijagnostika koja uzima u obzir specifičan podtip depresije, težinu simptoma, komorbidna stanja i individualne čimbenike ključna je za odabir optimalnog terapijskog pristupa [1,2].

Integrativni biopsihosocijalni model ostaje zlatni standard u konceptualizaciji depresije, dok kombinirani terapijski pristupi koji uključuju farmakoterapiju, psihoterapiju i psihosocijalne intervencije pružaju najbolje ishode za pacijente [7,8].

Literatura:

1. Malhi GS, Mann JJ. Depression. *Lancet*. 2018;392(10161):2299–2312.
2. Otte C, Gold SM, Penninx BW, Pariante CM, Etkin A, Fava M, et al. Major depressive disorder. *Nat Rev Dis Primers*. 2016;2:16065.
3. Kupfer DJ, Frank E, Phillips ML. Major depressive disorder: new clinical, neurobiological, and treatment perspectives. *Lancet*. 2012;379(9820):1045–1055.
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed., text rev. Washington, DC: APA Publishing; 2022.
5. World Health Organization. *International classification of diseases, 11th revision (ICD-11)*. Geneva: WHO; 2022.
6. Beck AT, Alford BA. *Depression: causes and treatment*. 2nd ed. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 2009.
7. Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, Chaimani A, Atkinson LZ, Ogawa Y, et al. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet*. 2018;391(10128):1357–1366.
8. Cuijpers P, Noma H, Karyotaki E, Cipriani A, Furukawa TA. Effectiveness of psychotherapies for depression: a network meta-analysis covering four decades of research. *World Psychiatry*. 2020;19(1):92–107.

Je li depresija biološki uvjetovana?

Zoran Čavajda

1. Uvod

Depresija, u kliničkom smislu definirana kao veliki depresivni, predstavlja ozbiljan psihijatrijski poremećaj koji karakteriziraju trajni osjećaji tuge, gubitak interesa za aktivnosti, promjene apetita i spavanja, umor, osjećaj bezvrijednosti te suicidalne misli. Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije depresija je vodeći uzrok globalnog tereta bolesti i invalidnosti među mladošću i srednjom životnom dobi [1]. Unatoč visokoj prevalenciji i značajnom utjecaju na kvalitetu života patogeneza depresije ostaje djelomično nejasna.

Pitanje biološke uvjetovanosti depresije povijesno je bilo predmet žestokih znanstvenih i filozofskih rasprava. Dok su raniji psihoanalitički pristupi naglašavali psihogeneze poremećaja, razvoj biološke psihijatrije i psihofarmakologije tijekom 20. stoljeća donio je nove spoznaje o neurobiološkim osnovama depresije. Suvremena medicina sve više prihvaća multifaktorijalni model etiologije depresije, priznajući da biološki, psihološki i socijalni faktori međusobno djeluju u razvoju i manifestaciji bolesti.

2. Povijesni kontekst i razvoj neurobioloških teorija

2.1. Od humoralne patologije do monoaminske hipoteze

Ideja o biološkoj osnovi mentalnih poremećaja daleko je starija nego što se često pretpostavlja. Hipokratova humoralna teorija, razvijena u 4. stoljeću pr. Kr., povezivala je melankoliju s prekomjernom količinom crne žuči [2]. Međutim, moderna neurobiološka istraživanja depresije započela su tek u sredini 20. stoljeća kada je slučajno otkriće antidepresivnog učinka lijeka iproniazida, inhibitora monoamin oksidaze, postavilo temelje monoaminskoj hipotezi depresije [3].

Monoaminska hipoteza, formalizirana 1965. godine, pretpostavljala je da depresija nastaje zbog nedostatka monoaminskih

neurotransmitera, posebno noradrenalina i serotonina, u sinapsama centralnog živčanog sustava [4]. Ova teorija dobila je dodatnu potporu otkrićem da reserpin, lijek koji uništava monoamine, može izazvati simptome depresije, dok antidepresivi koji povećavaju dostupnost monoamina umanjuju depresivne simptome [5].

Unatoč privlačnoj jednostavnosti monoaminska hipoteza suočila se s brojnim kritikama. Primjerice, antidepresivi povećavaju koncentraciju monoamina gotovo odmah, dok terapijski učinak postaje vidljiv tek nakon nekoliko tjedana [6]. Ovo vremensko odstupanje sugeriralo je da mehanizam djelovanja antidepresiva nije direktno vezan uz trenutačne promjene u koncentraciji neurotransmitera, već uključuje složenije adaptivne procese u mozgu.

2.2. Neuroendokrine teorije

Krajem 20. stoljeća pažnja istraživača usmjerila se prema neuroendokrinim mehanizmima, posebno na hipotalamusno-hipofizno-nadbubrežnu (HHN) os. Poremećaji u regulaciji kortizola, glavnog stresnog hormona, uočeni su kod značajnog postotka pacijenata s depresijom [7]. Hiperaktivnost HHN osi, manifestirana povećanim kortizolom u krvi, urinu i cerebrospinalnoj tekućini, postala je jedan od najdokazanih bioloških markera depresije [8].

Hipoteza o stresnoj diatezi, razvijena na temelju ovih otkrića, sugerira da kronični stres dovodi do loše regulacije HHN osi, što zauzvrat predisponira razvoj depresije [9]. Ova teorija integrira biološke i psihosocijalne faktore, priznajući da stresni životni događaji mogu pokrenuti biološke mehanizme koji vode do depresije kod genetski predisponiranih osoba.

3. Evolucija neurotransmitterskih hipoteza

3.1. Serotoninska hipoteza

Serotonin (5-hidroksitriptamin, 5-HT) dugo je smatran ključnim neurotransmiterom u patogenezi depresije. Selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (SSRI), koji danas predstavljaju prvu liniju liječenja depresije, djeluju povećavajući serotoninsku transmisiju u mozgu [10]. Međutim, jednostavna ideja o "nedostatku serotonina" kao uzroku depresije pokazala se nedostatnom.

Suvremena istraživanja otkrila su složenost serotoninskog sustava koji uključuje 14 različitih receptorskih podtipova s raznolikim funkcijama [11]. Analize mozga nakon smrti pacijenata s depresijom pokazale su promjene u gustoći i funkciji specifičnih serotoninskih receptora, posebno 5-HT_{1A} i 5-HT_{2A} receptora, u ključnim područjima kao što su kora prednji cingulum i hipokampus [12].

Genetske studije identificirale su razlike u genu za serotonin transporter (5-HTTLPR) koji moderiraju rizik od depresije nakon izloženosti stresnim životnim događajima [13]. Osobe s "kratkim" alelom ovog gena pokazuju povećanu vulnerabilnost na depresiju u prisustvu stresa, što potvrđuje interakciju gena s okolišem u etiologiji bolesti.

3.2. Glutamat i neuroplastičnost

Posljednjih dvadeset godina glutamat, glavni ekscitatorni neurotransmiter u mozgu, postao je fokus intenzivnih istraživanja depresije. Hipoteza o glutamatskoj disfunkciji sugerira da kronični stres i depresija dovode do povećane glutamatne transmisije, što uzrokuje toksični učinak na mozak i smanjenje neuroplastičnosti [14].

Ketamin, NMDA receptor antagonist, pokazao je brz i potencijalan antidepresivni učinak kod pacijenata rezistentnih na konvencionalnu terapiju, što je dodatno potvrdilo ulogu glutamatnog sustava u depresiji [15]. Za razliku od SSRI-ova, koji djeluju nakon tjedana, ketamin može ublažiti simptome unutar sati, sugerirajući da modulacija glutamatne transmisije utječe na fundamentalne neurobiološke procese u depresiji.

3.3. Dopamin i sustav nagrade

Dopaminska hipoteza depresije fokusira se na disfunkciju mezolimbickog nagradnog sustava. Anhedonija, centralni simptom depresije definiran kao gubitak sposobnosti doživljavanja zadovoljstva, povezana je s reduciranom dopaminskom aktivnošću u nukleusu accumbens i ventralnom tegmentalnom području [16]. Funkcionalne MRI studije pokazale su smanjenu aktivaciju nagradnih područja mozga kod depresivnih osoba tijekom anticipacije i doživljavanja nagrade [17].

4. Strukturalne i funkcionalne promjene mozga

4.1. Neuroslikovna otkrića

Suvremene neuroslikovne tehnike, uključujući magnetsku rezonanciju (MRI) i pozitronsku emisijsku tomografiju (PET), omogućile su detaljnu analizu strukturnih i funkcionalnih promjena mozga u depresiji. Metaanalize strukturalnih MRI studija konzistentno pokazuju smanjenje volumena hipokampusa, amigdale i prefrontalne kore kod pacijenata s MDD-om [18].

Hipokampus, ključno područje za regulaciju emocija i stresni odgovor, posebno je vulnerabilan na kronični stres. Animalni modeli pokazali su da kronični stres dovodi do atrofije dendrita i smanjenja neurogeneze u hipokampusu [19]. Kod ljudi smanjeni hipokampalni volumen korelira s trajanjem i težinom depresije, sugerirajući da biološke promjene mogu biti posljedica, ali i uzrok bolesti [20].

5. Genetska predispozicija

5.1. Obiteljske i blizanačke studije

Genetska istraživanja depresije počela su obiteljskim studijama koje su pokazale značajno povećan rizik za depresiju kod srodnika prvog koljena oboljelih osoba. Nasljedna predispozicija velikog depresivnog poremećaja procjenjuje se na 35 – 40 %, što sugerira umjeren genetski doprinos [23].

Blizanačke studije, koje uspoređuju jednojajčane i dvojajčane blizance, dodatno su potvrdile genetsku komponentu. Podudarnost za veliki depresivni poremećaj kod jednojajčanih

blizanaca iznosi oko 50 %, znatno više nego kod dvojajčanih blizanaca (20 %), što ukazuje na genetsku predispoziciju [24]. Međutim, nepotpuna podudarnost kod jednojajčanih blizanaca jasno ukazuje na važnost okolišnih faktora.

6. Epigenetski mehanizmi

6.1. Metilacija DNK i histonske modifikacije

Epigenetika, proučavanje nasljednih promjena u ekspresiji gena koje ne uključuju promjene DNK sekvence, revolucionirala je naše razumijevanje interakcije gena i okoliša. Metilacija DNK, najproučavanija epigenetska modifikacija, uključuje dodavanje metilnih skupina na citozinske baze, što obično rezultira represijom genske ekspresije.

Studije metilacije DNK kod depresije pokazale su promjene u promotorima gena povezanih s HHN osi, neurotransmisijom i neuroplastičnošću. Povećana metilacija promotora glukokortikoidnog receptora uočena je kod pacijenata s depresijom i žrtava ranog životnog stresa, što dovodi do smanjene povratne inhibicije HHN osi [27].

6.2. Trauma i transgeneracijska epigenetika

Životinjski modeli pokazali su da rani životni stres može uzrokovati trajne epigenetske promjene koje predisponiraju za depresiju u odrasloj dobi. Eksperimentalno istraživanje na štakorima pokazalo je da loša majčinska skrb dovodi do povećane metilacije gena u hipokampusu potomstva, rezultirajući kroničnom hiperaktivnošću HHN osi [28].

Zanimljivo, neka istraživanja sugeriraju da epigenetske promjene mogu biti prenosive na sljedeće generacije, što bi objasnilo transgeneracijski prijenos vulnerabilnosti na depresiju [29]. Međutim, dokazi o transgeneracijskoj epigenetskoj nasljednosti kod ljudi još uvijek su ograničeni i kontroverzni.

7. Neuroupala i imunološki sustav

7.1. Upalna hipoteza depresije

Upalna hipoteza depresije sugerira da kronična niska razina upale, često rezultat stresa, metaboličkih poremećaja ili infekcija, doprinosi razvoju depresije. Pacijenti s velikim depresivnim poremećajem često pokazuju povećane razine proupalnih citokina, uključujući interleukin-6 (IL-6), tumor nekrotizirajući faktor-alfa (TNF- α) i C-reaktivni protein [30].

Citokini mogu utjecati na mozak putem više mehanizama: aktivacijom vagusa, transportom kroz krvno-moždanu barijeru i indukcijom enzima koji metaboliziraju triptofan, preteču serotonina, u kinurenin [31]. Smanjenje serotoninske sinteze i povećanje neurotoksičnih kinureninskih metabolita može pridonijeti razvoju depresivnih simptoma.

7.2. Mikrobiom

Suvremena istraživanja otkrila su važnu ulogu crijevnog mikrobioma u regulaciji raspoloženja i ponašanja. Crijevni mikrobi utječu na proizvodnju neurotransmitera, uključujući serotonin i GABA, te moduliraju imunološki odgovor i HHN os [32]. Disbioza, poremećaj u sastavu mikrobioma, povezana je s povećanim rizikom od depresije, što otvara nove terapijske mogućnosti [33].

8. Kritička analiza i integrativni pristup

8.1. Ograničenja bioloških modela

Iako su dokazi o biološkim uvjetovanostima depresije opsežni, važno je priznati ograničenja isključivo biološkog pristupa. Prvo, biološki markeri depresije nisu specifični – promjene u HHN osi, neurotransmiterima i strukturi mozga prisutni su i u drugim psihijatrijskim poremećajima [34]. Drugo, biološke abnormalnosti često su posljedica depresije, a ne nužno i njezin uzrok, što čini uspostavljanje uzročno-posljedičnih veza izazovnim.

Treće, placebo-kontrolirane studije pokazuju da psihoterapija, koja ne djeluje direktno na biološke sustave, može biti jednako učinkovita kao i farmakoterapija, a često i učinkovitija u prevenciji relapsa [35]. To sugerira da psihološki procesi

moгу inducirati biološke promjene koje dovode do oporavka.

8.2. Biopsihosocijalni model

Najprihvaćeniji suvremeni model etiologije depresije je biopsihosocijalni model koji integrira biološku vulnerabilnost, psihološke faktore i socijalne okolnosti. Prema ovom modelu genetska i epigenetska predispozicija stvara vulnerabilnost na biološke promjene pod utjecajem stresa, dok psihološki faktori kao što su kognitivni obrasci i emocionalna regulacija određuju kako se osoba nosi s izazovima [36].

Dijateza-stres model, specifična inačica biopsihosocijalnog pristupa, posebno je relevantan za depresiju. Prema ovom modelu genetska diateza (predispozicija) sama po sebi ne uzrokuje depresiju, ali povećava vulnerabilnost na djelovanje stresnih okolišnih faktora [37]. Ovo objašnjava zašto osobe s identičnom genetičkom predispozicijom mogu razviti ili ne razviti depresiju ovisno o životnim okolnostima.

9. Novi terapijski pravci iz neurobioloških spoznaja

9.1. Psihodelici i neuroplastičnost

Posljednjih godina doživljava se renesansa istraživanja psihodeličnih tvari u liječenju depresije. Psilocibin, aktivni sastojak "čarobnih gljiva", pokazao je brz i trajni antidepresivni učinak u kliničkim studijama. Neurobiološki mehanizam uključuje aktivaciju 5-HT_{2A} receptora, što dovodi do povećane neuroplastičnosti i "resetiranja" funkcionalne povezanosti mozga.

Esketamin, enantiomer ketamina, odobren je 2019. godine od strane FDA za liječenje tretman-rezistentne depresije. Za razliku od konvencionalnih antidepresiva, esketamin djeluje kroz blokadu NMDA receptora i poticanje AMPA receptora, što rezultira brzim povećanjem sinaptičke plastičnosti.

10.2. Protuupalna terapija

Na temelju upalne hipoteze istražuju se različiti protuupalni pristupi. Nesteroidni protuupalni lijekovi (NSAID) pokazali su potencijal kao adjuvantna terapija antidepresivima. Metaanaliza

je pokazala da dodatak NSAID-a standardnoj antidepresivnoj terapiji rezultira značajno većom stopom remisije u usporedbi s placebo. Također se istražuju specifični ciljani imunomodulatori, uključujući inhibitore IL-6 receptora (tocilizumab), antagoniste TNF- α (adalimumab, infliksimab), modulare kinureninskog puta (inhibitoriIDO enzima). Međutim, rezultati su mješoviti što sugerira da protuupalna terapija može biti učinkovita samo u specifičnoj podskupini pacijenata s dokazanim upalnim fenotipom.

9.3. Neurostimulacijske tehnike

Transkranijaska magnetska stimulacija (TMS) i transkranijaska istosmjerna stimulacija (tDCS), koju provodimo i na našoj Klinici za psihijatriju, postale su prihvaćene neinvazivne metode za liječenje depresije. Suvremeni pristupi uključuju personalizirano ciljanje temeljeno na individualnoj neuroanatomiji i funkcionalnoj povezanosti.

Studije su pokazale da primjena TMS-a na područja s identificiranom abnormalnom funkcionalnom povezanošću, određenom pomoću fMRI prije terapije, rezultira boljim ishodima u usporedbi sa standardnim ciljanjem. Ovo predstavlja primjer translacije neurobioloških spoznaja u preciznu kliničku praksu.

10. Zaključak

Analiza dostupnih dokaza jasno ukazuje da depresija nije isključivo biološki uvjetovana, ali ni da je biologija njezin irelevantan faktor. Depresija predstavlja kompleksnu interakciju genetske predispozicije, epigenetskih modifikacija induciranih okolišem, neurobioloških promjena i psihosocijalnih faktora. Biološki faktori stvaraju temeljnu vulnerabilnost za razvoj poremećaja, dok psihološki i socijalni faktori često služe kao pokretači ili zaštitni faktori.

Monoaminska hipoteza, iako historijski važna, pokazala se prejednostavnom. Suvremeno razumijevanje uključuje složene mreže neurotransmiterskih interakcija, neuroplastičnosti, neuroendokrinih mehanizama, imunološkog sustava i epigenetske regulacije. Otkriće brzog antidepresivnog učinka ketamina i uloge glutamatnog sustava revolucioniralo je područje i otvorilo nove terapijske mogućnosti.

Konačno, najtočniji odgovor na pitanje "Je li depresija biološki uvjetovana?" glasi: djelomično da, ali nikada isključivo. Efikasno liječenje i prevencija depresije zahtijevaju integrativni pristup koji poštuje biološku realnost bolesti istovremeno priznajući nezaobilaznu ulogu psiholoških i socijalnih dimenzija ljudskog iskustva.

Literatura:

1. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva: WHO; 2017.
2. Jackson SW. Melancholia and depression: from Hippocratic times to modern times. New Haven: Yale University Press; 1986.
3. Kline NS. Clinical experience with iproniazid (Marsilid). *J Clin Exp Psychopathol.* 1958;19(5):72-8.
4. Schildkraut JJ. The catecholamine hypothesis of affective disorders: a review of supporting evidence. *Am J Psychiatry.* 1965;122(5):509-22.
5. Coppen A. The biochemistry of affective disorders. *Br J Psychiatry.* 1967;113(504):1237-64.
6. Harmer CJ, Duman RS, Cowen PJ. How do antidepressants work? New perspectives for refining future treatment approaches. *Lancet Psychiatry.* 2017;4(5):409-18.
7. Carroll BJ, Curtis GC, Mendels J. Neuroendocrine regulation in depression. II. Discrimination of depressed from nondepressed patients. *Arch Gen Psychiatry.* 1976;33(9):1051-8.
8. Pariante CM, Lightman SL. The HPA axis in major depression: classical theories and new developments. *Trends Neurosci.* 2008;31(9):464-8.
9. McEwen BS. Protective and damaging effects of stress mediators. *N Engl J Med.* 1998;338(3):171-9.
10. Wong DT, Bymaster FP, Engleman EA. Prozac (fluoxetine, Lilly 110140), the first selective serotonin uptake inhibitor and an antidepressant drug: twenty years since its first publication. *Life Sci.* 1995;57(5):411-41.
11. Hoyer D, Hannon JP, Martin GR. Molecular, pharmacological and functional diversity of 5-HT receptors. *Pharmacol Biochem Behav.* 2002;71(4):533-54.
12. Stockmeier CA. Involvement of serotonin in depression: evidence from postmortem and imaging studies of serotonin receptors and the transporter. *J Psychiatr Res.* 2003;37(5):357-73.
13. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science.* 2003;301(5631):386-9.
14. Sanacora G, Treccani G, Popoli M. Towards a glutamate hypothesis of depression: an emerging frontier of neuropsychopharmacology for mood disorders. *Neuropharmacology.* 2012;62(1):63-77.
15. Berman RM, Cappiello A, Anand A, Oren DA, Heninger GR, Charney DS, et al. Antidepressant effects of ketamine in depressed patients. *Biol Psychiatry.* 2000;47(4):351-4.
16. Treadway MT, Zald DH. Reconsidering anhedonia in depression: lessons from translational neuroscience. *Neurosci Biobehav Rev.* 2011;35(3):537-55.
17. Pizzagalli DA. Frontocingulate dysfunction in depression: toward biomarkers of treatment response. *Neuropsychopharmacology.* 2011;36(1):183-206.
18. Schmaal L, Hibar DP, Sämann PG, Hall GB, Baune BT, Jahanshad N, et al. Cortical abnormalities in adults and adolescents with major depression based on brain scans from 20 cohorts worldwide in the ENIGMA Major Depressive Disorder Working Group. *Mol Psychiatry.* 2017;22(6):900-9.
19. McEwen BS, Nasca C, Gray JD. Stress effects on neuronal structure: hippocampus, amygdala, and prefrontal cortex. *Neuropsychopharmacology.* 2016;41(1):3-23.
20. Shelton DL, Gado MH, Kraemer HC. Untreated depression and hippocampal volume loss. *Am J Psychiatry.* 2003;160(8):1516-8.
21. Greicius MD, Flores BH, Menon V, Glover GH, Solvason HB, Kenna H, et al. Resting-state functional connectivity in major depression: abnormally increased contributions from subgenual cingulate cortex and thalamus. *Biol Psychiatry.* 2007;62(5):429-37.
22. George MS, Lisanby SH, Avery D, McDonald WM, Durkalski V, Pavlicova M, et al. Daily left prefrontal transcranial magnetic stimulation therapy for major depressive disorder: a sham-controlled randomized trial. *Arch Gen Psychiatry.* 2010;67(5):507-16.
23. Sullivan PF, Neale MC, Kendler KS. Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *Am J Psychiatry.* 2000;157(10):1552-62.
24. Kendler KS, Gatz M, Gardner CO, Pedersen NL. A Swedish national twin study of lifetime major depression. *Am J Psychiatry.* 2006;163(1):109-14.
25. Howard DM, Adams MJ, Clarke TK, Hafferty JD, Gibson J, Shirali M, et al. Genome-wide meta-analysis of depression identifies 102 independent variants and highlights the importance of the prefrontal brain regions. *Nat Neurosci.* 2019;22(3):343-52.
26. Wray NR, Ripke S, Mattheisen M, Trzaskowski M, Byrne EM, Abdellaoui A, et al. Genome-wide association analyses identify 44 risk variants and refine the genetic architecture of major depression. *Nat Genet.* 2018;50(5):668-81.

27. McGowan PO, Sasaki A, D'Alessio AC, Dymov S, Labonté B, Szyf M, et al. Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nat Neurosci.* 2009;12(3):342-8.
28. Weaver IC, Cervoni N, Champagne FA, D'Alessio AC, Sharma S, Seckl JR, et al. Epigenetic programming by maternal behavior. *Nat Neurosci.* 2004;7(8):847-54.
29. Franklin TB, Russig H, Weiss IC, Gräff J, Linder N, Michalon A, et al. Epigenetic transmission of the impact of early stress across generations. *Biol Psychiatry.* 2010;68(5):408-15.
30. Dowlati Y, Herrmann N, Swardfager W, Liu H, Sham L, Reim EK, et al. A meta-analysis of cytokines in major depression. *Biol Psychiatry.* 2010;67(5):446-57.
31. Raison CL, Dantzer R, Kelley KW, Lawson MA, Woolwine BJ, Vogt GJ, et al. CSF concentrations of brain tryptophan and kynurenines during immune stimulation with IFN- α : relationship to CNS immune responses and depression. *Mol Psychiatry.* 2010;15(4):393-403.
32. Foster JA, McVey Neufeld KA. Gut-brain axis: how the microbiome influences anxiety and depression. *Trends Neurosci.* 2013;36(5):305-12.
33. Zheng P, Zeng B, Zhou C, Liu M, Fang Z, Xu X, et al. Gut microbiome remodeling induces depressive-like behaviors through a pathway mediated by the host's metabolism. *Mol Psychiatry.* 2016;21(6):786-96.
34. Hasler G. Pathophysiology of depression: do we have any solid evidence of interest to clinicians? *World Psychiatry.* 2010;9(3):155-61.
35. Cuijpers P, Sijbrandij M, Koole SL, Andersson G, Beekman AT, Reynolds CF 3rd. Adding psychotherapy to antidepressant medication in depression and anxiety disorders: a meta-analysis. *World Psychiatry.* 2014;13(1):56-67.
36. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science.* 1977;196(4286):129-36.
37. Monroe SM, Simons AD. Diathesis-stress theories in the context of life stress research: implications for the depressive disorders. *Psychol Bull.* 1991;110(3):406-25.

Može li trauma dovesti do depresije?

Gordana Filipović Bilić

1. Uvod

Trauma i depresija predstavljaju dva međusobno povezana područja mentalnog zdravlja koja znanstvena istraživanja sustavno proučavaju posljednjih desetljeća.

Kada govorimo o depresiji, jedno od važnih dijagnostičkih pitanja glasi: što joj je prethodilo. Suvremena psihijatrija dugo je bila usredotočena na simptome i njihovu neurobiološku podlogu jer su biološki mehanizmi depresije stvarni i klinički relevantni. No biologija nije izolirana od iskustva. Psihički sustav, koji je bio dugotrajno izložen kroničnoj nesigurnosti, zanemarivanju ili nasilju, ne funkcionira jednako kao onaj koji to iskustvo nije imao.

Upravo pojam traume, iskustva koje je nadišlo sposobnost psihičkog sustava za obradu i integraciju, ostavljajući dugotrajne tragove na emocionalnoj regulaciji, doživljaju sebe i kapacitetu za odnose, daje nam poveznicu s velikim dijelom depresivnih simptoma.

U ovom radu prikazat će se pregled ključnih koncepta: od razlike između stresa i traume, putem neurobioloških i emocionalnih mehanizama koji ih povezuju s depresivnim poremećajem, do terapijskih pristupa koji iz tog razumijevanja proizlaze. Razumijevanje etiološkog konteksta depresije ima izravan utjecaj na dijagnozu, liječenje i odnos između kliničara i pacijenta.

2. Stres, traumatski događaj i trauma: nije svaka bol trauma

U raspravama o psihičkom zdravlju pojmovi stres, stresni događaj i trauma često se koriste naizmjenično, iako se u stručnom smislu radi o kvalitativno različitim iskustvima. Razlikovanje tih pojmova ključno je za razumijevanje načina na koji određena životna iskustva mogu pridonijeti razvoju dugotrajnih psihičkih poteškoća.

U svakodnevnom govoru često kažemo da smo 'traumatizirani' nakon teškog razgovora s

nadređenim, stresnog ispita ili neugodnog susreta. Ova kolokvijalna upotreba, razumljiva kao način izražavanja emocionalne napetosti, udaljava nas od kliničkog značenja pojma koji označava daleko složeniji i ozbiljniji fenomen.

Stresni događaj odnosi se na situaciju koja od osobe zahtijeva prilagodbu — promjena posla, ispit, preseljenje, bolest, prekid odnosa. Takvi događaji mogu biti emocionalno zahtjevni, ali uz dostupne unutarnje i vanjske resurse osoba zadržava sposobnost obrade iskustva. Emocije koje se javljaju ostaju podnošljive i vremenski ograničene, a psihičko funkcioniranje se uglavnom vraća na prethodnu razinu. Stres je, u tom smislu, sastavni dio života i može imati čak i razvojnu funkciju.

Trauma, s druge strane, ne predstavlja samo pojačani stres, nego kvalitativno drugačije psihičko iskustvo. Nastaje kada je osoba izložena događaju koji nadilazi njezinu sposobnost suočavanja i integracije, pri čemu dolazi do osjećaja ozbiljne ugroženosti, bespomoćnosti ili gubitka kontrole. Uobičajeni mehanizmi prilagodbe nisu dovoljni, a iskustvo se ne može u potpunosti emocionalno i kognitivno obraditi.

Jedna od ključnih razlika jest prekid kontinuiteta iskustva. Kod traume, osoba ne doživljava samo zahtjev za prilagodbom, nego i narušavanje temeljnih pretpostavki o sigurnosti, predvidljivosti i smislu. Trauma može dovesti do fragmentacije iskustva pri čemu se dijelovi doživljaja odvajaju od svjesne obrade i ostaju pohranjeni na implicitnoj, tjelesnoj ili emocionalnoj razini.

Vremenska dimenzija također je važna. Dok su reakcije na stresni događaj obično prolazne, učinci traume mogu se pojavljivati neovisno o aktualnim okolnostima — osoba može reagirati kao da je ugroza i dalje prisutna, iako je traumatski događaj objektivno završio. Upravo ta kronična aktivacija ili, suprotno tome, emocionalna inhibicija, često čini temelj za kasniji razvoj depresivnih simptoma.

Kada se trauma pogrešno shvati kao 'samo stres', postoji rizik da se njezin dugoročni učinak zanemari, a depresivni simptomi ostanu nerazjašnjeni ili nedovoljno liječeni. Iz tog razloga preciznija konceptualizacija ima i klinički i terapijski značaj.

3. Klasifikacija traumatskih iskustava

Trauma nije jedinstven fenomen. Razlikuje se prema trajanju, razvojnom trenutku u kojemu se događa i prema relacijskom kontekstu. Razumijevanje tih razlika ključno je za shvaćanje zašto neka traumatska iskustva dovode do prolaznih poteškoća, dok druga ostavljaju duboke i dugotrajne posljedice, uključujući razvoj depresije.

3.1. Akutna, kronična i kompleksna trauma

Akutna trauma odnosi se na jednokratno, vremenski ograničeno iskustvo intenzivne ugroze — prometna nesreća, nasilni napad, iznenadni gubitak, prirodna katastrofa. Takve traume često imaju jasan početak i kraj te su relativno lako prepoznatljive i u sjećanju i u kliničkoj procjeni. Iako mogu dovesti do ozbiljnih psihičkih posljedica, obrada je ponekad olakšana činjenicom da se osoba može jasno referirati na konkretan događaj.

Kronična trauma podrazumijeva dugotrajnu ili ponavljaju izloženost stresnim i ugrožavajućim okolnostima — dugotrajan obiteljski konflikt, emocionalno zanemarivanje, kronična bolest ili stalna nesigurnost. Ovdje ne postoji jasno razgraničen traumatski trenutak. Osoba se nalazi u stanju trajne prilagodbe na nepovoljne uvjete, a posljedice su često suptilnije, ali kumulativno snažne — osobito u pogledu emocionalne regulacije i samopoimanja.

Kompleksna trauma označava specifičan oblik koji uključuje dugotrajnu, ponavljaju izloženost ugrozi u interpersonalnom kontekstu, uz istodobni izostanak mogućnosti bijega ili zaštite. Ona se najčešće povezuje s iskustvima zlostavljanja, zanemarivanja ili ozbiljne emocionalne nesigurnosti u ranom životu. Kompleksna trauma zahvaća više razina funkcioniranja — emocionalnu, kognitivnu, relacijsku i somatsku —

i snažno je povezana s razvojem depresivnih i drugih poremećaja raspoloženja u odrasloj dobi.

Uz ove tri kategorije, potrebno je izdvojiti i kumulativnu traumu koja nastaje kao posljedica dugotrajnog izlaganja stresnim okolnostima pri kojima pojedinačna iskustva možda ne djeluju traumatski, ali njihov zbroj može imati značajan psihički učinak. Primjeri uključuju dugotrajne gubitke bez prostora za emocionalnu obradu, kontinuiranu izloženost ponižavanju ili kronična iskustva nesigurnosti.

3.2. Razvojna perspektiva: trauma tijekom životnoga vijeka

Učinak traumatskog iskustva ne ovisi samo o njegovoj prirodi, nego i o razvojnom razdoblju u kojemu se događa. Što se trauma događa ranije u životu, to su njezine posljedice potencijalno dublje i sveobuhvatnije.

Traumatska iskustva mogu početi već u prenatalnom razdoblju, primjerice putem izloženosti majke kroničnom stresu. Iako dijete nema svjesna sjećanja, neurobiološki sustav u razvoju može biti trajno osjetljiviji na stresne podražaje. U ranom djetinjstvu, kada se tek formiraju temeljni obrasci emocionalne regulacije i doživljaja sigurnosti, trauma ima osobito snažan učinak. Dijete u tom razdoblju u potpunosti ovisi o odraslima i nema razvijene kapacitete za samostalno nošenje s ugrozom. Posljedice takvih trauma često se ne očituju odmah, nego postaju vidljive kasnije kao problemi u odnosima, samovrednovanju i regulaciji emocija.

Traume u adolescenciji zahvaćaju razdoblje intenzivnog identitetskog razvoja i mogu narušiti osjećaj kontinuiteta sebe i vlastite vrijednosti povećavajući rizik za depresiju. U odrasloj dobi traumatska iskustva imaju selektivniji učinak, osobito kada osoba raspolaže razvijenim unutarnjim i vanjskim resursima. Ipak, ranije neintegrirane traume mogu biti reaktivirane novim stresorima pri čemu depresivni simptomi predstavljaju kasni izraz ranjivosti koja se razvijala godinama.

3.3. Interpersonalna dimenzija i težina traume

Jedan od ključnih čimbenika u procjeni težine traume jest interpersonalni kontekst u kojemu se ona događa. Trauma koja proizlazi iz odnosa s bliskim osobama — roditeljima, skrbnicima, partnerima — ima dublji i dugotrajniji učinak od trauma uzrokovanih događajima nevezanim za odnose s drugima.

Posebno su teške situacije u kojima izvor ugroze istodobno predstavlja i jedini izvor sigurnosti — paradoks koji dovodi do duboke unutarnje dezorganizacije i otežava kasniju emocionalnu i relacijsku stabilnost. U tom smislu, na najvišoj razini težine nalaze se rane, interpersonalne i kronične traume, osobito one koje uključuju emocionalno zanemarivanje ili zlostavljanje. Upravo su takva iskustva najčešće i najdosljednije povezana s razvojem depresije u istraživanjima jer narušavaju temeljni osjećaj vlastite vrijednosti, sigurnosti i pripadnosti.

4. Koliko je ova veza česta? Epidemiološki podatci

Epidemiološki podatci nedvosmisleno upućuju na snažnu vezu između traumatskih iskustava i depresivnih poremećaja. Metaanaliza Mandelli i suradnika iz 2015. godine, koja je uključila podatke iz više od 190.000 ispitanika, pokazala je da su osobe koje su u djetinjstvu doživjele zlostavljanje imale dva do tri puta veći rizik od razvoja depresije u odrasloj dobi.

Studije na populacijskim uzorcima dosljedno pokazuju da oko 50 do 60 % osoba s posttraumatskim stresnim poremećajem (PTSP) istovremeno ispunjava kriterije za veliku depresivnu epizodu. Također, kod osoba s depresijom, kada se sistematično ispita traumatska anamneza, procjene govore o 30 do 50 % slučajeva s prisutnim traumatskim iskustvima.

Posebno su značajni podatci iz projekta ACE (Adverse Childhood Experiences) koji je sustavno pratio vezu između broja negativnih iskustava u djetinjstvu i kasnijih ishoda mentalnog zdravlja. Rezultati su pokazali jasnu korelaciju — svako dodatno traumatsko iskustvo u djetinjstvu statistički je značajno povećavalo rizik od depresije, anksioznosti, zlouporabe supstanci i

suicidalnosti. Ovi podatci posebno su važni jer pokazuju da nije presudno samo je li trauma 'velika' ili 'mala', nego i koliko se takvih iskustava gomila tijekom razvojnog razdoblja.

Važno je i to da epidemiološki podatci ne govore samo o prevalenciji, nego i o smjeru veze — traumatska iskustva prethode depresivnim epizodama što ukazuje na uzročnu ulogu traume u razvoju depresije.

5. Neurobiološki učinci traume

Trauma nije isključivo psihološki događaj; ona je istodobno i snažno biološko iskustvo. Kada je osoba izložena intenzivnoj ili dugotrajnoj ugrozi, aktivira se kompleksan sustav odgovora na stres koji uključuje mozak, autonomni živčani sustav i hormonsku regulaciju. Taj sustav, koji je evolucijski oblikovan da omogući preživljavanje, u uvjetima traume može postati trajno poremećen.

U središtu stresnog odgovora nalazi se os hipotalamus – hipofiza – nadbubrežna žlijezda, poznata kao HPA-os. U situaciji opasnosti dolazi do pojačanog lučenja kortizola i adrenalina koji pripremaju organizam za reakciju 'bori se ili bježi'. U akutnim situacijama taj je mehanizam adaptivan i vremenski ograničen. Kod traumatskog iskustva, osobito ponavljano ili dugotrajno, sustav može ostati kronično aktiviran ili, paradoksalno, može postati iscrpljen i smanjeno reaktivan.

Takva disregulacija ima višestruke strukturalne i funkcionalne posljedice. Hipokampus — regija važna za pamćenje i integraciju iskustva — pokazuje smanjeni volumen kod osoba s poviješću traume i depresije. Poremećena funkcija hipokampusa otežava razlikovanje prošlih i sadašnjih prijetnji, što pridonosi osjećaju trajne nesigurnosti ili dezorganizacije. Amigdala, struktura uključena u emocionalnu obradu i prepoznavanje opasnosti, može postati pojačano reaktivna, što dovodi do bržeg i intenzivnijeg reagiranja na potencijalne prijetnje — čak i kada objektivne opasnosti nema. Prefrontalni korteks, područje odgovorno za regulaciju emocija, donošenje odluka i integraciju iskustva, kod kronično traumatiziranih osoba pokazuje smanjenu sposobnost moduliranja intenzivnih emocionalnih reakcija koje potječu iz dubljih, limbičkih struktura. Rezultat je smanjena sposobnost samoregulacije — ili u obliku

pojačane impulzivnosti, ili, u kontekstu depresije, povlačenja i smanjene inicijative.

Autonomni živčani sustav može ostati 'zaglavljen' u stanju pojačane pobuđenosti ili, suprotno, u stanju smanjene aktivacije. U prvom slučaju prevladavaju simptomi napetosti i tjeskobe; u drugom dolazi do osjećaja iscrpljenosti, usporenosti i smanjene vitalnosti — obilježja koja su česta kod depresije.

Osobito su važne rane, razvojne traume, koje zahvaćaju mozak u najosjetljivijem razvojnom razdoblju. Mozak djeteta iznimno je plastičan i osjetljiv na iskustvo: ako dijete odrasta u okruženju obilježenom nesigurnošću ili emocionalnom nedostupnošću, njegov se neurobiološki sustav prilagođava tim uvjetima. Ta prilagodba može kratkoročno povećati šanse za preživljavanje, ali dugoročno povećava ranjivost za poremećaje raspoloženja.

Vrijedi naglasiti i epigenetsku dimenziju: traumatska iskustva, osobito rana, mogu mijenjati ekspresiju gena koji reguliraju stresnu reaktivnost i raspoloženje — bez promjene same sekvence DNK. Ove promjene mogu biti dugotrajne i djelomično objasniti zašto rana traumatizacija ima tako snažan i perzistentan učinak na psihičko zdravlje čak i desetljećima kasnije.

Razumijevanje neurobioloških učinaka traume ne znači reduciranje depresije na 'kemijsku neravnotežu', nego prepoznavanje da su psihička iskustva i biološki procesi duboko isprepleteni. Trauma ostavlja trag ne samo u sjećanju, nego i u načinu na koji tijelo i mozak reagiraju na svijet.

6. Emocionalni učinci traume

Uz neurobiološke promjene trauma ostavlja duboke i dugotrajne posljedice na emocionalno funkcioniranje. Emocionalni učinci traume često su suptilni i difuzni, osobito kada traumatsko iskustvo nije bilo jasno imenovano ili priznato — što ih čini ključnom, ali ponekad previđenom, karikom u razumijevanju razvoja depresije.

Jedna od temeljnih posljedica traume jest poremećaj emocionalne regulacije. U uobičajenim okolnostima emocije se pojavljuju, dostižu vrhunac i postupno smiruju. Traumatsko iskustvo može narušiti taj proces dovodeći ili do preplavljenosti emocijama ili do njihovog izrazitog

suzbijanja. Oba obrasca predstavljaju pokušaj prilagodbe, ali dugoročno povećavaju psihičku ranjivost.

U kontekstu depresije češće se susreće obrazac emocionalne inhibicije. Umjesto intenzivnih emocija javlja se osjećaj praznine, otupjelosti ili emocionalne udaljenosti — osoba može izvještavati da 'ništa ne osjeća', da su emocije prigušene i nedostupne. Takav doživljaj često se opisuje kao gubitak vlastitog unutarnjeg života i jedan je od klinički najzahtjevnijih aspekata traumom uvjetovane depresije.

Trauma snažno utječe i na doživljaj sebe. Dugotrajna izloženost traumatskim okolnostima, osobito u djetinjstvu, može dovesti do internalizacije negativnih poruka o vlastitoj vrijednosti. Dijete koje ne dobiva dosljedan odgovor na svoje emocionalne potrebe razvija implicitno uvjerenje da su njegove emocije nevažne, nepoželjne ili pretjerane. U odrasloj dobi ta uvjerenja poprimaju oblik trajnog osjećaja krivnje, srama ili bezvrijednosti — centralnih emocionalnih obilježja depresije.

Posebno mjesto zauzima gubitak sposobnosti doživljavanja zadovoljstva poznat kao anhedonija. Trauma može dovesti do povlačenja iz emocionalnog angažmana sa svijetom kao načina zaštite od daljnje boli. Iako takvo povlačenje u početku može imati adaptivnu funkciju, dugoročno rezultira osiromašenjem emocionalnog iskustva i smanjenim osjećajem smisla i vitalnosti.

Emocionalni učinci traume snažno se očituju i u interpersonalnom području. Osobe s traumatskim iskustvima često istodobno čeznu za bliskošću i strahuju od nje. Bliski odnosi mogu aktivirati stare osjećaje nesigurnosti, napuštanja ili povrede, što dovodi do povlačenja ili ponavljanja disfunkcionalnih obrazaca odnosa. Posljedična usamljenost i osjećaj nepovezanosti dodatno povećavaju rizik za depresiju.

Važno je napomenuti da emocionalne posljedice traume često nisu jasno povezane s konkretnim sjećanjima. Trauma se manifestira trajnim emocionalnim stanjima ili obrascima reagiranja — osoba može doživljavati duboku tugu bez jasnog razloga, kronični osjećaj unutarnje težine ili stalni manjak emocionalne energije. Takvi doživljaji često se pogrešno tumače kao osobne slabosti ili

karakterne osobine, umjesto kao razumljive posljedice ranijih iskustava.

U kontekstu depresije emocionalni učinci traume mogu se razumjeti kao rezultat dugotrajnog psihičkog napora usmjerenog na održavanje emocionalne ravnoteže u uvjetima nesigurnosti. Kada ti napori iscrpe dostupne resurse, dolazi do kolapsa emocionalne regulacije koji se klinički očituje kao depresivno stanje. Depresija se tada ne pojavljuje kao iznenadni poremećaj raspoloženja, nego kao završna faza dugotrajnog procesa prilagodbe.

7. Zašto isti događaj ne pogađa sve jednako?

Jedno od temeljnih obilježja traume jest njezina subjektivnost. Isti događaj može kod jedne osobe dovesti do prolaznog stresa, a kod druge do dugotrajnih psihičkih posljedica. Ta razlika ne proizlazi iz 'snage karaktera' niti iz odsustva volje — ona je rezultat složene interakcije razvojnih iskustava, osobnih resursa i neurobioloških čimbenika.

Traumatski učinak nekog događaja ne određuje samo njegova objektivna težina, nego i način na koji ga osoba doživljava i interpretira. Ključno pitanje nije samo što se dogodilo, nego kako je to iskustvo doživljeno u tom trenutku. Ako osoba raspolaže unutarnjim osjećajem sigurnosti, prethodnim iskustvima uspješnog suočavanja i dostupnom socijalnom podrškom, veća je vjerojatnost da će i izrazito stresan događaj biti integriran bez trajnih posljedica.

Osobito je važna percepcija bespomoćnosti. Istraživanja pokazuju da subjektivni osjećaj gubitka kontrole i nemogućnosti utjecaja na situaciju značajno povećava vjerojatnost traumatskog ishoda. Dvije osobe mogu biti izložene istom događaju, ali ona koja se osjeća nezaštićeno i bez podrške imat će veći rizik za razvoj dugoročnih posljedica.

7.1. Čimbenici ranjivosti

Čimbenici koji povećavaju ranjivost uključuju ranu izloženost zanemarivanju ili zlostavljanju, nesigurne obrasce privrženosti, kronični stres u djetinjstvu, prethodne neintegrirane traume te nedostatak socijalne podrške. Takvi čimbenici

smanjuju kapacitet regulacije emocija i povećavaju osjetljivost na nove stresore.

7.2. Čimbenici otpornosti — rezilijencija

Nasuprot tome čimbenici otpornosti uključuju sigurne i stabilne rane odnose, iskustvo da su emocije prepoznate i validirane, razvijene strategije suočavanja, dostupnu podršku u kriznim situacijama te sposobnost traženja i prihvaćanja pomoći.

Otpornost ne znači odsutnost boli, nego sposobnost da se bol integrira bez trajnog narušavanja psihičkog funkcioniranja. Važno je naglasiti da otpornost nije fiksna osobina ličnosti, nego dinamičan proces koji se može razvijati.

Neurobiološka osnova ovih individualnih razlika dobro je dokumentirana. Djeca koja odrastaju u stabilnom i emocionalno toplom okruženju razvijaju učinkovitiju regulaciju stresa — njihov živčani sustav lakše se aktivira u situaciji ugroze, ali se i brže vraća u ravnotežu. Suprotno tome kronična rana izloženost stresu može dovesti do trajnih promjena u reaktivnosti stresnog sustava što dugoročno povećava ranjivost za depresiju.

8. Klinička slika: kako izgleda traumom uvjetovana depresija?

Osoba koja ima depresiju kao posljedicu traume može imati nešto drugačiju kliničku sliku od depresije bez traumatskog predznaka. Uz klasične depresivne simptome — perzistentno sniženo raspoloženje, beznadnost, gubitak interesa i zadovoljstva, promjene apetita i spavanja, smanjena koncentracija, gubitak energije i suicidalne misli — traumom uvjetovana depresija često nosi i dodatne karakteristike.

Pojačana reaktivnost na stres prisutna je kod mnogih ovih pacijenata koji mogu reagirati intenzivnim emocionalnim odgovorima na naizgled nevažne situacije koje asociraju na traumu. Intruzivna sjećanja ili flashback epizode mogu se preklapati s depresivnim raspoloženjem i pojačavati ga. Kroničan osjećaj stida, krivnje i bespomoćnosti posebno su karakteristični kada je trauma bila interpersonalnog karaktera.

Tjelesni simptomi — kronična bol, umor, gastrointestinalne tegobe — česti su pratitelji

traumatske depresije što ukazuje na duboku povezanost psihičkih i tjelesnih dimenzija stresa. Osim toga kod ovih pacijenata često nalazimo komorbiditetne poremećaje: anksiozne poremećaje, poremećaje spavanja i zlorababu psihoaktivnih tvari kao pokušaj samoliječenja.

U dijagnostičkom smislu precizna traumatska anamneza neophodna je za razumijevanje kliničke slike. Pacijenti često ne navode traumatska iskustva spontano — zbog stida, krivnje, disocijacije ili straha od nerazumijevanja. Važno je stvoriti siguran terapijski okvir u kojemu pacijent može dijeliti i najtežu osobnu povijest.

9. Mogućnosti liječenja

Depresivni simptomi uzrokovani traumom mogu se uz odgovarajuću psihijatrijsku skrb i psihoterapijsku podršku kod velike većine pacijenata reducirati te poboljšati kvalitetu života. Liječenje je višedimenzionalno i zahtijeva individualiziran pristup koji uzima u obzir i depresivne simptome i traumatsku pozadinu.

9.1. Farmakoterapija

Farmakoterapija depresivnog poremećaja temelj je biološkog liječenja. Selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (SSRI) — sertralin, escitalopram, fluoksetin, paroksetin — lijekovi su prvog izbora za liječenje i depresije i PTSP-a. U određenim slučajevima primjenjuju se i inhibitori ponovne pohrane serotonina i noradrenalina (SNRI) te mirtazapin.

Pritom je važno razumjeti što možemo očekivati od farmakoterapija. Lijekovi mogu ublažiti simptome, stabilizirati raspoloženje i stvoriti neurobiološki preduvjet za psihoterapijski rad. Međutim, trauma kao takva zahtijeva psihoterapijsku obradu.

9.2. Psihoterapija

Psihoterapija je nezaobilazan dio liječenja.

Kognitivno-bihevioralna terapija usmjerena na traumu (TF-CBT) pomaže pacijentu prepoznati i modificirati negativne kognitivne sheme nastale kao rezultat traume, uz postupno, kontrolirano

suočavanje s traumatskim materijalima u sigurnom terapijskom okruženju.

EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) je metoda procesuiranja traumatskih sjećanja kod simptoma PTSP-a i komorbiditetne depresije.

Psihoterapija temeljena na mentalnoj osviještenosti (mindfulness) pomaže u razvijanju sposobnosti promatranja vlastitih misli i emocija bez prekomjerne reaktivnosti. Psihodinamska psihoterapija orijentirana na traumu također je efikasna.

9.3. Tjelesno orijentirani pristupi

Sve se više koriste tjelesno orijentirane terapije koje uključuju rad s tjelesnim manifestacijama traume, a temelje se na razumijevanju traume kao iskustva koje je pohranjeno ne samo u umu, nego i u tijelu. Redovita tjelesna aktivnost, meditacija i pažljivo vođene fizičke aktivnosti pokazali su se korisnim dopunama standardnom liječenju.

10. Stigma i razumijevanje

Jedna od najvećih prepreka pravovremenom liječenju jest stigma — i ona vanjska, socijalna, i ona unutarjna. Mnogi pacijenti osjećaju stid i krivnju ne samo zbog traume koju su doživjeli, nego i zbog poteškoća koje im ta trauma uzrokuje. Razvoj depresije nakon traume nije znak slabosti karaktera. To je razumljiv i istraživanjima potvrđen odgovor mozga i psihičkog sustava na preintenzivna iskustva.

Razumijevanje vlastite situacije, tj. razumijevanje da ono što se događa ima uzrok, kontekst i smisao, samo po sebi može imati terapijsku vrijednost. Ono smanjuje unutarjni glas koji kaže 'nešto je sa mnom u osnovi pogrešno' i otvara prostor za pogled 'doživio/la sam nešto s čim moj sustav nije mogao sam izaći na kraj'.

11. Zaključak

Depresivni simptomi često se ne razvijaju izolirano, već u kontekstu prethodnih traumatskih iskustava koja su nadilazila sposobnost osobe za psihičku obradu. Trauma se pritom ne definira

isključivo intenzitetom događaja, nego njegovim dugotrajnim učinkom na emocionalnu regulaciju, doživljaj sigurnosti i osjećaj vlastite vrijednosti.

Neurobiološke promjene povezane s traumom — osobito one koje zahvaćaju HPA-os, hipokampus i prefrontalni korteks — stvaraju podlogu za emocionalne posljedice poput beznađa, otupjelosti i gubitka vitalnosti. Razvoj depresije u tom se kontekstu može razumjeti kao rezultat

kronične adaptacije na ugrozu, a ne kao primarni poremećaj raspoloženja bez uzroka.

Posebno su rizična rana, relacijska i dugotrajna traumatska iskustva, koja ostavljaju dubok trag na psihičko funkcioniranje — često vidljiv tek godinama ili desetljećima kasnije. Razumijevanje depresije kroz prizmu traume omogućuje smanjenje stigme i otvara prostor za učinkovitiji i humaniji pristup oporavku usmjeren ne samo na simptome, nego i na njihovu pozadinu.

Literatura:

1. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Benjet C, Bromet EJ, Cardoso G, et al. Trauma and PTSD in the WHO world mental health surveys. *Eur J Psychotraumatol*. 2017;8(sup5):1353383.
2. Mandelli L, Petrelli C, Serretti A. The role of specific early trauma in adult depression: A meta-analysis of published literature. *Eur Psychiatry*. 2015;30(6):665–80.
3. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. *Am J Prev Med*. 1998;14(4):245–58.
4. McEwen BS. Neurobiological and systemic effects of chronic stress. *Chronic Stress (Thousand Oaks)*. 2017;1:2470547017692328.
5. Heim C, Nemeroff CB. The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. *Biol Psychiatry*. 2001;49(12):1023–39.
6. van der Kolk BA. *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. New York: Viking; 2014.
7. Nemeroff CB. Paradise lost: the neurobiological and clinical consequences of child abuse and neglect. *Neuron*. 2016;89(5):892–909.
8. Bisson JI, Roberts NP, Andrew M, Cooper R, Lewis C. Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(12):CD003388.
9. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. (DSM-5). Washington DC: APA; 2013.
10. Shapiro F. *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy: Basic principles, protocols, and procedures*. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2018.
11. Teicher MH, Samson JA. Annual research review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *J Child Psychol Psychiatry*. 2016;57(3):241–66.
12. Seedat S, Scott KM, Angermeyer MC, Berglund P, Bromet EJ, Brugha TS, et al. Cross-national associations between gender and mental disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *Arch Gen Psychiatry*. 2009;66(7):785–95.
13. Szyf M, McGowan P, Meaney MJ. The social environment and the epigenome. *Environ Mol Mutagen*. 2008;49(1):46–60.
14. Herman JL. *Trauma and recovery: The aftermath of violence — from domestic abuse to political terror*. New York: Basic Books; 1992.
15. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press; 1979.

Uloga sociokulturalnih faktora u nastanku depresije

Valentin Kordić

Uvod

Depresija je jedan od najučestalijih poremećaja mentalnog zdravlja koji može zahvatiti svakoga, bez obzira na spol, dob, okruženje i okolnosti, a spada u vodeće uzroke smanjenja radne funkcionalnosti i kvalitete života. Duže vremena se smatralo kako je depresija pretežno povezana s biološkim sustavima u mozgu koji reguliraju raspoloženje i stres te individualnim osobinama. Danas se zna da raspoloženje nije samo nešto osobno, unutarnja borba i tiha patnja koja se događa u čovjeku, u praznini, nego je oblikovano i okruženjem u kojem osoba živi. Tu spadaju životni i radni uvjeti, kvaliteta obrazovanja, obiteljski odnosi, društvena sredina, odnosi s drugima, kulturalne vrijednosti i običaji koji osobu okružuju te utjecaj medija i digitalnih tehnologija. Svi ti čimbenici, konteksti i vrijednosti, koji čine svakodnevnicu, spadaju u sociokulturalne faktore koji mogu smanjiti ili povećati rizik za razvoj depresije.

Kako sociokulturalni faktori utječu na mozak i raspoloženje?

U ljudskom organizmu postoji prirodan sustav za suočavanje sa stresom koji pomaže u teškim situacijama da osoba uspije dobro reagirati i prilagoditi se tako što aktivira hormone stresa. To je korisno, zaštićujuće i nužno u kraćim situacijama, ali kada traje dugo, može dovesti do ozbiljnih promjena i problema jer organizam ostaje u stanjima stalne napetosti. Stručnjaci taj proces, u kojem se cijeli organizam iscrpljuje, opisuju kao biološku cijenu dugotrajnog stresa. U tim situacijama, kada je organizam dugo izložen stresu, hormoni stresa postaju povišeni i utječu na psihičko funkcioniranje osobe. Mogu poremetiti regulaciju sna, smanjiti razinu volje i energije, narušiti pažnju i koncentraciju. Također dolazi i do promjena u moždanim regijama koje su uključene u regulaciju emocija, funkcije pamćenja, planiranja i odlučivanja. To nisu znakovi slabosti osobe, nego rezultat prirodne reakcije tijela na produljeno opterećenje i napetost. Sustav organizma, a stres možemo usporediti sa satom s

alarmom koji zazvoni kada dođe do opasnosti, daje signale za reagiranje. Ali, ako taj alarm zvoni non-stop, bez pauze, dolazi do iscrpljivanja organizma, a raspoloženje postaje osjetljivije i sklonije razvoju depresije.

Veliku ulogu u svemu imaju i društveni čimbenici i očekivanja. Čovjek je često pod stalnim pritiskom, očekivanjima i normama. Očekuje se da je stalno dostupan, uspješan, produktivan u poslu i emocionalno stabilan. Nažalost, u nekim sredinama i dalje postoji nerazumijevanje i stigma za mentalne poteškoće zbog čega ljudi teže traže psihičku pomoć jer osjećaju strah, sram ili stid. Tada osobe često prikrivaju simptome i traže pomoć kada simptomi postanu jako izraženi. Uz sve to utjecaj ima i kultura i običaji sredine pa se kod nekih depresija uočava putem tjelesnih simptoma poput bolova u različitim dijelovima tijela ili umora, nesanicom, dok su kod drugih više izraženi tuga, plač, praznina, povlačenje. To svakako ne znači da je manja ili veća patnja, nego da se depresija izražava na način koji je u različitim zajednicama razumljiv.

Životni problemi su poput valova, nekada su manji, nekada snažniji, dolaze i prolaze. Kultura i društvo u kojem osoba živi mogu se usporediti s morem. Kada je more mirno i podržavajuće, lakše se podnose i veći problemi. S druge strane, ako je more stalno uzburkano pritiscima, tada i manji val može preplaviti i dovesti do umora.

Iz svega ovoga vidljivo je da je depresija najčešće rezultat kombinacije različitih čimbenika, a razumijevanje tih čimbenika pomaže u osvješćivanju vlastitih simptoma i smanjenju samooptuživanja.

Zaštitni sociokulturalni čimbenici

Kada se spominje mentalno zdravlje, uglavnom se govori o problemima i stresnim čimbenicima, a važno je govoriti i o čimbenicima u društvu koji osobu štite i čuvaju kada je teško. Zaštitni sociokulturalni čimbenici su svi oni utjecaji iz zajednice, društva i obitelji koji osobu podupiru i u

teškim razdobljima života i pomažu da bude hrabra, otporna i stabilna.

Obitelj je uglavnom temeljno zaštitno mjesto kod većine ljudi. Nije potrebno da je obitelj savršena, dovoljno je imati barem jednog člana s kojim se mogu podijeliti sretni i lijepi trenutci, brige i problemi. Time se smanjuje osjećaj usamljenosti, slabosti i bespomoćnosti, a dobiva sigurnost i potpora u teškim trenucima.

Važnu ulogu uz obitelj ima i šira socijalna zajednica - prijatelji, susjedi, radni kolege, članovi sportskih i drugih interesnih skupina. Kako je čovjek društveno biće, na njegovo mentalno zdravlje pozitivno utječu osjećaji pripadnosti i povezanosti. Pa tako terapijski učinak može imati razgovor uz kavu, zajedničko volontiranje ili treniranje, što će smanjiti stres i podsjećati osobu da nije sama sa svojim problemima.

Kulturalni čimbenici i vrijednosti također su važni čimbenici koji dodatno jačaju osjećaj pripadnosti, smisla, stabilnosti i kontinuiteta putem različitih običaja i tradicije. U teškim trenucima duhovnost i crkveni običaji mnogima pružaju dodatnu utjehu i snagu da se lakše bore s neizvjesnošću, bolešću ili gubitkom. Sudjelovanje u crkvenoj zajednici ljudima jača osjećaj zajedništva, podrške i prihvaćanja. Duhovnost je poput svjetionika kod uzburkanog olujnog mora - ne zaustavlja valove, ali pomaže da se ne izgubi smjer. U tom duhu vrijedi i misao svetog Augustina: „Nemirno je srce naše dok se ne smiri u Tebi“ koji time podsjeća da potraga za unutarnjim mirom i smislom zauzima duboko mjesto u ljudskoj psihi te da je važna za psihološku ravnotežu.

Važan dio zaštitnog okvira jesu obrazovanje i radna sredina koji mogu pomoći da se osoba lakše nosi sa stresom znajući gdje može pronaći stručnu pomoć i edukativne materijale. Okolina, koja otvoreno govori o mentalnom zdravlju i bori se protiv stigme, trebala bi poticati ljude da što prije potraže stručnu pomoć pokazujući time podršku, brigu i odgovornost.

Zaštitni sociokulturalni čimbenici nužno ne rješavaju probleme, ali jačaju otpornost pomažući da se lakše ustane kada se posrne. Oni su kao korijenje drveća, što je snažnije i dublje, to se bolje drži uspravno u olujama. Često je dovoljan i najmanji korak, kao što je razgovor ili podrška, da se doživi jakost te zaštitne mreže.

Rizični sociokulturalni čimbenici

Kako biljka ne može napredovati u nepovoljnim uvjetima, tako i mentalno zdravlje čovjeka postaje narušeno, ako je dugotrajno izložen pritisku, izolaciji i nesigurnosti. Depresija je tada znak iscrpljenosti, a ne znak slabosti. Društveni i kulturalni čimbenici često dugotrajno djeluju kao izvor stresa te postupno narušavaju mentalno zdravlje i čine podlogu, tlo za razvoj depresije.

Najsnažniji rizični čimbenik u suvremenom društvu jest usamljenost. Čovjek je društveno biće pa tako dugotrajna usamljenost i nedostatak podržavajućih i bliskih odnosa postupno narušavaju osjećaj vrijednosti, nade i smisla. Na primjer, starija žena koja živi sama, nema bliske obitelji, rijetko se viđa sa susjedima i prijateljima, može razviti depresiju zbog trajnog osjećaja nepripadanja i praznine.

Financijska nesigurnost, nezaposlenost i siromaštvo snažni su stresori koji mnogu dovesti do anksioznosti, neuredne dinamike sna i polaganog razvoja depresije. Gubitak posla ne znači samo manjak financija, nego i gubitak organiziranog dnevnog ritma i slabljenje doživljaja osobne korisnosti i svrhe. Na primjer, osoba koja dugo traži posao, može se početi osamljivati i povlačiti iz društva zbog osjećaja srama i osobnog neuspjeha.

Migracije su bitan rizični čimbenik jer dolazi do gubitka socijalne mreže, manjka osjećaja pripadnosti i okruženosti nepoznatim. Uz sve to potrebna je i prilagodba novom jeziku, kulturi i pravilima što može rezultirati narušavanjem osobnog identiteta, pojačanjem nesigurnosti i usamljenosti.

Diskriminacija i marginalizacija na temelju roda, seksualne orijentacije, etničke, vjerske ili druge osobne pripadnosti predstavlja bitan izvor psihološkog opterećenja. Osoba, koja je svakodnevno izložena predrasudama i nepravednom tretmanu, često ima narušeno samopoštovanje, povećanu samokritičnost i emocionalnu istrošenost.

Rodne uloge i pritisci stalnog postignuća često su prisutni u suvremenom društvu. U društvu se od muškaraca često očekuje da ne pokazuju emocije i da budu uspješni u poslu, dok se od žena očekuje da budu istovremeno uspješne na poslu, aktivne i brižne u obitelji i društvenim ulogama.

Potrebno je naglasiti da je dopušteno biti ranjiv i postavljati vlastite granice te da nitko ne mora potiskivati emocije, niti biti uspješan u svim područjima. Isto tako današnje društvo posebno nagrađuje perfekcionizam koji može postati rizičan kada osoba vlastite vrijednosti poistovjećuje samo s postignućima pa svaki neuspjeh proživljava kao osobni pad, a ne kao dio životnog iskustva.

Društvene mreže i usporedba s drugima iz cijelog svijeta imaju posebnu ulogu u današnjem suvremenom svijetu zbog prikaza tuđih života idealiziranim očima. Korisnicima se prikazuju uljepšani, odabrani i idealizirani životni trenutci, dok se neuspjesi, nesavršenosti, poteškoće i sumnje rijetko prikazuju. Takvi selektivni prikazi kod djece i mladih stvaraju dojam da su drugi sretniji i uspješniji te time dovodi do gubitka samopouzdanja i nezadovoljstva vlastitim životom. Problematična je stalna dostupnost takvih sadržaja pa usporedba ne prestaje. Prije su se djeca uspoređivala međusobno s drugom djecom iz razreda, a danas s cijelim svijetom. Dugoročna izloženost u toj osjetljivoj fazi razvoja identiteta može dovesti do razvoja anksioznih i depresivnih simptoma. Važno je napomenuti da društvene mreže prikazuju samo mali dio stvarnosti, a ne cijelu životnu priču. Osobna vrijednost ne ovisi o broju pratitelja i lajkova te se ne treba uspoređivati s drugima, nego sa samim sobom - kakav je netko bio jučer i kakav želi postati sutra.

Od rizika do otpornosti

Prepoznavanje znakova depresije i okolnosti koje povećavaju rizik prvi su i najvažniji korak prema oporavku. Bitno je znati da se osoba s depresijom ne mora boriti sama. Za početak može uvesti male, ali značajne promjene kao što su: smanjiti vrijeme provedeno na društvenim mrežama, održavati barem jedan blizak, siguran i podržavajuć odnos i postavljati sebi stvarna očekivanja. Treba biti odgovoran i brižan prema vlastitom mentalnom zdravlju, a traženje stručne pomoći ne shvaćati kao znak slabosti. Jednako je važna i obiteljska podrška gdje je važno otvoreno i neosuđujuće govoriti o emocijama i pratiti promjene u ponašanju. Ponekad iskrena rečenica podrške i razumijevanja vrijedi više od mnoštva objašnjenja i savjeta. Šire gledano, na razini društva potrebna su veća ulaganja u preventivne programe i edukacije od vrtićke i školske dobi i podrška i briga na radnom mjestu. Okruženje koje pruža razumijevanje, ravnotežu između privatnog i poslovnog i ima dostupnu stručnu pomoć pridonosi ranijem prepoznavanju i potiče oporavak jačajući zaštitne čimbenike. Tek kada se umjesto osuđivanja pruži razumijevanje, umjesto šutnje aktivna podrška, stvaraju se uvjeti za oporavak i nastaje zajednica u kojoj mentalno zdravlje postaje zajednička odgovornost, a pokretačka snaga promjene nada.

Literatura:

1. Alon N, Macrynikola N, Jester DJ, Keshavan M, Reynolds CF 3rd, Saxena S, et al. Social determinants of mental health in major depressive disorder: umbrella review of 26 meta-analyses and systematic reviews. *Psychiatry Res.* 2024 May;335:115854. doi:10.1016/j.psychres.2024.115854.
2. Kirkbride JB, Anglin DM, Colman I, Dykxhoorn J, Jones PB, Patalay P, et al. The social determinants of mental health and disorder: evidence, prevention and recommendations. *World Psychiatry.* 2024 Feb;23(1):58-90. doi:10.1002/wps.21160.
3. Nagata JM, Otmar CD, Shim J, et al. Social media use and depressive symptoms during early adolescence. *JAMA Netw Open.* 2025;8(5):e2511704. doi:10.1001/jamanetworkopen.2025.11704.
4. Wang Y, Huang Q, Kim D, Liu J, Lin S, Zhang Y, et al. Systematic review and meta-analysis: racial-ethnic discrimination and young people's mental health in intensive longitudinal studies. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2025 Jun 18. doi:10.1016/j.jaac.2025.06.007.
5. Das P. A systematic review and meta-analysis on association between social non-participation and falling in depressive state among the older adult people. *Discov Ment Health.* 2025 Jul 22;5(1):108. doi:10.1007/s44192-025-00255-w.
6. Malhi GS, Mann JJ. Depression. *Lancet.* 2018 Nov 24;392(10161):2299-2312. doi:10.1016/S0140-6736(18)31948-2.
7. Otte C, Gold SM, Penninx BW, Pariante CM, Etkin A, Fava M, et al. Major depressive disorder. *Nat Rev Dis Primers.* 2016 Sep 15;2:16065. doi:10.1038/nrdp.2016.65.

Sezonski afektivni poremećaj – utječe li svjetlost na raspoloženje?

Naumče Naumovski, Sanda Anton

U općoj se populaciji tijekom jesenskih i zimskih mjeseci, odnosno skraćanjem trajanja dana, često bilježe promjene koje uključuju izvjesni pad životne vitalnosti, veću potrebu za snom, povećan apetit te smanjenu društvenu angažiranost. Suprotno tome u proljetnim mjesecima, a s produljenjem trajanja dana, ti se obrasci spontano mijenjaju u stanje praćeno većom životnom energijom, slabijim apetitom, manjom potrebom za snom te većom društvenom aktivnošću. Navedene promjene predstavljaju normalni fiziološki odgovor organizma na sezonske promjene u duljini trajanja dana i intenzitetu sunčeve svjetlosti. Kod većine ljudske populacije navedene sezonske oscilacije su blage, prolazne i ne dovode do narušavanja svakodnevnog funkcioniranja. Međutim, kada su ove sezonske promjene izraženije, simptomi naglašeniji i duljeg trajanja, te kada isti dovode do značajnijeg pada na socijalnom, radnom, akademskom ili cjelokupnom funkcioniranju pacijenta, tada možda govorimo o sezonskom afektivnom poremećaju. (1)

Sezonski afektivni poremećaj (SAP) podvrsta je afektivnog poremećaja u kojemu se raspoloženje, ponašanje i razina energije neke osobe karakteristično i klinički značajno mijenjaju ovisno o godišnjem dobu. Valja za početak istaknuti kako se u suvremenim klasifikacijskim sustavima bolesti sezonski afektivni poremećaj nozološki ne razmatra kao poseban dijagnostički entitet. U klasifikacijskom sustavu MKB-10 (ICD-10) sezonski obrazac nije izdvojen kao posebna kategorija (dijagnoza), već se simptomi klasificiraju unutar depresivnog ili bipolarnog poremećaja, dok se navedeni sezonski obrazac pojave simptoma može naglasiti tek u opisu kliničke slike. Slično tome u klasifikacijskom sustavu DSM-5 sezonalnost se opisuje tek specifikatorskim dodatkom - „sa sezonskim obrascem“ na dijagnozu depresivnog poremećaja ili bipolarnog poremećaja, no ne razmatra se kao samostalni poremećaj. Time ovi klasifikacijski sustavi naglašavaju kako je zapravo riječ o

vremenski uvjetovanom obrascu pojave osnovnih poremećaja raspoloženja, a ne o nekom zasebnom poremećaju raspoloženja sa svojim specifičnim simptomima (2,3).

U općoj svjetskoj populaciji sezonski afektivni poremećaj javlja se s prevalencijom (pojavnošću) od približno 5 % te je oko četiri puta češći u žena nego u muškaraca. Valja naglasiti kako pojavnost SAP-a značajnije ovisi o geografskoj širini zemlje o kojoj govorimo. Viša je u sjevernim područjima s većim sezonskim oscilacijama dnevnog svjetla (Švedska, Norveška, Finska, Kanada) gdje se prema dostupnim istraživanjima ovaj poremećaj pojavljuje u 8 - 15 % populacije, dok je gotovo zanemarive pojavnosti u zemljama oko ekvatora koje imaju manje sezonske oscilacije (Meksiko, Egipat, Indija). Za Republiku Hrvatsku nažalost ne postoje reprezentativni epidemiološki podatci koji daju točnu prevalenciju poremećaja u općoj populaciji. S obzirom na geografski smještaj i klimu očekivane stope bi se mogle kretati u rasponu talijanskih vrijednosti (2 - 4,5 %) što je procjena temeljena na usporedbama, a ne na realnoj znanstvenoj studiji (4,5).

U kliničkom smislu puno je zanimljivije vidjeti udio sezonskog afektivnog poremećaja u populaciji osoba koje već boluju od afektivnih poremećaja. Prema dostupnom francuskom istraživanju otprilike 10 % osoba s dijagnosticiranim depresivnim poremećajem pokazalo je sezonski obrazac pojave dok je kod osoba s dijagnosticiranim bipolarnim poremećajem taj udio nešto viši i kreće se do 25 % (5). Ovi udjeli nisu zanemarivi u kliničkoj praksi te bitno mijenjaju klinički i terapijski pristup što će biti opisano kasnije.

U etiološkom smislu utjecaj prirodne svjetlosti na raspoloženje poznat je još iz antičkog doba kada su drevni grčki liječnici uočavali da se depresija, ili melankolija, kako su je nazivali, češće javlja za vrijeme tamnijih i hladnijih mjeseci. Zbog toga su preporučivali izlaganje suncu i boravak na

svježem zraku kao dio terapije za ovaj duševni poremećaj. Slična medicinska znanja i opažanja nastavila su se primjenjivati tijekom starog i srednjeg vijeka te su se prenijela na medicinsku praksu 19. i početka 20. stoljeća. U književnosti 19. stoljeća dobro je opisan trend predstavnika društvene elite da iz sjevernih europskih zemalja odlaze u sunčane mediteranske krajeve kako bi tamo izliječili svoje „spleen“ raspoloženje. Ipak, tek krajem 20. stoljeća opažanja o utjecaju svjetlosti na raspoloženje dobila su svoj klinički i biološki okvir. Početkom 1980-ih američki psihijatar Norman Rosenthal sistematski je opisao grupu pacijenata koji su svake jeseni razvijali tipične simptome depresije, a od nastalih tegoba bi se spontano oporavili u proljeće. Rosenthal je 1984. godine navedeni klinički obrazac nazvao sezonskim afektivnim poremećajem (SAP/SAD), dokazao da se simptomi mogu ublažiti svakodnevnim izlaganjem jakom umjetnom svjetlu te je ukazao na to da svjetlost može direktno utjecati na biološke mehanizme raspoloženja (6).

Ovi biološki mehanizmi prvenstveno se temelje na utjecaju svjetlosti na tzv. „biološki sat“ smješten u hipotalamusu mozga koji upravlja cirkadijanim ritmom, odnosno dnevnim ritmom spavanja, ritmom budnosti te regulacijom lučenja kortizola i melatonina. Jutarnja svjetlost kroz očne kapke, oči i optičke živce djeluje kao svjetlosni signal koji aktivira biološki sat u hipotalamusu. Aktivacijom ovog „sata“ tijekom ranog jutra smanjuje se lučenje melatonina (noćnog hormona), a potiče lučenje kortizola (dnevnog hormona). Time se aktiviraju tjelesni procesi koji nas čine sve budnijima, mentalno bistrijima i naposljetku spremnima za dnevne aktivnosti. S druge strane, padanjem mraka i dolaskom noći aktivira se lučenje melatonina, a smanjuje lučenje kortizola zbog čega se tijelo sve više umiruje i relaksira pripremajući se tako za fazu noćnog sna i odmora (6,7).

U jesen i zimu, kada se trajanje dnevnog svjetla skрати, odnosno kada jutarnje svjetlo postane slabije i kraće, u genetski vulnerabilnih ljudi hipotalamus kasni s adaptacijom. Melatonin se u ovom slučaju izlučuje dulje nego što bi to trebalo pa tijelo tijekom jutra još uvijek djelomično radi u noćnom režimu. Posljedično tome temperatura tijela bude niža, mozak „radi sporije“, a osoba se osjeća umorno, bezvoljno te se teško pokreće. Kako dan odmiče, izlučivanje dnevnih hormona

se postupno aktivira pa se navečer osoba zna osjećati življe i raspoloženije. Taj obrazac sa subjektivnim osjećajem težeg jutra i podneva, a lakšeg podnošenja predvečerja i večeri, karakterističan je za endogenu depresiju i dobro se uklapa u bioritmicko-disinkronizacijsku teoriju koja spada u najprihvaćenije biološke teorije nastanka ovog duševnog poremećaja. Prema ovoj teoriji depresija je zapravo poremećaj vremenskog usklađivanja organizma u kojemu različiti sustavi (san, hormoni, energija, pažnja) nisu dobro sinkronizirani s vanjskim ciklusom dana i noći. Ova teorija se donekle poklapa i s klasičnom monoaminskom teorijom nastanka depresije jer se slabljenje prirodnog svjetla dovodi u direktnu vezu sa smanjenim izlučivanjem serotonina - tzv. hormona sreće, te dopamina - hormona zadovoljstva, pažnje i koncentracije. U smislu sezonskog afektivnog poremećaja kod određenih ljudi, koji su genetski skloni razvoju afektivnih poremećaja i/ili maladaptaciji biološkog sata, tijekom sezonskih promjena lako može doći do nastanka poremećaja raspoloženja. Valja istaknuti kako je kod osoba sklonih razvoju bipolarnog poremećaja isti sustav još osjetljiviji na sezonske promjene te produljenje trajanja dana tijekom proljeća može previše ubrzati biološki sat i dovesti do razvoja hipomanije ili manije (7,8).



Kao što je ranije navedeno, pojam sezonskog afektivnog poremećaja ne odnosi se na specifične afektivne simptome, već opisuje promjenu poznatih poremećaja raspoloženja po karakterističnom sezonskom obrascu. Obrasci sezonskih promjena raspoloženja u sklopu sezonskog afektivnog poremećaja opisuju se trima najčešćim kliničkim varijacijama. Najčešći oblik karakteriziran je pojavom depresivnih simptoma u jesen i zimu dok se u proljeće i ljeto raspoloženje spontano vraća na osnovnu razinu, odnosno u normalu. Nešto rjeđi obrazac, češće

prisutan unutar bipolarnog spektra, uključuje zimsku depresivnu epizodu nakon koje u proljeće ili ljeto može uslijediti hipomanična epizoda prije svega obilježena euforičnim raspoloženjem, povećanom energijom i smanjenom potrebom za snom. Najrjeđi je tzv. inverzni, ljetni obrazac, u kojem se u proljeće ili ljeto javlja atipična depresivna epizoda, praćena nesanicom, smanjenim apetitom, nemirom i tjeskobom, dok su jesen i zima razdoblja relativne stabilnosti (6).

U kliničkom radu važno je istaknuti to da sama sezonalnost nije dovoljna za razmatranje postojanja sezonskog afektivnog poremećaja, već je presudno postojanje triju glavnih kriterija: prave afektivne epizode prema važećim dijagnostičkim kriterijima, ponavljanje afektivne epizode u istom godišnjem razdoblju više sezona zaredom (npr. svake zime) te relativno dobro funkcioniranje izvan te sezone (znatno povlačenje ili poboljšanje simptoma) (3). Za kliničku procjenu i dijagnostičku podršku kod sezonskog afektivnog poremećaja najčešće se koristi Seasonal Pattern Assessment Questionnaire (SPAQ). To je samoprocjenski upitnik koji procjenjuje sezonske promjene raspoloženja, energije, sna, apetita, tjelesne težine i društvene aktivnosti te omogućava izračun Global Seasonality Score (GSS). Važno je pritom naglasiti da instrument nije validirano preveden na hrvatski jezik što može ograničiti njegovu primjenu u našoj kliničkoj praksi (9).

Klinički značaj sezonskog afektivnog poremećaja proizlazi prvenstveno iz njegove sezonske predvidljivosti što omogućuje profilaktičko i vremenski ciljano liječenje prije očekivanog početka simptoma. Liječenje sezonskog afektivnog poremećaja uglavnom se temelji na psihoedukativnom, psihoterapijskom, psihofarmakoterapijskom i fototerapijskom pristupu.



Kao i kod drugih psihičkih poremećaja na početku liječenja najvažnija je psihoedukacija. Pacijentu bi trebalo na njemu razumljiv način objasniti prirodu poremećaja, njegove simptome i vremensku pojavu istih te ga informirati o ključnim periodima godine kada je važno intenzivirati psihijatrijsko praćenje radi daljnjeg određivanja ili korekcije terapije. Vrlo je važno i savjetovanje vezano uz promjenu dnevne rutine pacijenta koja bi tijekom hladnijih mjeseci godine trebala uključivati ranije buđenje, duži boravak na dnevnom svjetlu, tjelovježbu, a navečer raniji odlazak na spavanje, poželjno svaku noć u isto vrijeme. Unutar psihoterapijskog pristupa razvijen je i prilagođeni oblik kognitivno-bihevioralne terapije smišljen za liječenje sezonskog afektivnog poremećaja (CBT-SAD) (10).

U zimskom tipu sezonske depresije može se provoditi i fototerapija koja se provodi najčešće u jutarnjim satima. Za ovu svrhu najčešće se koriste specijalizirane svjetlosne kutije ili lampe intenziteta svjetlosti od 2 500 do 10 000 luksa. Vrijeme trajanja tretmana svjetlom iznosi od 20 do 60 minuta. Ovisno o specifikacijama izvora svjetlosti pacijent mora biti udaljen najmanje od 30 do 45 cm od svjetiljke, otvorenih očiju, no bez direktnog gledanja u smjeru izvora svjetlosti. Fototerapijski tretman se može provoditi u trajanju od dva tjedna do nekoliko mjeseci, no najbolje je s istim prestatu nakon što se postigne povlačenje simptoma depresije (11,12).

Kada govorimo o farmakološkom pristupu, ovisno o tipu depresivnih simptoma mogu se primjenjivati SSRI ili SNRI antidepresivi, a veliku učinkovitost u zimskoj depresiji pokazao je antidepresiv bupropion. Početak antidepresivne terapije u ranu jesen može smanjiti rizik razvoja zimske epizode što predstavlja specifičnost liječenja sezonskog obrasca. Za regulaciju narušenog bioritma od velike pomoći mogu biti i lijekovi iz skupine hipnotika koji se primjenjuju navečer za spavanje. U okviru bipolarnog poremećaja sa sezonskim obrascem prepoznavanje sezonalnosti ima i dodatnu važnost jer svjetlosna terapija može inducirati hipomaniju ili maniju, zbog čega se kod ovog poremećaja izbjegava, ili se može primjenjivati, no uz pažljivu titraciju svjetlosti te istodobnu primjenu stabilizatora raspoloženja (13,14,15).

Na kraju, razumijevanje povezanosti između cirkadijanog ritma, hormonske regulacije i

promjena raspoloženja, omogućuje nam da poremećaje raspoloženja promatramo ne samo kao psihosocijalni, već i kao biološki uvjetovan fenomen. Sezonski afektivni poremećaj podsjeća nas da je ljudsko raspoloženje ipak osjetljivo na ritmove prirode te koliko smo, unatoč suvremenom načinu života, i dalje povezani sa suncem, svjetlom i izmjenom godišnjih doba.

Prepoznavanje sezonskog obrasca ima vrlo značajan prognostički, terapijski i preventivni učinak te izravno utječe na planiranje i individualan pristup liječenju. U tom smislu sezonska pojava simptoma ne predstavlja samo izazov, već i priliku za pravovremenu terapijsku intervenciju, bolju kontrolu simptoma i očuvanje kvalitete života pacijenta.

Literatura:

1. Winthorst WH, Bos EH, Roest AM, de Jonge P. Seasonality of mood and affect in a large general population sample. *PLoS One*. 2020;15(9):e0239033.doi:10.1371/journal.pone.0239033.
2. Carepatron. Seasonal Affective Disorder DSM 5 Criteria. Dostupno na: <https://www.carepatron.com/files/seasonal-affective-disorder-dsm-5-criteria.pdf>.
3. World Health Organization. ICD 10 Version:2019 – International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Geneva: WHO; 2019.
4. Kim K, Kim J, Jung S, Kim HW, Kim HS, Son E, et al. Global prevalence of seasonal affective disorder by latitude: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders* [Internet]. 2025 Jul 3;390:119807.
5. Geoffroy PA, Bellivier F, Scott J, Boudebessé C, Lajnef M, Gard S, et al. Bipolar Disorder with Seasonal Pattern: Clinical Characteristics and Gender Influences. *Chronobiology International*. 2013 Aug 9;30(9):1101–7.
6. Melrose S. Seasonal Affective Disorder: An Overview of Assessment and Treatment Approaches. *Depression Research and Treatment* [Internet]. 2015;2015(1):1–6.
7. Levitan RD. The chronobiology and neurobiology of winter seasonal affective disorder. *Chronobiology in Psychiatry*. 2007 Sep;9(3):315–24.
8. Salgado-Delgado R, Tapia Osorio A, Saderi N, Escobar C. Disruption of Circadian Rhythms: A Crucial Factor in the Etiology of Depression. *Depression Research and Treatment*. 2011;2011:1–9.
9. Seasonal pattern assessment questionnaire [Internet]. Dostupno na: <https://med-fom-ubcsad.sites.olt.ubc.ca/files/2013/11/SPAQ-SAD.pdf>
10. Rohan KJ, Mahon JN, Evans M, Ho SY, Meyerhoff J, Postolache TT, et al. Randomized Trial of Cognitive-Behavioral Therapy Versus Light Therapy for Seasonal Affective Disorder: Acute Outcomes. *American Journal of Psychiatry*. 2015 Sep;172(9):862–9.
11. Pjrek E, Friedrich ME, Cambioli L, Dold M, Jäger F, Komorowski A, et al. The Efficacy of Light Therapy in the Treatment of Seasonal Affective Disorder: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Psychotherapy and Psychosomatics* [Internet]. 2020;89(1):17–24.
12. How Light Therapy Can Help With Seasonal Affective Disorder (SAD) [Internet]. Cleveland Clinic. 2021. Dostupno na: <https://health.clevelandclinic.org/light-therapy>
13. Galima SV, Vogel SR, Kowalski AW. Seasonal Affective Disorder: Common Questions and Answers. *American Family Physician* [Internet]. 2020 Dec 1;102(11):668–72.
14. Munir S, Abbas M. Seasonal Depressive Disorder [Internet]. Nih.gov. StatPearls Publishing; 2022.
15. Pjrek E, Winkler D, Kasper S. Pharmacotherapy of Seasonal Affective Disorder. *CNS Spectrums*. 2005 Aug;10(8):664–9.

Slike preuzete s:

1. <https://www.healthyforlifemeals.com/blog/importance-of-sunlight-for-mind-body-and-soul>
2. <https://www.psychiatry.org/news-room/apa-blogs/bright-light-therapy-beyond-seasonal-depression>

Liječenje depresije: suvremeni pristupi

Ivana Pavličević Tomas

Depresija je jedan od najčešćih mentalnih poremećaja današnjeg doba i predstavlja značajan javnozdravstveni problem i interes. U kliničkoj slici je dugotrajno sniženo raspoloženje, gubitak interesa ili zadovoljstva (anhedonija), smanjena energija, osjećaj bezvrijednosti, kognitivne smetnje, poteškoće koncentracije, pažnje i donošenja odluka. Iako je depresija kompleksna i višedimenzionalna bolest, njezino liječenje danas uključuje niz različitih pristupa koji se često kombiniraju kako bi se postigao najbolji terapijski učinak.

Različiti pristupi liječenja depresije:

1. Biološki pristup: farmakoterapija

Jedan od temeljnih načina liječenja depresije jest primjena lijekova (antidepresiva). Ovi lijekovi djeluju na specifične neurotransmitterske sustave u mozgu kao što su serotonin, noradrenalin i dopamin, koji su povezani s regulacijom raspoloženja. Antidepresivi su raznolika skupina lijekova koji se razlikuju prema mehanizmu djelovanja, učinkovitosti i profilu nuspojava. Iako svi imaju zajednički cilj, a to je ublažiti simptome depresije, način na koji to postižu može se znatno razlikovati.

Skupine lijekova koji se koriste za liječenje depresije:

1. Selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (SSRI)

SSRI su danas najčešće propisivani antidepresivi. Oni povećavaju razinu neurotransmitera serotonina u mozgu tako što blokiraju njegovu ponovnu pohranu u živčane stanice.

Generički naziv lijeka: escitalopram, citalopram, sertralin, fluoksetin, fluvoksamin, paroksetin

Prednosti:

- manje nuspojava u odnosu na starije lijekove
- sigurniji kod predoziranja

Nedostaci:

- mogu uzrokovati nuspojave u vidu probavnih tegoba, mučninu, nesanicu ili seksualne disfunkcije

2. Inhibitori ponovne pohrane serotonina i noradrenalina (SNRI)

SNRI djeluju slično SSRI-ima, ali osim serotonina utječu i na neurotransmiter noradrenalin, što može biti korisno kod određenih simptoma poput umora i manjka energije.

Generički naziv lijeka: venlafaksin, duloksetin

Prednosti:

- učinkovitiji kod nekih težih oblika depresije
- mogu pomoći i kod kronične boli

Nedostaci:

- mogu povisiti krvni tlak
- izraženije nuspojave pri naglom prekidu

3. Triciklički antidepresivi (TCA)

Starija skupina lijekova koji djeluju na više neurotransmitera, uključujući serotonin i noradrenalin, ali i druge sustave u tijelu.

Generički naziv lijeka: amitriptilin, imipramin

Prednosti:

- dobra učinkovitost lijeka, posebno kod teških depresija

Nedostaci:

- više nuspojava (suha usta, pospanost, povećanje tjelesne težine)
- opasni kod predoziranja, danas se koriste rjeđe, obično kada noviji lijekovi nisu učinkoviti

4. Inhibitori monoaminooksidaze (MAOI)

Još jedna starija skupina antidepresiva koji djeluju tako da blokiraju enzim monoaminooksidazu, čime povećavaju razinu neurotransmitera.

Generički naziv lijeka: fenelzin, tranilcipromin

Prednosti:

- mogu biti učinkoviti kod atipične i rezistentne depresije

Nedostaci:

- zahtijevaju strogu dijetu (izbjegavanje hrane s tiraminom)
- mogu imati opasne interakcije s drugim lijekovima

5. Atipični antidepresivi

Obuhvaćaju lijekove koji ne spadaju u prethodne kategorije, imaju specifične mehanizme djelovanja te često djeluju na više receptorskih sustava.

Generički nazivi lijeka: bupropion (djeluje na sustav dopamina i noradrenalina), mirtazapin (utječe na više receptorskih sustava mozga, često poboljšava san), vortiooksetin (među novijim antidepresivima, višereceptorsko djelovanje)

Prednosti:

- specifični učinci (npr. manje seksualnih nuspojava kod bupropiona)
- mogu pomoći kod nesаницe ili gubitka apetita

Nedostaci:

- različite nuspojave ovisno o lijeku (npr. pospanost ili povećanje tjelesne mase)

Različite skupine antidepresiva omogućuju individualiziran i personaliziran pristup liječenju depresivnog poremećaja. Koji će biti izbor lijeka ovisi o simptomima, težini i dugotrajnosti bolesti, prethodnim iskustvima pacijenta i mogućim nuspojavama. U kliničkoj praksi često se mora isprobati više opcija kako bi se pronašla najprikladnija terapija i liječenje bilo uspješno.

Važno je naglasiti da učinak lijekova obično ne nastupa odmah, već nakon nekoliko tjedana redovitog uzimanja. To pacijentima često stvara problem, ne dočekaju učinak lijeka i prerano odustaju od farmakoterapije. Uloga liječnika je u razradi i objašnjenju djelovanja lijekova te očekivanim učincima. Farmakoterapija je osobito korisna kod umjerenih i teških oblika depresije, ali zahtijeva individualiziran pristup i praćenje stručnjaka zbog mogućih nuspojava i varijabilnog odgovora pacijenata.

2. Psihoterapijski pristup

Psihoterapija je ključna komponenta liječenja depresije, posebno kod blagih i umjerenih oblika, ali i kao dodatak lijekovima kod težih slučajeva. Jedan od najistraženijih i najviše korištenih pristupa je kognitivno-bihevioralna terapija (KBT), koja pomaže osobama prepoznati i promijeniti negativne obrasce mišljenja i ponašanja.

Osim KBT-a, učinkovite su i druge terapije poput interpersonalne terapije, psihodinamske terapije i terapije usmjerene na rješenja. Psihoterapija ne samo da ublažava simptome, nego i razvija dugoročne vještine suočavanja sa stresom, mijenja obrasce ponašanja i navika, čime smanjuje rizik relapsa depresije.

3. Drugi pristupi liječenju depresije**Bihevioralne i životne intervencije**

Promjene u životnom stilu i navikama također igraju važnu ulogu u liječenju depresije. Redovita tjelesna aktivnost pokazala se učinkovitom u smanjenju simptoma, potiče oslobađanje specifičnih kemijskih tvari u mozgu (endorfin), poboljšava opće psihofizičko stanje i utječe na zadovoljstvo samim sobom.

Uredan ritam spavanja je još jedan ključan faktor. Poremećaji spavanja često prate depresiju pa stabilizacija ritma spavanja može značajno pridonijeti oporavku. Također, zdrava prehrana, socijalna podrška i smanjenje stresa doprinose poboljšanju mentalnog zdravlja.

Napredne metode liječenja

Kod težih i terapijski rezistentnih oblika depresije koriste se i druge metode liječenja. Jedna od njih je elektrostimulativna terapija (EST). Unatoč stigmi danas je sigurna i vrlo učinkovita za specifične pacijente. Novije metode uključuju transkranijalnu magnetsku stimulaciju (TMS) i primjenu ketamina u kontroliranim uvjetima, što predstavlja značajan napredak u psihijatriji.

Zaključak

Liječenje depresije zahtijeva sveobuhvatan i integriran pristup koji uključuje farmakoterapiju, psihoterapiju i promjene životnog stila. Napredak u razumijevanju neurobioloških i psiholoških mehanizama depresije doveo je do razvoja novih terapijskih opcija, ali izazovi i dalje postoje, osobito u području dostupnosti i individualizacije liječenja. Pravovremeno prepoznavanje i adekvatna terapija ključni su za oporavak i poboljšanje kvalitete života oboljelih. Važno je naglasiti da ne postoji univerzalni pristup liječenju depresije. Svaka osoba ima jedinstvenu kombinaciju bioloških, psiholoških i socijalnih čimbenika koji utječu na razvoj i tijek bolesti. Ključno je prilagoditi terapiju pojedincu, kombinirati više metoda liječenja te djelovati na životni stil. Unatoč dostupnosti i učinkovitosti tretmana mnogi ljudi ne traže pomoć zbog stigme povezane s mentalnim poremećajima. Edukacija i destigmatizacija mentalnog zdravlja ključni su za poticanje pravovremenog liječenja i poboljšanje ishoda.

Ekspresija u depresiji

Dario Klasan

Depresija je jedan od najraširenijih poremećaja raspoloženja suvremenog društva i predstavlja ozbiljan izazov ne samo za pojedinca, nego i za zajednicu u cjelini. Riječ je o složenom stanju koje nadilazi prolaznu tugu ili loše raspoloženje te zahvaća cjelokupno funkcioniranje osobe. Ona ne utječe isključivo na emocije, već i na način razmišljanja, tjelesno stanje te sposobnost sudjelovanja u svakodnevnim obavezama i odnosima. Najčešće se očituje dugotrajnim osjećajem tuge, praznine i beznada, uz izražen gubitak interesa i zadovoljstva u aktivnostima koje su nekada donosile radost i smisao. Depresija često mijenja i način na koji osoba doživljava vrijeme. Dani se mogu činiti dugi i iscrpljujući dok se budućnost doživljava kao nejasna ili zatvorena. Takav osjećaj vremenske zarobljenosti dodatno otežava izražavanje emocija jer osoba gubi vjeru da će njezino stanje ikada biti drugačije.

Uz emocionalne promjene kod osoba s depresijom često su prisutne i kognitivne poteškoće. Smanjena koncentracija, usporeno razmišljanje, negativna slika o sebi te osjećaji bespomoćnosti i bezvrijednosti mogu znatno narušiti kvalitetu života. Takvo unutarnje stanje često ostaje nevidljivo okolini jer se depresija ne mora nužno manifestirati otvorenom patnjom. Ona je često tiha, povučena i skrivena iza prividne smirenosti ili svakodnevnih funkcionalnosti.

Zbog svoje učestalosti i složenosti depresija je stanje s kojim se susreću brojni zdravstveni stručnjaci, od liječnika obiteljske medicine i medicinskih sestara do psihijatar, psihologa i drugih stručnjaka za mentalno zdravlje. Uspješno liječenje najčešće zahtijeva suradnju različitih struka, ali i dublje razumijevanje unutarnjeg iskustva osobe koja pati. Bez tog razumijevanja postoji opasnost da se depresija promatra isključivo prema simptomima, a ne kao osobno i emocionalno iskustvo. Važno je naglasiti da ne postoji jedan ispravan način doživljavanja ili izražavanja depresije. Svaka osoba razvija vlastite mehanizme suočavanja koji su oblikovani osobnim iskustvima, okolinom i odnosima. Upravo zato pristup depresiji mora biti

individualan i lišen očekivanja kako bi se netko „trebao“ osjećati ili ponašati.

Jedna od čestih karakteristika depresije jest smanjena emocionalna ekspresija. Lice osobe može djelovati neutralno ili trajno tužno, uz rijetko osmjehivanje, slabiji kontakt očima i općenito povučeni neverbalno ponašanje. Iako se izvana mogu doimati emocionalno odsutnima ili nezainteresiranima, iznutra često proživljavaju snažne, ali teško objašnjive osjećaje. Mnoge osobe opisuju stanje emocionalne otupjelosti u kojem im je teško prepoznati, imenovati ili izraziti vlastite emocije. Upravo ta nemogućnost izražavanja dodatno produbljuje osjećaj izolacije, nerazumijevanja i usamljenosti. U društvu koje često naglašava produktivnost, brzinu i stalnu pozitivnost, depresija se može doživjeti kao osobni neuspjeh. Takav stav dodatno otežava otvoreno izražavanje emocija jer osoba može osjećati krivnju zbog vlastite patnje.

Emocionalno izražavanje ima ključnu ulogu u očuvanju mentalnog, tjelesnog i međuljudskog zdravlja. Kada osoba ima priliku izraziti ono što osjeća, smanjuje se unutarnja napetost i sprječava dugotrajno zadržavanje tijela u stanju stresa i uzbuje. Potiskivanje emocija, osobito onih negativnih, može dovesti do pojačane psihičke i tjelesne iscrpljenosti, dok njihovo izražavanje omogućuje zdraviju obradu emocionalnih iskustava. Verbalnim ili neverbalnim izražavanjem osjećaja razvija se bolja samosvijest te se lakše prepoznaju vlastite potrebe i granice.

Otvorena emocionalna komunikacija pridonosi i kvalitetnijim odnosima s drugima. Dijeljenje emocija stvara prostor za empatiju, razumijevanje i bliskost. Međutim, kod osoba s depresijom upravo je ta vrsta komunikacije često otežana. Zbog osjećaja srama, straha od osude ili nemogućnosti pronalaska pravih riječi mnogi se povlače u sebe. Takvo povlačenje, iako često nesvjesno, dodatno pojačava osjećaj izoliranosti i može produbiti depresivno stanje.

U takvim okolnostima kreativno izražavanje može predstavljati važan i pristupačan oblik emocionalne komunikacije. Umjetnost nudi

alternativni jezik, onaj koji ne zahtijeva jasno formulirane rečenice, već dopušta izražavanje bojom, oblikom, zvukom, pokretom ili simbolom. Slikanjem, pisanjem, glazbom, plesom ili drugim kreativnim oblicima osoba može svoje unutarnje stanje „iznijeti“ na siguran i osoban način. Neverbalni oblici izražavanja posebno su važni u situacijama kada riječi postanu nedostatne. Boja, linija ili ritam mogu prenijeti emocionalno stanje jasnije od govora, osobito kod osoba koje teško verbaliziraju svoju unutarnju bol. Emocije koje su nejasne, potisnute ili preteške za verbalizaciju dobivaju oblik, čime postaju vidljivije i lakše razumljive.

Brojna istraživanja ukazuju na pozitivan utjecaj kreativnih aktivnosti na mentalno zdravlje. Sam kreativni proces može pomoći u regulaciji emocija, smanjenju stresa i poticanju osjećaja zadovoljstva. Kreativni proces često odražava unutarnje stanje osobe, ali ga istovremeno i mijenja. Tijekom stvaranja dolazi do postupnog pomaka iz pasivne u aktivnu ulogu što može potaknuti osjećaj sudjelovanja i prisutnosti. Taj malen, ali važan, pomak može biti prvi korak prema emocionalnom oporavku. Osim toga, kreativne aktivnosti mogu potaknuti lučenje neurotransmitera povezanih s osjećajem ugone, poput dopamina i endorfina, što može donijeti barem kratkotrajno olakšanje emocionalne boli.

Važno je naglasiti da umjetnost ne mora imati estetsku ili profesionalnu vrijednost kako bi bila terapijski korisna. Njezina snaga ne leži u konačnom rezultatu, već u samom procesu stvaranja. Za mnoge osobe s depresijom kreativno izražavanje postaje siguran prostor za istraživanje vlastitih osjećaja, suočavanje s unutarnjim konfliktima i postupno vraćanje osjećaja kontrole nad vlastitim životom. U tom smislu umjetnost može biti oblik samopomoći, ali i vrijedan dodatak formalnim terapijskim pristupima.

Povezanost depresije i kreativnosti nije nova ideja. Tijekom povijesti mnogi su poznati umjetnici, pisci i glazbenici, poput Vincenta van Gogha, Sylvije Plath ili Kurta Cobaina, svojim djelima otvoreno ili neizravno pokazivali borbu s depresijom. Njihov umjetnički izraz često je odraz duboke emocionalne boli, ali i način njezina ublažavanja. Umjetnost im je služila kao sredstvo suočavanja s unutarnjim nemirom i kao kanal

kojim su mogli izraziti ono što je bilo teško ili nemoguće izreći riječima.

Za mnoge ljude umjetničko stvaranje predstavlja važan izlaz za snažne i bolne emocije. Depresija često zarobi pojedinca u krug negativnih misli i osjećaja zbog čega postaje teško razumjeti vlastito unutarnje stanje. Umjetnost omogućuje da se te apstraktne emocije pretoče u nešto konkretno, vidljivo i opipljivo. Sam čin stvaranja može pružiti osjećaj kontrole i osobne snage što je osobito važno za osobe koje se zbog depresije često osjećaju bespomoćno.

Umjetničko izražavanje ima i prepoznatu terapijsku vrijednost, bilo kao osobni oblik katarze ili kao strukturirani oblici art terapije. Ono stvara siguran prostor za istraživanje osjećaja, bolje razumijevanje uzroka depresije i postupno jačanje emocionalne stabilnosti. Iako pozitivni učinci umjetnosti na depresiju ne znače izlječenje, oni mogu značajno pridonijeti procesu oporavka i poboljšanju kvalitete života.

Možda ekspresija u depresiji ne donosi odgovore niti konačna rješenja. No ona donosi vidljivost. Potvrđuje postojanje unutarnjeg svijeta koji se ne može mjeriti produktivnošću ili raspoloženjem. Možda ekspresija ne traži rješenje, nego svjedoka, nekoga tko će pogledati, pročitati ili osjetiti, i pritom ne okrenuti glavu. A ponekad je upravo to prvi korak prema razumijevanju i sebe i drugih.

Poezija pacijenata s grupnih terapija

O tuzi

Tugo, zašto tako dugo ne odlaziš iz mojih očiju.
Zvučiš prazno i želim te otjerati, a nemam snage.
Mirišeš na stara užegla vremena koja su prošla.
Gorka si! Gadna si! Crna si!
Ne želim te.
Nađi svoj put i odi od mene.

N. M.

Tišina

Žmarci u trbuhu, bijele boje.
Kao tišina koju samo ja čujem...
Poput snijega.
Kao gruda snijega.
Želim ju zagrliti i otopiti!

D. S.

Nada

Nada, plava kao nebo, kao more, kao bojica u dječjim rukama.
Zvuči kao violina u tamnoj noći koju slušam sam.
Miriše na čaj od mente s cimetom koja iskače iz tamnice života.
Ima okus božićnih kolača koje svi iščekuju.
Strah kao dio života sjedinjuje se s nadom.
Izgleda kao vedro nebo u zoru.

G. Đ.

Depresija

Tako je plava, duboko plave boje.
Poput mora, lomi me u valovima.
Grebe me poput soli.
Guši me njezina slanoća.
Moram isplivati!

N. B.

Literatura:

1. Chand, S. and Arif, H. (2023). Depression. [online] National Library of Medicine. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430847/>.
2. Bains, N. and Abdijadid, S. (2023). Major Depressive Disorder. [online] PubMed. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559078/>.
3. Mind Body Optimization. (2024). Depression and Creativity: Unveiling the Connection. [online] Dostupno na: <https://mindbodyo.com/depression-and-creativity-the-link-between-artistic-expression-and-healing/>.
4. Caroline and Caroline (2025). The Role of Creativity and Hobbies in Managing Depression. [online] Dostupno na: <https://www.cherrytreetherapycentre.co.uk/the-role-of-creativity-and-hobbies-in-managing-depression/>.
5. Jean-Berluce, D. (2024). Creative expression and mental health. Journal of Creativity, [online] 34(2), pp.1-6. doi:<https://doi.org/10.1016/j.yjoc.2024.100083>

Između terapije i odnosa – integrativna uloga medicinske sestre u liječenju i podršci osobama s depresijom

Ivana Jelinčić

Uvod

Psihijatrijska skrb ima važnu ulogu u liječenju i podršci osobama koje se suočavaju s depresijom, jednim od najčešćih poremećaja mentalnog zdravlja današnjice. Depresija utječe na emocionalno stanje, način razmišljanja, ponašanje i svakodnevno funkcioniranje pojedinca, zbog čega zahtijeva cjelovit i dugotrajan pristup liječenju. Rad medicinske sestre u psihijatriji odvija se između provođenja terapijskih postupaka i uspostavljanja profesionalnog odnosa s pacijentom. Kod osoba oboljelih od depresije kvalitetan odnos temeljen na razumijevanju, strpljenju i povjerenju posebno je važan jer pacijenti često osjećaju bezvoljnost, povlačenje i smanjenu motivaciju za sudjelovanje u liječenju. Kontinuirani kontakt omogućuje medicinskoj sestri praćenje promjena u raspoloženju, ponašanju i reakcijama na terapiju. Osim sudjelovanja u provođenju farmakološke i drugih oblika terapije medicinska sestra pruža emocionalnu podršku, potiče pacijente na izražavanje osjećaja te sudjeluje u edukaciji pacijenata. Integrativna uloga medicinske sestre u liječenju depresije očituje se u povezivanju medicinskih, psiholoških i socijalnih aspekata skrbi te u suradnji s ostalim članovima zdravstvenog tima.

Ravnoteža između terapije i kvalitetnog međuljudskog odnosa ključna je za stvaranje sigurnog okruženja, jačanje terapijskog saveza i uspješniji tijek liječenja depresije.

Terapijski savez i odnos s pacijentom

Sestrinski odnos u psihijatrijskoj skrbi za osobe s depresijom može se promatrati kao „značajan terapijski interpersonalni proces koji djeluje u suradnji s drugim ljudskim procesima koji omogućuju zdravije pojedinaca i zajednica“ (1). U kontekstu depresije terapijski savez predstavlja

odnos između medicinske sestre i osobe oboljele od depresije pri čemu je svaka takva povezanost jedinstvena i zahtijeva individualni pristup (2). Simptomi depresije, poput osjećaja bezvrijednosti, smanjene motivacije, povlačenja i otežane komunikacije, dodatno naglašavaju važnost izgradnje povjerenja i stalne prisutnosti medicinske sestre. Razvoj terapijskog saveza u radu s osobama s depresijom zahtijeva povezivanje profesionalnih interpersonalnih vještina s osobnim iskustvom i empatijom. Medicinske sestre koriste svoje znanje o simptomima poremećaja i terapijskim metodama, ali jednako važnu ulogu imaju i njihove komunikacijske vještine, sposobnost aktivnog slušanja i strpljivo reagiranje na emocionalne potrebe pacijenta (3). Ovakvim integrativnim pristupom medicinska sestra ne samo da provodi terapijske postupke, već i aktivno sudjeluje u procesu emocionalne podrške, motiviranja pacijenta i praćenja promjena u njegovom raspoloženju i ponašanju. Za osobe oboljele od depresije kvalitetan odnos s medicinskom sestrom ima važnu funkciju. On potiče suradnju u terapijskom procesu, jača osjećaj sigurnosti i pripadnosti te omogućuje pacijentu da se osjeća shvaćenim i podržanim, čak i u trenucima emocionalne izolacije i samopovređujućih misli (4). Uloga medicinske sestre stoga nadilazi tehničko provođenje terapije – ona postaje posrednik između pacijenta, njegove obitelji i multidisciplinarnog tima, stvarajući poveznicu koja pridonosi uspješnijem liječenju i oporavku.

U posljednjih nekoliko godina koncept terapijskog saveza u liječenju depresije doživljava obnovljeni interes, osobito u modelima skrbi usmjerenim na osobu, koji naglašavaju aktivnu ulogu pacijenta u oporavku i važnost personaliziranog pristupa (5). U tim modelima medicinska sestra funkcionira kao integrator – kombinira stručne terapijske postupke s emocionalnom podrškom, motivacijom i edukacijom pacijenta i njegove

obitelji. Time se osigurava holistički pristup gdje terapija i odnos djeluju zajedno kako bi pacijent postigao što kvalitetniji život i otpornije se nosio s depresijom.

Integrativni pristup u sestrinstvu

Integrativni pristup u sestrinstvu predstavlja evoluciju klasične skrbi gdje medicinska sestra ne promatra samo simptome depresije, već osobu kao cjelinu – tijelo, um i duh. U ovom modelu sestra koristi širok spektar tehnika koje nadopunjuju standardnu farmakoterapiju i psihoterapijske intervencije. Cilj je pružiti cjelovitu skrb koja jača pacijentovu autonomiju, otpornost i kvalitetu života.

Integrativne tehnike u sestričkoj praksi kod depresije - Integrativne tehnike koje medicinske sestre primjenjuju u praksi (6):

Psihosocijalne i kognitivne intervencije - Ove tehnike usmjerene su na promjenu obrazaca razmišljanja i ponašanja koji podržavaju depresivnu simptomatologiju. Medicinska sestra u svakodnevnom radu pomaže pacijentima da osvijeste negativne misli i postupno ih mijenjaju konstruktivnijim obrascima.

Bihevioralna aktivacija: Medicinske sestre pomažu pacijentima u planiranju i postupnom uvođenju ugodnih aktivnosti što podiže razinu energije i poboljšava raspoloženje.

Motivacijski intervju: Tehnika koja potiče pacijentovu unutarnju motivaciju za promjenom. Sestra koristi otvorena pitanja, aktivno slušanje i empatiju kako bi pacijent sam prepoznao i definirao ciljeve u oporavku.

Psihoedukacija: Podučavanje pacijenta i obitelji o prirodi depresivnog poremećaja, nuspojavama lijekova, ranom prepoznavanju recidiva i strategijama samopomoći.

Tehnike usmjerene na tijelo i opuštanje (Mind - Body) - Integrativna skrb uključuje metode koje izravno utječu na fiziološki odgovor na stres te smanjuju tjelesne simptome depresije (7,8).

Higijena spavanja: Savjetovanje o strukturiranim rutinama spavanja jer nesanica često prati depresiju.

Mindfulness i meditacija: Vježbe svjesnosti smanjuju ruminaciju i razinu kortizola.

Progresivna mišićna relaksacija i vježbe disanja: Pomažu u samoregulaciji tijela i uma te se koriste u trenutcima pojačane tjeskobe.

Komplementarne i biološke intervencije - Ove metode zahtijevaju dodatnu edukaciju medicinske sestre i provode se unutar šireg terapijskog plana (9,10).

Svjetlosna terapija (Light Therapy): Posebno učinkovita kod sezonskih afektivnih poremećaja; sestra educira pacijenta o pravilnom korištenju određenog izvora svjetlosti.

Art i muzikoterapija: Kreativno izražavanje pomaže pacijentima procesuirati emocije koje je teško verbalizirati.

Savjetovanje o prehrani i suplementaciji: Informiranje o važnosti omega-3 masnih kiselina, vitamina i uravnotežene prehrane u regulaciji raspoloženja.

Holistički model "Body - Mind - Spirit" (Tijelo - Um - Duh) - Ovaj model integrira tjelesne, mentalne i duhovne dimenzije zdravlja te se smatra vrhuncem integrativne skrbi (11).

Duhovni aspekt može uključivati meditaciju, molitvu, kontakt s prirodom ili druge oblike osobne refleksije. Integriranje duhovnosti smanjuje osjećaj funkcionalnog oštećenja i poboljšava kvalitetu života. Medicinska sestra u ovom modelu djeluje kao facilitator ozdravljenja, pomažući pacijentu da pronađe osobne resurse i strategije suočavanja s depresijom.

Zaključak

Integrativna uloga medicinske sestre u liječenju osoba s depresijom uključuje kombinaciju stručnih terapijskih postupaka, interpersonalnih vještina i holističkog pristupa koji uvažava tijelo, um i duh pacijenta. Kontinuiranim kontaktom i izgradnjom terapijskog saveza sestra pruža emocionalnu podršku, motivaciju i edukaciju stvarajući osjećaj sigurnosti i pripadnosti koji je ključan za suradnju u terapijskom procesu. Primjena psihosocijalnih, kognitivnih, mind - body, komplementarnih i bioloških tehnika

omogućuje pacijentima konkretne alate za upravljanje simptomima depresije i jačanje njihove otpornosti. Medicinska sestra, djelujući kao facilitator ozdravljenja, povezuje različite dimenzije skrbi i usmjerava pacijenta prema održivom oporavku.

Zaključno, integrativni pristup omogućuje ravnotežu između terapije i odnosa, poboljšava kliničke ishode i kvalitetu života pacijenata te jača njihovu autonomiju i emocionalnu stabilnost.

Literatura:

1. Peplau H.E. The art and science of nursing: similarities, differences, and relations. *Nurs. Sci. Q.* 1988;1(1):8–15. doi: 10.1177/089431848800100105
2. Forchuk C. Uniqueness within the nurse-client relationship. *Arch. Psychiatr. Nurs.* 1995;9(1):34–39. doi: 10.1016/s0883-9417(95)80015-8.
3. Scanlon A. Psychiatric nurses perceptions of the constituents of the therapeutic relationship: a grounded theory study. *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.* 2006;13(3):319–329. doi: 10.1111/j.1365-2850.2006.00958.x.
4. O'brien L. The relationship between community psychiatric nurses and clients with severe and persistent mental illness: the client's experience. *Aust. N. Z. J. Ment. Health Nurs.* 2001;10(3):176–186. doi: 10.1046/j.1440-0979.2001.00208.x
5. Zugai J.S., Stein-Parbury J., Roche M. Therapeutic alliance in mental health nursing: an evolutionary concept analysis. *Issues Ment. Health Nurs.* 2015;36(4):249–257. doi: 10.3109/01612840.2014.969795
6. Adams EG. Treatment of Depression in Integrated Care: Implementation of the Nurse Care Manager. *SAGE Open Nurs.* 2019 Jul 24;5:2377960819861862. doi: 10.1177/237796081986186
7. Prasad K, Prasad A, Dyer NL, Bauer BA, Soderlind JN, Fischer KM, Croghan IT, Kaufman CC, Rosmarin DH, Wahner-Roedler DL. Use of Complementary and Integrative Medicine Among Low-Income Persons With Mental Health Disorders. *Mayo Clin Proc Innov Qual Outcomes.* 2024 Dec 13;9(1):100585. doi: 10.1016/j.mayocpiqo.2024.11.002.
8. Siewert J, Wackermann H, Brinkhaus B, Teut M, Jansen E. Experiences with complementary and integrative medicine in mental healthcare: a qualitative substudy of the PSYKIM project. *Front Med (Lausanne).* 2025 Sep 2;12:1629436. doi: 10.3389/fmed.2025.1629436.
9. Halma, M., Plothe, C., & Marik, P. E. (2024). Integrative Interventions for Improving Outcomes in Depression: A Narrative Review. *Psychology International*, 6(2), 550–577. <https://doi.org/10.3390/psycholint6020033>
10. Laela Megasari, A. ., Subekti Wulandari, I. ., & Najwatul Maula, S. . (2024). The Effect of Occupational Art Therapy on Depression, Anxiety and Stress in the Elderly in Nursing Homes: A Quasi-Experimental Study. *Journal of Applied Nursing and Health*, 6(2), 399–411. <https://doi.org/10.55018/janh.v6i2.234>
11. Vijayarani, M.*; Balamurugan, G.**; Nagarajaiah, ***. COMPLEMENTARY THERAPY FOR TREATING DEPRESSIVE SYMPTOMS: A SYSTEMATIC REVIEW. *Indian Journal of Psychiatric Nursing* 13(1):p 53-59, January 2017. | DOI: 10.4103/2231-1505.26234.

Depresivni poremećaj i uloga radne terapije

Dora Mišić

Depresivni poremećaj jedan je od najčešćih psihičkih poremećaja, a karakterizira ga dugotrajan gubitak interesa i zadovoljstva u aktivnostima koje su osobi ranije bile važne i smislene. Osim emocionalnih simptoma depresija utječe na sve aspekte života, obiteljske i prijateljske odnose, radno funkcioniranje te sudjelovanje u zajednici (World Health Organization, 2025).

Jedno od ključnih obilježja depresije jest smanjena motivacija i povlačenje iz svakodnevnih aktivnosti. Težina depresivne epizode značajno utječe na sposobnost osobe da sudjeluje u osnovnim i instrumentalnim aktivnostima svakodnevnog života uključujući brigu o sebi, obavljanje kućanskih poslova, radne obveze i aktivnosti slobodnog vremena (World Health Organization, 2025). Smanjeno sudjelovanje u tim aktivnostima može dodatno pogoršati simptome depresije stvarajući začarani krug pasivnosti, gubitka motivacije i pogoršanja raspoloženja (Wang et al., 2024).

Osobe s depresivnim poremećajem često imaju poteškoće s osnovnom brigom o sebi poput kupanja i odijevanja, kao i s instrumentalnim aktivnostima, primjerice upravljanjem financijama ili kupovinom. Takve poteškoće mogu dovesti do smanjene socijalne interakcije, osjećaja usamljenosti te povlačenja iz obiteljskih i profesionalnih uloga. Posljedično se mogu javiti osjećaji beskorisnosti, smanjeno samopoštovanje i gubitak identiteta (Yang et al., 2025). Dodatno, simptomi poput razdražljivosti i poteškoća s koncentracijom mogu otežati aktivno sudjelovanje u procesu liječenja i u smislenim okupacijama (Pisegna et al., 2022).

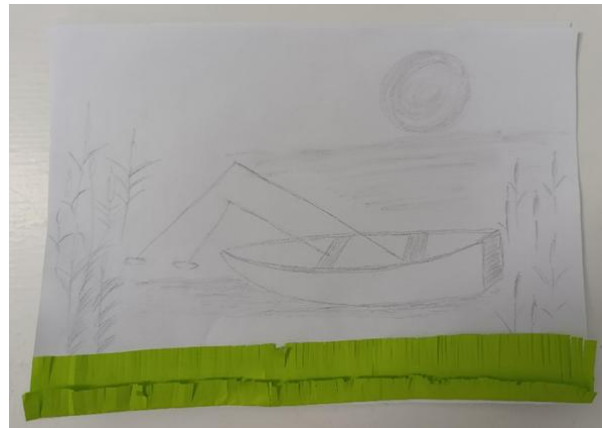
U tom kontekstu važnu ulogu ima radna terapija. Njezin je cilj omogućiti osobama s depresivnim poremećajem ponovno sudjelovanje u okupacijama i aktivnostima koje žele ili trebaju obavljati čime se potiče zdravlje, dobrobit i kvaliteta života (Christie et al., 2020). Radni terapeuti primjenjuju holistički pristup uzimajući u obzir tjelesne, kognitivne, emocionalne i socijalne aspekte funkcioniranja.

Intervencije radne terapije mogu uključivati planiranje dnevne rutine, postavljanje malih i ostvarivih ciljeva, postupno uključivanje u aktivnosti, razvoj socijalnih vještina, edukaciju te poticanje na sudjelovanje u kreativnim, kognitivnim i slobodnim aktivnostima (Jeong & Kim, 2025). Strukturiranje dana i uključivanje u smislene okupacije može pridonijeti povećanju motivacije, osjećaja korisnosti i osobne učinkovitosti što posljedično može smanjiti intenzitet depresivnih simptoma.

Riječi pacijentice (uz pristanak pacijentice):

“Tijekom boravka u bolnici na psihijatriji radna terapija je veliki odmak od misli koje kruže po glavi (od briga, obaveza...). Vrlo je opuštajuće raditi u grupama na radnoj terapiji jer radimo ono što kod kuće možda nikada ne bismo.”

Slika - Crtež pacijentice (uz pristanak pacijentice)



Opis: Sjećanje na pecanje s tatom i bratom na staroj Dravi, sjećanje koje donosi mir.

Važno je naglasiti da radna terapija djeluje unutar multidisciplinarnog tima koji uključuje psihijatre, psihologe, medicinske sestre i druge stručnjake. Ona ne zamjenjuje farmakološko ni psihoterapijsko liječenje, već kao komplementarna metoda pridonosi poboljšanju funkcionalnosti i kvalitete života osobe.

Zaključak

Depresivni poremećaj značajno utječe na sposobnost osobe da sudjeluje u svakodnevnim i smislenim aktivnostima što može dodatno produbiti simptome i narušiti kvalitetu života. Radna terapija, strukturiranim i individualno

prilagođenim intervencijama, ima važnu ulogu u vraćanju funkcionalnosti, motivacije i osjećaja svrhe. U suradnji s multidisciplinarnim timom, ona pridonosi cjelovitom oporavku i omogućuje osobi povratak aktivnom i kvalitetnom životu.

Literatura:

1. Christie, L., Inman, J., Davys, D., & Cook, P. A. (2020). A systematic review into the effectiveness of occupational therapy for improving function and participation in activities of everyday life in adults with a diagnosis of depression. *Journal of Affective Disorders*, 282(1). <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.080>
2. Jeong, H., & Kim, D. (2025). Effects of client-centered occupational therapy intervention in older adults with depression: A randomized controlled trial. *Occupational Therapy International*, 2025(1). <https://doi.org/10.1155/oti/5559899>
3. Pisegna, J., Anderson, S., & Krok-Schoen, J. L. (2022). Occupational Therapy Interventions to Address Depressive and Anxiety Symptoms in the Physical Disability Inpatient Rehabilitation Setting: A Systematic Review. *The American Journal of Occupational Therapy*, 76(1). <https://doi.org/10.5014/ajot.2022.049068>
4. Wang, S., Yu, M., Huang, W., Wang, T., Liu, K., & Xiang, B. (2024). Longitudinal association between ADL disability and depression in middle-aged and elderly: national cohort study. *The Journal of Nutrition Health & Aging*, 29(2), 100450–100450. <https://doi.org/10.1016/j.jnha.2024.100450>
5. World Health Organization. (2025, August 29). Depressive disorder (depression). World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
6. Yang, J., Song, G., Zhang, M., Liu, H., & Hou, M. (2025). Changes in daily living dependency and incident depressive symptoms among older individuals: findings from four prospective cohort studies. *BMJ Mental Health*, 28(1), e301749. <https://doi.org/10.1136/bmjment-2025-30174>

Riječ pacijenata: Ana i Penelope

Ana:

Dragi moji doktori i ostali djelatnici na odjelu psihijatrije, želim vam reći jedno veliko hvala!

Od djetinjstva imam osjećaj manje vrijednosti i misli da su svi bolji od mene. Uvijek sam se pitala zašto je to tako i zašto baš ja tako moram ići kroz život.

Prvi put sam bila na pregledu kod psihijatra u srednjoj medicinskoj školi u Splitu. Rekli su mi da će to proći uz redovitu terapiju, a ja nisam mogla vjerovati da će biti bolje i uvijek sam se „vukla“ u životu kao da sam osoba s greškom.

Ne znam hoću li moći izraziti svoje osjećaje. Imam 51 godinu, a bojim se kao malo dijete, ponekad se i pomokrim noću u krevet. Život kao da me progoni i ne da mi mira, vječito sam u nekoj borbi sa svojim strahovima, sa svojim traumama...

Imam posebnu traumu od Domovinskoga rata. Nadala sam se i pokušala vjerovati u dobro u svom životu.

Zašto ne mogu „normalno“ živjeti?! Vječito usponi i padovi, vječito kao da udišem strah...

Vjerovala sam u dobroga Boga, a bila sam i ljuta na njega zašto je to sve dozvolio. Znam da ne mogu druge kriviti za svoje duševno stanje, valjda je tako lakše. Morala sam sama sebi priznati da sam psihički bolesnik i da nitko drugi nije kriv za to. Udana sam već 29 godina. Imam supruga (koji je priča sama za sebe), imam sina, 24 godine, i kćer, 28 godina, i unučicu koja me čini sretnom.

Dugo vremena trebalo je da dođem u malo bolje životne uvjete. Možda ovo moje pisanje nije ni slika onoga što proživljavam u sebi. Teško mi je opisati kako se osjećam, tj. teško mi je izraziti svoje osjećaje. Vjerujte da mi je jako neugodno živjeti s dijagnozom bipolarnog poremećaja, kao da netko drugi upravlja sa mnom, kao da su u meni dvije osobe!

Bila sam uporna i strpljiva. Zahvaljujući tome, kod mene je pomalo došlo do poboljšanja i sada moj život dobiva smisao. Redovito pijem lijekove i znam da neće biti lako, ali spremna sam se boriti i pobijediti strahove, nemire, crne misli.

Nadam se da će uz liječničku i Božju pomoć sve biti dobro.

Penelope:

Ja sam Penelope, osoba koja odavno nije živa. Rođena sam 1957. godine u obitelji strogog oca i još strože majke – agresivne, ambiciozne, nezadovoljne i uvijek ljute.

Troje djece naše obitelji bila su dobri, poslušni, dobri učenici: red, rad i disciplina.

Živjeli smo skromno, pod staklenim zvonom, nikada se nismo ni na što žalili, ničemu proturječili. I tako smo postali izolirani u društvu, emocionalna siročad.

U najkraćem roku završila sam fakultet, zaposlila se, udala. S 23 godine imala sam prvi nervni slom, u tridesetoj drugi.

Okidač za stanje u kojem sam se našla bili su ljudi s kojima nisam znala izaći na kraj i zauzeti se za sebe. Posljedice toga bile su bolnice, liječnici, lijekovi i njihove teške nuspojave.

Tako je život tekao desetljećima, bez pomoći, bila sam ponižavana, nevidljiva, a izlaza nije bilo.

Nezadovoljna sobom, kao i moja majka, samo sam gomilala kilograme i mrzila se.

I danas pokušavam izdržati, tješeci se novim lijekovima, drugim liječnicima. Imam mobitel i broj hitne pomoći i sestru preko telefona. Još volim dobru knjigu i film koji liječe srce i dušu.

Ne znam je li moguće pobijediti onda kada je sve izgubljeno.

Godine prolaze, treba imati puno strpljenja i s ukućanima, dok tijelo slabi i mozak mi ne dopušta razmišljati bez straha.

Miljenko Jergović je rekao: „Dugotrajne nesreće i očaj poremete nam pamet.“

I ovo što je ostalo od mene, nekad mlade, lijepe, pametne i dobre, želi biti koliko je moguće živ čovjek, a ne zombi koji je svima suvišan.

Preporuke psihologa

Kako se nositi s lošim raspoloženjem?

Iva Vidanec Bandić

Kada se osoba osjeća potišteno ili depresivno, često se povlači iz svakodnevnih aktivnosti. Izlasci postaju rjeđi, a velik dio dana može provesti u mirovanju, ponekad i u krevetu. Praćenje vlastitih navika i raspoloženja tijekom dana može pomoći u uočavanju trenutaka kada se simptomi pogoršavaju, ali i onih u kojima se osjeća barem blago olakšanje. S lošim raspoloženjem često dolazi i gubitak interesa za aktivnosti koje su nekada pružale zadovoljstvo. Hobbiji, društveni kontakti i omiljena mjesta izostavljaju se iz svakodnevice. Postupno ponovno uvođenje ugodnih aktivnosti može imati zaštitni učinak. Preporučuje se početi s malim, osobno značajnim koracima, jer svaka aktivnost ispunjena smislom smanjuje prostor za negativne misli.

Depresivno raspoloženje često je praćeno negativnim obrascima razmišljanja. Takve misli mogu dovesti do smanjene aktivnosti i dodatnog pogoršanja raspoloženja. Korisno je osvijestiti te obrasce i pokušati ih preispitati – ponovno sagledati situaciju, uočiti pozitivne aspekte koji su možda zanemareni te priznati vlastite uspjehe, bez umanjivanja ili pripisivanja sreći. Kada misli postanu pretjerano katastrofične ili usmjerene na negativna predviđanja budućnosti, pažnju je moguće svjesno usmjeriti na ono što se trenutačno događa ili na neku ugodnu, smirujuću aktivnost. Osobe koje se osjećaju depresivno ponekad vjeruju da nemaju vještine za nošenje s problemima. Razmatranje više mogućih načina rješavanja iste situacije može pomoći u vraćanju osjećaja kontrole. U situacijama neizvjesnosti korisno je promatrati kako se sa sličnim izazovima nose druge osobe ili potražiti savjet iz pouzdanih izvora.

Socijalna podrška ima važnu ulogu u očuvanju psihičkog zdravlja. Razgovor s bliskom osobom može pružiti osjećaj razumijevanja i prihvaćenosti, čak i kada ne donosi odmah rješenje problema. Važno je imati na umu da podrška ne mora uključivati duge ili zahtjevne razgovore — ponekad je dovoljan kratak kontakt, poruka ili zajednički boravak s drugom osobom. Iako se u depresivnom stanju može javiti potreba za povlačenjem, postupno održavanje socijalnih veza može smanjiti osjećaj izoliranosti i pridonijeti emocionalnoj stabilnosti. Važan dio svakodnevnog nošenja s lošim raspoloženjem uključuje brigu o osnovnim potrebama. Redovit san, uravnotežena prehrana i barem umjerena tjelesna aktivnost mogu pozitivno utjecati na raspoloženje, iako se njihova važnost često podcjenjuje. Jednostavna dnevna struktura, uz realna očekivanja i smanjeni pritisak na vlastitu učinkovitost, može pružiti osjećaj stabilnosti.

Ohrabrujući i realističan samogovor može pomoći u suočavanju s izazovima. Prepoznavanje vlastitog truda i prihvaćanje činjenice da uspjeh nije uvijek potpun, ali da je pokušaj sam po sebi vrijedan, važan je dio procesa oporavka. Ako se loše raspoloženje zadržava dulje vrijeme ili značajno ometa svakodnevno funkcioniranje, važno je razmotriti traženje stručne pomoći. Pravovremena podrška može imati ključnu ulogu u ublažavanju simptoma i očuvanju kvalitete života.

Šaljivi kutak

Došao pacijent na kontrolu i pita ga psihijatar: „*Uzimate li propisanu terapiju?*“

Pacijent odgovara: „*Pa, korizma je, svatko se nečega odrekne.*“

Sjede učenici u blagovaonici i gledaju umjetno cvijeće koje je ručni rad pacijenata radne terapije.

Učenik 1: Čekaj, zašto je to papirnato cvijeće u vodi?

Učenik 2: Razmisli na kojem smo odjelu!

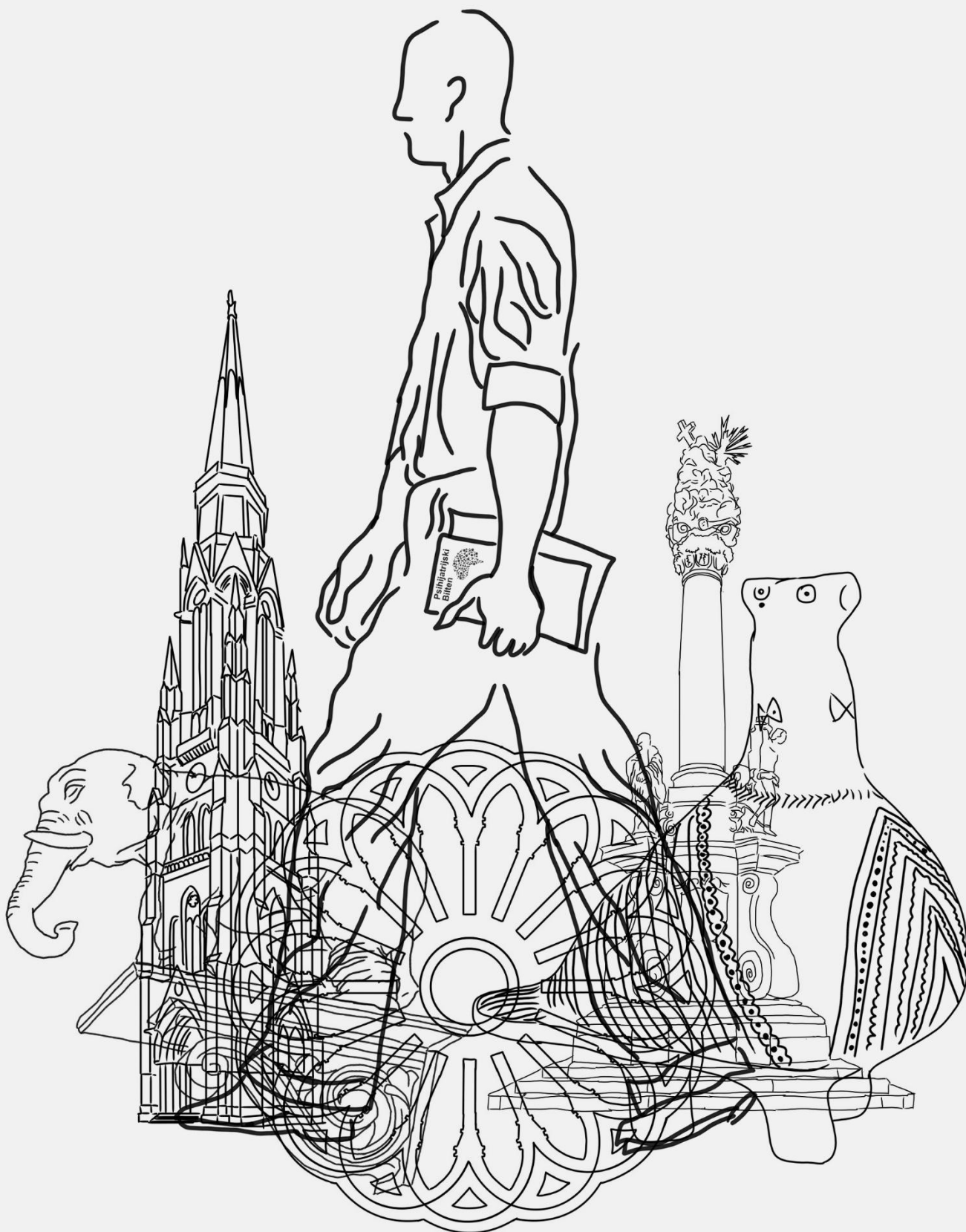
Učenik 1: Baš je prava psihijatrija!

U jutarnjoj viziti

Pacijent: „*Stalno me glava boli, imam glavobolju.*“

Liječnik: „*Zar niste rekli da vam je poslije terapije malo bolje?*“

Pacijent: „*Da, doktore, popijem tabletu i glava nestane!*“



OSJEĆAM SLAVONIJU



Čitavo
stoljeće
posvećeni
zdravlju.

www.pliva.hr

