

UNIVERZITET U BEOGRADU
MEDICINSKI FAKULTET

Mara T. Vučurević

**UČESTALOST DEPRESIVNOSTI U
PRIMARNOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI I
MOGUĆNOSTI RANOG PREPOZNAVANJA**

doktorska disertacija

Beograd, 2023.

UNIVERSITY OF BELGRADE
FACULTY OF MEDICINE

Mara T. Vučurević

**THE PREVALENCE OF DEPRESSION IN
PRIMARY HEALTH CARE AND
POSSIBILITIES OF EARLY RECOGNITION**

Doctoral Dissertation

Belgrade, 2023.

MENTOR

Dr sci. med. Zorica Terzić-Šupić, redovni profesor
Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu

KOMISIJA ZA ODBRANU DOKTORSKE DISERTACIJE

Dr sci. med. Milan Latas, vanredni profesor
Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu

Dr sci. med. Janko Janković, vanredni profesor
Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu

Dr sci. med. Momčilo Mirković, redovni profesor
Medicinski fakultet Univerziteta u Prištini,
sa sedištem u Kosovskoj Mitrovici

Datum odbrane: _____

ZAHVALNICA

Zahvaljujem se mentorki prof. dr Zorici Terzić-Šupić na značajnom doprinosu kako tokom istraživanja, tako i tokom pisanja radova i oblikovanja ove doktorske disertacije. Zahvaljujem se i članovima komisije: prof. dr Milanu Latasu, prof. dr Janku Jankoviću i prof. dr Momčilu Mirkoviću na korisnim sugestijama. Profesorki Nađi Marić se zahvaljujem na izuzetnoj pomoći u osmišljavanju eksperimenata za ovu doktorsku tezu.

Izrazila bih zahvalnost matičnoj kući u kojoj radim, osoblju Doma zdravlja „Zvezdara” i svojim pacijentima koji su učestvovali u ovom istraživanju.

Zahvaljujem se Mileni Kovačević, Marku Krstiću i Pavlu Jovanoviću, koji su svesrdno pomagali da istrajem i završim ovaj doktorat na vreme.

Posebno se zahvaljujem svom bratu Dušanu Prcoviću, koji me je bodrio da istrajem na ovom putu.

Veliku zahvalnost dugujem svojim sinovima, Borisu i Bojanu, koji su mi sve vreme pružali podršku i snagu.

Ovaj doktorat posvećujem senama mojih roditelja, mojoj majci Ljubici i mom ocu Tomu.

UČESTALOST DEPRESIVNOSTI U PRIMARNOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI I MOGUĆNOSTI RANOG PREPOZNAVANJA

Sažetak

Uvod: Primarna zdravstvena zaštita (PZZ) ima centralnu ulogu u koordinaciji i kontinuitetu zdravstvene zaštite za pacijente ili korisnike, zbog čega je uključivanje lekara opšte medicine od velikog javnozdravstvenog značaja u mnogim oblastima, pa tako i u domenu unapređenja mentalnog zdravlja. U savremenom svetu depresivni poremećaji predstavljaju veliko opterećenje za društvo. Teško ih je prepoznati u PZZ, jer nema standardnog kliničkog testa za kvantifikaciju težine depresije.

Ciljevi: Ciljevi istraživanja obuhvatili su ispitivanje prevalencije depresivnosti kod osoba koje se obraćaju za pomoć ustanovi PZZ, ispitivanje povezanosti depresivnosti sa traumatskim iskustvima, socijalno-demografskim i psihološkim faktorima, utvrđivanje nivoa depresivnosti jedan mesec nakon prvog ispitivanja i analizu ishoda u vezi sa različitim faktorima (postavljanjem dijagnoze depresije od strane lekara specijaliste, propisanom farmakoterapijom, socijalno-demografskim faktorima, psihološkim faktorima).

Metodologija: Istraživanje je sprovedeno u Domu zdravlja „Zvezdara” u Beogradu (Republika Srbija). Prospektivna kohortna studija je obuhvatila sve odrasle pacijente (starosti od 18 ili više godina) koji su u januaru 2018. godine posetili svog lekara opšte medicine iz bilo kog razloga. Kriterijum za isključivanje iz istraživanja bio je već zakazan pregled kod psihijatra. U analizu je konačno uključeno 426 pacijenata. Svi učesnici su bili informisani o cilju istraživanja i prikupljanju podataka i dali su pisanu saglasnost za učešće u studiji. Istraživanje je odobreno od strane Etičkih komiteta Doma zdravlja „Zvezdara” [1641/3] i Medicinskog fakulteta Univerziteta u Beogradu [29/VI-15].

Instrument istraživanja predstavljao je upitnik koji je sadržao četiri dela: 1. socijalno-demografske i socijalno-ekonomske karakteristike; 2. karakteristike životnog stila; 3. fizičko zdravlje i 4. mentalno zdravlje. Mentalno zdravlje ispitanika procenjivano je prilikom prve i druge posete (na početku studije i nakon 4 nedelje) primenom pet upitnika: Upitnik o zdravlju pacijenta (*Patient Health Questionnaire – PHQ-9*), Skala za procenu depresije, anksioznosti i stresa (*Depression, Anxiety and Stress Scale – DASS*), Lista ugrožavajućih životnih događaja (*List of Threatening Experiences – LTE*), Upitnik o traumatskim iskustvima u detinjstvu (*Childhood Trauma Questionnaire – CTQ*) i Upitnik za procenu ličnosti i temperamenta (*Eysenck Personality Questionnaire – EPQ 100*). Kao skrining test za procenu depresivnosti kod ispitanika na prvoj poseti korišćen je Upitnik o zdravlju pacijenta (PHQ-9). Ukoliko je ispitanik imao skor PHQ-9 ≥ 10 , smatran je depresivnim i potom je sprovedena intervencija od strane lekara opšte medicine koja je podrazumevala upućivanje psihijatru i dalje farmakoterapijske intervencije. Pri drugoj poseti, lekari opšte medicine su pratili ishode intervencija. Izvršeno je određivanje prevalencije depresivnosti i prediktora za njenu pojavu u obe vremenske tačke. Statistička analiza prikupljenih podataka sprovedena je metodama deskriptivne i inferencijalne statistike: χ^2 testom, Kruskal–Valisovim testom, Studentovim t-testom, analizom varijanse (ANOVA), korelacionom testom (Pirsonovim i Spirmanovim testom korelacije) i multivarijantnom logističkom regresionom analizom. Svi podaci su analizirani pomoću softvera SPSS 20.0 (*IBM Corp. IBM SPSS Statistics za Windows, verzija 20.0. Armonk, NY: IBM Corp.*).

Rezultati: Prevalencija depresivnosti u PZZ je 35,9% merena PHQ-9 upitnikom prilikom prve posete. Identifikovani su statistički značajni prediktori za pojavu depresivnosti. Značajan uticaj prilikom prve posete pokazali su: prethodno javljanje psihijatru (odnos šansi, *odds ratio*, OR = 3,8; $p < 0,001$), primena hronične terapije za komorbiditete (OR = 3,8; $p < 0,001$), status samca (OR = 2,4; $p = 0,008$), status udovca ili razvod braka (OR = 5; $p < 0,001$), nezaposlenost (OR = 3,6; $p < 0,001$), emocionalno (OR = 1,2; $p = 0,009$) ili fizičko zlostavljanje (OR = 1,7; $p < 0,001$) u detinjstvu, neuroticizam ličnosti (OR = 2,9; $p < 0,001$), ugrožavajući životni događaji u poslednjih 6 meseci – ozbiljna lična bolest, ozbiljna povreda ili pretrpljeni napad (OR = 5,7; $p < 0,001$), raskid stabilne veze (OR = 2,4; $p = 0,024$); ozbiljni problemi sa bliskim prijateljem, komšijom ili rođakom

(OR = 7,9; $p < 0,001$), velika finansijska kriza (OR = 4,0; $p < 0,001$) i otkaz sa posla (OR = 3,7; $p = 0,024$), dok ugrožavajući životni događaji u dosadašnjem životu uključuju – razdvajanje zbog bračnih problema (OR = 2,9; $p = 0,011$), veliku finansijsku krizu (OR = 2,0; $p = 0,012$) i probleme sa policijom i pojavljivanje na sudu (OR = 31,2; $p = 0,001$). Nakon sprovedenog skrininga, od ukupnog broja ispitanika približno trećina ispitanika (31,2%) upućena je dalje psihijatru, a kod 24,2% od ukupnog uzorka je potvrđena dijagnoza od strane specijaliste psihijatra. Skoro svaki peti ispitanik iz PZZ (19,1%) dobio je propisan psihofarmak. Nakon četiri nedelje, pri drugoj poseti, utvrđeno je smanjenje prevalencije depresivnosti prema PHQ-9 skali sa 35,9% na 24,4% ($p < 0,001$). Kao statistički značajni prediktori depresivnosti pri drugoj poseti identifikovani su: prethodno javljanje psihijatru (OR = 3,2; $p < 0,001$), primena hronične terapije za komorbiditete (OR = 2,6; $p = 0,002$), status samca (OR = 2,9; $p = 0,006$), status udovca ili razvod braka (OR = 8,2; $p < 0,001$), nezaposlenost (OR = 2,7; $p = 0,004$), fizičko zlostavljanje u detinjstvu (OR = 2,0; $p < 0,001$), neuroticizam ličnosti (OR = 2,0; $p < 0,001$), ugrožavajući životni događaji u poslednjih 6 meseci – ozbiljna lična bolest, ozbiljna povreda ili pretrpljeni napad (OR = 3,2; $p = 0,004$), raskid stabilne veze (OR = 4,0; $p < 0,001$); ozbiljni problemi sa bliskim prijateljem, komšijom ili rođakom (OR = 5,5; $p = 0,001$), nezaposlenost ili traženje posla duže od mesec dana (OR = 2,4; $p = 0,041$) i velika finansijska kriza (OR = 2,4; $p = 0,014$), dok ugrožavajući životni događaji u dosadašnjem životu uključuju – razdvajanje zbog bračnih problema (OR = 3,2; $p = 0,004$), veliku finansijsku krizu (OR = 2,6; $p = 0,001$) i probleme sa policijom i pojavljivanje na sudu (OR = 7,5; $p < 0,001$).

Zaključak: Skrining depresije u PZZ je efikasan sistem za prevenciju, rano otkrivanje i lečenje depresije. Istraživanje je pokazalo da je došlo do statistički značajnog smanjenja depresivnosti sa 35,9% na 24,4% pri ponovljenom merenju nakon četiri nedelje. Identifikovani su prediktori depresivnosti prilikom obe posete lekaru PZZ, gde su značajan uticaj pokazale socijalno-demografske karakteristike ispitanika (bračni status i zaposlenje), primena terapije za hronične bolesti, emocionalno i fizičko zlostavljanje u detinjstvu, izražen neuroticizam ličnosti, kao i širi dijapazon ugrožavajućih životnih događaja, bilo u prethodnih 6 meseci ili u dosadašnjem životu, a obuhvataju bolest, raskid stabilne veze ili razvod braka, problem sa drugim bliskim osobama, otkaz, finansijsku krizu ili problem sa policijom ili sudstvom. Kod više od tri četvrtine ispitanika koji su procenjeni kao depresivni na osnovu skora PHQ-9 upitnika, postavljena je dijagnoza nekog mentalnog poremećaja od strane specijaliste psihijatra, dok je kod više od polovine ispitanika to bio depresivni poremećaj. Rezultati sprovedenog istraživanja upućuju na to da se skriningom pacijenata primenom PHQ-9 upitnika u svakodnevnoj praksi može postići pravovremeno upućivanje pacijenata psihijatru, skraćivanje vremena do postavljanja dijagnoze i primene adekvatne terapije, kako bi se poboljšali ishodi mentalnog zdravlja populacije.

Ključne reči: primarna zdravstvena zaštita; depresija; depresivni poremećaj; mentalno zdravlje; skrining; Upitnik o zdravlju pacijenata

Naučna oblast: Medicina

Uža naučna oblast: Socijalna medicina

UDK broj:

THE PREVALENCE OF DEPRESSION IN PRIMARY HEALTH CARE AND POSSIBILITIES OF EARLY RECOGNITION

Abstract

Introduction: Primary health care (PHC) has a central role in the coordination and continuity of health care for patients or users. Therefore, the involvement of general practitioners is of great public health importance in many areas, including mental health. In the modern world, depressive disorders pose a great burden on society. They are difficult to recognize in PHC because there is no standard clinical test to quantify the severity of depression, and patients do not present their symptoms clearly.

Objectives: To assess the frequency, predictors of depression and outcomes in persons attending PHC facilities.

Methodology: Respondents aged ≥ 18 were successively included in the research during January 2018. Initially and after 4 weeks, questionnaires were filled out in order to collect demographic, socioeconomic, clinical characteristics, assessment of depression, traumatic childhood experiences, life-threatening events and assessment of psychological factors. The prevalence of depression and predictors of its occurrence were determined at both time points. The study sample included 426 respondents.

Results: A high prevalence of depression of 35.9% was determined during the first visit to PHC facility, using PHQ-9 questionnaire. In the total sample, 31.2% of respondents were referred to a psychiatrist, 24.2% were diagnosed with mental disorder, and 19.2% were prescribed pharmacotherapy. After 4 weeks, there was a decrease in the prevalence of depression, to 24.4%. The results of the interventions prove the validity of the application of the PHQ-9 test for depression screening in PHC. Statistically significant predictors for the occurrence of depression have been identified: prior consultation with a psychiatrist (*odds ratio*, OR = 3.8; $p < 0.001$), chronic therapy (OR = 3.8; $p < 0.001$), being single (OR = 2.4; $p = 0.008$), widowed or divorced (OR = 5; $p < 0.001$), unemployment (OR = 3.6; $p < 0.001$), emotional (OR = 1.2; $p = 0.009$) or physical abuse (OR = 1.7; $p < 0.001$) in childhood, personality neuroticism (OR = 2.9; $p < 0.001$), threatening life events in the last 6 months: serious personal illness, serious injury or assault (OR = 5.7; $p < 0.001$), serious problems with a close friend, neighbor or relative (OR = 7.9; $p < 0.001$), great financial crisis (OR = 4; $p < 0.001$) and dismissal from work (OR = 3.7; $p = 0.024$).

Conclusions: Through the conducted research, we proposed the program of early recognition of depression in the PHC institution in the Republic of Serbia, and documented its effect. The influence of psychological, socioeconomic and demographic factors of the respondents in the development of depression was quantified. By recognizing these patients, with the support and application of the PHQ-9 questionnaire in everyday practice, timely referral of patients to a psychiatrist, shortening the time until diagnosis and application of adequate therapy can be achieved, thus improving mental health.

Keywords: primary health care; depression; depressive disorder; mental health; screening; *Patient Health Questionnaire*

Scientific field: Medicine

Specific scientific field: Social medicine

UDC number:

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. Depresija	2
1.1.1. Pojam depresije i depresivnosti	2
1.2. Epidemiološki aspekti depresije	4
1.3. Faktori rizika za razvoj depresije	6
1.3.1. Genetski faktori	6
1.3.2. Pol	8
1.3.3. Starost	8
1.3.4. Socijalno-ekonomski faktori	8
1.3.5. Porodični faktori	9
1.3.6. Stresni životni događaji	9
1.3.7. Hronične bolesti	10
1.4. Barijere u prepoznavanju depresivnog poremećaja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti	10
1.5. Klinička slika i dijagnostika depresije	11
1.6. Terapija depresije	13
1.7. Metode za rano prepoznavanje depresivnosti u primarnoj zdravstvenoj zaštiti	14
1.7.1. Instrumenti za merenje depresivnosti	14
1.8. Prevalencija depresije u Srbiji na nivou primarne zdravstvene zaštite	17
2. CILJEVI ISTRAŽIVANJA	18
3. MATERIJAL I METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA	19
3.1. Postupak prikupljanja podataka	19
3.2. Instrumenti istraživanja	20
3.3. Etičko odobrenje	21
3.4. Varijable	22
3.5. Statistička obrada podataka	22
4. REZULTATI	23
4.1. Socijalno-demografske i socijalno-ekonomske karakteristike ispitanika	23
4.2. Kliničke karakteristike ispitanika	25
4.3. Prevalencija depresivnosti pri prvoj poseti	27
4.4. Korelacija skora upitnika o traumatskim iskustvima u detinjstvu prema stepenu depresivnosti određenog PHQ-9 i DASS upitnikom pri prvoj poseti	30
4.5. Povezanost ugrožavajućih životnih događaja sa pojavom depresivnosti prema PHQ-9 i DASS-D upitniku pri prvoj poseti	32
4.6. Povezanost skora neuroticizma sa PHQ-9 i DASS-D skorom pri prvoj poseti	35
4.7. Intervencije preduzete kod ispitanika nakon skrininga depresivnosti	36

4.8. Vrednosti skora PHQ-9 i DASS kod ispitanika pri drugoj poseti	40
4.9. Povezanost skorova PHQ-9 i DASS pri prvoj i drugoj poseti	41
4.10. Prediktori depresivnosti	42
4.11. Prevalencija depresivnosti ispitanika pri prvoj i drugoj poseti	48
5. DISKUSIJA	49
6. ZAKLJUČCI	56
7. LITERATURA	58

1. UVOD

Primarna zdravstvena zaštita (PZZ) obuhvata najširi opseg zdravstvene zaštite, uključujući sve uzraste korisnika, različitih socijalno-ekonomskih karakteristika, korisnike koji žele da održavaju optimalno zdravlje, kao i korisnike sa svim vrstama akutnih i hroničnih fizičkih, mentalnih i socijalnih zdravstvenih problema, uključujući višestruke hronične bolesti (1). Kao takva, PZZ ima centralnu ulogu u kontinuiranoj zdravstvenoj zaštiti pacijenta. Na taj način se osiguravaju univerzalne, dostupne, sveobuhvatne i prema korisniku usmerene zdravstvene usluge unutar zajednice, koju pruža tim medicinskih stručnjaka (2). Lekar PZZ (*engl. primary care physician – PCP*) jeste lekar koji ostvaruje prvi kontakt sa korisnicima, a potom je zadužen za praćenje zdravstvenog stanja, bez obzira na uzrok, dijagnozu i vrstu bolesti (3). Lekari u PZZ takođe edukuju pacijente o zdravom načinu života, značaju ranog otkrivanja bolesti, savetuju ih o različitim terapijskim opcijama i sprovođenju imunizacije (4).

U PZZ lekari opšte prakse nalaze se na ulaznim vratima zdravstvenog sistema, susreću se sa ljudima koji imaju različite zdravstvene probleme, a samim tim uključeni su i u zbrinjavanje depresivnih poremećaja (5). Veliki depresivni poremećaj (*engl. major depressive disorder – MDD*) predstavlja jedan od najčešćih mentalnih poremećaja koji smanjuje radnu sposobnost i dovodi do invaliditeta. Depresija i depresivnost dovode do značajnog smanjenja kvaliteta života osoba bilo koje životne dobi, smanjuju radnu sposobnost i produktivnost, svakodnevno funkcionisanje i menjaju stil života osobe uz smanjenje blagostanja. Depresija ima značajne posledice i na funkcionisanje porodice zbog stigmatizacije i izolacije, ekonomskih i emotivnih problema. Može dovesti do poremećaja u strukturi porodice, što često dovodi do razvoda (6).

Depresivni poremećaj u PZZ je veoma teško prepoznati te je i „rano” prepoznavanje depresije otežano, jer nema standardnog kliničkog testa za kvantifikaciju težine depresije. Trenutno, manje od polovine pacijenata s depresijom prepoznaju njihovi lekari PZZ. Rezultati studije sprovedene u Nemačkoj pokazuju da je kod 55% pacijenta pravilno dijagnostikovano klinički značajan depresivni poremećaj, a samo kod 21% pacijenata ustanovljena je dijagnoza „definitivne” depresije (7). Nekoliko studija pokazalo je da se najozbiljnija komplikacija depresije, suicid, može očekivati kod oko 10% bolesnika, kao i da je poremećaj često udružen sa hroničnim bolestima (2). Međutim, treba napomenuti da je epidemiologija depresivnih poremećaja drugačija u različitim zemljama, pogotovo kada se upoređuju zemlje u razvoju sa razvijenim zemljama, a date razlike mogu uticati na rano otkrivanje i blagovremeno lečenje depresije (3).

Otkrivanje depresije zahteva primenu skala za rano otkrivanje depresivnog sindroma, posebno u okviru PZZ. Posledice neprepoznavanja povlače mnogobrojne komplikacije u smislu nepravovremenog uvođenja terapije depresije, produbljivanje bolesti uz povećanje nefunkcionalnosti bolesnika, a sa druge strane povećanje troškova lečenja, potrebe za hospitalizacijom, uz povećanje učestalosti suicida i komorbiditeta (8). Uprkos napretku medicinskih dijagnostičkih tehnika i dizajniranja različitih skala za utvrđivanje depresivnosti, depresivni poremećaj u PZZ je i dalje nedovoljno prepoznat. Sistem zdravstvene zaštite stalno se usavršava u pogledu preporuka, protokola i intervencija za povećanje procenta blagovremenog prepoznavanja depresije i primenu terapije, ali se ove preporuke teško implementiraju i dosadašnja klinička praksa menja (9). U prilog tome govore podaci koji su dobijeni u američkoj epidemiološkoj studiji gde je otkriveno da je 5–12% pacijenata imalo depresivni poremećaj u PZZ (10). Ujedno je utvrđeno da ovi pacijenti imaju veliki broj neobjašnjivih simptoma, veći stepen komorbiditeta (muskulo-skeletne bolesti, hipertenzija, dijabetes melitus, hronična opstruktivna bolest pluća i dr.) ili funkcionalnih oštećenja koja kao takva mogu da otežaju i zamaskiraju dijagnostiku osnovnog oboljenja (6).

Novije studije pokazuju da je trenutno glavni nedostak prepoznavanja depresivnosti na primarnom nivou to što ne postoji kontinuitet zdravstvene zaštite: pojedinac se mora samostalno javiti lekaru, mora biti klinički prepoznat kao depresivan pacijent (ili kao pacijent sa rizikom od razvoja depresije) i primiti adekvatnu terapiju uz praćenje ishoda lečenja. Praćenjem razlika u dijagnostici između lekara primarne zdravstvene zaštite nađene su značajne razlike u senzitivnosti dijagnostike, što se objašnjava razlikama u shvatanju depresije od strane lekara, a ne razlikama u kliničkoj slici. U poboljšanju kvaliteta zdravstvene zaštite i dijagnostikovanja depresije na primarnom nivou veoma je važan timski rad zdravstvenih radnika različitih profila. Uvođenje sistema informisanja i edukacije lekara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti o depresiji, faktorima rizika bolesti, smernicama u lečenju, praćenju bolesti i primeni skala za otkrivanje depresije trebalo bi da poveća efikasnost ranog prepoznavanja depresije (11). Sa aspekta pacijenata, propagiranje informacija o bolesti od strane zdravstvenih radnika i šire javnosti je neophodno u ranoj dijagnozi bolesti. U poslednjih 40 godina ulažu se znatni naponi za razumevanje problema depresivnog poremećaja i unapređenja prepoznavanja u PZZ (12–14).

1.1. DEPRESIJA

Reč depresija potiče od latinske reči *deprimere* koja označava potišteno duševno stanje, klonulost, teskobu, utučenost i bezvoljnost (15). Istorijski gledano, depresija je opisana još u staroj antičkoj državi pod nazivom „melanholija”. Melanholija je prepoznata u vreme Hipokrata, i ostala je kao termin za mentalni poremećaj kroz period galenske medicine i srednjevekovno doba (16). U bukvalnom prevodu melanholija znači „crna žuč”, što se povezuje sa antičkom humoralnom teorijom uzročnosti. Ovaj termin je uokviren i povezan sa očajem tek u delu „Anatomija melanholije” Ričarda Bartona, koje je objavljeno 1621. godine.

1.1.1. Pojam depresije i depresivnosti

Termini melanholija i manija su prerasli u ono što se sada definiše kao bipolarni ili manično-depresivni poremećaj od strane Arateusa Kapadokije tek 1854. godine. Pojam depresija se, takođe, pojavio u 19. veku i označavao je stanje tuge. Krajem 19. veka pojavile su se i prve modernije klasifikacije psihijatrijskih poremećaja u koje su uvršteni i depresivni poremećaji. U to vreme je smatrano da se depresija razvija na osnovu neurološkog medicinskog modela, tako da nije povezivana sa psihološkim faktorima i stresom. Pojavom psihoanalitičke struje menja se pogled na koncept depresije (16, 17).

Najnovija teorija razvitka depresije se zasniva na osovini mikrobiota – gastrointestinalni sistem – centralni nervni sistem. Ova osovina se sastoji od centralnog nervnog sistema (CNS), neuroendokrinog i neuroimunog sistema, autonomnog nervnog sistema (simpatičkog i parasimpatičkog), enteričnog sistema i crevne mikrobiote. Postoje brojni dokazi koji potvrđuju ulogu mikrobiota u anksioznim poremećajima i poremećajima raspoloženja. Konstantni psihički stres utiče na promenu strukture mikrobiote. Određeni bakterijski sojevi poput *Lactobacillus* i *Bifidobacterium* sekretuju gama-aminobuternu kiselinu (GABA) koja je ključni inhibitorski neurotransmitter u CNS-u. Neuravnoteženi ili modifikovani signalni putevi GABA-e povezani su sa anksioznim poremećajima i depresijom (17). Mehanizam nastanka depresije još uvek nije u potpunosti razjašnjen. Trenutno postoje dve osnovne teorije nastanka poremećaja raspoloženja koje se međusobno dopunjuju – monoaminska teorija i neuroendokrina teorija (18).

Monoaminska teorija (Tabela 1.1) zagovara da depresija nastaje kao rezultat funkcionalnog deficita monoaminergičke transmisije u određenim regijama mozga – pre svega prednjem mozgu i limbičkim strukturama (19). Neuroendokrina (neurotrofička) teorija govori u prilog tome da velika depresija nastaje kao posledica gubitka neurona u hipokampusu i prefrontalnom korteksu. Gubitak ovih neurona je od značaja, jer se na nivou hipokampusa i prefrontalnog korteksa dešava složena interakcija uticaja koji kontrolišu ekspresiju gena odgovornih za apoptozu i neurogenezu. Oslobođeni kortizol na nivou hipokampusa / prefrontalnog korteksa povećava ekspresiju gena odgovornih za apoptozu (20).

Tabela 1.1. Prikaz uticaja noradrenalina i serotonina na ključne simptome depresije (19)
[ENREF 19](#)

Noradrenalin	Serotonin	Zajednički uticaj (noradrenalin i serotonin)
interes	apetit	raspoloženje
energija	agresivnost	emocije
motivisanost	impulsivnost	anksioznost

Zajednička osobina svih depresivnih poremećaja jeste prisustvo tužnog, praznog ili iritabilnog raspoloženja, praćenog somatskim i kognitivnim promenama koje značajno utiču na funkcionalni kapacitet osobe. Ovi poremećaji se razlikuju po intenzitetu, trajanju i vremenu javljanja simptoma, kao i pretpostavljenoj etiologiji. Savremeni koncept depresije se formirao kroz dve nove klasifikacije koje se danas koriste: Međunarodna statistička klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema, deseta revizija – MKB-10 (*engl. International Classification of Diseases – ICD*) i Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje, peto izdanje – DSM-5 (*engl. Diagnostic and statistical manual for mental disorders – DSM*) (20). Većina psihologa i psihijatara se slaže u tvrdnji da je depresija složen fenomen, ali još uvek ne postoji jasno definisana granica između depresivnog stanja i depresivnog poremećaja. Kesigova epidemiološka studija depresivnih podtipova je pokazala da je depresija dinamičko stanje u kojoj se stanja i poremećaji menjaju u toku vremena (21). Depresija je stanje okarakterisano izrazitim padom raspoloženja, koje osoba ne može kontrolisati i koje utiče na njeno razmišljanje, opažanje, ponašanje, telesno i socijalno funkcionisanje (22). Depresivni bolesnik je potišten (disforija), smanjene energije, interesovanja i osećaja zadovoljstva (anhedonija) i smanjene volje (hipotimija).

Depresija označava niz afektivnih poremećaja za koje su karakteristični intenzivni osećaji tuge, beznađa, bespomoćnosti, bezrazložan osećaj krivice i sklonost samoubistvu. Američko udruženje psihijatara (*American Psychiatric Association*) definiše depresiju kao mentalno stanje koje karakteriše stalno nisko raspoloženje, gubitak interesa i uživanja u svakodnevnim aktivnostima, neuro-vegetativni poremećaj i smanjena energija, što uzrokuje različite nivoe socijalne i profesionalne disfunkcionalnosti (23, 24). Depresivni poremećaji su česti kod ljudi svih uzrasta i mogu se klasifikovati u zavisnosti od trajanja, težine i broja simptoma i stepena funkcionalnog oštećenja. Međutim, terminom depresije ne označava se samo specifični dijagnostički entitet, već se on koristi i za karakterisanje izolovanog simptoma koji se javlja kao komponenta normalnog opsega ljudskih emocionalnih reakcija koje mnogi ljudi u određenim periodima svog života doživljavaju, što može dovesti do određenih zabuna (24, 25).

U klasifikacionim sistemima depresija se kategorizuje prema intenzitetu i trajanju. Problem u terminologiji depresije je tema polemike mnogih stručnjaka zato što se ovaj termin koristi za

opisivanje stanja koja su pratioci različitih duševnih i telesnih bolesti, ali i samostalne kategorije poremećaja. Značenje termina nije jedinstveno niti potpuno određeno ni u jednoj od ovih oblasti. U tom dinamičkom kretanju psihičkih simptoma, emocionalnih primesa i neafektivnih komponenti ne može se naći jasna granica niti po kliničkoj slici, niti po toku i ishodu između pacijenata sa endogenom depresijom nasuprot neurotsko/reaktivnom podtipu (26, 27).

U kliničkoj praksi u poslednje dve decenije istraživanja su sve više usmerena na prepoznavanje takozvanih subsindromskih depresija koje ne ispunjavaju sve kriterijume za dijagnostiku depresivne epizode, a slične su stanjima koja su u prošlosti bila poznata kao „neurotska” ili „karakterološka” depresija. Subsindromska depresija je uzrok značajnog porasta morbiditeta i dovodi do psiho-socijalne i radne onesposobljenosti, povećavajući troškove zdravstvene zaštite. Ovo stanje često prethodi punom razvoju depresivne epizode (28, 29).

1.2. EPIDEMIOLOŠKI ASPEKTI DEPRESIJE

U savremenom svetu depresivni poremećaji predstavljaju veliko opterećenje za društvo. Pored velike učestalosti, ovi poremećaji se karakterišu dugim trajanjem, recidivnim karakterom, udruženim javljanjem sa dugim bolestima, velikim troškovima i povećanjem invaliditeta (30). Podaci Svetske zdravstvene organizacije (SZO) ukazuju da broj obolelih u svetu nikada ne pada ispod 120 miliona. Statistički podaci na globalnom nivou pokazuju da je depresivni poremećaj po učestalosti u ukupnoj populaciji na četvrtom mestu, a predstavlja i drugi najčešći zdravstveni problem u populaciji žena. Prema podacima iz izveštaja SZO iz 2017. godine od depresije u opštoj populaciji u Srbiji pate 419.302 osobe (5% populacije) (31), a u studiji koja obuhvata populaciju primarne zdravstvene zaštite u Vojvodini registruje se prevalencija od 24,5% obolelih (32).

Najnoviji podaci koji se odnose na ukupnu prevalenciju depresivnog poremećaja su dobijeni u studiji iz 2021. godine, koju su sproveli Arias de la Tor i saradnici, čiji je cilj bio da ispituju rasprostranjenost depresivnih poremećaja u okviru 27 zemalja Evrope (33). Ustanovljena je veoma visoka prosečna prevalencija od 6,38%, dok su uočene velike varijacije u prevalenciji depresije između posmatranih zemalja, te je u Češkoj Republici prevalencija depresije 2,58%, dok je na Islandu čak 10,33%. Prevalencija depresivnog poremećaja je viša kod žena (7,74%) nego kod muškaraca (4,89%). Pretpostavlja se da tome doprinose hormonske promene kod žena, trudnoća, naučena bespomoćnost i predodređenost životnih uloga. Međutim, razlika se smanjuje, zahvaljujući većem porastu rizika obolevanja među mlađim muškarcima u odnosu na mlađe žene (33). Primećena je velika razlika u prevalenciji depresije koja je ustanovljena ovom studijom u odnosu na prethodno procenjenu prevalenciju studije iz 2018. godine koja se odnosila na Evropu. Tom prilikom nisu uočene značajne razlike između prevalencije depresije ruralnih i urbanih sredina (13% nasuprot 17,7%), dok je depresija dvostruko češća kod ženskog pola. Sprovedene studije pokazuju značajno višu prevalenciju depresije evropske regije spram prevalencije od 4,2% koja je zvanični podatak SZO (31). Studije ukazuju da prevalencija depresije varira među pacijentima u PZZ u rangu od 2,3% – 48,5% (34–37). Metaanaliza iz 2018. godine (n = 1.112.573 odraslih) pokazuje da nema razlike između ruralnih i urbanih sredina (13% nasuprot 17,7%), dok je depresija dvostruko češća kod osoba ženskog pola (38). Istraživanje koje su sproveli Jakobi i saradnici pokazalo je da životna prevalencija depresije kod žena iznosi oko 23,3%, u odnosu na 11,1% kod muškaraca, dok je godišnja prevalencija iznosila 14% kod žena, a 7,5% kod muškaraca (39).

Pregledom literature dostupne na PubMed-u i Google Scholar-u, pretragom pomoću ključnih reči, *prevalencija depresije u primarnoj zdravstvenoj zaštiti*, dobijeno je 8 studija koje su sprovedene između 2009. i 2018. godine i koje su prikazane u Tabeli 1.2.

Tabela 1.2. Prevalencija depresije u primarnoj zdravstvenoj zaštiti

Populacija	Rezultati
Odrasli ambulantni pacijenti (n = 509.945) popunjavali su PHQ-9 upitnik za depresiju tokom poseta primarnoj zdravstvenoj zaštiti, specijalističkoj psihijatrijskoj ambulanti i drugim pružaocima ambulantnih usluga (40).	Susreti u kojima su korišćeni upitnici uključivali su 500.751 (41%) sa specijalistima za mentalno zdravlje, 442.509 (36%) sa lekarima opšte medicine i 285.048 (23%) sa raznim drugim medicinskim ili hirurškim specijalistima (uključujući posete hitnoj pomoći). Koristeći konvencionalnu klasifikaciju PHQ-9 rezultata, depresija je bila minimalna (skor od 0 do 4) kod 408.575 (34%), blaga (skor od 5 do 9) kod 295.907 (25%), umerena (skor od 10 do 14) kod 221.845 (19%), umereno teška (skor od 15 do 19) kod 153.946 (13%) i teška (20 ili više) kod 103.098 ispitanika (9%).
Regrutovan je uzorak od 3.626 odraslih koji su posetili 12 australijskih ordinacija opšte prakse (41).	U proceni težine depresije korišćeni PHQ-9 test je pokazao preciznost u 95% (0,92–0,93) ispitivanih slučajeva. PHQ test je pokazao osetljivost od 91% i specifičnost od 78% za detekotovanje mogućih slučajeva depresije.
Sprovedena je studija preseka u opštoj populaciji o upotrebi supstanci u Letoniji tokom 2011. godine (42).	Prevalencija depresije bila je 6,7%.
U Hajnc Niksdorfovoj ponovljenoj studiji učestvovalo je 3.880 ispitanika starosti 51–81 godina u periodu 2006–2008. godine (43).	Učestalost depresivnog raspoloženja (CES-D \geq 16) iznosila je 7,57%.
Istraživanje je obuhvatalo opštu populaciju Koreje, slučajan uzorak neinstitucionalizovane populacije (44).	Tačka prevalencije depresije (PHQ skor 10 ili više) bila je 6,7% (95% interval poverenja [CI], 5,7–7,6) kod 4.949 ispitanika.
U istraživanju su učestvovala 2.294 pacijenta, koji su pregledani u 38 ordinacija opšte prakse iz tri grada – Sauthempton, Liverpool i Norfolk između aprila 2006. i marta 2007. Korišćena je kompjuterizovana medicinska dokumentacija pacijenata za koje je zabeležena ozbiljna depresija (45).	Zabeležena je povišena ocena depresivnosti i to: 1.658 za PHQ-9, 584 za HADS i 52 za BDI-II. Sa PHQ-9, 1.384 (83,5%) od 1.658 pacijenata je kategorizovano da imaju umerenu do tešku depresiju (za koju se generalno preporučuje aktivna intervencija), u poređenju sa samo 325 (55,6%) od 584 pacijenata procenjenih sa HADS.
Sprovedena je kohortna studija, 47.170 ispitanika identifikovano je iz populacije od 1.287.829 ispitanika starosti 10–79 godina sa zabeleženom dijagnozom depresije (<i>Read code</i>) između 1. januara 2002. i 31. decembra 2004. godine (46).	Prevalencija depresije bila je 11,23% (95% CI, 11,18–11,28).

Populacija	Rezultati
Epidemiološka studija sprovedena u Italiji obuhvatala je tri oblasti i uključivala 191 lekara primarne zdravstvene zaštite, koji su tokom jedne nedelje procenili 1.896 pacijenata starosti od 14 i više godina (47).	Prevalencija trenutne depresije kretala se između 7,8% i 9,0% u tri glavna italijanska područja, bez značajnih varijacija.

Grupe autora smatraju da su dostupni podaci samo vrh ledenog brega. Zaključuju da je veliki broj depresivnih stanja nezapažen i nedijagnostikovano, te da depresija i depresivni poremećaji predstavljaju daleko veći i obimniji problem nego što se smatra. Prevalencija i incidencija depresije istraživana je u mnogim globalnim studijama primenom različitih dijagnostičkih kriterijuma (7).

Trend rasta prevalencije i incidencije depresije počeo je od ranih godina prošlog veka u svim zemljama koje je zahvatio talas industrijalizacije, a nastavlja se i danas. Takođe je primećen trend pomeranja granice javljanja depresije prema mlađim uzrastima. Na povećanu učestalost depresivnih poremećaja utiču i produženje životnog veka i veći broj somatskih oštećenja, koja su često praćena depresivnim poremećajima, rast učestalosti jatrogenih depresija, kao i kontinuirano povećanje nivoa stresa u svim regionima sveta. Depresivne poremećaje ne treba gledati izolovano, kao psihička oboljenja, jer je dokazano da i te kako imaju uticaja i na somatski karakter oboljevanja i kao takva predstavljaju faktor rizika za razvoj komorbiditeta i porast mortaliteta (48).

Povezanost depresije sa drugim poremećajima je mnogostruka. Depresija predstavlja faktor rizika za razvoj kardiovaskularnih i cerebrovaskularnih bolesti i karcinoma. Osobe koje boluju od hroničnih bolesti (dijabetes, bolesti srca, terminalni stadijumi malignih bolesti) imaju znatno veće šanse za razvoj depresije. Istovremenim postojanjem, depresija i druge bolesti se reciprocno pogoršavaju, čineći lečenje komplikovanijim, dužim, neizvesnijim i skupljim (49). Pacijenti sa preležanim infarktom miokarda, koji pate od depresije imaju 4–8 puta veću stopu smrtnosti u odnosu na pacijente bez depresije. Komorbiditet karcinoma i depresije pokazuje veći rizik od smrtnosti i veći broj dana bolničkog lečenja. Pojava depresivnih simptoma, koji su utvrđeni kod 30% dijabetičara, dovodi do lošije kontrole bolesti, lošijih ishoda i većih troškova lečenja (50).

1.3. FAKTORI RIZIKA ZA RAZVOJ DEPRESIJE

Depresija je oboljenje na koje utiču mnogobrojni faktori koji pojedinačno ili najčešće udruženo dovode do razvoja depresivnih simptoma, i stoga se smatra da je usko povezana sa genetskim, biološkim, kulturološkim i psihološkim faktorima, kao i sa faktorima spoljašnje sredine. Novije studije pokazuju da faktori sredine igraju značajnu ulogu u razvoju depresije, u odnosu na nasledne faktore, što potvrđuju metaanalize šest studija sprovedenih u ustanovama PZZ (51, 52).

1.3.1. Genetski faktori

Pokazalo se da je naslednost dominantan faktor u teškim oblicima depresije. Težina bolesti takođe zavisi od toga da li se depresivni poremećaj nasleđuje od majke ili oca (53). Geni za koje se smatra da su povezani sa depresijom imaju različite funkcije. Neki od ovih gena mogu da kontrolišu proizvodnju (sintezu), transport i aktivnost hemijskih agenasa koji se nazivaju neurotransmiteri. Neurotransmiteri formiraju hemijske signale koji omogućavaju nervnim ćelijama, neuronima, da komuniciraju jedni sa drugima. Ostali geni koji mogu uticati na rizik od depresije uključeni su u rast, sazrevanje i očuvanje neurona, kao i sposobnost sinapsi da se tokom vremena menjaju kao

odgovor na draž, što je karakteristično poznato kao sinaptička plastičnost (54). Dakle, iako postoje neosporni podaci koji govore u prilog naslednosti depresivnih poremećaja, i dalje se sa sigurnošću ne zna tačan mehanizam nasleđivanja niti su mapirani geni koji imaju ulogu u nasleđivanju i ekspresiji depresije.

1.3.2. Pol

Poznato je da je rizik obolevanja od depresije veći kod žena nego kod muškaraca, što je identično u čitavom svetu i perzistentno tokom vremena. Među dostupnim podacima nailazi se na manje varijacije u procentualnom odnosu obolelih žena spram muškaraca, ali najveći broj studija se slaže da su žene u gotovo dvostruko većem riziku od razvoja depresivnih poremećaja nego muškarci. Ovo se objašnjava predominantno socijalno-demografskim položajem žena u svetu, dok manji udeo imaju faktori koji se tiču fizioloških razlika žena i muškaraca.

Uloga žene u društvu je višestruka: žene su, mnogo više od muškaraca, prinuđene da usklađuju karijeru sa kućnim i majčinskim obavezama, što ih čini ranjivijim prema stresu. Veliki problem koji opstaje uprkos modernizaciji društva i porastu kulturološke svesti jeste nasilje nad ženama, koje predstavlja značajan predisponirajući faktor za nastanak depresije (55). Žene su takođe spremnije da se žale na svoje tegobe nego muškarci i radije se javljaju za pomoć lekaru i prihvataju terapiju. Otuda i veći broj uspešno dijagnostikovanih žena, dok se kod muškaraca to mnogo teže dijagnostikuje, jer su naučeni da kriju i da se samostalno bore sa psihičkim patnjama (56).

1.3.3. Starost

Podaci vezani za kretanje prevalencije depresije u odnosu na životno doba su heterogeni, a ujedno se javlja i problem razlike u kliničkoj slici depresije kod mlađih i starijih osoba, te je veoma teško napraviti komparaciju. Mlađe osobe pokazuju tendenciju ka izraženijim i kraćim epizodama depresije, dok starije osobe pokazuju slabe do umerene, ali dugotrajnije depresivne faze. Većina studija se slaže sa podacima koji govore u prilog najviše incidence depresivnih poremećaja kod osoba starosti 18–25 godina, što se može objasniti izlaskom iz puberteta i ulaskom u „svet odraslih”, kada nastaju mnoga razočaranja ili se osobe po prvi put samostalno suočavaju sa pojedinim problemima, bez pomoći roditelja i bližnjih (57). Može se zaključiti da adolescentna faza ne predstavlja rizik za razvoj depresije posmatrano sa aspekta godina, dok socijalno-ekonomski faktori mogu imati i te kako važnu ulogu u ovom periodu. Incidenca depresije potom održava srednje vrednosti sve do početka starosti (65 godina), kada se opet nailazi na različite podatke. Jedna grupa autora govori u prilog najnižoj incidenci depresije (58), dok sa druge strane postoje autori koji govore u prilog ponovnom porastu incidence depresivnih stanja u dubokoj starosti (59). Ova različitost se objašnjava kulturološkim razlikama i običajima posmatranih grupacija ljudi, kao i stepenom razvijenosti i urbanizacije sredine u kojoj živi stara osoba. Ipak, trend povećanja incidence depresije u dubokoj starosti ima više opravdanja i objašnjava se postojanjem mnogobrojnih komorbiditeta, somatskih problema i gubitka funkcionalnosti. Pojavi depresije u ovom životnom periodu dodatno doprinose socijalno-ekonomske okolnosti, finansijski problemi, gubitak samostalnosti, osećaj beskorisnosti, gubitak voljene osobe, samoća i nedostatak emocionalne podrške porodice (60).

1.3.4. Socijalno-ekonomski faktori

Odnos socijalno-ekonomskog statusa i psihijatrijskih poremećaja jedan je od najvažnijih aspekata odnosa društvene strukture i mentalnog života i jedan od najdoslednijih odnosa u oblasti psihijatrijske epidemiologije. U svetu postoje i stalno perzistiraju nejednakosti, siromaštvo, nezaposlenost, marginalizacija i dr. Nizak društveno-ekonomski status je povezan sa većom prevalencijom depresije, što znači da su loš materijalni i socijalni status, nezaposlenost, niži stepen obrazovanja i ekonomska neaktivnost značajni prediktori depresije. Loše materijalno stanje i niski prihodi povećavaju životne brige i stvaraju loše predikcije budućnosti, dovode do finansijskog stresa koji hronično traje, što povećava rizik za nastanak depresije. Indirektno ovi faktori mogu

uticati na povećanje učestalosti depresije, zbog toga što siromaštvo uslovljava pojavu razvoja drugih hroničnih oboljenja, koji dodatno umanjuju radnu sposobnost i stvara se začarani krug beznadežne situacije. Siromaštvo smanjuje mogućnost plaćanja troškova lečenja, što je dodatna otežavajuća okolnost (61).

Nisko obrazovanje takođe ima uticaja na prevalenciju depresivnih poremećaja. Povezanost je multidimenzionalna, jer je, sa jedne strane, niže obrazovanje obično udruženo sa manjim primanjima i siromaštvom, koje je značajan faktor za nastajanje depresije. Javlja se negativan uticaj na fizičko i mentalno zdravlje i umanjuje radna sposobnost. S druge strane, depresija negativno utiče na fizičko i psihičko zdravlje, na stepen obrazovanja, umanjuje radnu sposobnost i povećava troškove lečenja. Nezaposlenost takođe ima veliki negativan uticaj na mentalno zdravlje, jer se razvija materijalna nesigurnost i neizvesnost, nastaje stres, frustracija i anksioznost, što olakšava nastanak depresivnih simptoma. Smanjuje se funkcionalnost osobe i mogućnost zaposlenja i razvija osećaj beznada (62).

Visoko obrazovanje i viši ekonomski status su se pokazali kao zaštitni faktori protiv depresije. Viši prihod bio je povezan sa nižim izgledima da osoba ima depresiju, što se ne objašnjava posedovanjem materijalnih stvari, već samom činjenicom da je takva osoba psihički sigurnija i poseduje manje brige i hroničnog stresa. Tako se dolazi do konačnog zaključka da hronični stres koji formiraju bezizlazne situacije ima odlučujuću ulogu u razvoju depresivnih poremećaja (63).

1.3.5. Porodični faktori

Širok spektar razlika u roditeljskoj brizi i porodičnih faktora povezan je sa rizikom od pojave depresije kod mladih. Faktori rizika se mogu ogledati u vidu roditeljske patologije, roditeljskog stila vaspitanja, emocionalne klime porodice i dr. Porodične faktore možemo posmatrati kao unutrašnje i spoljašnje. Unutrašnji faktori bi bili porodična kohezija, kvalitet komunikacije, razmena emocija, podrška, kritika i dr., dok se pod spoljašnjim faktorima opisuje ekonomska situacija porodice, obrazovanje i sl. Činjenica je da roditelji poseduju značajno veći uticaj na razvoj depresije kod dece nego što deca imaju takav uticaj na roditelje. Lako se može razumeti i objasniti time što su roditelji starije, psihički stasale osobe, dok su mladi u burnom psihičkom i emotivnom razvoju, te i najmanje promene mogu prouzrokovati duševne nemire (64, 65).

Rizik od depresije povezan je sa društvenim, interpersonalnim i porodičnim kontekstom u kome deca žive i oni mogu imati značajan uticaj na razvoj depresije kod mladih osoba (loš socijalno-ekonomski status, porodični konflikti, prerana smrt roditelja, psihijatrijske bolesti i nasilje u porodici) (66, 67).

Porodica treba da pruži podršku, sigurnost, zaštitu i utehu svojim članovima, kako bi se značajno umanjio rizik od razvoja depresije. Nasuprot tome, disfunkcionalne porodice u kojima vlada nerazumevanje, svađa, nepoverenje i sl. deluju potpuno suprotno, odnosno olakšavaju ponor u depresivne poremećaje individue. Roditelji koji pokazuju zanemarujući tip ponašanja ispoljavaju ravnodušnost, odsutnost, povlačenje, utiču na nepovoljan razvoj deteta, jer ne obezbeđuju sigurno okruženje u kojem bi se dete osećalo dobro i slobodno istraživalo i sazrevalo (67).

1.3.6. Stresni životni događaji

Proživljeni stresni životni događaji su bili 2,5 puta verovatniji kod depresivnih pacijenata u poređenju sa zdravim ispitanicima. Oko 80% depresivnih osoba navodi neki od glavnih stresogenih životnih događaja kao uzrok njihovog oboljenja (68, 69).

Ljudski organizam poseduje određene kompenzatorne mehanizme, odnosno mehanizme kojima uspeva da se prilagodi ili prevaziđe stresne životne događaje na način na koji ne dolazi do njegovog oštećenja, ali ni do prekida u kontinuitetu i kvalitetu funkcionisanja. Međutim, kompenzatorni mehanizmi mogu biti kako savladani intenzitetom, tako i iscrpljeni frekvencijom i trajanjem određene draži ili izmenjenog stanja. Stoga, svaka stresna situacija koja traje dovoljno dugo (hronično oboljenje, krajnje siromaštvo), ili je pak, isuviše jaka (smrt deteta) ima sposobnost da dovede do psihičkih i potom fizičkih poremećaja, jer organizam ulazi u takozvano dekompenzovano stanje u kojem nastaje određeno oštećenje (69).

1.3.7. Hronične bolesti

Hronične bolesti su povezane sa povećanom prevalencijom depresivnih simptoma i poremećaja raspoloženja. Na primer, depresija može uticati na tok ishemijske bolesti srca kroz povećanu aktivaciju trombocita ili pak dijabetesa kroz smanjenu toleranciju glukoze. Takođe, depresivni poremećaji mogu uticati na ove bolesti tako što se pacijent loše pridržava lečenja ili fizičke aktivnosti, a sa druge strane povećava konzumaciju duvanskih i alkoholnih proizvoda. U nekim slučajevima, depresija nastaje kao rezultat specifičnih bioloških efekata hroničnog oboljenja (Parkinsonova bolest, cerebrovaskularne bolesti, multipla skleroza, endokrini poremećaji, hipotireoza i dr.) (69). U ostalim slučajevima, uzroci mogu biti psihičke i emotivne prirode. Ograničenje fizičke aktivnosti koju je nametnula osnovna bolest dovodi do postepenog povlačenja u sebe kod obolele osobe i posledičnog razvoja depresivnih poremećaja. Upravo su to razlozi zašto lekar opšte medicine mora da proveri mogućnost postojanja depresije kod svojih pacijenata sa hroničnim bolestima (70).

Depresija značajno povećava ukupni teret bolesti kod pacijenata sa hroničnim bolestima. Takođe, depresija je povezana sa 50% do 100% povećanja korišćenja zdravstvenih usluga, kao i troškova. Depresija je takođe povezana sa povećanim morbiditetom i smrtnosti povezanim sa bolestima, ona pogoršava postojeće fizičke uslove (somatska oboljenja), što rezultira povišenom stopom smrtnosti u odnosu na očekivanu stopu smrtnosti za to oboljenje zasebno (71).

Prisustvo hronične bolesti može smanjiti verovatnoću da lekari prepoznaju ili tretiraju depresiju. Somatski simptomi često odražavaju kombinaciju somatskih i psiholoških faktora, a prisustvo jasnog medicinskog objašnjenja za ove simptome ne isključuje depresiju kao faktor doprinosa. Dodatna problematika nastaje prilikom utvrđivanja hronologije obolevanja, odnosno u utvrđivanju redosleda nastanka bolesti, jer mnoga psihička oboljenja mogu uzrokovati somatska i obratno. Tako i depresivni poremećaji mogu vremenom uticati na razvoj kardiovaskularnih oboljenja, tumora, endokrinoloških poremećaja i sl. (72).

1.4. BARIJERE U PREPOZNAVANJU DEPRESIVNOG POREMEĆAJA U PRIMARNOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

Rad lekara u PZZ se zasniva na odnosu između lekara i pacijenta, koji je značajan za bolju komplijansu, bolje mehanizme podnošenja hroničnih bolesti i opštu dobrobit pacijenta. Tako možemo govoriti o barijerama koje se tiču lekara i medicinskog osoblja, potom o barijerama koje stvaraju pacijenti i naposljetku o barijerama koje nameće zdravstveni sistem (73).

Barijere koje imaju lekari pri prepoznavanju depresivnog poremećaja potiču od udruženosti depresije sa somatskim simptomima, koji mogu biti indikatori velikog depresivnog poremećaja. O poteškoćama sa kojima se susreću lekari govore i podaci multicentričnih studija, gde je 12,5% bolesnika iz PZZ imalo depresivne poremećaje, od kojih je 47% klinički potvrđeno, 24% ne prima nikakvu terapiju, 9% dobija adekvatan tretman, a 6% je postiglo remisiju (74).

Prepreke za prepoznavanje depresije od strane pacijenata uključuju potenciranje prikazivanja somatskih, a ne emocionalnih tegoba usled straha od stigmatizacije. Stigma je važna prepreka u lečenju depresije, a povezana je sa negativnim stavom prema traženju tretmana i pridržavanju terapije, a na taj način se smanjuju mogućnosti za normalan život, rad, lečenje, rehabilitaciju i povratak u društvenu zajednicu (75).

Prepreke od strane zdravstvenog sistema uključuju: preopterećenost lekara i smanjenje produktivnosti, nedovoljan broj edukacija o mentalnom zdravlju, nedovoljno raspoloživog vremena za brigu o pacijentima i kontinuitet odnosa lekar–pacijent. To su osnovni nedostaci zdravstvenog sistema koji vode neminovnim propustima u pravovremenim i ispravnim dijagnozama depresije na nivou PZZ (76).

1.5. KLINIČKA SLIKA I DIJAGNOSTIKA DEPRESIJE

Iako se depresija može dogoditi samo jednom tokom života pojedinca, kao epizoda, većina ljudi obično ima više epizoda. Tokom ovih epizoda simptomi se javljaju veći deo dana, skoro svakog dana i mogu da uključuju (77):

- Promene raspoloženja tokom dana. Često je neraspoloženje najjače ujutro, da bi se tokom dana popravilo, ali može biti i obrnuto.
- Poremećen san, rano buđenje i ustajanje i isprekidano spavanje i san zbog brojnih misli koje „prolaze” kroz glavu.
- Neobjašnjivi fizički problemi, poput glavobolje ili bolova u leđima.
- Opšte usporavanje misaonog toka, govora i vitalnih funkcija.
- Slab apetit i posledični gubitak težine.
- Česte ili ponavljajuće misli o smrti, samoubilačke misli, pokušaji samoubistava ili samoubistva.
- Osećaj zabrinutosti, manjak energije, nesposobnost uživanja, slaba koncentracija.
- Zaboravnost, anksioznost, uznemirenost ili nemir.

Dijapazon simptomatologije koja se javlja uz depresiju je izuzetno širok i nespecifičan. Postoji još mnogo manifestacija i simptoma koje su depresivne osobe navodile kao tegobe. Neke od njih jesu konstantan osećaj krivice, fiksacija na neuspehe iz prošlosti i nemogućnost prevazilaženja istih. Iz toga proizilazi samookrivljivanje i manjak samopouzdanja, gde osobe razvijaju takozvani osećaj beznađa. Ukoliko osobe boluju od neke hronične bolesti, često se javlja preokupiranost tim bolestima i preterivanje u zabrinutosti. Psihičke tegobe idu do tih razmera da depresivni ljudi proživljavaju i oslabljen libido (78).

Dijagnoza se postavlja na osnovu pažljivog kliničkog razgovora i ispitivanja mentalnog statusa. Značajni dokazi sugerišu da je takav intervju uporediv u osetljivosti i specifičnosti spram radioloških ili laboratorijskih ispitivanja koji se obično koriste u medicini. Dijagnoza velike depresije se zasniva na medicinskoj istoriji pacijenta i fizičkog pregleda. Time se mogu prikladno razmotriti i drugi psihijatrijski poremećaji (opsesivno-kompulsivni poremećaj, panični poremećaj, bulimia nervoza, demencija), druga hronična oboljenja, upotreba lekova ili zloupotreba supstanci i posledično tome uputiti na relevantne dijagnostičke istrage (79).

Na raspolaganju su brojni alati za skrining koji mogu da pomognu lekarima da identifikuju pacijente koji su u grupi visokog rizika za razvoj depresije. Kao i kod većine instrumenata, instrumenti za skrining imaju tendenciju da budu prilično osetljivi, ali nisu previše specifični za identifikaciju depresije. Većina lekara upućuje na skrining kada ima neke opravdane sumnje na depresiju, obično specifične depresivne simptome, neobjašnjive fizičke simptome, oslabljeno funkcionisanje ili subjektivne nevolje izvan srazmernog opšteg zdravstvenog stanja ili drugog psihijatrijskog poremećaja (80).

Lekarima su na raspolaganju i standardizovani upitnici koji sadrže pitanja usmerena ka otkrivanju sledećih simptoma depresije (81):

1. depresivno raspoloženje;
2. gubitak interesovanja ili zadovoljstva u gotovo svim aktivnostima;
3. značajne promene u telesnoj masi ili apetitu (više od 5% za mesec dana);
4. gotovo svakodnevne promene u spavanju (insomnija, hipersomnija);
5. psihomotorna agitacija ili retardacija;
6. zamor ili gubitak energije;
7. osećaj beskorisnosti ili krivice;
8. smanjena sposobnost razmišljanja ili koncentracije / neodlučnost;
9. povratne misli o smrti ili suicidu ili pokušaj suicida.

Postoje i problemi razlikovanja stepena depresije: blaga, umerena i teška depresija. U Tabeli 1.3. su prikazani kriterijumi za dijagnozu depresivne epizode (F32) prema MKB-10.

Tabela 1.3. Tipični i drugi česti simpotmi depresije (24, 32) [ENREF 32](#)

Tipični simptomi	Drugi česti simpotmi
<ul style="list-style-type: none"> • depresivno raspoloženje • gubitak interesovanja i zadovoljstva • smanjenje energije, povećan zamor, umanjena aktivnost 	<ul style="list-style-type: none"> • oštećenje koncentracije i pažnje • smanjeno samopouzdanje i samopoštovanje • osećaj krivice i bezvrednosti • sumoran i pesimistički pogled na budućnost • ideje o samopovređivanju i samoubistvu • poremećeno spavanje • smanjen apetit

Intenzitet depresivnog poremećaja se procenjuje na osnovu prisutnosti određenih simptoma, koji su podeljeni na tipične i druge česte (ostale) simptome. Osoba mora u anamnezi da navede postojanje minimum dve ili više velikih depresivnih epizoda u trajanju od najmanje dve nedelje, bez istorije manične, mešovite ili hipomanične epizode. Prema MKB-10, blagu depresivnu epizodu (F32.0) karakteriše prisustvo najmanje dva tipična i dva od ostalih simptoma, umereno jaku depresivnu epizodu (F32.1) opisujemo kada su prisutna najmanje dva tipična i tri od ostalih simptoma, dok je za tešku depresivnu fazu nužno postojanje sva tri tipična i četiri ili više od ostalih simptoma. Takođe, razlikuje se teška depresivna epizoda bez psihotičnih simptoma (F32.2) i sa psihotičnim simptomima (F32.3) (24, 32).

Dodatno, za postavljanje dijagnoze velike depresivne epizode neophodno je da simpotmi dovode do poremećaja u normalnom funkcionisanju osobe u sferi socijalnog života ili da osoba iskusi fizičke oblike disfunkcionalnosti. Mora postojati jasan negativan efekat na kvalitet života pojedinca koji se ne može objasniti upotrebom lekova, zloupotrebom supstanci ili pak drugim medicinskim oboljenjem (81).

1.6. TERAPIJA DEPRESIJE

Depresiju treba posmatrati kao psihosomatsko oboljenje, te joj tako treba i pristupiti prilikom odabira terapije, odnosno treba postaviti fokus na lečenje kako psihičke komponente, tako i somatske komponente ovog oboljenja. Terapija prvenstveno treba da bude sačinjena iz psihoterapijskog i medikamentoznog dela. Intenzitet, dužina trajanja i frekvencija javljanja depresivne epizode treba da budu glavni faktori koji će odrediti farmakološku terapiju (82).

Lekovi koji se koriste u terapiji depresije se zajedničkim imenom nazivaju antidepresivi. Klinički je praktična podela na antidepresive starije generacije, u koje spadaju triciklični i njima slični antidepresivi (amitriprilin, imipramin, klomipramin, doksepin, maprotilin i dr.) i inhibitori monoamino oksidaze – MAO (fenelzin, tranilcipromin i moklobemid i dr.) i na antidepresive novije generacije u koje se ubrajaju selektivni inhibitori ponovnog preuzimanja serotonina (fluoksetin, sertalin, citalopram, paroksetin i dr.), inhibitori ponovnog preuzimanja serotonina i noradrenalina (venlafaksin, duloksetin) i više antidepresiva sa raznorodnim mehanizmima dejstva (bupropion, trazodon, agromelatin itd.) (83). Primenom ovih lekova teži se postizanju remisije oboljenja, odnosno postizanju rezolucije znakova i simptoma tekuće epizode, kao i prevenciji recidiva i relapsa (vraćanje prvobitne ili javljanje nove depresivne epizode) (Tabela 3, Prilog 1) (84).

Kako je lečenje depresije dugotrajan proces koji prolazi kroz nekoliko faza, tako se i terapijski režimi prilagođavaju fazi oboljenja. Ukoliko se terapija započinje u toku aktivne depresivne epizode, naziva se „aktivnom fazom” terapije koja traje od 6 do 10 nedelja. Ukoliko je terapija ispravno ordinirana, prvo se očekuje poboljšanje u pogledu fizičkih simptoma, što je praćeno objektivnim poboljšanjem zdravstvenog stanja i tek na kraju dolazi do subjektivnog poboljšanja psihičkog statusa pacijenta (85). Akutnom fazom terapije se postiže remisija, tj. povlačenje simptoma i znakova oboljenja, nakon čega terapijski režim prelazi u tzv. fazu kontinuirane terapije. Kontinuirana terapija traje od 4 do 9 meseci nakon remisije, gde se teži eliminaciji potencijalnih rezidualnih simptoma i prevenira se relaps oboljenja. Konačno sledi faza održavanja, koja traje od 12 do 36 meseci, a cilj dugotrajne primene antidepresiva jeste sprečavanje recidiva. Na psihijatru je odluka o eventualnom doživotnom nastavku antidepresivne terapije, koju donosi na osnovu procene rizika od recidiva za tu osobu. Smatra se da mlađi od 40 godina koji imaju dve epizode depresije i osobe bilo koje životne dobi sa tri ili više epizode predstavljaju rizičnu grupu, te da treba da koriste antidepresive doživotno (86).

Posebno je važan momenat odluke o prestanku uzimanja antidepresivnih lekova. Ukoliko se naglo prestane sa uzimanjem pomenutih lekova, mogu se razviti simptomi i znakovi koji se zbirno nazivaju sindrom diskontinuacije, koji predstavlja manifestacije fizičke zavisnosti od leka. Stoga je neophodno sprovesti dugotrajan i postepen način smanjivanja doze antidepresiva, sve do potpunog prekida. Sindrom diskontinuacije je još jedan razlog zašto u slučaju blage i umerene depresije prvenstvo treba pristupiti psihoterapiji, a pre svega kognitivno-bihejvioralnoj terapiji (87). Elektrokonvulzivna terapija (EKT) predstavlja visokoefikasan tretman u kratkotrajnom lečenju depresije, jer veoma brzo dovodi do rezultata u vidu poboljšanja psihičkog stanja pacijenta (88).

1.7. METODE ZA RANO PREPOZNAVANJE DEPRESIVNOSTI U PRIMARNOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

Veoma je teško „usputno” postaviti dijagnozu depresije ako se pacijent javio zbog drugog problema, recimo bolova u glavi ili gastrointestinalnih tegoba. PZZ ima zadatak i obavezu da pacijente sagledava kao celinu i da profesionalnim pristupom odoli uticaju pacijenta da čitav fokus medicinskog pristupa posveti samo jednoj problematici (89).

Lekarima na raspolaganju stoje različiti testovi, odnosno instrumenti kojima mogu da utvrde i na neki način kvantifikuju rizik od postojanja ili potencijalnog razvoja depresivne epizode (89).

1.7.1. Instrumenti za merenje depresivnosti

Početne procene depresivnih simptoma mogu pomoći u određivanju mogućih opcija za lečenje, ali potom treba nastaviti sa periodičnim procenama, jer to vodi napretku celokupnog terapijskog pristupa. Procene moraju biti objektivizovane kako bi se izbegle lekarske greške koje nastaju usled subjektivnih stavova ili zabluda, a najpraktičniji način jeste primena standardizovanih testova odnosno instrumenata za merenje depresivnosti. Ovi instrumenti se mogu koristiti za dijagnozu i/ili odlučivanje o terapijskom pristupu (90).

Upitnik o zdravlju pacijenta (*Patient Health Questionnaire – PHQ*)

PHQ test odnosno „Upitnik o zdravlju pacijenta” (*Patient Health Questionnaire*) odnosi se na procenu psihičkog zdravlja pacijenta i sastoji se od devet pitanja na osnovu kojih se utvrđuje prisustvo devet dijagnostičkih kriterijuma za postojanje velike depresije u skladu sa DSM-4 (91).

Pošto se upitnik oslanja na subjektivni pristup pacijenta, sve odgovore treba da verifikuje klinički lekar, a konačna dijagnoza mora biti utemeljena na svim kliničkim osnovama, uzimajući u obzir u kolikoj meri je pacijent razumeo upitnik, kao i sve druge relevantne informacije koje lekar dobije od strane pacijenta. Dijagnoza velikog depresivnog poremećaja ili drugog depresivnog poremećaja takođe zahteva prisustvo umanjenja socijalnog i profesionalnog funkcionisanja (pitanje br. 10) i odsustvo istorije manične epizode (bipolarni poremećaj), fizičkih poremećaja, lekova ili droga kao mogućih bioloških uzroka depresivnih simptoma (91).

Skala za procenu depresije, anksioznosti i stresa (*Depression, Anxiety and Stress Scale – DASS*)

Skala za procenu depresije, anksioznosti i stresa (*Depression, Anxiety and Stress Scale*) predstavlja upitnik koji pacijenti sami popunjavaju, a sadrži 42 stavke osmišljene da izmere veličinu (zastupljenost) tri negativna emotivna stanja: depresije, anksioznosti i stresa. DASS se fokusira na depresivne simptome, poput niskog raspoloženja, motivacije i samopoštovanja, potom na simptome anksioznosti, poput psihičkih nemira, panike i straha, dok su simptomi stresa zapravo napetost i razdražljivost (92).

Popunjavanje upitnika traje od 10 do 20 minuta. Postoji i skraćena verzija sa 21 stavkom (DASS-21), za čije je popunjavanje potrebno 5 do 10 minuta, a ukupni rezultat se množi sa 2, kako bi se normativna skala mogla primeniti za postojeću DASS skalu (93–95).

Bekova skala depresivnosti (*Beck's Depression Inventory – BDI i BDI-II*)

Bekova skala depresivnosti (*Beck's Depression Inventory – BDI*) koristi se već 35 godina za identifikaciju i procenu depresivnih simptoma i smatra se veoma pouzdanom skalom bez obzira na karakteristike stanovništva. Druga verzija (*BDI-II*) predstavlja instrument koji se sastoji od 21 pitanja za procenu postojanja i procenu težine simptoma depresije, kao što je navedeno u dijagnostičkom i statističkom priručniku asocijacije dijagnostike (*Diagnostic and statistic manual of mental disorders DSM-4*). Ovo novo revidirano izdanje zamenjuje BDI i BDI-1A i uključuje stavke koje mogu da ukažu na simptome teške depresije, koja bi kao takva zahtevala hospitalizaciju pacijenata (96). Jedan od glavnih ciljeva nove verzije BDI-a bio je da u potpunosti bude formirana u skladu sa dijagnostičkim kriterijumima za depresiju, a pojedine stavke su dodate, pojedine eliminisane i/ili prepravljene tako da sam test bude kompetentniji u proceni simptoma depresije koji su navedeni u DSM-4 i da na taj način pruži jasniju i snažniju validnost rezultata (97).

Lista ugrožavajućih životnih događaja (*List of Threatening Experiences – LTE*)

Lista ugrožavajućih životnih događaja (*List of Threatening Experiences – LTE*) često se koristi za procenu stresnih događaja. Međutim, studije psihometrijskih svojstava su oskudne, jer iako se smatra validnim instrumentom, ta validnost je dokazana na malom uzorku koji se sastojao od 50 psihijatrijskih pacijenata. LTE je kratak upitnik koji se obično koristi za procenu stresnih životnih događaja u dijagnostičke i epidemiološke svrhe. Dodatno, ova lista pokriva događaje koji su se odigrali u poslednjih 6 meseci, dok epidemiološke studije imaju tendenciju za praćenje i kvantifikovanje stresa tokom čitavog života pacijenta. U pogledu dugotrajnijih stresora, većina pitanja ovog instrumenta se fokusira na specifično područje stresa, poput stresa na poslu ili socijalno indukovano stresa (98).

Upitnik o traumatskim iskustvima u detinjstvu (*Adverse childhood experience – ACE score*)

Upitnik o traumatskim iskustvima u detinjstvu (*Adverse childhood experience – ACE score*) primenjuje se kod osoba svih starosnih grupa, ali se odgovori na pitanja baziraju na vremenski period do 18. godine života, odnosno na sva traumatična iskustva koja je osoba proživela do svoje 18. godine. Odgovori na pitanje se boduju 1–5, i pružaju opisni odgovor za frekvencu javljanja ili proživljavanja stresnog događaja. Tako ocena 1 znači da osoba nikada nije proživela pomenutu situaciju (npr. „bio sam gladan”), ocena 2 je retko, 3 je povremeno, 4 je često i ocena 5 je stalno (99).

Upitnik za procenu ličnosti i temperamenta (*Eysenck Personality Questionnaire – EPQ 100*)

Hans Jirgen Ajzenk i Sibil Ajzenk su razvili upitnik za procenu ličnosti i temperamenta (*Eysenck Personality Questionnaire – EPQ 100*). Predložili su teoriju ličnosti koja se temelji na biološkim faktorima, tvrdeći da pojedinci nasleđuju vrstu nervnog sistema koji utiče na njihovu sposobnost učenja i prilagođavanja okolini. Test se naziva EPQ 100 zato što se originalno sastoji od 100 pitanja, za čije popunjavanje je u proseku potrebno 15 minuta. Osnovna karakteristika ovog testa je što ne postoje pogrešni odgovori, čime se stimulišu ispitanici da odgovaraju iskreno. Na pitanja se odgovara sa „da” ili „ne”, te dobijeni odgovor automatski opredeljuje osobu spram određene kategorije (100).

Hamiltonova skala (*Hamilton Depression Rating Scale – HDRS*)

Hamiltonova skala (*Hamilton Depression Rating Scale – HDRS*) za merenje stepena depresivnosti pacijenata se koristi pre, tokom i posle medicinskog tretmana. Na taj način se najefikasnije postiže praćenje terapije i efikasnost terapije koja je primenjena u cilju lečenja depresije. Naime, mogućnost kvantifikacije psihičkog oboljenja u različitim momentima direktno može da ukaže na poboljšanje ili pogoršanje zdravstvenog stanja, što se uzima za osnovnu prednost Hamiltonove skale. Lekar čita pacijentu 21 pitanje i na objektivan način vodi čitav dijagnostički postupak. Osnovna prednost ove skale jeste procena nekognitivnih elemenata, dok sa druge strane pripisuje preveliki značaj somatskim aspektima koji mogu dovesti do zbunjujućih rezultata. Na primer, poboljšanje sna uz perzistiranje suicidalnih misli može biti protumačeno kao napredak u terapiji, iako on zapravo ne postoji (101).

Montgomeri–Asbergova skala (*Montgomeri-Asberg Depression Scale – MADRS*)

Montgomeri–Asbergova skala (*Montgomeri-Asberg Depression Scale – MADRS*) pruža mogućnost procene ozbiljnosti depresivnih epizoda kod osoba sa 18 i više godina koje poseduju poremećaje raspoloženja. Ova skala je zapravo adaptacija Hamiltonove skale za ocenjivanje depresije, i kao takva ima veću osetljivost na promene koje se odigravaju tokom vremena, odnosno preciznije utvrđuje efikasnost terapije (102).

Cungova skala samoocenjivanja depresije (*Zung Self-Rating Depression Scale – SDS*)

Cungov model za procenu depresije (*Zung Self-Rating Depression Scale – SDS*) zasniva se na principu samoocenjivanja od strane pacijenta. Fokus je na merenju psiholoških i somatskih simptoma koji su povezani sa depresijom. Ova skala se može koristiti kao alat za skrining. Cungovi ciljevi prilikom izrade ove skale su bili sveobuhvatnost (obuhvatanje svih simptoma bolesti), jednostavnost i pristupačnost, kako bi svaki pacijent mogao samostalno da obavi test. Test se fokusirao na kvantifikovanju, a ne na kvalifikovanju odgovora, te se na osnovu veličine postignutog rezultata mogla izmeriti jačina depresivne epizode (103).

Keslerova skala psihološkog distresa (*The Kessler Psychological Distress Scale – K10*)

Keslerova skala psihološkog distresa (*The Kessler Psychological Distress Scale – K10*) veoma je pouzdana i korisna u kliničkim procenama psiholoških simptoma depresije. Osnovne prednosti ove skale jesu njena jednostavnost, pristupačnost i visoka predvidljivost. Razvijena je od strane Keslera i saradnika sa primarnom svrhom procene nespecifičnih psiholoških poremećaja. Predviđeno je da se izvodi na godišnjem nivou među stanovništvom iz različitih kulturoloških podneblja. Stavke koje sačinjavaju test osmišljene su da budu relevantne za posebne populacije (adolescenti, pojedine rasne i etničke grupe i dr.) i da pokrivaju većinu domena depresije i anksioznosti, ali i da se dotiču fizičkih simptoma (umora, bolova i sl.) (104).

1.8. PREVALENCIJA DEPRESIJE U SRBIJI NA NIVOU PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Lisulov i Nedić spadaju u malobrojne autore koji su se bavili pitanjem prevalencije depresije u Srbiji, te su stoga i podaci malobrojni, ali izuzetno značajni. Pokazano je da je procenat depresivnih osoba koje su posetile ambulantu opšte prakse (Novi Sad, Sombor i Senta) u jednom danu iznosio 24,5%. Ovaj podatak u velikoj meri odudara od prevalencije depresije u svetu koja iznosi oko 15%, ali nisu pronađeni konzistentni podaci koji bi ukazivali na korelaciju depresije spram razvijenih zemalja i zemalja u razvoju (105).

Potvrđena je pravilnost u povišenoj prevalenciji depresivnosti kod žena (2:1). Pokazano je da su udovice i udovci podložniji razvoju depresivnih poremećaja, i da je 18% svih depresivnih osoba u okviru njihove studije doživelo smrt bračnog partnera. Takođe je potvrđeno da komorbiditeti predstavljaju značajan faktor u razvoju depresije, sa kardiovaskularnim oboljenjem kao vodećim faktorom (22% pacijenata sa depresijom imalo je kardiovaskularno oboljenje) (105).

U Vojvodini je takođe sprovedeno istraživanje koje se ticalo socijalno-medicinskih aspekata depresije, a sprovedla ga je Harhaji 2016. godine. Istraživanjem je obuhvaćeno 3.550 ispitanika iz opšte populacije, a utvrđena je prevalencija depresije koja je iznosila 4,8%. Pored standardnih prediktora depresije, ustanovljeno je da su osobe koje su bile izložene psihičkom stresu uoči istraživanja imale približno sedam puta veću šansu za razvoj depresije (106).

Istraživanje koje su sproveli Milanović i saradnici pokazalo je da je 25,5% učesnika istraživanja imalo rezultat koji je bio izvan normalnog raspona, 19,38% je bilo blago, 4,64% umereno, a 0,91% ozbiljno depresivno (43). U odnosu na prethodna istraživanja zdravlja stanovništva Srbije iz 2000. i 2006. godine, u 2013. godini zapaženo je povećanje učestalosti depresije (2000 – 4,6%, 2006 – 6,0%, 2013 – 6,7%) (107).

U istraživanju zdravlja stanovništva Srbije je za kategorizaciju stanovništva sa depresivnim simptomima (od minimalnih do simptoma teške depresije) korišćen Upitnik samoprocene od 8 pitanja (*The Patient Health Questionnaire – PHQ-8*) kojim je utvrđeno da 4,1% stanovništva pokazuje simptome depresije. Nešto veći procenat obolelih od depresije je dobijen na osnovu samoprocene, odnosno sopstvenog iskaza ispitanika (6,3%). Svetska zdravstvena organizacija procenjuje da u zemljama Evrope svaki 15. stanovnik ima simptome depresije (6,7%). U Srbiji je za vreme COVID-19 pandemije sprovedena studija koja je ispitivala kako stresori povezani sa COVID-19 utiču na mentalne poremećaje povezane sa simptomima depresije i anksioznosti. Prevalencija bilo kog mentalnog poremećaja bila je 15,2%, poremećaja raspoloženja 4,6%, anksioznih poremećaja 4,3%, poremećaja upotebe psihoaktivnih supstanci 8,0%. Stresori povezani sa COVID-19 nisu dramatično uticali na prevalenciju mentalnih poremećaja pre pandemije (108).

2. CILJEVI ISTRAŽIVANJA

Imajući u vidu sve prethodno iznete podatke, postavljeni su sledeći ciljevi istraživanja:

1. da se ispita prevalencija depresivnosti kod osoba koji se obraćaju za pomoć ustanovi primarne zdravstvene zaštite;
2. da se ispita povezanost depresivnosti sa traumatskim iskustvima, socijalno-demografskim i psihološkim faktorima;
3. da se utvrdi nivo depresivnosti – jedan mesec nakon prvog ispitivanja i analizira ishod u vezi sa različitim faktorima (postavljanjem dijagnoze depresije od strane lekara specijaliste, propisanom farmakoterapijom, socijalno-demografskim faktorima i psihološkim faktorima).

3. MATERIJAL I METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA

Istraživanje je sprovedeno u Domu zdravlja „Zvezdara” u Beogradu, u Republici Srbiji. Dom zdravlja „Zvezdara” je jedna od 16 ustanova PZZ u Beogradu, glavnog grada Republike Srbije sa ukupnim brojem stanovnika 1.687.132 (prema podacima Republičkog zavoda za statistiku iz 2017. godine). U Domu zdravlja „Zvezdara” obavljaju se usluge na primarnom nivou zdravstvene zaštite i specijalističko-konsultativne delatnosti, koje uključuju usluge preventivne zdravstvene zaštite za sve kategorije stanovništva, zdravstvenu zaštitu dece, zdravstvenu zaštitu žena, zdravstvenu zaštitu iz oblasti opšte medicine, zdravstvenu zaštitu iz oblasti polivalentne patronaže, kućnog lečenja, odnosno kućnog lečenja sa palijativnim zbrinjavanjem i zdravstvene nege, zaštitu mentalnog zdravlja, rehabilitaciju obolelih i povređenih, zdravstvenu zaštitu iz oblasti dentalne medicine, laboratorijsku i drugu dijagnostiku.

3.1. POSTUPAK PRIKUPLJANJA PODATAKA

Istraživanje predstavlja prospektivnu kohortnu studiju koja je obuhvatila sve pacijente starosti od 18 do 69 godina, koji su u januaru 2018. godine posetili svog lekara opšte medicine iz bilo kog razloga. Ukupno 444 pacijenta dala su saglasnost da učestvuju u studiji, sa stopom odgovora od 70,25% (444/632).

Kriterijum za isključivanje iz istraživanja bio je već zakazan pregled kod psihijatra, tako da je isključeno 10 ispitanika. Naknadno su isključena još 4 ispitanika koja nisu korektno ispunili upitnik. Konačni uzorak je uključio 426 ispitanika. Svih 426 ispitanika došlo je na zakazanu kontrolu nakon 4 nedelje, tako da su svi završili istraživanje. Veličina uzorka računata je za nivo statističke značajnosti od 5% i sa definisanom snagom studije od 95%, dok je proporcija depresivnih ispitanika bila procenjena na 25% prema studiji Lisulov i Nedić (105). Prema zadatim parametrima, minimalni broj ispitanika za istraživanje iznosio je 72.

Svi učesnici su bili informisani o cilju istraživanja i prikupljanju podataka (Prilog 2.). Učesnici su dali pisanu saglasnost za učešće u istraživanju.

Sprovedena je prospektivna kohortna studija, gde je vršeno određivanje karakteristika ispitanika u dve vremenske tačke, pri prvoj poseti lekaru opšte medicine (na početku istraživanja) i pri drugoj poseti lekaru opšte medicine (nakon četiri nedelje od početka istraživanja). Dinamika istraživanja prikazana je sledećim fazama.

1. U januaru 2018. godine svi pacijenti koji su se prvi put javili izabranom lekaru (ukupno 632) i dali saglasnost uključeni su u istraživanje (444 ispitanika). Pri prvoj poseti prikupljeni su podaci o: socijalno-demografskim karakteristikama, karakteristikama životnog stila, kliničkim karakteristikama ispitanika, fizičkom zdravlju (akutne i hronične bolesti), prisustvu depresivnosti, traumatskim iskustvima u detinjstvu, ugrožavajućim životnim događajima i neurotičnim osobinama ličnosti ispitanika.
2. Pri prvoj poseti određen je stepen depresivnosti kod ispitanika, a kao skrining test korišćen je Upitnik o zdravlju pacijenta (PHQ-9). Ukoliko je ispitanik imao skor PHQ-9 ≥ 10 , smatran je depresivnim na skriningu i potom je sprovedena intervencija od strane lekara opšte medicine, koja je podrazumevala upućivanje psihijatru i dalje farmakoterapijske intervencije.

3. Pri drugoj poseti lekaru opšte medicine, četiri nedelje od inicijalne procene depresivnosti, 426 ispitanika je ponovo popunilo upitnike za procenu depresivnosti (PHQ-9 i DASS). Lekari opšte medicine su pratili ishode intervencija (kod koliko ispitanika koji su bili upućeni psihijatru je potvrđena dijagnoza depresije ili nekog drugog mentalnog poremećaja, i da li je i koja terapija propisana).

3.2. INSTRUMENTI ISTRAŽIVANJA

Instrument istraživanja bio je upitnik koji se sastojao od četiri dela: 1. socijalno-demografske i socijalno-ekonomske karakteristike; 2. karakteristike životnog stila; 3. fizičko zdravlje i 4. mentalno zdravlje.

Upitnik koji je korišćen za prikupljanje socijalno-demografskih i socijalno-ekonomskih podataka (Prilog 3) uključivao je pitanja koja su se odnosila na: pol; starost, bračni status, nivo obrazovanja, radni status, mesečni prihod po osobi u domaćinstvu (manje od 10.000, 10.000–25.000, 25.000–50.000 i više od 50.000 srpskih dinara); stambeni prostor po osobi (manje od 10, 11–30 i iznad 31 kvadratni metar); broj članova porodice u domaćinstvu (1, 2, 3, 4, 5 ili više članova).

Drugi deo upitnika odnosio se na karakteristike životnog stila: duvan (da/ne), konzumiranje alkohola (ne/redovno/povremeno) ili psihoaktivnih supstanci (da, aktuelno/da, ranije/probao/probala, ne).

Treći deo upitnika uključivao je pitanja o fizičkom zdravlju i ličnoj i porodičnoj anamnezi o mentalnom zdravlju: da li ste trudni, da li imate neku telesnu bolest (da/ne; navesti koju), da li redovno uzimate bilo koji lek na recept u vreme istraživanja (da/ne, navesti koji) i broj lekova, da li primenjujete kontraceptivne pilule, kao i da li bolujete od bolesti bubrega, jetre ili dijabetes melitusa. U okviru porodične i lične anamneze mentalnih poremećaja, ispitanici su pitani da li se neko u porodici lečio od depresije ili drugih psihijatrijskih poremećaja i da li su imali kontakt sa službama za mentalno zdravlje ikada u životu (da/ne).

Četvrti deo upitnika procenjivao je mentalno zdravlje primenom pet upitnika: Upitnik o zdravlju pacijenta (*Patient Health Questionnaire – PHQ-9*), Skala za procenu depresije, anksioznosti i stresa (*Depression, Anxiety and Stress Scale – DASS*), Lista ugrožavajućih životnih događaja (*List of Threatening Experiences – LTE*), Upitnik o traumatskim iskustvima u detinjstvu (*Childhood Trauma Questionnaire – CTQ*), Upitnik za procenu ličnosti i temperamenta (*Eysenck Personality Questionnaire – EPQ 100*), koji su predstavljani u nastavku.

Upitnik PHQ-9 (Prilog 4) korišćen je kao test za skrining depresije u istraživanju, i ima devet stavki sa devet uobičajenih simptoma depresije koji su se javljali u protekle 2 sedmice, i to:

1. depresivno raspoloženje;
2. anhedonija;
3. problemi sa spavanjem;
4. osećaj umora;
5. promene apetita ili težine;
6. osećaj krivice ili bezvrednosti;
7. poteškoće sa koncentracijom;
8. osećaj usporenosti ili brige;
9. samoubilačka ideja.

Svaki odgovor se vrednuje sa ocenom od 0 do 3. Ocena 0 znači da osoba nikada nije imala navedeni simptom, ocena 1 da je nekoliko dana simptom bio ispoljen, ocena 2 da je više od polovine dana navedeni simptom bio prisutan i ocena 3 da je većinu dana simptom bio ispoljen.

Deseto pitanje se odnosi na integraciju svih gornjih pitanja u pogledu stepena uticaja pomenutih problema na kvalitet života i obavljanje poslovnih i socijalnih radnji kod ispitanika. Odgovor može da glasi da pristupni simptomi nisu uopšte uticali, da su uticali neznatno, da su izazivali značajne poteškoće i da su u ogromnoj meri onemogućavali normalno funkcionisanje. Ukupni rezultat 5–9 ukazuju na blagu depresiju, 10–14 ukazuje na umerenu depresiju, 15–19 ukazuje na umereno tešku depresiju i 20 i više na tešku depresiju.

Kako je PHQ-9 upitnik korišćen u istraživanju kao instrument za skrining depresije, ispitanici koji su imali vrednost skora ≥ 10 prilikom prve posete lekaru opšte medicine upućivani su psihijatru na dalju procenu i zbrinjavanje. Pri drugoj poseti lekaru opšte medicine nakon četiri nedelje beležen je ishod skrininga, u smislu registrovanja pacijenata sa postavljenom dijagnozom depresije ili drugog psihijatrijskog poremećaja, kao i vođenje evidencije o propisanoj farmakoterapiji.

Upitnik o somatskim i psihološkim tegobama u vezi sa depresijom (*Depression Anxiety Stress Scales – DASS*) (Prilog 5) sadržao je 42 pitanja koja su organizovana kroz tri subskale, od kojih svaka ima po 14 pitanja. Subskala „depresivnost” se sastoji od stavki kojima se procenjuju osnovni simptomi depresije: nizak pozitivni afekat, disforičnost, beznadežnost, gubitak interesovanja, inertnost, negativan stav prema sebi i životu generalno. Subskala „anksioznost” obuhvata stavke koje se prvenstveno odnose na simptome fiziološke uzbuđenosti (kao što su suva usta, teškoće sa disanjem, drhtanje), kao i subjektivni doživljaj anksioznog afekta. Subskalom „stres” se procenjuju simptomi opšteg, nespecifičnog uzbuđenja, kao što su teškoće da se osoba opusti, iritabilnost i razdražljivost. Pitanja se boduju 0–3. Ocena od 0,5 do 1 je blag, od 1 do 2 je umeren, a 2 do 3 se smatra ozbiljnim poremećajem pomenuta tri stanja. Sve ocene koje su veće od 3 se smatraju izuzetno izraženom depresijom, anksioznošću ili stresom.

Lista ugrožavajućih životnih događaja (*The List of Threatening Experiences – LTE*) (Prilog 6) služi za procenu prisustva 12 životnih događaja u proteklih šest meseci i u ukupnom dosadašnjem životu, kao što su ozbiljna bolest ili povreda, smrt bliske osobe, nezaposlenost, značajan finansijski gubitak, velika finansijska kriza, problemi sa policijom ili pojavljivanje na sudu. Za ovu listu ne postoji kvantitativno bodovanje, već se prisustvo događaja beleži binarno (prisustvo/odsustvo) i za odgovarajući posmatrani period (proteklih 6 meseci / u dosadašnjem životu).

Upitnik o traumatskim iskustvima u detinjstvu (*Childhood Trauma Questionnaire – CTQ*) (Prilog 7) se primenjuje u cilju procene iskustava psihološkog i fizičkog zlostavljanja i zanemarivanja u porodici tokom detinjstva i adolescencije (pre 18. godine života) i sastoji se od 25 stavki. Odgovori na pitanje se boduju od 1 do 5 i pružaju opisni odgovor za frekventnost javljanja ili proživljavanja stresnog događaja. Ocena 1 znači da osoba nikada nije proživela pomenutu situaciju (npr. „bio sam gladan”), ocena 2 je retko, 3 je povremeno, 4 je često i ocena 5 je stalno.

Upitnik za procenu ličnosti i temperamenta (*Eysenck Personality Questionnaire – EPQ*) (Prilog 8) kojim se ispituju tri dimenzije ličnosti: ekstraverzija, neuroticizam i psihoticizam. Za potrebe istraživanja biće analizirana subskala za neuroticizam koja se sastoji od 24 izjave. Na pitanja se odgovara sa „da” ili „ne”, što se boduje sa 0 ili 1. Ukupan skor za neuroticizam može da bude u opsegu 0–24 poena, gde viši skor označava izraženije neurotične osobine ličnosti.

3.3. ETIČKO ODOBRENJE

Istraživanje učestalosti depresivnosti u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i mogućnosti ranog prepoznavanja je odobreno od strane Etičkih komiteta Doma zdravlja „Zvezdara” [1641/3] i Medicinskog fakulteta Univerziteta u Beogradu [29/VI-15].

3.4. VARIJABLE

U ovom istraživanju analizirano je ukupno 45 varijabli. To su pol, starost, bračno stanje, školska sprema, zaposlenje, broj članova porodice, ukupni mesečni prihodi, mesečni prihodi po članu domaćinstva, ukupna površina stambenog prostora, površina stambenog prostora po članu domaćinstva; korišćenje duvana, alkohola ili psihoaktivnih supstanci; depresija u porodici, psihički poremećaj u porodici, javljanje psihijatru; razlog posete lekaru opšte medicine, telesne bolesti, broj telesnih bolesti, hronična redovna terapija, broj lekova, trudnoća, primena kontraceptivnih pilula, bolesti bubrega, bolesti jetre, dijabetes melitus; da li se ispitanik dodatno javljao lekaru opšte medicine u toku mesec dana od uključivanja u istraživanje; da li je ispitanik upućen psihijatru, da li je postavljena dijagnoza mentalnog poremećaja od strane psihijatra, šifra dijagnoze, da li je propisan psihofarmak, naziv leka i režim doziranja, da li je bilo pokušaja suicida; vrednost PHQ-9 skora pri prvoj i drugoj poseti, prisustvo depresivnosti pri prvoj i drugoj poseti; vrednost DASS skora pri prvoj i drugoj poseti; prisustvo ugrožavajućih događaja u detinjstvu i adolescenciji procenjeno pri prvoj i drugoj poseti; vrednost skora traumatskih iskustava u detinjstvu pri prvoj i drugoj poseti; skor neuroticizma pri prvoj i drugoj poseti.

Zavisne (ishodne) varijable u istraživanju bile su: prisustvo depresivnosti (PHQ-9 \geq 10) pri prvoj poseti, prisustvo depresivnosti (PHQ-9 \geq 10) pri drugoj poseti, kao i rezultat intervencije lekara opšte medicine nakon sprovedenog skrininga pri prvoj poseti: upućivanje ispitanika psihijatru, postavljanje dijagnoze depresivnog poremećaja i propisivanje psihofarmaka.

3.5. STATISTIČKA OBRADA PODATAKA

Statistička analiza prikupljenih podataka sprovedena je metodama deskriptivne i inferencijalne statistike: χ^2 testom, Kruskal–Valisovim testom, Studentovim t-testom, analizom varijanse (ANOVA), korelacionom testom (Pirsonovim i Spirmanovim testom korelacije) i multivarijatnom regresionom analizom. Kvalitativni podaci izraženi su apsolutnim brojem i procentom (%), dok su kvantitativne varijable izražene kao srednja vrednost \pm standardna devijacija (S.D.) uz ukupan opseg vrednosti (minimum–maksimum). Vrednosti skorova izražene su kao medijana uz interkvartilni opseg (IQR) i ukupan opseg vrednosti. Rezultati su prikazani tabelarno i grafički. Rezultati statističkih testova tumačeni su kao statistički značajni kada je $p < 0,05$, dok je visokom statističkom značajnošću smatrana vrednost $p < 0,001$. Svi podaci su analizirani pomoću SPSS 20.0 (IBM Corp. IBM SPSS Statistics za Windows, verzija 20.0. Armonk, NY: IBM Corp.).

4. REZULTATI

Istraživanje koje je ispitivalo učestalost depresivnosti u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, prediktore depresivnosti i intervencije lekara opšte medicine prema rezultatima sprovedenog skrininga osmišljeno je po tipu prospektivne kohortne studije i obuhvatilo je 426 ispitanika oba pola, životne dobi od 18 do 69 godina, koji su se javili lekaru opšte prakse u Domu zdravlja „Zvezdara” tokom januara 2018. godine. Ispitanici su praćeni u periodu od četiri nedelje, kada je izvršena ponovna procena depresivnosti, prediktora depresivnosti i ishoda sprovedenih intervencija.

4.1. SOCIJALNO-DEMOGRAFSKE I SOCIJALNO-EKONOMSKE KARAKTERISTIKE ISPITANIKA

U istraživanju je učestvovao veći broj žena (68,1%) u odnosu na muškarce (31,9%). Prosečna vrednost godina života kod ispitanika je bila 42,17 (S.D. = 11,97), dok je najveći udeo (28,6%) ispitanika oba pola bio u starosnoj kategoriji 31–40 godina.

Prema bračnom statusu, polovina ispitanika je u bračnoj zajednici (50,2%), a skoro trećina (29,3%) ispitanika je slobodno. Najviše ispitanika je sa završenom srednjom školom (46,9%), a fakultet je završilo 28,9% ispitanika. Najveći udeo ispitanika je zaposleno (66,2%), 18,1% ispitanika je nezaposleno, dok su 9,4% bili penzioneri.

Preko polovine (58,5%) ispitanika živi u porodici sa 3–4 člana. Prema ukupnim mesečnim primanjima polovina ispitanika (52,1%) navodi da ima 50.000–100.000 dinara (427–854 evra) mesečno po domaćinstvu, dok 52,8% navodi da su primanja po članu domaćinstva 10.000–20.000 dinara (86–171 evra) mesečno. Većina ispitanika (62,2%) deli ukupni stambeni prostor 50–100 m² po domaćinstvu. Skoro trećina ispitanika (29,3%) živi u stambenom prostoru manjem od 50 m² po domaćinstvu. Prosečna površina stambenog prostora po članu domaćinstva kod većine (72,3%) ispitanika iznosi 11–30 m², dok je kod svakog petog ispitanika ova površina preko 30 m² po članu domaćinstva (20,4%). Tabela 4.1 prikazuje socijalno-demografske i socijalno-ekonomske karakteristike ispitanika.

Tabela 4.1. Socijalno-demografske i socijalno-ekonomske karakteristike ispitanika

Karakteristika	Broj ispitanika	%	
Pol	ženski	290	68,1
	muški	136	31,9
bračno stanje	slobodni	125	29,3
	u braku	215	50,5
	razvedeni	64	15,0
	udovci	22	5,2
	starost (godine) srednja vrednost ± S.D.	42,17 ± 11,97 (18–69)	
starost (godine)	< 30	96	22,5
	31–40	122	28,6
	41–50	90	21,1
	> 50	118	27,7
	školska sprema	bez škole	13
osnovna škola		5	1,2
zanatska škola		10	2,3
srednja škola		200	46,9
viša škola		75	17,6
fakultet		123	28,9
zaposlenje	učenik	27	6,3
	zaposlen	282	66,2
	nezaposlen	77	18,1
	penzioner	40	9,4
broj članova porodice	jedan	37	8,7
	dva	73	17,1
	tri i četiri	249	58,5
	pet i više	67	15,7
mesečni prihodi domaćinstva (dinari)	< 50.000	148	34,7
	50.000–100.000	222	52,1
	> 100.000	52	12,2
mesečni prihodi po članu domaćinstva (dinari)	< 10.000	48	11,3
	10.000–25.000	225	52,8
	25.000–50.000	118	27,7
	> 50.000	31	7,3
stambeni prostor domaćinstva (m ²)	< 50	125	29,3
	50–100	265	62,2
	> 100	36	8,5
stambeni prostor po članu domaćinstva (m ²)	≤ 10	26	6,1
	11–30	308	72,3
	> 30	87	20,4

Skoro polovina (42,3%) ispitanika puši, 29,8% konzumira alkohol povremeno ili stalno, dok 2,8% koristi psihoaktivne supstance (Tabela 4.2).

Tabela 4.2. Karakteristike životnog stila ispitanika

Karakteristika		Broj ispitanika	%
pušački status	ne	246	57,7
	da	180	42,3
konzumacija alkohola	ne	299	70,2
	da	50	11,7
	povremeno	77	18,1
upotreba psihoaktivnih supstanci	ne	397	93,2
	da	12	2,8
	probao/probala	14	3,3
	da, ranije	3	0,7

4.2. KLINIČKE KARAKTERISTIKE ISPITANIKA

Pozitivna porodična anamneza depresije nije zabeležena kod 65,7% ispitanika. Kod 19,7% ispitanika majka je bolovala od depresije, dok je kod 14,5% ispitanika otac imao depresiju. Drugi psihički poremećaji u porodici nisu zabeleženi kod većine ispitanika (94,6%) (Tabela 4.3).

Najveći broj ispitanika (78,6%) nije se javljao psihijatru u prethodnom periodu. Ostali ispitanici (21,4%) pre ove studije su išli kod psihijatra najviše zbog tuge (14,1%), depresije (14,1%) ili smrtnog slučaja (11,3%). U ukupnom uzorku postavljenu psihijatrijsku dijagnozu je imalo 6,1% ispitanika i to najčešće mešoviti anksiozni i depresivni poremećaj (2,8%) (Tabela 4.3).

Tabela 4.3. Porodična i lična anamneza ispitanika i prethodno korišćenje usluga službi za zaštitu mentalnog zdravlja

Karakteristika		Broj ispitanika	%
depresija u porodici	majka	84	19,7
	otac	62	14,5
	ne	280	65,7
drugi psihički poremećaji u porodici	ne	403	94,6
	da	23	5,4
prethodno javljanje psihijatru	ne	335	78,6
	da	91	21,4
razlog prethodnog javljanja psihijatru	smrtni slučaj	8	11,3
	tuga	10	14,1
	depresija	10	14,1
	anksioznost	7	9,9
	neraspoloženje	7	9,9
	strah	7	9,9
	uznemirenost	6	8,5
	nesanica	6	8,5
	nervoza	4	5,6
	posao	4	5,6
epilepsija	2	2,8	

Tabela 4.3. Porodična i lična anamneza ispitanika i prethodno korišćenje usluga službi za zaštitu mentalnog zdravlja (nastavak)

Karakteristika		Broj ispitanika	%
Dijagnoza	Šifra		
mešoviti anksiozni i depresivni poremećaj	F 41.2	12	2,8
epilepsija	G 40	3	0,7
panični poremećaj	F 41	3	0,7
medicinsko posmatranje i praćenje zbog sumnje na neke bolesti ili stanja	Z 03	3	0,7
reakcija na težak stres i poremećaj prilagođavanja	F 43	3	0,7
depresivna epizoda	F 32	2	0,5

U Tabeli 4.4. je prikazana učestalost javljanja psiholoških faktora kod ispitanika. Prisustvo psiholoških faktora je utvrđeno kod 26,6% ispitanika. Najčešći psihološki faktori koji se javljaju su uznemirenost (7,3%) i tuga (6,6%).

Tabela 4.4. Prevalencija psiholoških faktora ispitanika

Karakteristika	Broj ispitanika	%
uznemirenost	31	7,3
tuga	28	6,6
bolest	26	6,1
strah	15	3,5
depresija	13	3,1

Uočeno je da je najčešći razlog posete lekaru opšte medicine akutno stanje (63,8%), 12,4% ispitanika dolazilo je po uput, dok je kod 12% ispitanika razlog posete hronična bolest (Tabela 4.5).

Tabela 4.5. Razlozi posete lekaru opšte medicine

Karakteristika	Broj ispitanika	%
akutno stanje	272	63,8
uput	53	12,4
hronična bolest	51	12,0
prehlada	22	5,2
kontrola	21	4,9
virusna infekcija	19	4,5
krvni pritisak	18	4,2
bol u grlu	18	4,2
recepti	16	3,8
terapija	14	3,3
bol u leđima	13	3,1
temperatura	12	2,8
kašalj	12	2,8
nesanica	9	2,1
urinarna infekcija	8	1,9
stomačni problemi	8	1,9
glavobolja	8	1,9
dijareja	6	1,4

Prisustvo telesnih bolesti prikazano je u Tabeli 4.6. Od ukupnog broja ispitanika preko polovine (54,2%) ima neko akutno ili hronično oboljenje, dok 41,1% od ukupnog broja ispitanika redovno uzima terapiju. Najučestalija su bila oboljenja kardiovaskularnog sistema (17,6%).

Tabela 4.6. Prisustvo bolesti i primenjena terapija

Karakteristika	Broj ispitanika	%
prisustvo bolesti	231	54,2
redovna primena terapije	175	41,1
oboljenja kardiovaskularnog sistema	75	17,6
oboljenja endokrinog sistema	34	8,0
oboljenja lokomotornog sistema	26	6,1
oboljenja digestivnog sistema	24	5,6
oboljenja centralnog nervnog sistema	15	3,5
virusne infekcije	10	2,3
oboljenja respiratornog sistema	8	1,9
maligna oboljenja	7	1,6
infekcija respiratornog trakta	5	1,2
oboljenja urogenitalnog sistema	4	0,9
temperatura nepoznatog porekla	4	0,9
ostalo	7	1,6

4.3. PREVALENCIJA DEPRESIVNOSTI PRI PRVOJ POSETI

Prema vrednosti skora PHQ-9 ispitanici su podeljeni u dve grupe: nisu depresivni (skor < 10) i jesu depresivni (skor \geq 10). Učestalost onih koji nisu depresivni je bila 64,1%, dok je učestalost depresivnih u uzorku bila 35,9%. Ispitanici sa vrednošću PHQ-9 skora \geq 10 upućeni su na dalju procenu i zbrinjavanje psihijatru (Tabela 4.7).

Prema stepenu depresivnosti u odnosu na skor PHQ-9 testa bez depresivnih simptoma je bilo 45,1% ispitanika, blage depresivne simptome je imalo 19% ispitanika, 19,7% je imalo umerenu depresivnost, umereno teška depresivnost je zabeležena kod 11,3% ispitanika, dok je 4,9% ispitanika imalo tešku depresivnost (Tabela 4.7).

Tabela 4.7. Rezultati upitnika o zdravlju ispitanika (PHQ-9) pri prvoj poseti

Vrednost PHQ-9 skora	Stepen depresivnosti	Broj ispitanika	%
< 5	nema depresivnih simptoma	192	45,1
5–9	blagi depresivni simptomi	81	19,0
10–14	umerena depresivna epizoda	84	19,7
15–19	umereno teška depresivna epizoda	48	11,3
\geq 20	teška depresivna epizoda	21	4,9
Granična vrednost PHQ-9 skora			
< 10	nisu depresivni	273	64,1
\geq 10	jesu depresivni	153	35,9

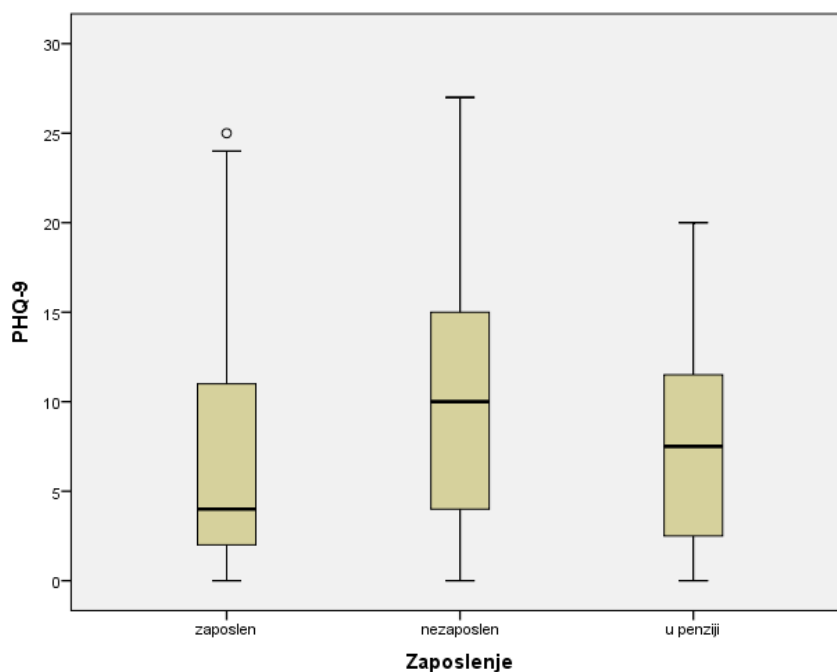
Analizom skorova DASS upitnika dobijeni su rezultati stepena manifestacije depresivnosti, anksioznosti i stresa i prikazani su u Tabeli 4.8.

Stepen depresivnosti izražen je gradacijom skora subskale DASS-D kroz pet nivoa. Najviše ispitanika (58,9%) bilo je bez depresivnosti (normalno). Blagu depresivnost je imalo 8,9% ispitanika, 8,7% umerenu, 11% jako i 12,4% ispitanika je imalo veoma jaku depresivnost.

Tabela 4.8. Rezultati upitnika o somatskim i psihološkim tegobama u vezi sa depresijom (DASS) pri prvoj poseti

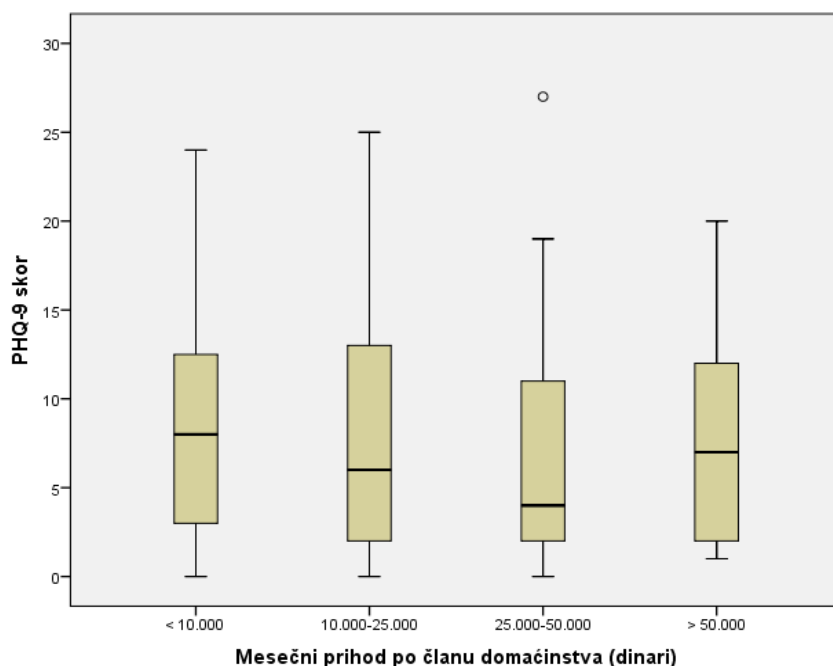
Subskala	Stepen manifestacije	Broj ispitanika	%
depresija (DASS-D)	normalno	251	58,9
	blago	38	8,9
	umereno	37	8,7
	jako	47	11,0
	veoma jako	53	12,4
anksioznost (DASS-A)	normalno	220	51,6
	blago	39	9,2
	umereno	61	14,3
	jako	42	9,9
	veoma jako	64	15,0
stres (DASS-S)	normalno	278	65,3
	blago	38	8,9
	umereno	75	17,6
	jako	24	5,6
	veoma jako	11	2,6

Grafikon 1 ilustruje prikaz prosečne vrednosti PHQ-9 skora u tri grupe ispitanika prema statusu zaposlenja: uočava se najviša vrednost u grupi nezaposlenih, potom sledi grupa penzionera, a zatim grupa zaposlenih (< 5).



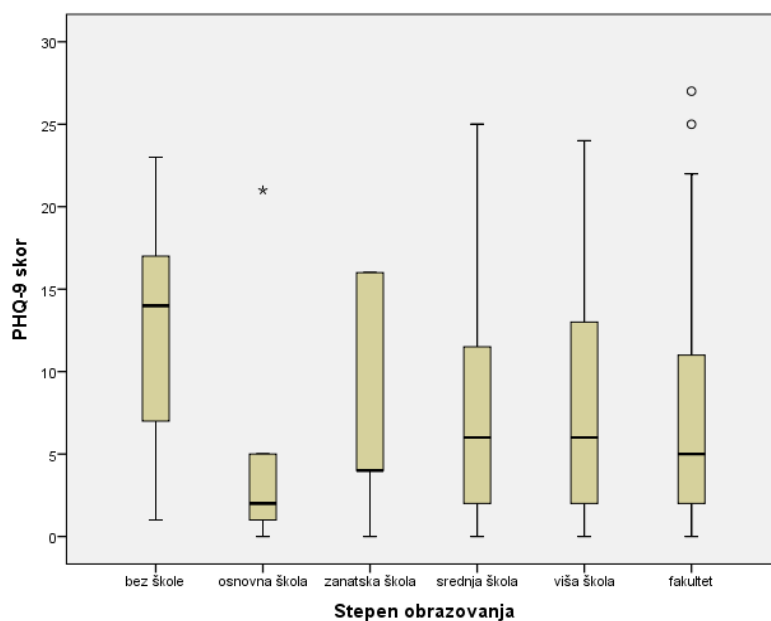
Grafikon 1. Prosečna vrednost PHQ-9 skora prema socijalnom statusu (zaposlenju)

Najveća prosečna vrednost PHQ-9 skora u odnosu na mesečna primanja po članu domaćinstva se javlja kod ispitanika koji imaju mesečna primanja manja od 25.000 dinara po članu domaćinstva (Grafikon 2).



Grafikon 2. Prosečna vrednost PHQ-9 skora prema socijalnom statusu (mesečnom prihodu po članu domaćinstva)

Rezultati prikazani na Grafikonu 3 pokazuju da se najveći prosečni skorovi PHQ-9 nalaze u grupi ispitanika bez škole i kod onih koji su završili zanatsku školu.



Grafikon 3. Prosečna vrednost PHQ-9 skora prema stepenu obrazovanja

4.4. KORELACIJA SKORA UPITNIKA O TRAUMATSKIM ISKUSTVIMA U DETINJSTVU PREMA STEPENU DEPRESIVNOSTI ODREĐENOG PHQ-9 I DASS UPITNIKOM PRI PRVOJ POSETI

Vrednost skorova Upitnika o traumatskim iskustvima u detinjstvu poređena je između grupa ispitanika sa i bez prisutne depresivnosti utvrđene PHQ-9 testom, pri prvoj poseti lekaru opšte medicine. Rezultati su predstavljani u Tabeli 4.9.

Medijalne vrednosti skorova emocionalnog zlostavljanja, seksualnog zlostavljanja i fizičkog zlostavljanja u detinjstvu bili su statistički značajno viši u grupi ispitanika sa prisutnom depresivnosti.

Tabela 4.9. Vrednost skora upitnika o traumatskim iskustvima u detinjstvu u zavisnosti od prisustva depresivnosti prema PHQ-9 upitniku pri prvoj poseti

Subskala	Nisu depresivni (PHQ-9 < 10)	Jesu depresivni (PHQ-9 ≥ 10)	p vrednost
	medijana (IQR) ukupan opseg	medijana (IQR) ukupan opseg	
fizičko zanemarivanje	13 (13–13); 3–17	13 (11–13); 5–17	< 0,001
emocionalno zlostavljanje	5 (5–5); 3–12	6 (5–8); 4–24	< 0,001
emocionalno zanemarivanje	23 (21–25); 1–25	21 (18–23); 5–25	< 0,001
seksualno zlostavljanje	5 (5–5); 0–7	5 (5–5); 5–13	0,002
fizičko zlostavljanje	5 (5–6); 0–11	6 (5–7); 5–14	< 0,001

IQR – interkvartilni opseg

Povezanost skorova Upitnika o traumatskim iskustvima u detinjstvu i PHQ-9 testa prikazana je u Tabeli 4.10. Utvrđeno je postojanje pozitivne korelacije skora PHQ-9 sa skorom traumatskih iskustava u detinjstvu: visokom statističkom značajnošću za emocionalno zlostavljanje ($p < 0,001$) i fizičko zlostavljanje ($p < 0,001$) i statističkom značajnošću za seksualno zlostavljanje. Najveća vrednost koeficijenta korelacije procenjena je za fizičko zlostavljanje u detinjstvu (*Spirmanov rho* 3,337).

Tabela 4.10. Korelacija između skora traumatskih iskustava u detinjstvu i PHQ-9 skora pri prvoj poseti

	<i>Spirmanov rho</i> koeficijent korelacije	p vrednost
fizičko zanemarivanje	–0,205	< 0,001
emocionalno zlostavljanje	0,316	< 0,001
emocionalno zanemarivanje	–0,299	< 0,001
seksualno zlostavljanje	0,151	0,002
fizičko zlostavljanje	0,337	< 0,001

Vrednosti skorova traumatskih iskustava u detinjstvu prema stepenu depresivnosti određenom DASS-D subskalom predstavljene su u Tabeli 4.11.

Medijane skorova za emocionalno zlostavljanje i fizičko zlostavljanje statistički značajno su više u gupama ispitanika sa višim stepenom depresivnosti prema DASS-D skali ($p = 0,001$). Skor seksualnog zlostavljanja se ne razlikuje statistički značajno ($p = 0,264$) među ispitanicima različitog stepena depresivnosti prema DASS-D subskali.

Tabela 4.11. Vrednost skora upitnika o traumatskim iskustvima u detinjstvu u zavisnosti od stepena depresivnosti prema DASS-D upitniku pri prvoj poseti

stepen manifestacije	DASS-D					p vrednost
	normalno	blago	umereno	jako	veoma jako	
	N = 251	N = 38	N = 37	N = 47	N = 53	
	medijana (IQR) ukupan opseg	medijana (IQR) ukupan opseg	medijana (IQR) ukupan opseg	medijana (IQR) ukupan opseg	medijana (IQR) ukupan opseg	
fizičko zanemarivanje	13 (13–13) 3–17	13 (13–13) 5–16	13 (11–13) 5–17	12 (11–13) 8–16	12 (11–13) 5–14	< 0,001
emocionalno zlostavljanje	5 (5–5) 3–13	5 (5–7,25) 5–24	6 (5–7,5) 5–14	6 (5–9) 5–14	6 (5–8) 4–18	< 0,001
emocionalno zanemarivanje	23 (21–25) 1–25	24 (20,75–25) 5–25	21 (17–23) 5–25	21 (19–23) 15–25	20 (15,5–22) 5–25	< 0,001
seksualno zlostavljanje	5 (5–5) 0–7	5 (5–5) 5–6	5 (5–5) 5–13	5 (5–5) 5–7	5 (5–5) 5–7	0,264
fizičko zlostavljanje	5 (5–6) 0–9	5 (5–6) 5–8	6 (5–7) 5–13	6 (5–7) 5–10	6 (5–8) 5–14	< 0,001

IQR – interkvartilni opseg

Korelacija skorova traumatskih iskustava u detinjstvu i DASS-D skora ispitanika prikazana je u Tabeli 4.12. Skorovi subskala za emocionalno zlostavljanje, emocionalno zanemarivanje, fizičko zanemarivanje i fizičko zlostavljanje su povezani sa skorom DASS-D testa visoko statistički značajno ($p < 0,001$). Subskala seksualno zlostavljanje nije bila statistički značajno povezana sa skorom DASS-D ($p = 0,146$)

Tabela 4.12. Korelacija između skora traumatskih iskustava u detinjstvu i DASS-D skora pri prvoj poseti

	<i>Spirmanov rho</i> koeficijent korelacije	p vrednost
fizičko zanemarivanje	-0,156	0,001
emocionalno zlostavljanje	0,253	< 0,001
emocionalno zanemarivanje	-0,288	< 0,001
seksualno zlostavljanje	0,071	0,146
fizičko zlostavljanje	0,420	< 0,001

4.5. POVEZANOST UGROŽAVAJUĆIH ŽIVOTNIH DOGAĐAJA SA POJAVOM DEPRESIVNOSTI PREMA PHQ-9 I DASS-D UPITNIKU PRI PRVOJ POSETI

Korelacija stepena depresivnosti prema PHQ-9 upitniku i ugrožavajućih životnih događaja prikazani su u Tabeli 4.13. Visoku statistički značajnu povezanost ($p = 0,001$) sa stepenom depresivnosti prema PHQ-9 testu pokazuju sledeći ugrožavajući životni događaji u dosadašnjem životu ili u proteklih šest meseci: ozbiljna lična bolest, ozbiljna povreda ili pretrpljeni napad, razdvajanje zbog bračnih problema, raskid stabilne veze, ozbiljni problemi sa bliskim prijateljem, komšijom ili rođakom, nezaposlenost ili traženje posla duže od mesec dana, otpuštanje sa posla, velika finansijska kriza i problemi sa policijom i pojavljivanje na sudu.

Sa stepenom depresivnosti prema PHQ-9 testu su statistički povezani ugrožavajući životni događaji nastali u dosadašnjem životu: blizak član porodice ozbiljno bolestan, povređen ili pretrpeo napad ($p = 0,011$) i nešto od predmeta velike vrednosti izgubljeno ili ukradeno ($p = 0,031$).

Ugrožavajući životni događaji u proteklih šest meseci koji su statistički značajno povezani sa stepenom depresivnosti prema PHQ-9 testu su: blizak član porodice ozbiljno bolestan, povređen ili pretrpeo napad ($p = 0,005$) i smrt bliskog prijatelja ili drugog rođaka ($p = 0,025$).

Tabela 4.13. Povezanost ugrožavajućih životnih događaja sa pojavom depresivnosti prema PHQ-9 upitniku pri prvoj poseti

Ugrožavajući događaj	u proteklih 6 meseci		u dosadašnjem životu	
	<i>Chi-square</i>	p vrednost	<i>Chi-square</i>	p vrednost
ozbiljna lična bolest, ozbiljna povreda ili pretrpljeni napad	20,662	< 0,001	10,113	0,001
blizak član porodice ozbiljno bolestan, povređen ili pretrpeo napad	7,829	0,005	6,486	0,011
smrt roditelja, deteta ili supružnika	2,782	0,095	2,850	0,091
smrt bliskog prijatelja ili drugog rođaka	5,014	0,025	,320	0,571
razdvajanje zbog bračnih problema	28,889	< 0,001	35,275	< 0,001
raskid stabilne veze	22,671	< 0,001	26,502	< 0,001
ozbiljni problemi sa bliskim prijateljem, komšijom ili rođakom	16,880	< 0,001	17,227	< 0,001
nezaposlenost ili traženje posla duže od mesec dana	25,432	< 0,001	18,919	< 0,001
otpuštanje sa posla	18,541	< 0,001	17,668	< 0,001
velika finansijska kriza	49,622	< 0,001	27,663	< 0,001
problemi sa policijom i pojavljivanje na sudu	12,104	0,001	35,729	< 0,001
nešto od predmeta velike vrednosti izgubljeno ili ukradeno	1,703	0,192	4,653	0,031

Postojanje povezanosti ugrožavajućih životnih događaja sa pojavom depresivnosti prema DASS-D upitniku pri prvoj poseti predstavljeno je u Tabeli 4.14. Ugrožavajući životni događaji u proteklih 6 meseci koji su visoko statistički povezani sa stepenom depresivnosti utvrđeni DASS-D subskalom su: razdvajanje zbog bračnih problema ($p < 0,001$), raskid stabilne veze ($p < 0,001$), velika finansijska kriza ($p < 0,001$), problem sa policijom i pojavljivanje na sudu ($p < 0,001$). Visoka statistička značajnost dobijena je za povezanost istih nezavisnih varijabli posmatrano ukupno u dosadašnjem životu, sa pojavom depresivnosti prema DASS-D upitniku (razdvajanje zbog bračnih problema, raskid stabilne veze, velika finansijska kriza, problem sa policijom i pojavljivanje na sudu; $p < 0,001$).

Ugrožavajući životni događaji u poslednjih šest meseci koji su statistički značajno povezani sa stepenom depresivnosti prema DASS-D subskali su: ozbiljni problemi sa bliskim prijateljem ($p = 0,003$), komšijom ili rođakom, ozbiljna lična bolest, ozbiljna povreda ili pretrpljeni napad ($p = 0,009$) i smrt bliskog prijatelja ili drugog rođaka ($p = 0,010$). Ugrožavajući životni događaji u dosadašnjem životu koji su statistički značajno povezani sa stepenom depresivnosti prema DASS-D subskali su: nezaposlenost ili traženje posla duže od mesec dana ($p = 0,005$), gubitak ili krađa predmeta velike vrednosti ($p = 0,026$) i ozbiljna bolest, povreda ili napad na bliskog člana porodice ($p = 0,031$).

Tabela 4.14. Povezanost ugrožavajućih životnih događaja sa pojavom depresivnosti prema DASS-D upitniku pri prvoj poseti

Ugrožavajući događaj	u proteklih 6 meseci		u dosadašnjem životu	
	<i>Chi-square</i>	p vrednost	<i>Chi-square</i>	p vrednost
ozbiljna lična bolest, ozbiljna povreda ili pretrpljeni napad	13,567	0,009	7,163	0,128
blizak član porodice ozbiljno bolestan, povređen ili pretrpeo napad	8,155	0,086	10,659	0,031
smrt roditelja, deteta ili supružnika	7,326	0,120	6,380	0,173
smrt bliskog prijatelja ili drugog rođaka	13,183	0,010	3,263	0,515
razdvajanje zbog bračnih problema	47,298	< 0,001	40,800	< 0,001
raskid stabilne veze	29,305	< 0,001	36,557	< 0,001
ozbiljni problemi sa bliskim prijateljem, komšijom ili rođakom	15,701	0,003	22,434	< 0,001
nezaposlenost ili traženje posla duže od mesec dana	18,137	0,001	14,702	0,005
otpuštanje sa posla	4,273	0,370	19,340	0,001
velika finansijska kriza	36,311	< 0,001	35,181	< 0,001
problemi sa policijom i pojavljivanje na sudu	21,285	< 0,001	42,705	< 0,001
nešto od predmeta velike vrednosti izgubljeno ili ukradeno	9,020	0,061	11,083	0,026

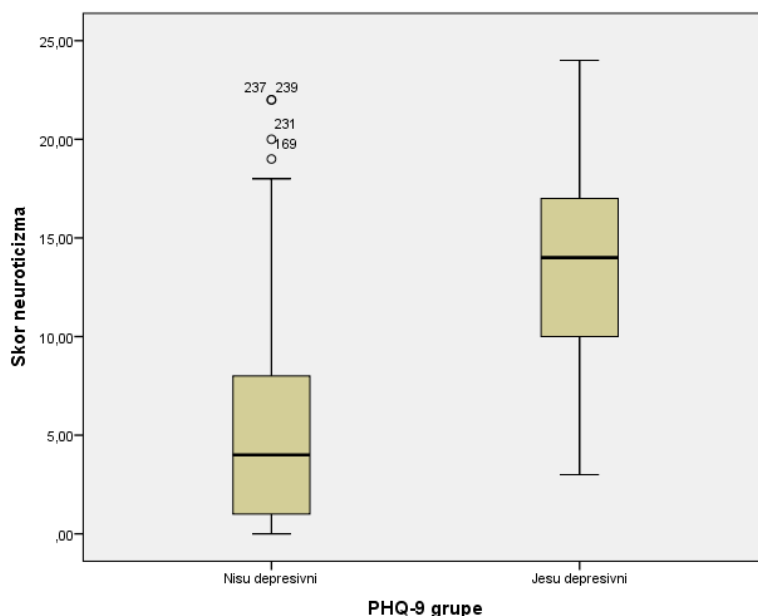
4.6. POVEZANOST SKORA NEUROTICIZMA SA PHQ-9 I DASS-D SKOROM PRI PRVOJ POSETI

U Tabeli 4.15 su prikazani rezultati povezanosti skora neuroticizma sa PHQ-9 i DASS-D skorom. Skor neuroticizma pokazuje visoko statistički značajnu korelaciju sa skorom PHQ-9 i DASS-D skorom ($p = 0,001$). Vrednost oba koeficijenta korelacije je u opsegu jake korelacije ($\geq 0,6$). Prosečna vrednost skora neuroticizma iznosila je $8,23 \pm 6,11$ (ukupan opseg 0–24), dok je medijana iznosila 7 (3–13). Vrednosti 0–12 imalo je 73,2% ispitanika, dok je visoke vrednosti skorova 20–24 iskazalo 4,7% ispitanika.

Tabela 4.15. Korelacija između skora neuroticizma sa PHQ-9 i DASS-D skorom, na početku ispitivanja

Skor neuroticizma	Spirmanov ρ koeficijent korelacije	p vrednost
PHQ-9	0,692	< 0,001
DASS-D	0,662	< 0,001

Na Grafikonu 4 se uočava da su značajno viši prosečni skorovi neuroticizma u grupi ispitanika koji su procenjeni kao depresivni prema PHQ-9 upitniku. Prosečna vrednost skora neuroticizma kod depresivnih ispitanika iznosi $13,38 \pm 4,81$ (medijana 14; 9,5–17), dok vrednost kod ispitanika koji nisu procenjeni kao depresivni iznosi $5,35 \pm 4,71$ (medijana 4; 1–8). Razlika je označena kao visoko statistički značajna ($p < 0,001$), mada se uočavaju vrednosti koje odstupaju (*outliers*). Identifikovana su tri ispitanika sa visokim vrednostima skora neuroticizma (≥ 20), koji nisu svrstani u grupu depresivnih pacijenata primenom PHQ-9 upitnika.



Grafikon 4. Prosečna vrednost skora neuroticizma prema prisustvu depresivnosti

4.7. INTERVENCIJE PREDUZETE KOD ISPITANIKA NAKON SKRININGA DEPRESIVNOSTI

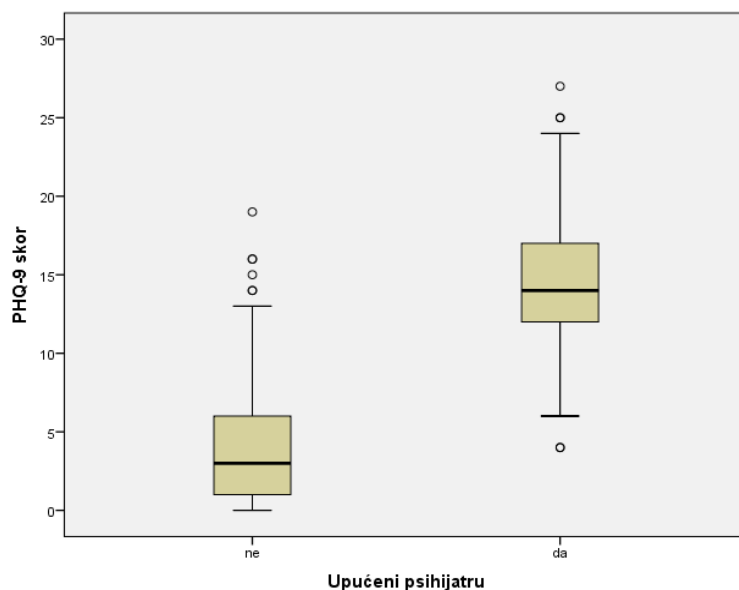
Preduzete intervencije koje su sprovedene kod ispitanika nakon sprovedenog skrining testa depresije prikazane su u Tabeli 4.16. U toku mesec dana ispitivanja ponovnu posetu lekaru opšte prakse nije imalo 64,1% ispitanika, 23,5% je imalo jednu posetu, dok je 12,4% dolazilo dva i više puta.

Skoro trećina ispitanika (31,2%) koji su prošli skrining za depresiju je upućeno kod psihijatra. Od ukupno ispitanih u uzorku kod 24,2% je utvrđena psihijatrijska dijagnoza. Kod većine ispitanika je dijagnostikovana umerena depresivna epizoda (10,1%), zatim mešoviti anksiozno-depresivni poremećaj (5,4%), dok je kod 4,9% ispitanika dijagnostikovana blaga depresivna epizoda. Psihofarmak je dat kod 19,1% ispitanika. Najviše su preporučeni psihofarmaci iz grupe benzodiazepina (15%), a zatim escitalopram (8%) i sertralin (3,1%) iz grupe selektivnih inhibitora ponovnog preuzimanja serotonina (*SSRI*).

Tabela 4.16. Prikaz zastupljenosti određenih intervencija upućenih ka ispitanicima, nakon skrininga depresije sprovedenog od strane lekara opšte medicine

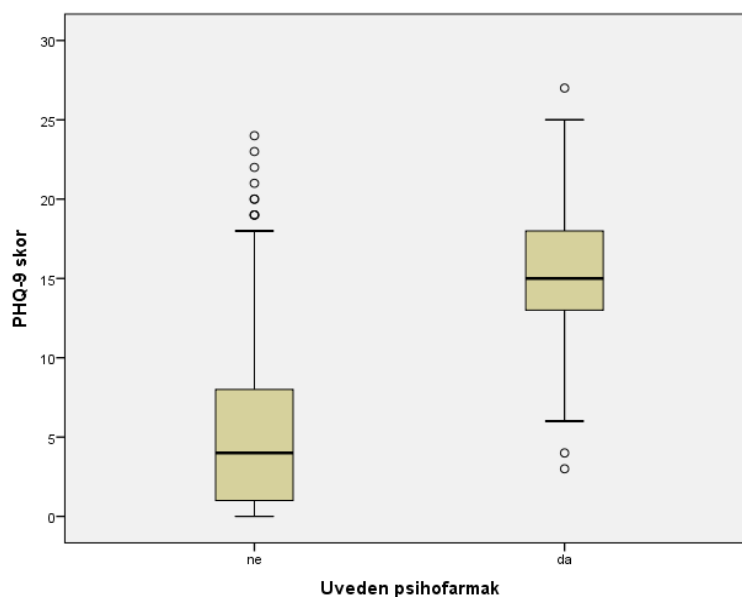
Karakteristika	Broj ispitanika	%
Da li se ispitanik javljao u toku jednog meseca		
nije se javljao	273	64,1
jednom	100	23,5
dva i više puta	53	12,4
Upućeni psihijatru		
ne	292	68,5
da	133	31,2
Da li je postavljena dijagnoza		
ne	323	75,8
da	103	24,2
blaga depresivna epizoda (F 32.0)	21	4,9
umerena depresivna epizoda (F 32.1)	43	10,1
teška depresivna epizoda (F 32.2)	7	1,6
mešoviti anksiozno-depresivni poremećaj (F 41.2)	23	5,4
poremećaji prilagođavanja (F 43)	1	0,2
neorganski poremećaji spavanja (F 51)	2	0,5
emocionalno nestabilni poremećaji ličnosti (F 60.3)	2	0,5
duševni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani upotrebom alkohola (F 10)	4	0,9
duševni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani upotrebom opijata (F 11)	7	1,6
duševni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani upotrebom opijata – sindrom zavisnosti (F 11.2)	1	0,2
duševni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani upotrebom opijata – apstinencijalni sindrom (F 11.3)	1	0,2
Dobio psihofarmak	82	19,2
Naziv psihofarmaka		
benzodiazepini	64	15
escitalopram	34	8
sertralin	13	3,1
mirtazapin	7	1,6
paroksetin	7	1,6
mianserin	4	0,9
fluoksetin	4	0,9

Na Grafikonu 5 je prikazana povezanost prosečne vrednosti skora PHQ-9 pri prvoj poseti sa upućivanjem psihijatru. Oni koji su upućeni psihijatru su imali prosečnu vrednost skora PHQ-9 $14,71 \pm 4,31$, dok je u drugoj grupi prosečna vrednost iznosila $3,95 \pm 3,65$ ($p < 0,001$).



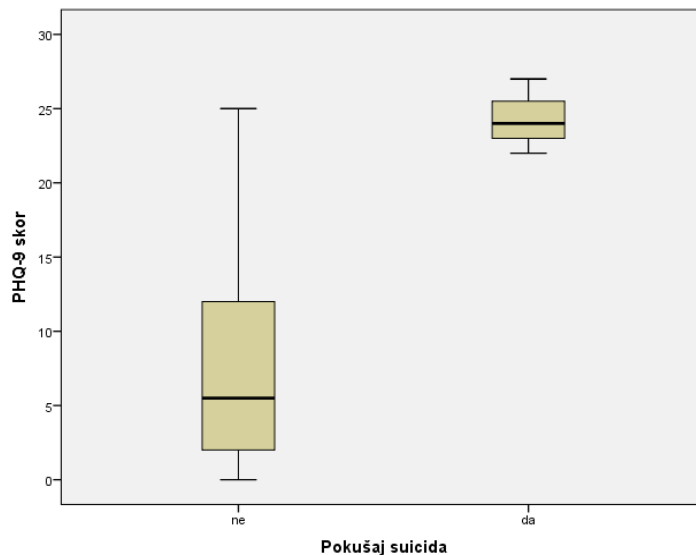
Grafikon 5. Prosečna vrednost PHQ-9 skora (procenjena pri prvoj poseti) u grupi pacijenata koji nisu ili jesu dalje upućeni psihijatru

Na Grafikonu 6 su prikazane prosečne vrednosti skora PHQ-9 u odnosu na uvođenje psihofarmaka nakon posete psihijatru. Prosečna vrednost PHQ-9 skora je bila $15,72 \pm 4,31$ kod ispitanika kojima je propisan psihofarmak, dok je u drugoj grupi iznosila $5,35 \pm 4,97$. Razlika između grupa je bila visoko statistički značajna ($p < 0,001$).



Grafikon 6. Prosečna vrednost PHQ-9 skora (procenjena pri prvoj poseti) u grupi pacijenata sa i bez propisanog psihofarmaka

Pokušaj suicida je imalo 0,9% ispitanika. Ta grupa ispitanika je imala prosečne vrednosti skora PHQ-9 na prvom pregledu $24,25 \pm 2,06$ (Grafikon 7). U drugoj grupi prosečna vrednost PHQ-9 skora iznosila je $7,19 \pm 6,15$ ($p < 0,001$). Prisustvo samoubilačkih misli skoro svakodnevno u prethodne dve nedelje prijavilo je 1,4% ispitanika.



Grafikon 7. Prosečna vrednost PHQ-9 skora (procenjena pri prvoj poseti) u grupi pacijenata sa i bez pokušaja suicida

Usaglašenost rezultata skrininga depresije pomoću PHQ-9 upitnika sa postavljanjem dijagnoze od strane psihijatra prikazano je u Tabeli 4.17. Rezultati pokazuju da postoji visoko statistička značajna povezanost između skorova $PHQ-9 \geq 10$ sa postavljanjem dijagnoze depresivnih poremećaja ($p < 0,001$). Ispitanici kod kojih je utvrđeno da su depresivni prema skoru PHQ-9 upitnika su i bili upućeni psihijatru i kod 92 ispitanika je dijagnostikovano depresivni poremećaj (64,1%), kao samostalan ili udružen mentalni poremećaj. Od broja svih postavljenih dijagnoza mentalnih poremećaja, depresija je bila prisutna u 89,3% slučajeva.

Tabela 4.17. Usaglašenost rezultata skrininga depresije korišćenjem PHQ-9 upitnika sa postavljanjem dijagnoze

	Depresivnost		p vrednost
	da ($PHQ-9 \geq 10$)	ne ($PHQ-9 < 10$)	
	N = 153	N = 273	
Postavljena dijagnoza			
da	98 (64,1%)	5 (1,8%)	< 0,001
ne	55 (35,9%)	268 (98,2%)	

U Tabeli 4.18 su prikazani značajni prediktori pojedinih intervencija posle skrininga depresije. Identifikovano je šest nezavisnih prediktora upućivanja psihijatru koji su bili statistički značajni: muški pol ($p = 0,033$), raskid stabilne veze u prethodnih 6 meseci ($p < 0,001$), skor neuroticizma ($p < 0,001$), otpuštanje sa posla u prethodnih 6 meseci ($p = 0,005$), bračno stanje ($p =$

0,009), ozbiljni problemi sa bliskim prijateljem, komšijom ili rođakom u dosadašnjem životu ($p = 0,026$).

Statistički značajna povezanost postavljanja dijagnoze depresije postoji sa sledećih pet varijabli: prethodno javljanje psihijatru ($p = 0,004$), razdvajanje zbog bračnih problema u prethodnih 6 meseci ($p = 0,013$), smrt roditelja, deteta ili supružnika u prethodnih 6 meseci ($p = 0,016$), psihički poremećaj u porodici ($p = 0,033$) i velika finansijska kriza u dosadašnjem životu ($p = 0,034$).

Prediktori propisivanja psihofarmaka koji su statistički značajni su: velika finansijska kriza u dosadašnjem životu ($p = 0,015$) i razdvajanje zbog bračnih problema u dosadašnjem životu ($p = 0,037$).

Tabela 4.18. Prediktori određenih intervencija upućenih ka pacijentima, nakon skrininga depresivnosti sprovedenog od strane lekara opšte medicine pri prvoj poseti

Zavisna varijabla	Nezavisna varijabla	OR (95% CI)	p vrednost
upućivanje psihijatru			
	pol, muški	2,910 (1,092–7,754)	0,033
	raskid stabilne veze u prethodnih 6 meseci	9,253 (2,486–34,436)	0,001
	ozbiljni problemi sa bliskim prijateljem, komšijom ili rođakom u dosadašnjem životu	2,274 (1,105–4,680)	0,026
	otpuštanje sa posla u prethodnih 6 meseci	8,398 (1,923–36,675)	0,005
	skor neuroticizma	2,485 (2,018–3,059)	< 0,001
	bračno stanje		
	samci	ref	< 0,001
	u braku	0,446 (0,238–0,837)	0,012
	razvedeni	1,927 (0,890–4,172)	0,096
	udovci	4,919 (1,565–15,458)	0,006
postavljanje dijagnoze			
	prethodno javljanje psihijatru	4,703 (1,652–13,390)	0,004
	psihički poremećaj u porodici	6,075 (1,153–32,011)	0,033
	smrt roditelja, deteta ili supružnika u prethodnih 6 meseci	6,821 (1,426–32,616)	0,016
	razdvajanje zbog bračnih problema u prethodnih 6 meseci	5,625 (1,430–22,127)	0,013
	velika finansijska kriza u dosadašnjem životu	3,352 (1,098–10,229)	0,034
propisivanje psihofarmaka			
	razdvajanje zbog bračnih problema u dosadašnjem životu	3,656 (1,082–12,356)	0,037
	velika finansijska kriza u dosadašnjem životu	3,872 (1,303–11,528)	0,015

4.8. VREDNOSTI SKORA PHQ-9 I DASS KOD ISPITANIKA PRI DRUGOJ POSETI

Skorovi upitnika PHQ-9 i DASS dobijeni nakon četiri nedelje istraživanja prikazani su u Tabeli 4.19. Nakon skrininga pri prvoj poseti i odrađenih intervencija prema postojanju depresivnosti kod ispitanika nakon četiri nedelje je urađen ponovni PHQ-9 test i DASS test. Analizom skorova PHQ-9 testa depresivnih (skor ≥ 10) je bilo 24,4%. U drugoj proceni nakon četiri nedelje polovina ispitanika (50,2%) bila je bez depresivnih simptoma, a 25,4% je imalo blagu depresivnost.

Tabela 4.19. Stepen depresivnosti prema PHQ-9 upitniku pri drugoj poseti

Vrednost PHQ-9 skora	Stepen depresivnosti	Broj ispitanika	%
< 5	nema depresivnih simptoma	214	50,2
5–9	blagi depresivni simptomi	108	25,4
10–14	umerena depresivna epizoda	73	17,1
15–19	umereno teška depresivna epizoda	27	6,3
≥ 20	teška depresivna epizoda	4	0,9
Granična vrednost PHQ-9 skora			
< 10	nisu depresivni	322	75,6
≥ 10	jesu depresivni	104	24,4

Stepen depresivnosti, anksioznosti i stresa prema DASS skali u četvrtoj nedelji prikazan je u Tabeli 4.20. Prema DASS-D subskali tri petine ispitanika (61,7%) nema depresivne simptome. Jak stepen depresivnosti ima 10,3%, umeren 10,1%, 8% veoma jak, dok blag stepen depresivnosti ima 7% ispitanika. DASS-A subskala pokazuje da u četvrtoj nedelji više od polovine (51,6%) ispitanika nema anksioznost, dok 15,5% ima umereni stepen anksioznosti. Prema DASS-S subskali uočava se da na kraju ispitivanja (nakon četiri nedelje) većina (67,6%) nema stres, dok 15,5% ima umereni stepen stresa.

Tabela 4.20. Prisustvo simptoma depresije, anksioznosti i stresa pri drugoj poseti

Subskala	Stepen manifestacije	Broj ispitanika	%
depresija (DASS-D)	normalno	263	61,7
	blago	30	7,0
	umereno	43	10,1
	jako	44	10,3
	veoma jako	34	8,0
anksioznost (DASS-A)	normalno	220	51,6
	blago	46	10,8
	umereno	66	15,5
	jako	33	7,7
	veoma jako	49	11,5
stres (DASS-S)	normalno	288	67,6
	blago	35	8,2
	umereno	66	15,5
	jako	18	4,2
	veoma jako	5	1,2

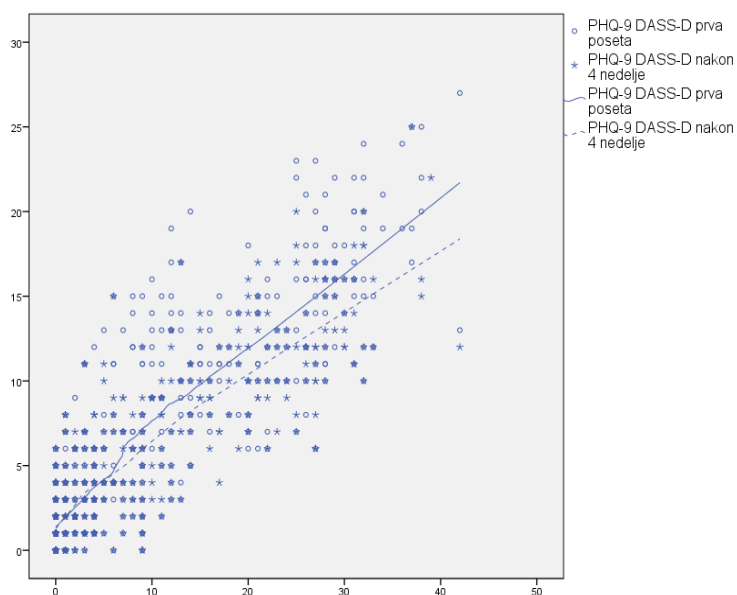
4.9. POVEZANOST SKOROVA PHQ-9 I DASS PRI PRVOJ I DRUGOJ POSETI

Korelacija skorova PHQ-9 i DASS pri prvoj i drugoj poseti lekaru opšte medicine predstavljena je u Tabeli 4.21. Spirmanovim testom korelacije utvrđeno je da postoji visoko statistički značajna povezanost skorova PHQ-9 i DASS pri prvoj i drugoj poseti ($p = 0,001$), kao i visoko statistički značajna korelacija između skorova PHQ-9 i DASS-D subskale pri prvoj i drugoj poseti lekaru opšte medicine ($p = 0,001$). Vrednosti sva četiri koeficijenta ukazuju na postojanje veoma jake korelacije ($\geq 0,8$) između posmatranih skorova.

Tabela 4.21. Korelacija između PHQ-9 i DASS skora, pri prvoj i drugoj poseti

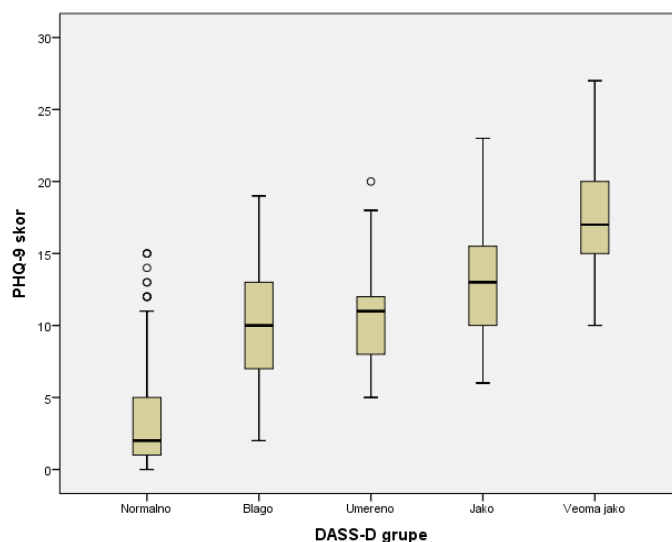
	prva poseta		druga poseta	
	<i>Spirmanov rho</i> koeficijent korelacije	p vrednost	<i>Spirmanov rho</i> koeficijent korelacije	p vrednost
	PHQ-9		PHQ-9	
DASS ukupan	0,878	< 0,001	0,857	< 0,001
DASS-D	0,849	< 0,001	0,842	< 0,001

Stepen korelacije skorova PHQ-9 i DASS skorova pri prvoj poseti i pri drugoj poseti nakon četiri nedelje prikazan je i na Grafikonu 8. Vrednosti skorova konvergiraju oko srednje krive koja linearno raste i nema rasipanja vrednosti.



Grafikon 8. Stepen povezanosti PHQ-9 i DASS-D skora pri prvoj i drugoj poseti

Grafikon 9 prikazuje odnos vrednosti PHQ-9 skora prema stepenu depresivnosti koja je utvrđena DASS upitnikom. Uočava se da ispitanici koji prosečno imaju veće skorove PHQ-9 pokazuju i veći stepen depresivnosti određen DASS upitnikom u obe posete lekaru opšte medicine (na početku istraživanja i nakon četiri nedelje).



Grafikon 9. Vrednost PHQ-9 skora prema stepenu manifestacije depresije procenjene DASS-D upitnikom pri drugoj poseti

4.10. PREDIKTORI DEPRESIVNOSTI

U Tabeli 4.22 prikazani su socijalno-demografski prediktori depresivnosti određene PHQ-9 upitnikom pri prvoj (na početku ispitivanja) i drugoj poseti (nakon četiri nedelje) lekaru opšte medicine. Visoko statistički značajni prediktori depresivnosti prema PHQ-9 upitniku pri prvoj i drugoj poseti su: prethodno javljanje psihijatru pri prvoj poseti (OR = 3,8; p = 0,001), i pri drugoj poseti (OR = 3,2; p = 0,001) i bračno stanje – udovac, razveden pri prvoj poseti (OR = 5,0; p = 0,001) i pri drugoj poseti (OR = 8,2; p = 0,001), kao i nezaposlen pri prvoj poseti (OR = 3,6; p = 0,001) i redovna primena terapije pri prvoj poseti (OR = 3,8; p = 0,001). Statistički značajni prediktori depresivnosti prema PHQ-9 skali su: redovna primena terapije pri drugoj poseti (OR = 2,6; p = 0,002), samac pri prvoj poseti (OR = 2,4; p = 0,008) (OR = 2,9; p = 0,006), i nezaposlen pri drugoj poseti (OR = 2,7; p = 0,004).

Pol nije pokazao statistički značajan uticaj na prisustvo depresivnosti pri prvoj i drugoj poseti. Pri prvoj poseti, među depresivnim ispitanicima bilo je više žena: 99 žena (64,7%) i 54 muškarca (35,3%). Međutim, kada se pogleda ukupan broj ispitivanih žena pri prvoj poseti, njih 34,1% su bile depresivne, dok je među ispitivanim muškarcima na početku ispitivanja taj procenat 39,7%. Razlike u proporcijama nisu označene kao statistički značajne.

Pri drugoj poseti, među depresivnim ispitanicima registrovano je 68,3% žena i 31,7% muškaraca. Analizom zastupljenosti depresivnih ispitanika unutar polnih grupa, zapaža se ista procentualna zastupljenost: među ženama 24,5% bile su depresivne, dok je među muškarcima udeo iznosio 24,3%.

Tabela 4.22. Socijalno-demografski prediktori depresivnosti prema PHQ-9 upitniku pri prvoj i drugoj poseti

	Prisutna depresivnost (PHQ-9 skor ≥ 10)			
	prva poseta		druga poseta	
	OR (95% CI)	p vrednost	OR (95% CI)	p vrednost
pol, muški	1,499 (0,884–2,541)	0,133	1,048 (0,577–1,902)	0,879
starost (godine)				
18–30	Ref		Ref	
31–50	1,605 (0,765–3,370)	0,211	1,202 (0,522–2,767)	0,665
> 50	1,390 (0,575–3,363)	0,465	0,884 (0,324–2,414)	0,809
prethodno javljanje psihijatru	3,778 (2,124–6,721)	< 0,001	3,159 (1,713–5,826)	< 0,001
redovna primena terapije	3,768 (2,177–6,519)	< 0,001	2,604 (1,405–4,827)	0,002
konzumacija alkohola				
ne	Ref		Ref	
povremeno	1,178 (0,629–2,207)	0,608	1,389 (0,675–2,859)	0,373
redovno	1,382 (0,628–3,042)	0,422	2,987 (1,294–6,895)	0,010
pušenje				
ne	Ref		Ref	
da	0,862 (0,519–1,429)	0,564	0,913 (0,510–1,632)	0,758
upotreba psihoaktivnih supstanci				
ne	Ref		Ref	
da, ranije	5,187 (1,580–17,022)	0,007	1,755 (0,550–5,596)	0,342
da	7,103 (1,751–28,813)	0,006	5,590 (1,460–21,404)	0,012
stepen obrazovanja				
Ref	Ref		Ref	
bez škole, osnovna škola	1,103 (0,395–3,079)	0,851	1,069 (0,334–3,416)	0,911
srednja škola	1,448 (0,463–4,533)	0,525	1,566 (0,443–5,534)	0,487
viša škola	0,960 (0,322–2,865)	0,942	0,914 (0,266–3,145)	0,887
bračno stanje				
fakultet				
u braku	Ref		Ref	
samac	2,396 (1,254–4,580)	0,008	2,924 (1,361–6,281)	0,006
udovac, razveden	5,001 (2,480–10,081)	< 0,001	8,156 (3,807–17,474)	< 0,001
stambeni prostor po članu domaćinstva (m ²)				
Ref	Ref		Ref	
0–10	1,204 (0,434–3,336)	0,721	2,988 (0,738–12,101)	0,125
11–30	1,066 (0,308–3,693)	0,919	4,173 (0,840–20,731)	0,081
> 30				
zaposlenje				

	Prisutna depresivnost (PHQ-9 skor ≥ 10)			
	prva poseta		druga poseta	
	OR (95% CI)	p vrednost	OR (95% CI)	p vrednost
	Ref		Ref	
zaposlen	1,073 (0,408–2,823)	0,882	1,162 (0,384–3,523)	0,790
u penziji	3,636 (1,950–6,780)	< 0,001	2,701 (1,367–5,335)	0,004
ostalo (učenik, student, nezaposlen)				
mesečni prihod po članu domaćinstva (RSD)	Ref		Ref	
< 10.000	0,987 (0,449–2,171)	0,974	0,861 (0,354–2,094)	0,741
10.000–25.000	0,604 (0,233–1,565)	0,300	0,557 (0,187–1,655)	0,292
25.000–50.000	0,883 (0,222–3,515)	0,860	0,622 (0,121–3,210)	0,571
> 50.000				
broj članova domaćinstva	Ref		Ref	
1	1,083 (0,345–3,399)	0,891	1,042 (0,294–3,689)	0,949
2	1,251 (0,372–4,211)	0,718	2,288 (0,611–8,563)	0,219
3–4	1,570 (0,398–6,187)	0,519	2,322 (0,501–10,579)	0,282
5 i više				

Veoma značajni pozitivni prediktori depresivnosti utvrđeni PHQ-9 upitnikom pri prvoj poseti lekaru opšte medicine su skor neuroticizma u prvoj poseti (OR = 2,9; p < 0,001), fizičko zlostavljanje (OR = 1,7; p < 0,001) i emocionalno zlostavljanje (OR = 1,2; p = 0,009). Pozitivni prediktori depresivnosti pri drugoj poseti su skor neuroticizma (OR = 2,0; p < 0,001) i fizičko zlostavljanje (OR = 2,0, p < 0,001) (Tabela 4.23). Rezultati logističke regresije potvrđuju rezultate neparametarskih testova koji su pokazali više vrednosti pomenutih skorova u grupi depresivnih ispitanika.

Tabela 4.23. Traumatska iskustva u detinjstvu i skor neuroticizma kao prediktori depresivnosti prema PHQ-9 upitniku pri prvoj i drugoj poseti

	Prisutna depresivnost (PHQ-9 skor ≥ 10)			
	prva poseta		druga poseta	
	OR (95% CI)	p vrednost	OR (95% CI)	p vrednost
fizičko zanemarivanje	0,860 (0,750–0,987)	0,032	0,886 (0,764–1,027)	0,108
emocionalno zlostavljanje	1,195 (1,045–1,366)	0,009	0,982 (0,867–1,112)	0,779
emocionalno zanemarivanje	0,960 (0,901–1,023)	0,212	0,933 (0,872–0,998)	0,045
seksualno zlostavljanje	1,590 (0,775–3,262)	0,206	0,752 (0,487–1,160)	0,198
fizičko zlostavljanje	1,658 (1,334–2,060)	< 0,001	2,013 (1,606–2,523)	< 0,001
skor neuroticizma	2,912 (2,379–3,564)	< 0,001	2,049 (1,705–2,461)	< 0,001

Tabela 4.24. prikazuje značaj ugrožavajućih životnih događaja kao prediktora depresivnosti prema PHQ-9 upitniku pri prvoj poseti. Zavisna varijabla je prisustvo depresivnosti (PHQ-9 skor ≥ 10). Ugrožavajući životni događaji u poslednjih šest meseci koji su statistički značajni prediktori depresivnosti prema PHQ-9 testu pri prvoj poseti lekaru opšte medicine su: ozbiljna lična bolest, ozbiljna povreda ili pretrpljeni napad (OR = 5,6; p < 0,001), ozbiljni problemi sa bliskim prijateljem, komšijom ili rođakom (OR = 7,9; p < 0,001), velika finansijska kriza (OR = 3,9; p < 0,001), otpuštanje sa posla (OR = 3,7, p = 0,024), i raskid stabilne veze (OR = 2,4; p = 0,024). Problemi sa policijom i pojavljivanje na sudu (OR = 31,2; p < 0,001) koji su se javili u dosadašnjem životu predstavljaju visoko statistički značajan prediktor depresivnosti prema PHQ-9 testu, dok 95% interval pouzdanosti uključuje široki raspon vrednosti. Drugi značajni ugrožavajući životni događaji u dosadašnjem životu koji su statistički značajni kao prediktori depresivnosti su raskid stabilne veze (OR = 2,4; p = 0,024) i velika finansijska kriza (OR = 2,0; p = 0,012).

Tabela 4.24. Ugrožavajući životni događaji kao prediktori depresivnosti prema PHQ-9 upitniku pri prvoj poseti

Ugrožavajući događaj	Prisutna depresivnost (PHQ-9 skor ≥ 10)			
	u poslednjih 6 meseci		u dosadašnjem životu	
	OR (95% CI)	p vrednost	OR (95% CI)	p vrednost
ozbiljna lična bolest, ozbiljna povreda ili pretrpljeni napad	5,629 (2,537–14,486)	< 0,001	1,557 (0,857–2,828)	0,146
blizak član porodice ozbiljno bolestan, povređen ili pretrpeo napad	0,903 (0,405–2,011)	0,803	1,381 (0,783–2,437)	0,265
smrt roditelja, deteta ili supružnika	1,093 (0,425–2,809)	0,854	1,298 (0,736–2,288)	0,367
smrt bliskog prijatelja ili drugog rođaka	1,725 (0,657–4,532)	0,269	0,692 (0,399–1,199)	0,189
razdvajanje zbog bračnih problema	2,228 (0,882–5,626)	0,090	2,871 (1,273–6,476)	0,011
raskid stabilne veze	2,433 (1,124–5,265)	0,024	1,526 (0,773–3,013)	0,224
ozbiljni problemi sa bliskim prijateljem, komšijom ili rođakom	7,895 (2,776–22,452)	< 0,001	1,857 (0,924–3,733)	0,082
nezaposlenost ili traženje posla duže od mesec dana	2,079 (0,853–5,067)	0,107	1,084 (0,545–2,157)	0,819
otpuštanje sa posla	3,658 (1,186–11,278)	0,024	2,453 (0,991–6,068)	0,052
velika finansijska kriza	3,953 (1,960–7,971)	< 0,001	1,987 (1,160–3,403)	0,012
problemi sa policijom i pojavljivanje na sudu	2,364 (0,738–7,577)	0,148	31,156 (3,948–245,848)	0,001
nešto od predmeta velike vrednosti izgubljeno ili ukradeno	1,516 (0,344–6,690)	0,583	1,109 (0,479–2,569)	0,809

Ugrožavajući životni događaji kao prediktori depresivnosti prema PHQ-9 upitniku pri drugoj poseti prikazani su u Tabeli 4.25. Visoko statistički značajni ugrožavajući životni događaji u poslednjih šest meseci kao prediktori depresivnosti prema PHQ-9 upitniku pri drugoj poseti nakon četiri nedelje su: raskid stabilne veze (OR = 4,0; $p < 0,001$) i ozbiljni problemi sa bliskim prijateljem, komšijom ili rođakom (OR = 5,5; $p < 0,001$). Statistički značajni prediktori depresivnosti prema PHQ-9 upitniku pri drugoj poseti su ugrožavajući životni događaji u poslednjih šest meseci: ozbiljna lična bolest, ozbiljna povreda ili pretrpljeni napad (OR = 3,2; $p = 0,004$), blizak član porodice ozbiljno bolestan, povređen ili pretrpeo napad (OR = 0,4; $p = 0,040$), nezaposlenost ili traženje posla duže od mesec dana (OR = 2,4; $p = 0,041$) i velika finansijska kriza (OR = 0,4; $p = 0,014$).

U drugoj poseti nakon četiri nedelje, utvrđeni prediktori depresivnosti prema PHQ-9 među ugrožavajućim životnim događajima u dosadašnjem životu koji su visoko statistički značajni su: velika finansijska kriza (OR = 2,6; $p = 0,001$) i problemi sa policijom i pojavljivanje na sudu (OR = 7,5; $p < 0,001$). Razdvajanje zbog bračnih problema (OR = 3,2; $p = 0,004$) javlja se kao statistički značajan prediktor depresivnosti prema PHQ-9 među ugrožavajućim životnim događajima u dosadašnjem životu.

Tabela 4.25. Ugrožavajući životni događaji kao prediktori depresivnosti prema PHQ-9 upitniku pri drugoj poseti

Ugrožavajući događaj	Prisutna depresivnost (PHQ-9 skor ≥ 10)			
	u poslednjih 6 meseci		u dosadašnjem životu	
	OR (95% CI)	p vrednost	OR (95% CI)	p vrednost
ozbiljna lična bolest, ozbiljna povreda ili pretrpljeni napad	3,216 (1,445–7,161)	0,004	1,575 (0,820–3,026)	0,173
blizak član porodice ozbiljno bolestan, povređen ili pretrpeo napad	0,390 (0,159–0,957)	0,040	0,746 (0,390–1,427)	0,376
smrt roditelja, deteta ili supružnika	1,851 (0,740–4,634)	0,188	0,873 (0,465–1,638)	0,673
smrt bliskog prijatelja ili drugog rođaka	1,391 (0,520–3,723)	0,511	0,624 (0,338–1,153)	0,132
razdvajanje zbog bračnih problema	1,733 (0,752–3,995)	0,197	3,180 (1,446–6,994)	0,004
raskid stabilne veze	4,034 (1,930–8,432)	< 0,001	1,654 (0,825–3,316)	0,156
ozbiljni problemi sa bliskim prijateljem, komšijom ili rođakom	5,474 (2,086–14,366)	0,001	1,303 (0,636–2,670)	0,470
nezaposlenost ili traženje posla duže od mesec dana	2,444 (1,038–5,758)	0,041	1,162 (0,562–2,405)	0,685
otpuštanje sa posla	0,521 (0,171–1,588)	0,251	0,737 (0,292–1,862)	0,519
velika finansijska kriza	2,385 (1,195–4,761)	0,014	2,597 (1,471–4,854)	0,001
problemi sa policijom i pojavljivanje na sudu	2,622 (0,889–7,738)	0,081	7,455 82,557–21,734)	< 0,001
nešto od predmeta velike vrednosti izgubljeno ili ukradeno	1,365 (0,20–5,823)	0,674	0,581 (0,230–1,468)	0,251

4.11. PREVALENCIJA DEPRESIVNOSTI ISPITANIKA PRI PRVOJ I DRUGOJ POSETI

Procenjeni skorovi PHQ-9 i prevalencija depresivnosti pri prvoj i drugoj poseti lekaru opšte medicine prikazane su u Tabeli 4.26. Procenjena prevalencija depresivnosti pri prvoj poseti iznosila je 35,9%, dok je pri drugoj iznosila 24,4%. Uočeno smanjenje prevalencije od 11,5% označeno je kao visoko statistički značajna razlika.

Korelacija skorova PHQ-9 za somatske simptome, PHQ-9 skorova za psihičke simptome i ukupnog skora PHQ-9 u prvoj i drugoj poseti lekaru opšte medicine je visoko statistički značajna ($p = 0,001$).

Tabela 4.26. Vrednost PHQ-9 skora i prevalencija depresivnosti procenjenih pri prvoj i drugoj poseti

	prva poseta	druga poseta	p vrednost
	medijana (IQR) ukupan opseg	medijana (IQR) ukupan opseg	
PHQ-9 skor za somatske simptome	3 (1–6); 0–12	3 (1–5); 0–12	< 0,001
PHQ-9 skor za psihičke simptome	2,5 (0–6); 0–15	2 (0–4); 0–14	< 0,001
ukupan PHQ-9 skor	6 (2–12); 0–27	4 (1–9); 0–25	< 0,001
	N, %	N, %	
prevalencija depresivnosti (PHQ-9 skor ≥ 10)	153 (35,9%)	104 (24,4%)	< 0,001

IQR – interkvartilni opseg

U Tabeli 4.27. je prikazan odnos vrednosti DASS skora pri prvoj i drugoj poseti. Postoji visoko statistički značajna povezanost skorova pojedinačnih subskala DASS upitnika i ukupnog skora DASS upitnika pri prvoj i drugoj poseti lekaru opšte medicine.

Tabela 4.27. Vrednost DASS skora procenjena pri prvoj i drugoj poseti

	prva poseta	druga poseta	p vrednost
	medijana (IQR) ukupan opseg	medijana (IQR) ukupan opseg	
DASS-D	6 (1–19); 0–42	5 (1–16); 0–42	< 0,001
DASS-A	7 (2–14,25); 0–42	6 (2–13); 0–42	< 0,001
DASS-S	11 (4–19); 0–42	9 (4–17); 0–42	< 0,001
DASS ukupno	24 (10–53,25); 0–126	22 (8–46); 0–124	< 0,001

IQR – interkvartilni opseg

5. DISKUSIJA

Lekari opšte prakse imaju najčešće prvi kontakt sa pacijentom koji ima simptome depresije i imaju značajnu ulogu u blagovremenom dijagnostikovanju i efikasnom lečenju. Primenom različitih skrining testova za određivanje stepena depresivnosti omogućava se selekcija rizične populacije i sprovođenje adekvatnih intervencija za prevenciju razvoja depresije (109).

Prevalencija depresije varira među pacijentima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u rang od 2,3% – 48,5% (106–109). U našoj studiji prevalencija depresivnosti kod odraslih pacijenata koji koriste usluge u PZZ prema skor PHQ-9 upitnika iznosila je 35,9% ($PHQ-9 \geq 10$) pri prvoj poseti lekaru opšte medicine. Smatra se da je skoro 10% svih poseta ordinacijama lekara opšte prakse povezano sa depresijom (110). Prevalencija i tok depresije variraju od zemlje do regije, ukupan broj ljudi koji boluju od depresije porastao je za 18,5% od 2005. do 2015. godine (31).

Studija koja je ispitivala prevalenciju depresije u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u Evropi pokazala je da je najveća prevalencija depresivnog poremećaja u Španiji (29,6%), Portugaliji (24,3%), Engleskoj (24,4%), nešto manja u Holandiji (18,4%), Estoniji (14,1%) i u Sloveniji (10,9%). Muškarci u dobi od 30 do 50 godina i žene od 18 do 30 godina imali su najveću prevalenciju velike depresije (111).

U susednim zemljama Srbije studije prevalencije depresivnosti PHQ-9 testom su retko rađene. Studija sprovedena u Hrvatskoj pokazala je da je prevalencija depresije 25,8% u PZZ (112). U našoj zemlji je sprovedena studija u populaciji Vojvodine (105), PHQ-8 upitnikom sa ustanovljenom prevalencijom depresivnih 4,8%. U PZZ svaki četvrti korisnik ima depresivnost utvrđenu skriningom, dok uvidom u medicinski karton postavljenu dijagnozu ima samo 1,6% pacijenata, čime su istakli značajno prisustvo neprepoznavanja depresije u praksi lekara opšte medicine (105). Razlike u vrednostima prevalencije među studijama mogu biti uslovljene socijalno-demografskim i kulturološkim razlikama ispitivane populacije, primenom različite metodologije i dizajna istraživanja (106).

Prema stepenu depresivnosti najviše ispitanika u našoj studiji imalo je blage depresivne simptome (19%), svaki peti ispitanik (19,7%) imao je umerenu depresivnost, umereno teška depresivnost je zabeležena kod 11,3% ispitanika, dok je 4,9% imalo tešku depresivnost. U istraživanju koje je takođe primenilo PHQ-9 test polovina ispitanika (49,2%) sa skorom PHQ-9 preko 10 je imala blagu depresivnost, trećina umerene depresivne simptome dok je desetina ispitanika imala umereno tešku i 4,6% tešku depresivnu epizodu (113).

U našem istraživanju stepen depresivnosti izražen je gradacijom skora subskele DASS-D kroz pet nivoa. Najviše ispitanika (58,9%) bilo je bez depresivnosti (normalno). Blagu depresivnost je imalo 8,9% ispitanika, 8,7% umerenu, 11% jaku i veoma jaku depresivnost je imala osmina ispitanika (12,4%). Slične rezultate je imala studija u kojoj je korišćenjem DASS skale zabeleženo 9,3% ispitanika sa blagom formom depresivnosti, 9,6% sa umerenom, 7,2% sa teškom ili veoma teškom depresivnosti (114). Od novijih studija izdvajamo studiju sprovedenu među pacijentima sa dijabetesom u PZZ koja je primenom DASS skale ustanovila značajnu prevalenciju depresivnosti od 26,6% tako je depresija u DASS-u bila povezana sa bračnim statusom i porodičnom situacijom, 40% ankisioznost u DASS-u sa mesečnim prihodima, prisutnošću propratnih bolesti, a stres 19,4% u DASS-u je bio povezan sa zanimanjem u ovoj populaciji (115). Možemo reći da DASS upitnik

predstavlja novu alternativu za skrining depresije ili se može koristiti kao dodatni alat uz PHQ-9 upitnik u PZZ.

Različiti faktori (pol, bračni status, radno angažovanje itd.) utiču na rano prepoznavanje depresije. Prethodna istraživanja sugeriraju da je depresivni sindrom 1,5 do 2 puta češći kod žena (116). Prema proceni socijalno-medicinskih aspekata depresivnih poremećaja u Vojvodini žene imaju oko 40% veću šansu za depresiju u poređenju sa muškarcima (OR = 1,4) dok su faktori kao što su starost, manje obrazovanje i loša finansijska situacija takođe bili povezani sa pojavom depresije (105). Ovo se razlikuje od naših rezultata i to može biti zbog nejednakih instrumenata (PHQ-8 nasuprot PHQ-9) ili zbog značajnih razlika između opšte populacije i korisnika usluga PZZ. Bračni status i status zaposlenosti su prediktori depresije u obe studije.

Mnoga istraživanja su utvrdila da prevalencija depresije raste sa povećanjem godina života (117). Veća učestalost depresije povezana je sa mnogim socijalno-ekonomskim faktorima, a najčešće su: nezaposlenost, siromaštvo, niži nivo obrazovanja, lošiji životni uslovi i život u urbanim sredinama (118). Različiti faktori mogu uticati na prevalenciju depresije u svim zemljama. Rai i saradnici analizirali su podatke o 187.496 pojedinaca iz 53 zemlje koje su učestvovali u istraživanjima SZO i analizirale faktore na državnom i individualnom nivou. Prevalencija depresivnosti među zemljama varirala je između 0,4% i 15,7%. Rezultati su pokazali da nejednakost bruto nacionalnog dohotka nije bila povezana sa depresijom. Međutim, nekoliko faktora na individualnom nivou: niže obrazovanje, ženski pol, nedostatak ekonomskih primanja i bračni status (razvedeni ili udovac/udovica), bili su povezani sa povećanom verovatnoćom pojave depresije (117). Faktori na individualnom nivou preko 85% su bili povezani sa depresijom u studiji koja je obuhvatila 18 zemalja (n = 89.037) u okviru Svetske inicijative za istraživanje mentalnog zdravlja (119).

Naše istraživanje je ukazalo na značajnu povezanost nivoa depresije sa bračnim statusom, niskim mesečnim primanjima, nezaposlenošću i upotrebom psihoaktivnih supstanci. Na osnovu multivarijantnog regresionog modela najveća verovatnoća za depresiju utvrđena je među razvedenima/rastavljenima (OR = 5,0) i samcima (OR = 2,4). U stručnoj literaturi je dokazana poveznost depresije i bračnog statusa (razvedeni) kao i da komorbiditet sa drugim bolestima pogoršava invaliditet (120–122). Najveći broj studija potvrđuje da osobe koje su u braku imaju niže stope depresivnih poremećaja u odnosu na one koji nikada nisu bili u braku ili su trenutno razdvojeni, razvedeni ili su izgubili bračnog partnera zbog smrti (121–125). Razlozi za ovakvu korelaciju su najčešće nedostatak emocionalne ispunjenosti i sigurnosti u zajednici, kako socijalne tako i finansijske.

Studija iz 2018. godine, sprovedena u Nemačkoj, pokazala je vezu između težine simptoma depresije i nezaposlenosti. Podaci su analizirani na 4.842 ispitanika starosti 18–65 godina. Čak i manji nivoi simptoma depresivnosti bili su povezani sa nezaposlenošću (123). U našoj studiji nezaposlenost je veoma značajan nezavisni prediktor depresivnosti i depresije. Nezaposlenost uslovljava razvoj nedostatka samopoštovanja, povećava nivo stresa, daje finansijsku i emotivnu nestabilnost i redukuje afirmaciju u društvu. Mnogobrojne studije su pokazale povezanost depresije sa nižim obrazovnim nivoom i ukazuju da je niži obrazovni status značajan prediktor depresije (123–125). Naše istraživanje nije pokazalo značaj stepena obrazovanja za razvoj depresivnosti.

Pušenje je značajan prediktor depresije, kako je pokazala većina studija. Naši rezultati nisu pokazali značajnu povezanost pušenja i depresivnosti. Ova razlika može biti uslovljena individualnim razlikama uzorka ili malim brojem ispitanika, kao i postojanjem mogućnosti davanja neiskrenih odgovora. U istraživanju na opštoj populaciji Vojvodine nađeno je da osobe sa depresijom i blagim depresivnim simptomima imaju za 70%, odnosno za 60% veću šansu da budu pušači u odnosu na osobe bez simptoma depresije (106). Takođe, prisustvo depresivnih simptoma povećava potrebu za pušenjem cigareta u cilju smanjenja simptoma (126, 127). Dvosmerna

povezanost depresije i pušenja potvrđena je i u drugim studijama. Revijalni pregled 37 studija o udruženosti pušenja i depresije pokazao je da je u čak 33 studije utvrđena povezanost pušenja i depresije (128).

Konзумiranje alkohola, po dosadašnjim istraživanjima u mnogim regionima sveta, pokazuje značajnu udruženost sa depresijom. Istovremeno postojanje depresije i konzumiranje alkohola predstavlja jedan od najčešćih i najtežih komorbiditeta u adolescenciji i odrasloj dobi (129). Udruženost alkoholizma i depresije visoko povećava rizik za samoubistvo (130). U našem istraživanju je pronađena statistički značajna povezanost depresivnosti i redovnog konzumiranja alkohola samo pri drugoj poseti (OR = 2,99). Vrednosti OR za povremeno konzumiranje alkohola pri prvoj i drugoj poseti nisu bili statistički značajni.

Rezultati našeg istraživanja su pokazali da postoji visoko statistički značajna razlika u prevalenciji korišćenja psihoaktivnih supstanci u odnosu na prisustvo depresivnih simptoma. Multivarijantnom regresionom analizom ustanovljeno je da je kod naših ispitanika upotreba psihoaktivnih supstanci značajan prediktor depresivnosti. Pri prvoj poseti statistički značajnom se pokazala primena psihoaktivnih supstanci u prošlosti, odnosno ranije (OR = 5,19) i trenutno (OR = 7,10), dok je pri drugoj poseti statistička značajnost pokazana samo za primenu psihoaktivnih supstanci u vreme sprovođenja istraživanja (OR = 5,59). Ovi rezultati su konzistentni sa većinom dosadašnjih istraživanja (126). Istraživanje u Srbiji je utvrdilo da je više od 80% stanovnika Vojvodine, koji su imali depresivnu epizodu, koristilo neku psihoaktivnu supstancu u godini koja je prethodila istraživanju, u odnosu na manje od polovine ispitanika bez depresivnih simptoma (106). Ispoljavanje depresivnih simptoma kod mladih može biti komplikovano zloupotrebom supstanci (131, 132). Uzimanje psihoaktivnih supstanci u adolescenciji povezana je sa ozbiljnim poremećajima u ponašanju i produženim i rekurentnim depresivnim epizodama. Mladi sa komorbidnim poremećajem takođe su izloženi većem riziku od samoubistva od onih bez komorbiditeta (133). Komorbiditet depresije i upotrebe psihoaktivnih supstanci je povezan sa povećanim korišćenjem zdravstvenih usluga i znatno višim troškovima lečenja u poređenju sa onima koji imaju samo depresiju ili poremećaj upotrebe supstanci (134, 135). Američka populaciona studija na odraslom stanovništvu ustanovila je prevalenciju poremećaja usled upotrebe psihoaktivnih supstanci 6,6% u grupi depresivnih osoba (136). Depresivni simptomi uslovljavaju potrebu za uzimanjem psihoaktivnih supstanci radi ublažavanja tih simptoma, što je pokazalo i istraživanje na francuskoj populaciji odraslog stanovništva. U toj studiji je 13% muškaraca i 5% žena kod kojih je dijagnostikovana depresija koristilo različite psihoaktivne supstance (137).

Neke studije su pokazale da je naslednost za umerene oblike depresije imala udeo od 8% (138). Studija uticaja naslednih faktora na razvoj depresije kod blizanaca, pokazala je uticaj od 38% za razvoj depresivnih poremećaja (139). Postoje dokazi da su polne razlike bitne, a pokazano je da su neki lokusi naslednih faktora relevantniji za pojavu depresije kod žena (42%) nego kod muškaraca (29%) (140). U našem istraživanju postojala je značajna korelacija između depresivnosti sa višim rezultatima PHQ-9 testa kod ispitanika koji su imali porodičnu istoriju depresije.

U našem istraživanju većina ispitanika se javila lekaru opšte prakse zbog akutnog somatskog stanja, dok su kod manjeg broja razlozi bili lečenje hroničnih somatskih bolesti ili administrativni razlozi. Među ispitanicima koji su se ranije javljali psihijatru, bilo je više onih koji su depresivni. Ovakvi rezultati su opravdani, jer će se psihijatru javiti pre osobe koje su imale emotivne ili psihičke probleme ili ako su imali neke od depresivnih simptoma (141, 142). U našoj studiji prethodno javljanje psihijatru je značajna smernica za otkrivanje depresivnosti i skrining depresije.

U ovom istraživanju, regresiona analiza objašnjava oko 33% varijanse u depresivnim simptomima. Bračni status (OR = 5,0) i status zaposlenja (OR = 3,6) predstavljaju faktore koji su značajni prediktori depresivnih simptoma. Drugi nezavisni prediktori depresije bili su: kontakt sa

službom za mentalno zdravlje u prošlosti (OR = 3,8) i uzimanje redovne terapije (OR = 3,8). Značajni klinički parametri koji uslovljavaju razvoj depresivnosti u našoj studiji su bili pozitivna porodična anamneza depresije, dosadašnje javljanje psihijatru, postojanja straha, postojanja tuge, telesne bolesti, psihičke bolesti, endokrinološka oboljenja i redovna primena terapije.

Depresija i poremećaj fizičkog zdravlja imaju dvosmeran odnos. Hronične somatske bolesti mogu da doprinesu razvoju depresije i pogoršaju kliničku sliku, dok depresija može da pogorša ishod hronične bolesti (143–146). Razlozi za ovakav uticaj mogu se objasniti činjenicom da depresivne osobe imaju često nesanicu, neadekvatnu ishranu, slabu fizičku aktivnost, skloniji su navici pušenja i uzimanja psihoaktivnih supstanci, što remeti adaptibilnost organizma. Populaciona studija u SAD koja je sprovedena na velikom uzorku osoba sa hroničnim bolestima utvrdila je da su osobe sa hroničnom bolešću imale trostruko veću verovatnoću da budu depresivne (147). Dva puta je veća stopa depresije nego kod ispitanika sa hipertenzijom, dijabetesom i koronarnom bolesti nego kod ispitanika bez ovih bolesti. Rizik od depresije povećava se sa povećanjem broja hroničnih bolesti kod jedne osobe (148). Naša studija je utvrdila da su endokrinološka oboljenja značajno povezana sa depresivnošću. Naime, kod 30–45% pacijenata sa koronarnim sindromom se razvije depresija, kod 25% osoba sa malignim oboljenjima i kod 35% osoba koje imaju lumbalni sindrom (144–146).

Naša studija je pokazala visoku povezanost bračnog statusa i mesečnih primanja sa stepenom depresivnosti koji je procenjen DASS testom. Manje statistički značajni su bili faktori: primena psihoaktivnih supstanci, zaposlenje i pol. Pojedine razlike koje se javljaju u ovim rezultatim verovatno su uslovljeni različitim karakteristikama mernih upitnika depresivnosti PHQ-9 i DASS. Klinički parametri utvđeni kod ispitanika kao faktori rizika depresivnosti su konzistentni kod PHQ-9 i DASS upitnika (149). Visoko značajni klinički faktori koji su udruženi s značajnom depresivnošću kod oba upitnika, u našem istraživanju su: pozitivna porodična anamneza depresije, telesne bolesti, endokrine bolesti i osećaj tuge. Ovo sugerise na mogućnost uporedne primene PHQ-9 i DASS upitnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u cilju boljeg skrininga depresije, ali i pratećih psiholoških poremećaja, anksioznosti i stresa, što je tema budućih istraživanja.

Značajna povezanost depresivnosti prema PHQ-9 i DASS upitniku u našoj studiji nađena je sa traumatskim iskustvima u detinjstvu (fizičko zanemarivanje, fizičko zlostavljanje, emocionalno zanemarivanje i emocionalno zlostavljanje). Seksualno zlostavljanje nije bilo statistički značajan prediktor depresivnosti pri prvoj, niti pri drugoj poseti. Ispitanici koji su bili fizički zlostavljani tri puta su imali veću verovatnoću za pojavu depresije. Slični rezultati za fizičko i emotivno zlostavljanje i zanemarivanje se nalaze i u stručnoj literaturi, dok su podaci za seksualno zlostavljanje suprotni od naših (150). U drugim istraživanjima je seksualno zlostavljanje u detinjstvu identifikovano kao značajan prediktor pojave depresije u odraslom dobu. Dalje, među odraslim pacijentima sa depresijom, više skorove, odnosno ozbiljniju depresiju imali su pacijenti sa istorijom seksualnog zlostavljanja u detinjstvu (151). Ovakva razlika može biti uslovljena strahom ispitanika u našem istraživanju da priznaju svoja negativna iskustva ili postojanjem razlike u ispitivanom uzorku.

Analizom specifičnog odnosa tipova trauma i učestalosti dijagnoza u opštem kliničkom uzorku utvrđeno je da postoji povezanost emocionalnog zlostavljanja sa depresijom i poremećajima ličnosti i povezanost fizičkog zlostavljanja sa pojavom somatskih poremećaja (152, 153). Bernet i Stein su procenili da su odrasle osobe sa velikom depresijom imale značajno jače emocionalno zlostavljanje, emocionalno zanemarivanje i fizičko zlostavljanje u detinjstvu (154). Spinhoven i saradnici su pronašli da je emocionalno zanemarivanje prediktor depresivnih poremećaja, distimije i socijalne fobije (155). Karakteristično za osobe sa traumatskim iskustvima u detinjstvu i depresijom je da kasnije razviju kompleksne kliničke manifestacije u formi pojave rane depresije, postojanje psihijatrijskog komorbiditeta, rekurentne depresivne epizode, povećan je rizik od samoubistva i

rezistentnost na farmakoterapiju (156, 157). Osobe sa depresijom i traumatskim iskustvima u detinjstvu daju širok spektar psiholoških poremećaja koja otežavaju prepoznavanje depresije posebno u PZZ (158, 159). U dosadašnjoj kliničkoj praksi nije uobičajno uzimanje podataka ili davanje upitnika za otkrivanje traumatskih iskustava u detinjstvu, što potencijlno može biti značajna smernica u skriningu depresije. S druge strane, osobe koje su imale traumatska iskustva nerado pričaju o tome sa lekarom. Koliko će traumatska iskustva u detinjstvu kao stresori uticati na osobu, zavisi od psihosocijalnih resursa osobe: osobine ličnosti i socijalne podrške.

U našem istraživanju značajnu korelaciju sa depresivnošću imaju različiti ugrožavajući životni događaji u dosadašnjem životu ili u proteklih 6 meseci. Multivarijantna regresija pokazala je da su značajni prediktori depresije ugrožavajući životni događaj u poslednjih 6 meseci: ozbiljna lična bolest, ozbiljna povreda ili pretrpljeni napad (OR = 5,6), ozbiljni problemi sa bliskim prijateljem, komšijom ili rođakom (OR = 7,9) i velika finansijska kriza (OR = 3,9). Ispitanici koji su imali problem sa policijom i pojavljivanje na sudu, 31,2 puta su imali veću šansu da imaju depresivnost prema PHQ-9 testu. Mnoge longitudinalne i studije preseka su opisale depresiju kao poremećaj koji je značajno povezan sa stresnim događajima u životu (160, 161). Stresni događaji su često okidači za depresivnu epizodu i prepoznati su kao faktor rizika za razvoj depresije, jer se dešavaju iznenada (162).

Neuroticizam je forma temperamenta ličnosti i u mnogim studijama je ukazano na njenu asocijaciju sa razvojem depresije (163). U našoj studiji neurotizam je pokazan kao faktor koji je značajno udružen sa depresivnošću. Ispitanici koji su imali neuroticizam tri puta su imali veću verovatnoću za pojavu depresivnosti. Korelacija neurotizma sa stepenom depresivnosti utvrđena je primenom oba testa, PHQ-9 i DASS. Jedna od najvećih metaanaliza koja je objavljena do sada, obuhvatila je 14.563 pacijenta i 60.576 kontrola i pokazala je da pojedinci koji pate od depresivnih poremećaja imaju viši nivo neuroticizma i niže nivoe ekstraverzije u poređenju sa zdravim kontrolama (164). Prepoznavanje osoba sa neuroticizmom može biti dodatni izazov za lekare u PZZ. Međutim, kako je ovaj pokazatelj osetljivosti ličnosti identifikovan kao značajan prediktor depresivnosti i u našoj studiji, preporuka bi bila da lekari pažljivije prate reakcije osobe pri pregledu, kao i da primenjuju validirane upitnike (165).

U našem istraživanju kod psihijatra na pregled je upućeno 31,2% ispitanika. Psihijatrijska dijagnoza je postavljena kod 24,2% ispitanika. Depresivni poremećaji su utvrđeni kod 17,6% ispitanika, što znači da je svaki drugi ispitanik sa signifikantnim PHQ-9 skorom imao neki depresivni poremećaj. Kod ostalih ispitanika koji su upućeni psihijatru, 3,6%, dijagnostikovani su drugi psihijatrijski poremećaji, najčešće mešoviti anksiozno-depresivni poremećaj (5,4%) i poremećaji ponašanja (1,6%) (166). Odgovarajuća psihijatrijska dijagnoza je data pacijentima koji su upućeni i koji su prošli psihijatrijski pregled. U ovoj studiji kod većine pacijenata (4,9%) dijagnostikovana je umerena depresivna epizoda (F32.1), dok je kod manjeg broja pacijenata dijagnostikovana blaga depresivna epizoda (F32.0). Za najmanji broj pacijenata, dijagnoza je bila teška depresivna epizoda (F32.2) bez simptoma psihoze (1,6%). Slična prevalencija depresije se nalazi u populacijama drugih regiona Evrope i sveta (166, 167). U literaturi se navodi da generalizovani anksiozni poremećaj i velika depresija imaju četiri preklapajuća simptoma (psihomotorna agitacija ili retardacija, umor, problemi sa spavanjem, problemi koncentracije i razmišljanja). Ovi simptomi koji se preklapaju mogu narušiti diferencijalnu dijagnozu (168).

Među ispitanicima kojima je dijagnostikovana depresija u našem istraživanju, nekima je bila propisana psiho-farmakoterapija, najčešće antidepresivi i benzodiazepini, koji su bili u skladu sa nacionalnim smernicama za lečenje depresije (169). Svim ispitanicima sa dijagnozom nekog oblika depresije, koji nisu lečeni farmakoterapijom, dijagnostikovana je blaga ili umerena depresivna epizoda. Prema našim saznanjima, niko od ispitanika nije pokrenuo psihoterapijski tretman na sopstvenu inicijativu. Psihofarmak je ordiniran kod 19,1% ispitanika, iz grupe antidepresiva

(16,1%) i benzodiazepina (15%). Prema podacima iz literature, najčešće prepisivani antidepresivi su bili: escitalopram (8%), sertralin (3,1%) iz grupe selektivnih inhibitora ponovnog preuzimanja serotonina (SSRI) (170). Varijacije u tretmanu depresije u okviru PZZ postoje i među različitim zemljama. Niske stope lečenja se beleže u manje razvijenim zemljama (između 3% i 23%), mada ovo zavisi od prethodnog dijagnostičkog uspeha (171, 172). U razvijenim zemljama oko jedne četvrtine do jedne trećine onih sa mentalnim bolestima ne prima nikakav tretman (171).

U ovom istraživanju utvrđena je visoko statistička značajna povezanost između skorova PHQ-9 ≥ 10 i postavljanja dijagnoze depresivnih poremećaja od strane psihijatra. Skoro trećina ispitanika iz PZZ kod kojih je izvršen skrining za depresiju (31,2%) upućeno je psihijatru i kod 24,2% postavljena je dijagnoza mentalnog poremećaja. U našem istraživanju upućivanje psihijatru je bilo češće kod ispitanika koji su imali raskid stabilne veze u prethodnih 6 meseci ($p < 0,001$), koji su pokazivali osobine neuroticizma ličnosti, koji su bili otpušteni sa posla u prethodnih 6 meseci, koji su udovci, koji su imali ozbiljni problemi sa bliskim prijateljem, komšijom ili rođakom i koji su muškog pola. Analizom podataka za postavljanje dijagnoze depresije kao zavisne (ishodne) varijable dobijeni su sledeći rezultati. Statistički značajna povezanost postavljanja dijagnoze depresije u našoj studiji postoji sa prethodnim javljanjem psihijatru, razdvajanjem zbog bračnih problema u prethodnih 6 meseci, smrti roditelja, deteta ili supružnika u prethodnih 6 meseci, psihičkim poremećajima u porodici i velikom finansijskom krizom u dosadašnjem životu. Može se uočiti da su u našem ispitivanju kao značajni prediktori upućivanja pacijenta psihijatru i potom postavljanja dijagnoze depresivnog poremećaja utvrđeni ugrožavajući događaji u dosadašnjem životu, ugrožavajući događaji u prethodnih 6 meseci, muški pol, porodična istorija psihičkih poremećaja i osobine ličnosti poput neuroticizma. Naši rezultati se slažu sa podacima iz literature u pogledu porodične istorije (173, 174). Kupers i saradnici su utvrdili da su ozbiljnost depresivnih simptoma, porodična istorija depresije i hronično medicinsko oboljenje povezani sa povećanim upućivanjem psihijatru (172). Ozbiljnost depresivnih simptoma, medicinska stanja/simptomi, istorija suicidalnih misli, anksiozni poremećaj i porodično opterećenje za depresiju su bili značajni prediktori postavljanja dijagnoze depresije u drugim istraživanjima (174).

Pokušaj suicida u ukupnom ispitanom uzorku je imalo 0,9% ispitanika. Naša studija je pokazala da jedan od svakih 10 odraslih (10,8%) misli da bi bilo bolje da je mrtav, ili misli da se na neki način povredi, u najmanje nekoliko dana u toku 2 nedelje pre nego što je došao u posetu lekaru opšte prakse. Oko 1,4% ispitanika je odgovorilo da su imali samoubilačke misli, skoro svaki dan tokom poslednje 2 nedelje. U literaturi je procenjena prevalencija suicidalnih misli oko 10% što je značilo da su samoubilačke misli bile prisutne „više od pola dana” ili „skoro svaki dan” kod 1/10 odraslih koji su bili u poseti svom lekaru (175). Pokazujući da je kumulativna verovatnoća i nefatalnih i fatalnih pokušaja samoubistva (prema odgovoru na tačku 9 PHQ-9), kretala oko 0,4% (1 na 250) za one koji su odgovorili „uopšte ne”, na oko 4% (1 od 25) za one koji su odgovorili „skoro svaki dan”, Simon i saradnici naglasili su potrebu za održivom i organizovanom zaštitom kako bi se rešio stalni rizik od samoubistva (166, 176). Ovakav pristup svakako treba prihvatiti i primeniti i u našoj praksi skrininga u PZZ.

Statistički značajni prediktori propisivanja psihofarmaka u našem istraživanju su: velika finansijska kriza u dosadašnjem životu i razdvajanje zbog bračnih problema u dosadašnjem životu. Uobičajena praksa prema preporukama je da se kod blage depresije primeni psihoterapija i pregled za dve nedelje može biti opcija. Međutim, antidepresive treba propisati ako nema poboljšanja nakon psihoterapije, ako pacijent nije pogodan za psihoterapiju ili ako pacijent ispunjava kriterijume za umerenu do tešku depresiju. Karakteristike koje podržavaju započinjanje primene antidepresiva uključuju ozbiljnije simptome ili duže trajanje simptoma (177, 178). Jedan od najčešćih problema u PZZ predstavlja i uzimanje antidepresiva van indikacija. Pacijenti koji imaju indikacije za antidepresive, često ih ne piju adekvatno i svega 20–40% pacijenata koji su počeli sa farmakoterapijom depresije u PZZ pokazuju značajna klinička poboljšanja (179).

Nakon skrininga pri prvoj poseti i odrađenih intervencija prema postojanju depresivnosti kod ispitanika, nakon 4 nedelje je urađen ponovni PHQ-9 test i DASS test. Značajan nivo depresivnosti u četvrtoj nedelji prema PHQ-9 upitniku imalo je 24,4% ispitanika. Pri drugoj poseti nakon četiri nedelje, tri petine ispitanika (60,7%) nije imalo depresivne simptome prema DASS-D subskali. Ustanovljeno je smanjenje prevalencije depresivnosti od prve do druge posete pomoću oba upitnika. Ovo se objašnjava činjenicom da je nivo depresije pao među pacijentima koji su prepoznati i upućeni psihijatru i kojima je primenjena neka od nefarmakoloških i/ili farmakoloških tretmana, što se očekuje, s obzirom na to da pravovremeno lečenje značajno utiče na ishod lečenja depresivnih pacijenata.

Spirmanovim testom korelacije utvrđeno je da postoji visoko statistički značajna povezanost skorova PHQ-9 i DASS pri prvoj i drugoj poseti i nakon 4 nedelje studije, kao i visoko statistički značajna korelacija između skorova PHQ-9 i DASS-D subskale pri prvoj i dugoj poseti. Uočava se da ispitanici koji prosečno imaju veće skorove PHQ-9 pokazuju i veći stepen depresivnosti određen DASS upitnikom. Studije o primeni DASS skale u PZZ su malobrojne. Istraživanje sprovedeno na 376 odraslih ispitanika je uporedilo DASS i PHQ upitnik sa Cungovim skalama (171). Pokazno je da je DASS upitnik snažniji prediktor PHQ dijagnoze anksioznosti i depresije. Koristeći trenutne preporučene granice za sve skale, DASS ima prednost u pogledu specifičnosti, dok su Cungove skale superiorne u smislu osetljivosti. Ovi rezultati sugerišu da PHQ-9 upitnik ima značajnu ulogu u skriningu depresije, ali da se kroz buduća istraživanja ispituju sve mogućnosti i moguće barijere u skriningu depresije.

U našoj zemlji bi primena validiranih upitnika kao alata za skrining depresije od strane lekara u PZZ mogla da ima sve veći značaj i obim upotrebe. U Programu Vlade Republike Srbije o zaštiti mentalnog zdravlja za period 2019–2026. godine kao značajan nedostatak navedeno da lekari PZZ nisu dovoljno efikasni u identifikaciji, lečenju i upućivanju pacijenata sa mentalnim poremećajima, čime se dodatno povećava pritisak na institucije sekundarnog i tercijarnog nivoa (180). Značajan kapacitet ustanova i specijalista na sekundarnom i tercijarnom nivou je okupiran dugotrajnim hospitalizacijama lica sa hroničnim psihozama i poremećajima intelektualnog razvoja. Takođe, u izveštaju je naglašeno da se veliki broj lica sa mentalnim smetnjama ne obraća lekarima PZZ pre konsultovanja drugih nivoa, što je verovatno posledica prethodnog iskustva i stava pacijenata da lekari opšte medicine ne mogu da daju svoj doprinos u zaštiti mentalnog zdravlja. Jedna od strategija za aktivnije i produktivnije uključivanje PZZ u zaštiti mentalnog zdravlja bila bi edukacija lekara PZZ o dostupnim metodama/alatima za skrining depresije, kao čestog mentalnog oboljenja u našoj populaciji (180). PHQ-9 upitnik, pored toga što je njegova primena validirana, predstavlja i komforan izbor za pacijenta, kako se sastoji od samo 9 izjava i moguće je uklopiti ovaj metod brzog skrininga prilikom posete izabranom lekaru.

6. ZAKLJUČCI

Sprovedenim istraživanjem u kome je učestvovalo 426 pacijenata koji su posetili lekara opšte medicine, određena je prevalencija depresivnosti u PZZ primenom validiranih upitnika u dve vremenske tačke – pri prvoj i drugoj poseti (nakon četiri nedelje). Na osnovu dobijenih rezultata proistekli su sledeći zaključci.

- Pri prvoj poseti određena je prevalencija depresivnosti od 35,9% primenom PHQ-9 upitnika kao skrining alata.
- Kao prediktori depresivnosti prema PHQ-9 upitniku, pri prvoj poseti identifikovani su: bračno stanje (samci su imali 2,4 puta, a udovci/razvedeni 5 puta veću šansu za pojavu depresivnosti u poređenju sa ispitanicima koji su bili u braku), nezaposlenost (3,6 puta veća šansa za pojavu depresivnosti u poređenju sa zaposlenim ispitanicima), skor neuroticizma, fizičko zlostavljanje, i emocionalno zlostavljanje u detinjstvu koje povećava verovatnoću za pojavu depresivnosti za 20%. Ugrožavajući životni događaji u poslednjih 6 meseci koji su povećavali verovatnoću za depresivnost bili su: ozbiljna lična bolest, ozbiljna povreda ili pretrpljeni napad, ozbiljni problemi sa bliskim prijateljem, komšijom ili rođakom, velika finansijska kriza, otkaz sa posla i raskid stabilne veze. Kao statistički značajni prediktori identifikovani su problemi sa policijom i pojavljivanje na sudu, raskid stabilne veze i velika finansijska kriza.
- Nakon sprovedenog skrininga i identifikacije ispitanika sa depresijom oko trećina ukupnog broja ispitanika (31,2%) upućena je dalje psihijatru, a kod 24,2% od ukupnog uzorka je potvrđena dijagnoza od strane specijaliste psihijatra. Skoro svaki peti ispitanik iz PZZ (19,1%) dobio je propisan psihofarmak. Kod 77,4% ispitanika koji su bili upućeni psihijatru je i postavljena dijagnoza mentalnog poremećaja, a kod 60% to je bio depresivni poremećaj. To upućuje na validnost PHQ-9 testa za skrining depresije u PZZ.
- Nakon četiri nedelje, pri drugoj poseti utvrđeno je smanjenje prevalencije depresivnosti prema PHQ-9 skali za 11,5%, odnosno sa 35,9% na 24,4%, što je visoko statistički značajno ($p < 0,001$). Kao faktori koji dvostruko povećavaju šansu za prisustvo depresivnosti identifikovani su fizičko zlostavljanje u detinjstvu i neuroticizam, dok emocionalno zlostavljanje u detinjstvu nije bilo statistički značajano.
- Iz grupe ugrožavajućih životnih događaja u poslednjih 6 meseci, svih pet faktora koji su identifikovani pri prvom merenju, dobijeni su i ponovljenom analizom nakon četiri nedelje: raskid stabilne veze, nezaposlenost ili traženje posla duže od mesec dana, velika finansijska kriza, ozbiljna lična bolest, ozbiljna povreda ili pretrpljeni napad, raskid stabilne veze i ozbiljni problemi sa bliskim prijateljem, komšijom ili rođakom. Iz grupe ugrožavajućih životnih događaja iz dotadašnjeg života, identifikovani su: problemi sa policijom i pojavljivanje na sudu, razdvajanje zbog bračnih problema i velika finansijska kriza. Iz grupe socijalno-demografskih karakteristika, identifikovani su i pri i drugoj poseti – bračno stanje i nezaposlenost. Samci su imali 2,9 puta, a udovci/razvedeni 8,2 puta veću šansu za prisustvo depresivnosti u poređenju sa ispitanicima u braku, dok su nezaposleni imali 2,7 puta veću šansu za prisustvo depresivnosti u poređenju sa zaposlenim ispitanicima, prema rezultatima logističke regresije.
- Skriningom pacijenata, primenom PHQ-9 upitnika u svakodnevnoj praksi može se postići pravovremeno upućivanje pacijenata psihijatru, skraćivanje vremena do postavljanja dijagnoze i primene adekvatne terapije, kako bi se poboljšali ishodi mentalnog zdravlja populacije. Naši rezultati pokazuju da je skrining depresije u PZZ efikasan sistem za prevenciju i lečenje depresije.

- Nadamo se da smo bar donekle doprineli sagledavanju učestalosti ranog prepoznavanja depresivnosti u PZZ i da će naša istraživanja poslužiti kao polazna osnova za dalja proučavanja.

7. LITERATURA

1. World Health Organization. Investing in mental health: evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2013.
2. Pratt LA, Brody DJ. Depression in the U.S. household population, 2009–2012. NCHS data brief. 2014; (172): 1–8.
3. Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE, Patten SB, Freedman G, Murray CJ, et al. Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010. PLoS medicine. 2013; 10(11): e1001547.
4. Kamiya Y, Doyle M, Henretta JC, Timonen V. Depressive symptoms among older adults: the impact of early and later life circumstances and marital status. Aging & mental health. 2013; 17(3): 349–357.
5. Craven MA, Bland R. Depression in primary care: current and future challenges. Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie. 2013; 58(8): 442–448.
6. Gilman SE, Kawachi I, Fitzmaurice GM, Buka SL. Family disruption in childhood and risk of adult depression. The American journal of psychiatry. 2003; 160(5): 939–946.
7. Wittchen HU, Pittrow D. Prevalence, recognition and management of depression in primary care in Germany: the Depression 2000 study. Human psychopharmacology. 2002; 17 Suppl 1: S1–11.
8. Gilbody S, Sheldon T, House A. Screening and case-finding instruments for depression: a meta-analysis. CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne. 2008; 178(8): 997–1003.
9. Riggs PD, Davies RD. A clinical approach to integrating treatment for adolescent depression and substance abuse. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2002; 41(10): 1253–1255.
10. Katon W, Sullivan MD. Depression and chronic medical illness. The Journal of clinical psychiatry. 1990; 51 Suppl: 3–11; discussion 12–14.
11. Yuliasari A, Prabawa A. Design of Information System to Detect Antenatal Depression. IOP Conference Series: Materials Science and Engineering. 2020; 874(1): 012014.
12. Gaynes BN, Lux L, Gartlehner G, Asher G, Forman-Hoffman V, Green J, et al. Defining treatment-resistant depression. Depression and anxiety. 2020; 37(2): 134–145.
13. Warner J. The Wrong Story About Depression. 2010. Dostupno na: <https://www.nytimes.com/2010/01/09/opinion/09warner.html>
14. Waugh CE, Koster EH. A resilience framework for promoting stable remission from depression. Clinical psychology review. 2015; 41: 49–60.
15. Dodig G. Je li pred nama stoljeće depresije? Medicus. 2004; 13(1): 7–9.
16. Paykel ES. Basic concepts of depression. Dialogues in clinical neuroscience. 2008; 10(3): 279–289.
17. Zalar B, Haslberger A, Peterlin B. The Role of Microbiota in Depression - a brief review. Psychiatria Danubina. 2018; 30(2): 136–141.
18. Micov A. Lekovi u terapiji afektivnih poremećaja. Beograd: Univerzitet u Beogradu, Farmaceutski fakultet; 2019.
19. Folnegović-Šmalc V, Grošić P, Henigsberg N, Kozumplik O, Makarić G, Mimica N, et al. Farmakoterapija depresija. Medicus. 2004; 13: 31–39.
20. Lisitsyna TA, Veltishchev DY, Seravina OF, Kovalevskaya OB, Starovoytova MN, Desinova OV, et al. Comparative analysis of anxiety-depressive spectrum disorders in patients with rheumatic diseases. Terapevticheskii arkhiv. 2018; 90(5): 30–37.

21. Kessing LV. Epidemiology of subtypes of depression. *Acta psychiatrica Scandinavica Supplementum*. 2007; (433): 85–89.
22. American Psychiatric Association. *Depressive Disorders: DSM-5® Selections*; 2015.
23. Savić M. *Farmakoterapija unipolarne depresije i bipolarnog poremećaja*. Beograd: Univerzitet u Beogradu, Farmaceutski fakultet; 2019.
24. Bernard JER. Depression: A review of its definition. *MOJ Addiction Medicine & Therapy*. 2018; 5(1): 6–7.
25. Trivedi MH. The link between depression and physical symptoms. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry*. 2004; 6(Suppl 1): 12–16.
26. Ukatu N, Clare CA, Brulja M. Postpartum Depression Screening Tools: A Review. *Psychosomatics*. 2018; 59(3): 211–219.
27. Mekonen T, Ford S, Chan GCK, Hides L, Connor JP, Leung J. What is the short-term remission rate for people with untreated depression? A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*. 2022; 296: 17–25.
28. Casper RC. Depression and eating disorders. *Depression and anxiety*. 1998; 8 Suppl 1: 96–104.
29. Perrotta G. Depressive disorders: definitions, contexts, differential diagnosis, neural correlates and clinical strategies *Archives of Depression and Anxiety*. 2019; 5(2): 9–33.
30. Kessler RC. The costs of depression. *The Psychiatric clinics of North America*. 2012; 35(1): 1–14.
31. World Health Organization. *Depression and other common mental disorders: global health estimates*. Geneva: World Health Organization; 2017.
32. National Institute of Mental Health. *Major Depression*. 2022. Dostupno na: <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/major-depression>
33. Arias-de la Torre J, Vilagut G, Ronaldson A, Serrano-Blanco A, Martin V, Peters M, et al. Prevalence and variability of current depressive disorder in 27 European countries: a population-based study. *The Lancet Public health*. 2021; 6(10): e729–e738.
34. Ellervik C, Kvetny J, Christensen KS, Vestergaard M, Bech P. Prevalence of depression, quality of life and antidepressant treatment in the Danish General Suburban Population Study. *Nordic journal of psychiatry*. 2014; 68(7): 507–512.
35. Iloh GUP, Aguocha GU, Amadi AN, Chukwuonye ME. Depression among ambulatory adult patients in a primary care clinic in southeastern Nigeria. *The Nigerian postgraduate medical journal*. 2018; 25(4): 204–212.
36. Luitel NP, Baron EC, Kohrt BA, Komproe IH, Jordans MJD. Prevalence and correlates of depression and alcohol use disorder among adults attending primary health care services in Nepal: a cross sectional study. *BMC health services research*. 2018; 18(1): 215.
37. Zung WW, Broadhead WE, Roth ME. Prevalence of depressive symptoms in primary care. *The Journal of family practice*. 1993; 37(4): 337–344.
38. Lim GY, Tam WW, Lu Y, Ho CS, Zhang MW, Ho RC. Prevalence of Depression in the Community from 30 Countries between 1994 and 2014. *Scientific reports*. 2018; 8(1): 2861.
39. Jacobi F, Wittchen HU, Holting C, Hofler M, Pfister H, Muller N, et al. Prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological medicine*. 2004; 34(4): 597–611.
40. Muller A, Claes L, Smits D, Braehler E, de Zwaan M. Prevalence and Correlates of Self-Harm in the German General Population. *PloS one*. 2016; 11(6): e0157928.
41. Carey M, Boyes A, Noble N, Waller A, Inder K. Validation of the PHQ-2 against the PHQ-9 for detecting depression in a large sample of Australian general practice patients. *Australian journal of primary health*. 2016; 22(3): 262–266.
42. Rancans E, Trapencieris M, Ivanovs R, Vrublevska J. Validity of the PHQ-9 and PHQ-2 to screen for depression in nationwide primary care population in Latvia. *Annals of general psychiatry*. 2018; 17–33.

43. Milanovic SM, Erjavec K, Poljicanin T, Vrabec B, Brecic P. Prevalence of depression symptoms and associated socio-demographic factors in primary health care patients. *Psychiatria Danubina*. 2015; 27(1): 31–37.
44. Choi YJ, Lee WY. The prevalence of suicidal ideation and depression among primary care patients and current management in South Korea. *International journal of mental health systems*. 2017; 11–18.
45. Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *Lancet*. 2009; 374(9690): 609–619.
46. Berardi D, Leggieri G, Ceroni GB, Rucci P, Pezzoli A, Paltrinieri E, et al. Depression in primary care. A nationwide epidemiological survey. *Family practice*. 2002; 19(4): 397–400.
47. Ansseau M, Dierick M, Buntinx F, Cnockaert P, De Smedt J, Van Den Haute M, et al. High prevalence of mental disorders in primary care. *Journal of affective disorders*. 2004; 78(1): 49–55.
48. Wang YH, Li JQ, Shi JF, Que JY, Liu JJ, Lappin JM, et al. Depression and anxiety in relation to cancer incidence and mortality: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Molecular psychiatry*. 2020; 25(7): 1487–1499.
49. Moreno-Agostino D, Wu YT, Daskalopoulou C, Hasan MT, Huisman M, Prina M. Global trends in the prevalence and incidence of depression: a systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*. 2021; 281: 235–243.
50. Sullivan PF, Neale MC, Kendler KS. Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *The American journal of psychiatry*. 2000; 157(10): 1552–1562.
51. Bienvenu OJ, Davydow DS, Kendler KS. Psychiatric 'diseases' versus behavioral disorders and degree of genetic influence. *Psychological medicine*. 2011; 41(1): 33–40.
52. Shadrina M, Bondarenko EA, Slominsky PA. Genetics Factors in Major Depression Disease. *Frontiers in psychiatry*. 2018; 9: 334.
53. Tyrrell J, Mulugeta A, Wood AR, Zhou A, Beaumont RN, Tuke MA, et al. Using genetics to understand the causal influence of higher BMI on depression. *International journal of epidemiology*. 2019; 48(3): 834–848.
54. Eid RS, Gobinath AR, Galea LAM. Sex differences in depression: Insights from clinical and preclinical studies. *Progress in neurobiology*. 2019; 176: 86–102.
55. Labaka A, Goni-Balentiaga O, Lebena A, Perez-Tejada J. Biological Sex Differences in Depression: A Systematic Review. *Biological research for nursing*. 2018; 20(4): 383–392.
56. Mirowsky J, Ross CE. Age and depression. *Journal of health and social behavior*. 1992; 33(3): 187–205; discussion 206–112.
57. Wium-Andersen MK, Dalgaard Villumsen M, Wium-Andersen IK, Jorgensen MB, Hjelmborg JB, Christensen K, et al. Familial risk and heritability of depression by age at first diagnosis in Danish twins. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2020; 142(6): 446–455.
58. Snowdon J. How high is the prevalence of depression in old age? *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2002; 24: 42–47.
59. Freeman A, Tyrovolas S, Koyanagi A, Chatterji S, Leonardi M, Ayuso-Mateos JL, et al. The role of socio-economic status in depression: results from the COURAGE (aging survey in Europe). *BMC public health*. 2016; 16(1): 1098.
60. Eaton WW, Muntaner C, Bovasso G, Smith C. Socioeconomic status and depressive syndrome: the role of inter- and intra-generational mobility, government assistance, and work environment. *Journal of health and social behavior*. 2001; 42(3): 277–294.
61. Klerman GL, Weissman MM. Increasing rates of depression. *Jama*. 1989; 261(15): 2229–2235.
62. Maselko J, Bates L, Bhalotra S, Gallis JA, O'Donnell K, Sikander S, et al. Socioeconomic status indicators and common mental disorders: Evidence from a study of prenatal depression in Pakistan. *SSM - population health*. 2018; 4: 1–9.
63. Restifo K, Bogels S. Family processes in the development of youth depression: translating the evidence to treatment. *Clinical psychology review*. 2009; 29(4): 294–316.

64. Robertson JF, Simons RL. Family Factors, Self-Esteem, and Adolescent Depression. *Journal of Marriage and Family*. 1989; 51(1): 125–138.
65. Gittins CB, Hunt C. Self-criticism and self-esteem in early adolescence: Do they predict depression? *PloS one*. 2020; 15(12): e0244182.
66. Govina O, Vlachou E, Kalemikerakis I, Papageorgiou D, Kavga A, Konstantinidis T. Factors Associated with Anxiety and Depression among Family Caregivers of Patients Undergoing Palliative Radiotherapy. *Asia-Pacific journal of oncology nursing*. 2019; 6(3): 283–291.
67. Hammen C. Stress and depression. *Annual review of clinical psychology*. 2005; 1: 293-319.
68. Mello AF, Juruena MF, Pariante CM, Tyrka AR, Price LH, Carpenter LL, et al. [Depression and stress: is there an endophenotype?]. *Revista brasileira de psiquiatria*. 2007; 29 Suppl 1: S13–18.
69. Simon GE. Treating depression in patients with chronic disease: recognition and treatment are crucial; depression worsens the course of a chronic illness. *The Western journal of medicine*. 2001; 175(5): 292–293.
70. Lotfaliany M, Bowe SJ, Kowal P, Orellana L, Berk M, Mohebbi M. Depression and chronic diseases: Co-occurrence and communality of risk factors. *Journal of affective disorders*. 2018; 241: 461–468.
71. Kim H, Kim SH, Cho YJ. Combined Effects of Depression and Chronic Disease on the Risk of Mortality: The Korean Longitudinal Study of Aging (2006-2016). *Journal of Korean medical science*. 2021; 36(16): e99.
72. Andrews G. Should depression be managed as a chronic disease? *Bmj*. 2001; 322(7283): 419–421.
73. Katon W, Unutzer J, Wells K, Jones L. Collaborative depression care: history, evolution and ways to enhance dissemination and sustainability. *General hospital psychiatry*. 2010; 32(5): 456–464.
74. Black E, Murphy AL, Gardner DM. Community pharmacist services for people with mental illnesses: preferences, satisfaction, and stigma. *Psychiatric services*. 2009; 60(8): 1123–1127.
75. Docherty JP. Barriers to the diagnosis of depression in primary care. *The Journal of clinical psychiatry*. 1997; 58 Suppl 1: 5–10.
76. Fried EI, Nesse RM. Depression sum-scores don't add up: why analyzing specific depression symptoms is essential. *BMC medicine*. 2015; 13: 72.
77. Albers AB, Biener L. The role of smoking and rebelliousness in the development of depressive symptoms among a cohort of Massachusetts adolescents. *Preventive medicine*. 2002; 34(6): 625–631.
78. Zarrinnegar P, Kothari J, Cheng K. Successful Use of Ketamine for the Treatment of Psychotic Depression in a Teenager. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*. 2019; 29(6): 472–473.
79. Alshawwa IA, Elkahlout M, El-Mashharawi HQ, Abu-Naser SS. An Expert System for Depression Diagnosis. *International Journal of Academic Health and Medical Research (IJAHMR)*. 2019; 3(4): 20–27.
80. Klerman GL, Dimascio A, Weissman M, Prusoff B, Paykel ES. Treatment of depression by drugs and psychotherapy. *The American journal of psychiatry*. 1974; 131(2): 186–191.
81. Dudas R, Malouf R, McCleery J, Denning T. Antidepressants for treating depression in dementia. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2018; 8: CD003944.
82. Szalach LP, Lisowska KA, Cubala WJ. The Influence of Antidepressants on the Immune System. *Archivum immunologiae et therapiae experimentalis*. 2019; 67(3): 143–151.
83. Eells TD. Psychotherapy Versus Medication for Unipolar Depression. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*. 1999; 8(2): 170–173.
84. Drugs for Depression. *The Medical letter on drugs and therapeutics*. 2020; 62(1592): 25–32.

85. Agencija za lekove i medicinska sredstva Srbije (ALIMS). Humani lekovi. Dostupno na: <https://www.alims.gov.rs/humani-lekovi/pretrazivanje-humanih-lekova/>
86. Takahashi M, Tabu H, Ozaki A, Hamano T, Takeshima T, group Rs. Antidepressants for Depression, Apathy, and Gait Instability in Parkinson's Disease: A Multicenter Randomized Study. *Internal medicine*. 2019; 58(3): 361–368.
87. Reavell J, Hopkinson M, Clarkesmith D, Lane DA. Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy for Depression and Anxiety in Patients With Cardiovascular Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychosomatic medicine*. 2018; 80(8): 742–753.
88. Hermida AP, Glass OM, Shafi H, McDonald WM. Electroconvulsive Therapy in Depression: Current Practice and Future Direction. *The Psychiatric clinics of North America*. 2018; 41(3): 341–353.
89. Kraus C, Kadriu B, Lanzenberger R, Zarate CA, Jr., Kasper S. Prognosis and improved outcomes in major depression: a review. *Translational psychiatry*. 2019; 9(1): 127.
90. Pettersson A, Bostrom KB, Gustavsson P, Ekselius L. Which instruments to support diagnosis of depression have sufficient accuracy? A systematic review. *Nordic journal of psychiatry*. 2015; 69(7): 497–508.
91. Munoz-Navarro R, Cano-Vindel A, Medrano LA, Schmitz F, Ruiz-Rodriguez P, Abellan-Maeso C, et al. Utility of the PHQ-9 to identify major depressive disorder in adult patients in Spanish primary care centres. *BMC psychiatry*. 2017; 17(1): 291.
92. Coker AO, Coker OO, Sanni D. Psychometric properties of the 21-item Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21) African Research Review. 2018; 12(2): 135–142.
93. Osman A, Wong JL, Bagge CL, Freedenthal S, Gutierrez PM, Lozano G. The Depression Anxiety Stress Scales-21 (DASS-21): further examination of dimensions, scale reliability, and correlates. *Journal of clinical psychology*. 2012; 68(12): 1322–1338.
94. Parkitny L, McAuley J. The Depression Anxiety Stress Scale (DASS). *Journal of physiotherapy*. 2010; 56(3): 204.
95. Sinclair SJ, Siefert CJ, Slavin-Mulford JM, Stein MB, Renna M, Blais MA. Psychometric evaluation and normative data for the depression, anxiety, and stress scales-21 (DASS-21) in a nonclinical sample of U.S. adults. *Evaluation & the health professions*. 2012; 35(3): 259–279.
96. Garcia-Batista ZE, Guerra-Pena K, Cano-Vindel A, Herrera-Martinez SX, Medrano LA. Validity and reliability of the Beck Depression Inventory (BDI-II) in general and hospital population of Dominican Republic. *PloS one*. 2018; 13(6): e0199750.
97. Beck AT, Steer RA, Brown G. Manual for the Beck Depression Inventory-II (BDI-II). San Antonio, Texas: 1996.
98. Brugha TS, Cragg D. The List of Threatening Experiences: the reliability and validity of a brief life events questionnaire. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 1990; 82(1): 77–81.
99. Chapman DP, Whitfield CL, Felitti VJ, Dube SR, Edwards VJ, Anda RF. Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of affective disorders*. 2004; 82(2): 217–225.
100. Qian Mingyi WG, Zhu Rongchun, Zhang Shen. DEVELOPMENT OF THE REVISED EYSENCK PERSONALITY QUESTIONNAIRE SHORT SCALE FOR CHINESE (EPQ-RSC). *Acta Psychologica Sinica*. 2000; 32(03): 317–323.
101. Trajkovic G, Starcevic V, Latas M, Lestarevic M, Ille T, Bukumiric Z, et al. Reliability of the Hamilton Rating Scale for Depression: a meta-analysis over a period of 49 years. *Psychiatry research*. 2011; 189(1): 1–9.
102. Paketci S. Interpretation of the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS). *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2021; 219(5): 620–621.
103. Lee HC, Chiu HF, Wing YK, Leung CM, Kwong PK, Chung DW. The Zung Self-rating Depression Scale: screening for depression among the Hong Kong Chinese elderly. *Journal of geriatric psychiatry and neurology*. 1994; 7(4): 216–220.

104. Oakley Browne MA, Wells JE, Scott KM, McGee MA, New Zealand Mental Health Survey Research T. The Kessler Psychological Distress Scale in Te Rau Hinengaro: the New Zealand Mental Health Survey. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*. 2010; 44(4): 314–322.
105. Lisulov R, Nedić A. Problemi dijagnostike i lečenja depresivnih poremećaja. Novi Sad: Univerzitet u Novom Sadu, Medicinski fakultet; 2006.
106. Harhaji S. Socijalno-medicinski aspekti depresivnih poremećaja u Vojvodini [Doktorska disertacija]. Novi Sad: Univerzitet u Novom Sadu, Medicinski fakultet; 2016.
107. Zdravstveno-statistički godišnjak Republike Srbije 2020. Beograd: Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut”, 2021.
108. Maric NP, Lazarevic LJB, Priebe S, Mihic LJ, Pejovic-Milovancevic M, Terzic-Supic Z, et al. Covid-19-related stressors, mental disorders, depressive and anxiety symptoms: a cross-sectional, nationally-representative, face-to-face survey in Serbia. *Epidemiology and psychiatric sciences*. 2022; 31: e36.
109. Ferenchick EK, Ramanuj P, Pincus HA. Depression in primary care: part 1-screening and diagnosis. *Bmj*. 2019; 365: 1794.
110. Stafford RS, Ausiello JC, Misra B, Saglam D. National Patterns of Depression Treatment in Primary Care. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry*. 2000; 2(6): 211–216.
111. King M, Nazareth I, Levy G, Walker C, Morris R, Weich S, et al. Prevalence of common mental disorders in general practice attendees across Europe. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2008; 192(5): 362–367.
112. Degmecic D, Bacun T, Kovac V, Mioc J, Horvat J, Vcev A. Depression, anxiety and cognitive dysfunction in patients with type 2 diabetes mellitus--a study of adult patients with type 2 diabetes mellitus in Osijek, Croatia. *Collegium antropologicum*. 2014; 38(2): 711–716.
113. Obadeji A, Oluwole LO, Dada MU, Ajiboye AS, Kumolalo BF, Solomon OA. Assessment of Depression in a Primary Care Setting in Nigeria using the PHQ-9. *Journal of family medicine and primary care*. 2015; 4(1): 30–34.
114. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*. 1995; 33(3): 335–343.
115. Tan KC, Chan GC, Eric H, Maria AI, Norliza MJ, Oun BH, et al. Depression, anxiety and stress among patients with diabetes in primary care: A cross-sectional study. *Malaysian family physician : the official journal of the Academy of Family Physicians of Malaysia*. 2015; 10(2): 9–21.
116. Stack S, Scourfield J. Recency of Divorce, Depression, and Suicide Risk. *Journal of Family Issues*. 2015; 36(6): 695–715.
117. Rai D, Zitko P, Jones K, Lynch J, Araya R. Country- and individual-level socioeconomic determinants of depression: multilevel cross-national comparison. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2013; 202(3): 195–203.
118. Barbato A, D'Avanzo B, Parabiaghi A. Couple therapy for depression. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2018; 6: CD004188.
119. Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, de Girolamo G, et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC medicine*. 2011; 9: 90.
120. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta psychiatrica Scandinavica Supplementum*. 2004; (420): 21–27.
121. Skapinakis P, Bellos S, Koupidis S, Grammatikopoulos I, Theodorakis PN, Mavreas V. Prevalence and sociodemographic associations of common mental disorders in a nationally representative sample of the general population of Greece. *BMC psychiatry*. 2013; 13: 163.

122. Patten SB, Wang JL, Williams JV, Currie S, Beck CA, Maxwell CJ, et al. Descriptive epidemiology of major depression in Canada. *Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie*. 2006; 51(2): 84–90.
123. Zuelke AE, Luck T, Schroeter ML, Witte AV, Hinz A, Engel C, et al. The association between unemployment and depression-Results from the population-based LIFE-adult-study. *Journal of affective disorders*. 2018; 235: 399–406.
124. Blas E, Sivasankara Kurup A, World Health O. Equity, social determinants and public health programmes / editors Erik Blas and Anand Sivasankara Kurup. Geneva: World Health Organization; 2010.
125. Aalbers G, McNally RJ, Heeren A, de Wit S, Fried EI. Social media and depression symptoms: A network perspective. *Journal of experimental psychology General*. 2019; 148(8): 1454–1462.
126. Chaiton MO, Cohen JE, O'Loughlin J, Rehm J. A systematic review of longitudinal studies on the association between depression and smoking in adolescents. *BMC public health*. 2009; 9: 356.
127. Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH. Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. *Jama*. 2000; 284(20): 2606–2610.
128. Munafo MR, Araya R. Cigarette smoking and depression: a question of causation. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*. 2010; 196(6): 425–426.
129. Danzo S, Connell AM, Stormshak EA. Associations between alcohol-use and depression symptoms in adolescence: Examining gender differences and pathways over time. *Journal of adolescence*. 2017; 56: 64–74.
130. Briere FN, Rohde P, Seeley JR, Klein D, Lewinsohn PM. Comorbidity between major depression and alcohol use disorder from adolescence to adulthood. *Comprehensive psychiatry*. 2014; 55(3): 526–533.
131. Gebremariam TB, Mruts KB, Neway TK. Substance use and associated factors among Debre Berhan University students, Central Ethiopia. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*. 2018; 13(1): 13.
132. Armstrong TD, Costello EJ. Community studies on adolescent substance use, abuse, or dependence and psychiatric comorbidity. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2002; 70(6): 1224–1239.
133. Rao U, Chen LA. Neurobiological and psychosocial processes associated with depressive and substance-related disorders in adolescents. *Current drug abuse reviews*. 2008; 1(1): 68–80.
134. Mossie A, Kindu D, Negash A. Prevalence and Severity of Depression and Its Association with Substance Use in Jimma Town, Southwest Ethiopia. *Depression research and treatment*. 2016; 2016: 3460462.
135. King RD, Gaines LS, Lambert EW, Summerfelt WT, Bickman L. The co-occurrence of psychiatric and substance use diagnoses in adolescents in different service systems: frequency, recognition, cost, and outcomes. *The journal of behavioral health services & research*. 2000; 27(4): 417–430.
136. Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Dufour MC, Compton W, et al. Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of general psychiatry*. 2004; 61(8): 807–816.
137. Encrenaz G, Kovess-Masfety V, Jutand MA, Carmona E, Sapinho D, Messiah A. Use of psychoactive substances and health care in response to anxiety and depressive disorders. *Psychiatric services*. 2009; 60(3): 351–357.
138. Udedi MM, Pence BW, Kauye F, Muula AS. Study protocol for evaluating the effectiveness of depression management on glycaemic control in non-communicable diseases clinics in Malawi. *BMJ open*. 2018; 8(10): e021601.

139. Kendler KS, Gatz M, Gardner CO, Pedersen NL. A Swedish national twin study of lifetime major depression. *The American journal of psychiatry*. 2006; 163(1): 109–114.
140. Flint J, Kendler KS. The genetics of major depression. *Neuron*. 2014; 81(3): 484–503.
141. Graham N, Ward J, Mackay D, Pell JP, Cavanagh J, Padmanabhan S, et al. Impact of major depression on cardiovascular outcomes for individuals with hypertension: prospective survival analysis in UK Biobank. *BMJ open*. 2019; 9(9): e024433.
142. Bockting CL, Schene AH, Spinhoven P, Koeter MW, Wouters LF, Huyser J, et al. Preventing relapse/recurrence in recurrent depression with cognitive therapy: a randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2005; 73(4): 647–657.
143. Voinov B, Richie WD, Bailey RK. Depression and chronic diseases: it is time for a synergistic mental health and primary care approach. *The primary care companion for CNS disorders*. 2013; 15(2).
144. Iosifescu DV, Nierenberg AA, Alpert JE, Papakostas GI, Perlis RH, Sonawalla S, et al. Comorbid medical illness and relapse of major depressive disorder in the continuation phase of treatment. *Psychosomatics*. 2004; 45(5): 419–425.
145. Egede LE. Major depression in individuals with chronic medical disorders: prevalence, correlates and association with health resource utilization, lost productivity and functional disability. *General hospital psychiatry*. 2007; 29(5): 409–416.
146. National Institute for Health and Care Excellence: Guidelines. Leicester (UK): 2010.
147. Maharaj RG, Reid SD, Misir A, Simeon DT. Depression and its associated factors among patients attending chronic disease clinics in southwest Trinidad. *The West Indian medical journal*. 2005; 54(6): 369–374.
148. Menear M, Dore I, Cloutier AM, Perrier L, Roberge P, Duhoux A, et al. The influence of comorbid chronic physical conditions on depression recognition in primary care: a systematic review. *Journal of psychosomatic research*. 2015; 78(4): 304–313.
149. Mirzaei M, Yasini Ardekani SM, Mirzaei M, Dehghani A. Prevalence of Depression, Anxiety and Stress among Adult Population: Results of Yazd Health Study. *Iranian journal of psychiatry*. 2019; 14(2): 137–146.
150. LeMoult J, Humphreys KL, Tracy A, Hoffmeister JA, Ip E, Gotlib IH. Meta-analysis: Exposure to Early Life Stress and Risk for Depression in Childhood and Adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2020; 59(7): 842–855.
151. De Venter M, Demyttenaere K, Bruffaerts R. [The relationship between adverse childhood experiences and mental health in adulthood. A systematic literature review]. *Tijdschrift voor psychiatrie*. 2013; 55(4): 259–268.
152. Subic-Wrana C, Tschan R, Michal M, Zwerenz R, Beutel M, Wiltink J. [Childhood trauma and its relation to diagnoses and psychic complaints in patients of an psychosomatic university ambulance]. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*. 2011; 61(2): 54–61.
153. Tyrka AR, Wyche MC, Kelly MM, Price LH, Carpenter LL. Childhood maltreatment and adult personality disorder symptoms: influence of maltreatment type. *Psychiatry research*. 2009; 165(3): 281–287.
154. Bernet CZ, Stein MB. Relationship of childhood maltreatment to the onset and course of major depression in adulthood. *Depression and anxiety*. 1999; 9(4): 169–174.
155. Spinhoven P, Elzinga BM, Hovens JG, Roelofs K, Zitman FG, van Oppen P, et al. The specificity of childhood adversities and negative life events across the life span to anxiety and depressive disorders. *Journal of affective disorders*. 2010; 126(1-2): 103–112.
156. Vitriol V, Cancino A, Leiva-Bianchi M, Serrano C, Ballesteros S, Potthoff S, et al. [Association between adverse childhood experiences with depression in adults consulting in primary care]. *Revista medica de Chile*. 2017; 145(9): 1145–1153.
157. Nemeroff CB. Paradise Lost: The Neurobiological and Clinical Consequences of Child Abuse and Neglect. *Neuron*. 2016; 89(5): 892–909.

158. Hovens JG, Giltay EJ, Wiersma JE, Spinhoven P, Penninx BW, Zitman FG. Impact of childhood life events and trauma on the course of depressive and anxiety disorders. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2012; 126(3): 198–207.
159. Nemeroff CB, Binder E. The preeminent role of childhood abuse and neglect in vulnerability to major psychiatric disorders: toward elucidating the underlying neurobiological mechanisms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2014; 53(4): 395–397.
160. Bifulco A, Moran PM, Baines R, Bunn A, Stanford K. Exploring psychological abuse in childhood: II. Association with other abuse and adult clinical depression. *Bulletin of the Menninger Clinic*. 2002; 66(3): 241–258.
161. Wiersma JE, Hovens JG, van Oppen P, Giltay EJ, van Schaik DJ, Beekman AT, et al. The importance of childhood trauma and childhood life events for chronicity of depression in adults. *The Journal of clinical psychiatry*. 2009; 70(7): 983–989.
162. Wagner BM, Compas BE, Howell DC. Daily and major life events: a test of an integrative model of psychosocial stress. *American journal of community psychology*. 1988; 16(2): 189–205.
163. Kendler KS, Kuhn J, Prescott CA. The interrelationship of neuroticism, sex, and stressful life events in the prediction of episodes of major depression. *The American journal of psychiatry*. 2004; 161(4): 631–636.
164. Lahey BB. Public health significance of neuroticism. *The American psychologist*. 2009; 64(4): 241–256.
165. Russo J, Katon W, Lin E, Von Korff M, Bush T, Simon G, et al. Neuroticism and extraversion as predictors of health outcomes in depressed primary care patients. *Psychosomatics*. 1997; 38(4): 339–348.
166. Simon GE, Rutter CM, Peterson D, Oliver M, Whiteside U, Operskalski B, et al. Does response on the PHQ-9 Depression Questionnaire predict subsequent suicide attempt or suicide death? *Psychiatric services*. 2013; 64(12): 1195–1202.
167. Winkler P, Horacek J, Weissova A, Sustr M, Brunovsky M. Physical Comorbidities in Depression Co-Occurring with Anxiety: A Cross Sectional Study in the Czech Primary Care System. *International journal of environmental research and public health*. 2015; 12(12): 15728–15738.
168. Tiller JW. Depression and anxiety. *The Medical journal of Australia*. 2013; 199(S6): S28–31.
169. Ministarstvo zdravlja Republike Srbije. Nacionalni vodič dobre kliničke prakse za dijagnostikovanje i lečenje depresije. Beograd: 2012.
170. Bellantuono C, Mazzi MA, Tansella M, Rizzo R, Goldberg D. The identification of depression and the coverage of antidepressant drug prescriptions in Italian general practice. *Journal of affective disorders*. 2002; 72(1): 53–59.
171. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. Jama*. 1999; 282(18): 1737–1744.
172. Cuijpers P, Smit F, Willemsse G. Predicting the onset of major depression in subjects with subthreshold depression in primary care: a prospective study. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2005; 111(2): 133–138.
173. Romera I, Montejo AL, Aragonés E, Arbesu JA, Iglesias-García C, López S, et al. Systematic depression screening in high-risk patients attending primary care: a pragmatic cluster-randomized trial. *BMC psychiatry*. 2013; 13: 83.
174. Klein DN, Shankman SA, Lewinsohn PM, Seeley JR. Subthreshold depressive disorder in adolescents: predictors of escalation to full-syndrome depressive disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2009; 48(7): 703–710.

175. Ettner SL, Azocar F, Branstrom RB, Meredith LS, Zhang L, Ong MK. Association of general medical and psychiatric comorbidities with receipt of guideline-concordant care for depression. *Psychiatric services*. 2010; 61(12): 1255–1259.
176. Simon GE, Fleck M, Lucas R, Bushnell DM, Group L. Prevalence and predictors of depression treatment in an international primary care study. *The American journal of psychiatry*. 2004; 161(9): 1626–1634.
177. Duhoux A, Fournier L, Nguyen CT, Roberge P, Beveridge R. Guideline concordance of treatment for depressive disorders in Canada. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2009; 44(5): 385–392.
178. Rush AJ, Trivedi M, Carmody TJ, Biggs MM, Shores-Wilson K, Ibrahim H, et al. One-year clinical outcomes of depressed public sector outpatients: a benchmark for subsequent studies. *Biological psychiatry*. 2004; 56(1): 46–53.
179. Unutzer J, Katon W, Callahan CM, Williams JW, Jr., Hunkeler E, Harpole L, et al. Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. *Jama*. 2002; 288(22): 2836–2845.
180. Vlada Republike Srbije. Program o zaštiti mentalnog zdravlja u Republici Srbiji za period 2019–2026. godine. 2019.

**SPISAK NAUČNIH I STRUČNIH RADOVA KOJI SU OBJAVLJENI ILI PRIHVAĆENI
ZA OBJAVLJIVANJE U OKVIRU RADA NA DOKTORSKOJ DISERTACIJI**

Vučurević M, Vujović M, Stojanović-Tasić M, Marić N. Frequency and correlates of depression at the primary health care level in Belgrade. Belgrade 2020; Srpski arhiv za celokupno lekarstvo 2020; Volume 148, Issue 3–4: 185–190.

PRILOZI

Prilog 1.

Lekovi u terapiji depresivnih poremećaja (84, 85) [ENREF_85](#)

Lek	Pojedine dostupne jačine	Inicijalna doza za odrasle ^A	Uobičajena doza za odrasle ^A	Srbija ^B
Selektivni inhibitori ponovnog preuzimanja serotonina				
Citalopram – generičko	10, 20, 40 mg tabl.; 2 mg/ml sol.	20 mg jednom dnevno	20–40 mg jednom dnevno	DA
Celexa (Allergan)	10, 20, 40 mg tabl.	20 mg jednom dnevno	20–40 mg jednom dnevno	NE
Escitalopram – generičko	5, 10, 20 mg tabl.; 1 mg/ml sol.	10 mg jednom dnevno	10–20 mg jednom dnevno	DA
Lexapro (Allergan)	5, 10, 20 mg tabl.	10 mg jednom dnevno	10–20 mg jednom dnevno	NE
Fluoxetin – generičko	10, 20, 40 mg caps.; 10, 20, 60 mg tabl.; 4 mg/ml sol.	20 mg jednom dnevno	20–60 mg jednom dnevno	DA
Prozac (Lilly)	10, 20, 40 mg caps.	20 mg jednom dnevno	20–60 mg jednom dnevno	NE
Paroxetine HCL – generičko	10, 20, 30, 40 mg tabl.	20 mg jednom dnevno	20–60 mg jednom dnevno	NE
Paxil (Apotex)	10, 20, 30, 40 mg tabl.; 2 mg/ml sol.	20 mg jednom dnevno	20–60 mg jednom dnevno	NE
Paxil CR	12,5, 25, 37,5 mg ER tabl.	12,5 mg jednom dnevno	25–75 mg jednom dnevno	NE
Sertalin – generičko	25, 50, 100 mg tabl.	50 mg jednom dnevno	50–200 mg jednom dnevno	DA
Zoloft (Pfizer)	20 mg/ml sol.	50 mg jednom dnevno	50–200 mg jednom dnevno	DA
Inhibitori ponovnog preuzimanja serotonina i noradrenalina				
Desvenlafaxine succinate – generičko	25, 50, 100 mg ER tabl.	50 mg jednom dnevno	50 mg jednom dnevno	DA

Lek	Pojedine dostupne jačine	Inicijalna doza za odrasle ^A	Uobičajena doza za odrasle ^A	Srbija ^B
Pristiq (Pfizer)	25, 50, 100 mg ER tabl.	50 mg jednom dnevno	50 mg jednom dnevno	NE
Desvenlafaxine – generičko	50, 100 mg. ER tabl.	50 mg jednom dnevno	50 mg jednom dnevno	DA
Duloxetin – generičko	20, 30, 60 mg DR caps.	40–60 mg jednom dnevno	60–120 mg jednom dnevno	DA
Cymbalta (Lilly)	20, 30, 60 mg DR caps.	40–60 mg jednom dnevno	60–120 mg jednom dnevno	NE
Venlafaxine – generičko	25, 37,5, 50, 75, 100 mg tabl.	37,5 mg jednom dnevno	75–375 mg jednom dnevno	DA
Effexor XR (Pfizer)	37,5, 75, 150 mg ER caps.	37,5–75 mg jednom dnevno	75–375 mg jednom dnevno	NE
Levomilnacipran-Fetzima (Allergan)	20, 40, 80, 120 mg ER caps.	20 mg jednom dnevno x 2 dana, potom 40 mg jednom dnevno	40–120mg jednom dnevno	NE
Triciklični antidepresivi				
Amitriptilin – generičko	10, 25, 50, 75, 100, 150 mg tabl.	25–50 mg jednom dnevno	100–300mg jednom dnevno	DA
Amoxapine – generičko	50, 100, 150 mg tabl.	25–50 mg jednom dnevno	200–300 mg jednom dnevno	NE
Desipramine – generičko	10, 25, 50, 75, 100, 150 mg tabl.	25–50 mg jednom dnevno	100–300 mg jednom dnevno	NE
Norpramin (Validus)	10, 25 mg tabl.	25–50 mg jednom dnevno	100–300 mg jednom dnevno	NE
Imipramine – generičko	10, 25, 50 mg tabl.	25–50 mg jednom dnevno	100–300 mg jednom dnevno	NE
Nortriptilin – generičko	10, 25, 50, 75 mg caps.; 2 mg/ml sol.	25 mg jednom dnevno	50–200 mg jednom dnevno	NE
Pamelor (Mallinckordt)	10, 25, 50, 75 mg caps.	25 mg jednom	50–200 mg jednom dnevno	NE

Lek	Pojedine dostupne jačine	Inicijalna doza za odrasle ^A	Uobičajena doza za odrasle ^A	Srbija ^B
		dnevno		

Inhibitori monoaminooksidaze				
Isokarboksazid – Marplan (Validus)	10 mg tabl.	10 mg dva puta dnevno	30–60 mg podeljeno u dve doze	NE
Phenelzine – generičko	15 mg tabl.	15 mg tri puta dnevno	45–90 mg podeljeno u tri doze	NE
Nardil – generičko	15 mg tabl.	15 mg tri puta dnevno	45–90 mg podeljeno u tri doze	NE
Selgelin – Emsam (Mylan)	6, 9, 12 mg / 24 h flaster	6 mg / 24h	6, 9, 12 mg / 24h	NE
Trancylcypromine – generičko	10 mg tabl.	10 mg jednom dnevno	20–30 mg dva puta dnevno	NE
Parnate (Concordia)	10 mg tabl.	10 mg jednom dnevno	20–30 mg dva puta dnevno	NE
Ostali antidepresivi				
Bupropion HCL	75, 100 mg tabl.	100 mg dva puta dnevno	100 mg tri puta dnevno	DA
Wellbutrin SR	100, 150, 200 mg ER tabl.	180 mg jednom dnevno	150 mg dva puta dnevno	NE
Welbutrin XL	150, 300 mg ER tabl.	150 mg jednom dnevno	300–450 mg jednom dnevno	NE
Forfivo XL (Almatica)	450 mg ER tabl.		450 mg jednom dnevno	NE
Esketamin-Spravato (Janssen)	56, 84 mg	56 mg intranazalno	56 ili 84 mg intranazalno dve nedelje	DA
Mirtazapine – generičko	7,5, 15, 30, 45 mg tabl.	15 mg jednom dnevno	15–45 mg jednom dnevno	DA
Nefazodone – generičko	50, 100, 150, 200, 250 mg tabl.	50 mg jednom dnevno	150–300 mg dnevno podeljeno u dve doze	NE
Olanzapin/fluoksetin – generičko	3/25, 6/25, 6/50, 12/25, 12/50 mg caps.	6/25 mg jednom dnevno	6/25–12/50 mg jednom dnevno	DA
Trazodon – generičko	50, 100, 150, 300 mg tabl.	75 mg dva puta dnevno	150–600 mg dnevno podeljeno u dve doze	DA
Vilazodone-Viibryd (Allergan)	10, 20, 40 mg tabl.	10 mg jednom	20–40 mg jednom dnevno	NE

		dnevno		
Vortioxetine – Trintelix (Takeda/Lundbeck)	5, 10, 20 mg tabl.	10 mg jednom dnevno	10–20 mg jednom dnevno	NE

Skraćenice: tabl. – tableta; sol. – rastvor (solutio); caps. – kapsule; ER – extended release (produženo oslobađanje); DR – delayed release (odloženo oslobađanje); ^A – prilagođavanje doza može biti potrebno u slučaju bubrežnih i hepatičnih oboljenja ili u slučaju interakcije lekova. Niske početne doze treba razmotriti kod starijih pacijenata; ^B – Registrovan u Srbiji.

Prilog 2.

Informisani pristanak i informacije za ispitanika

INFORMACIJE ZA PACIJENTA SA OBRASCEM ZA DAVANJE PISANOG PRISTANKA

Naziv istraživanja: Učestalosti depresivnosti u primarnoj zdravstvenoj zaštiti

Istraživački centri:

Medicinski fakultet u Beogradu, Pasterova 2, 11000 Beograd

Dom zdravlja Zvezdara – Ogranak Mirijevo – Matice srpske 45A, 11000 Beograd

Broj telefona putem koga možete kontaktirati Vašeg lekara: 064/110-44-83

Ime lekara: mr sci dr Mara Vučurević

U ovim „Informacijama za pacijenta sa Obrascem za davanje pisanog pristanka” opisana je akademska studija u kojoj ste zamoljeni da učestvujete od strane Vašeg lekara.

Ako odlučite da učestvujete u ovom istraživanju, molimo Vas da to potvrdite svojim potpisom na dnu obrasca.

OPŠTE INFORMACIJE I SVRHA ISTRAŽIVANJA: U savremenoj medicinskoj struci i nauci, pored podataka o čoveku/pacijentu i stanju bolesti zasnovanoj na činjenicama koje otkriva i procenjuje lekar, posebna pažnja se poklanja i subjektivnom mišljenju ispitivanog čoveka/pacijenta. U današnje vreme, zbog velikog pritiska koje trpimo u svim aspektima života, u centrima primarne zdravstvene zaštite javljaju se pacijenti koji imaju različite promene raspoloženja. Ove promene imaju karakteristike oboljenja koje nisu vezane za životnu dob, a često ostanu neprepoznate, a samim tim i nelečene.

POSTUPCI U STUDIJI: Poštovani učesniče u studiji, pred Vama su upitnici koje treba popuniti.

RAZUMNO PREDVIDIVI RIZICI ILI NEPRIJATNOSTI: Vaše učešće može doprineti da se povećaju znanja o lečenju depresivnosti te nikakvih rizika ili neprijatnosti nećete imati popunjavajući ove upitnike.

TROŠKOVI UČESTVOVANJA I NADOKNADA ZA UČEŠĆE U STUDIJI: Svi testovi, postupci i posete koje istraživanje zahteva obezbeđeni su Vam besplatno. Neće Vam biti plaćeno za učestvovanje u ovoj studiji.

ZAŠTITA PRIVATNOSTI VAŠIH ZDRAVSTVENIH PODATAKA: Rezultati koji budu dobijeni biće striktno čuvani i tretirani u skladu sa lekarskom tajnom, kao i strogo poverljivi. Informacije iz

ove studije mogu da se predstavljaju na simpozijumu ili da se publikuju u medicinskim časopisima, ali neće uključivati Vaše ime ili informacije koje se lako mogu dovesti u vezu sa Vama.

OBRAZAC ZA DAVANJE PISANOG PRISTANKA:

Pročitao/-la sam „Informacije za pacijenta sa Obrascem za davanje pisanog pristanka” i sadržaj ovog dokumenta mi je objasnio glavni istraživač. Mogao/-la sam da postavljam pitanja. Zadovoljan/-na sam svojim odgovorima na pitanja.

Ime učesnika (štampanim slovima): _____

Potpis učesnika i datum: _____

Ime osobe koja objašnjava pristanak (štampanim slovima): _____

Potpis osobe koja objašnjava pristanak i datum: _____

Da li redovno uzimate određene lekove?

DA

NE

Ako ste zaokružili DA, navesti koje.

Da li ste u drugom stanju?	DA	NE
Da li koristite kontraceptivne pilule?	DA	NE
Da li bolujete od bolesti bubrega?	DA	NE
Da li bolujete od bolesti jetre?	DA	NE
Da li bolujete od šećerne bolesti?	DA	NE

Napomene:

Datum popunjavanja: _____

E-mail adresa: _____

Br. telefona: _____

Potpis: _____

Prilog 4.

UPITNIK O ZDRAVLJU PACIJENTA – 9 (PHQ – 9)

U toku protekle 2 nedelje, koliko često su Vam smetali bilo koji od sledećih problema?
(zaokružite odgovor)

	UOPŠTE NE	NEKOLIKO DANA	VIŠE OD POLOVINE DANA	SKORO SVAKI DAN
1. Slabo interesovanje ili zadovoljstvo da radite nešto	0	1	2	3
2. Malodušnost, depresija ili beznadežnost	0	1	2	3
3. Problemi da zaspate, spavate u kontinuitetu ili previše spavanja	0	1	2	3
4. Osećaj zamora ili nedostatka energije	0	1	2	3
5. Loš apetit ili prejedanje	0	1	2	3
6. Loše mišljenje o sebi – ili osećaj da ste promašaj ili da ste razočarali sebe ili svoju porodicu	0	1	2	3
7. Teškoća da se skoncentrišete na stvari, kao što su čitanje novina ili gledanje televizije	0	1	2	3
8. Toliko usporeno kretanje ili govor da su drugi to mogli da primete. Ili suprotno – toliko ste uzvrpoljeni ili nemirni da ste se kretali mnogo više nego obično.	0	1	2	3
9. Misli o tome da bi Vam bilo bolje da ste mrtvi ili o tome da se povredite na neki način	0	1	2	3

Prilog 5.

DASS – SER

Ime i prezime: _____

Datum: _____

Pročitajte svaku od navedenih rečenica i zaokružite broj sa desne strane koji najbolje opisuje kako ste se osećali u **zadnjih nedelju dana**. Ne postoji tačan ili netačan odgovor. Nemojte se predugo zadržavati na pojedinim rečenicama.

Brojevi znače:

- 1 Ni malo
- 2 Pomalo ili ponekad
- 3 U priličnoj meri ili često
- 4 Uglavnom ili skoro uvek

1. Primetio/-la sam da me sitnice iznerviraju	0	1	2	3	S
2. Primetio/-la sam da mi se suše usta	0	1	2	3	A
3. Nisam imao/-la nikakvo lepo osećanje	0	1	2	3	D
4. Imao/-la sam poteškoća sa disanjem (recimo osetio/-la sam ubrzano disanje a nisam se fizički zamorio/-la)	0	1	2	3	A
5. Nisam imao/-la snage da se pokrenem	0	1	2	3	D
6. Preterano reagujem u nekim situacijama	0	1	2	3	S

7. Osećam da se tresem (noge me „izdaju”)	0	1	2	3	A
8. Teško mi je da se opustim	0	1	2	3	S
9. Nalazio/-la sam se u situacijama u kojima sam bio/-la toliko nervozan/-na da mi je bilo pravo olakšanje kada su se završile	0	1	2	3	A
10. Osećao/-la sam da nemam čemu da se nadam	0	1	2	3	D
11. Primetio/-la sam da se lako iznerviram	0	1	2	3	S
12. Primetio/-la sam da koristim dosta „nervozne energije”	0	1	2	3	S
13. Osećao/-la sam se tužno i depresivno	0	1	2	3	D
14. Primetio/-la sam da gubim strpljenje kada me nešto sputava (recimo kada čekam u redu na	0	1	2	3	S

semaforu i sl.)					
15. Imao/-la sam osećaj da ću se onesvestiti	0	1	2	3	A
16. Primetio/-la sam da sam igubio/-la interes za većinu stvari	0	1	2	3	D
17. Osećao/- la sam se da kao osoba ne vredim mnogo	0	1	2	3	D
18. Bio/-la sam jako osetljiv/-a	0	1	2	3	S
19. Vidno sam se znojio/-la (npr. dlanovi) iako nije bilo vruće niti sam se fizički zamorio/-la	0	1	2	3	A
20. Osećao/- la sam se uplašeno bez razloga	0	1	2	3	A
21. Mislio/- la sam da život ne vredi baš mnogo	0	1	2	3	D
22. Bilo mi je teško da se smirim	0	1	2	3	S
23. Imao/-la sam poteškoća sa gutanjem	0	1	2	3	A
24. Šta god da sam radio/-la	0	1	2	3	D

nije mi pričinjavalo zadovoljstvo					
25. Osetio/- la sam rad srca iako se nisam fizički zamorio/-la (lupanje srca ili osećaj da srce „preskače”)	0	1	2	3	A
26. Osećao/-la sam se tužno i jadno	0	1	2	3	D
27. Bilo me je lako iznervirati	0	1	2	3	S
28. Osećao/- la sam da sam blizu panike	0	1	2	3	A
29. Kada me je nešto iznerviralo, bilo mi je teško da se smirim	0	1	2	3	S
30. Osećam da bih se izgubio/-la pred nekim lakim, ali nepoznatim zadatkom	0	1	2	3	A
31. Ništa nije moglo da me zainteresuje	0	1	2	3	D
32. Primetio/-la sam da mi je teško da tolerišem kada me nešto prekine u	0	1	2	3	S

onome što radim					
33. Osećao/-la sam da sam napet/-a	0	1	2	3	S
34. Osećao/-la sam se prilično bezvredno	0	1	2	3	D
35. Nerviralo me je kada me nešto prekida u onome što radim	0	1	2	3	S
36. Osećao/-la sam se preplašeno	0	1	2	3	A
37. Nisam video/-la nikakvu nadu u budućnosti	0	1	2	3	D
38. Osećao/-la sam da je život besmislen	0	1	2	3	D
39. Primetio/-la sam da se nerviram	0	1	2	3	S
40. Bojao/-la sam se situacija u kojima sam mogao/-la da se uspaničim i napravim budalu od sebe	0	1	2	3	A
41. Osetio/-la sam da se tresem (npr. tresle su mi se ruke)	0	1	2	3	A
42. Primetio/-la sam da mi je	0	1	2	3	D

teško da ostvarim inicijativu i započnem bilo šta					
---	--	--	--	--	--

Prilog 6.

Lista ugožavajućih životnih događaja (*List of Threatening Experiences – LTE*)

<i>Događaj</i>	<i>U proteklih šest meseci</i>	<i>U dosadašnjem životu</i>
1. Ozbiljna lična bolest, ozbiljna povreda ili pretrpljeni napad		
2. Blizak član porodice ozbiljno bolestan, povređen ili pretrpeo napad		
3. Smrt roditelja, deteta ili supružnika		
4. Smrt bliskog prijatelja ili drugog rođaka		
5. Razdvajanje zbog bračnih problema		
6. Raskid stabilne veze		
7. Ozbiljni problemi sa bliskim prijateljem, komšijom ili rođakom		
8. Nezaposlenost ili traženje posla duže od mesec dana		
9. Otpušten sa posla		
10. Velika finansijska kriza		
11. Problemi sa policijom i pojavljivanje na sudu		
12. Nešto od predmeta velike vrednosti izgubljeno ili ukradeno		

Prilog 7.

UPITNIK O TRAUMATSKIM ISKUSTVIMA U DETINJSTVU

STUDIJA: EU GEI

Datum rođenja: _____

Broj ispitanika: _____

Vremenski interval: ceo život

Period ponavljanja: _____

Intervjuisao: _____ Datum: _____

Za svako pitanje označi krug pored odgovora koji najbolje opisuje kako se osećaš

Pre 18. godine života:	NIKADA	RETKO	POVR.	ČESTO	STALNO
1. Bio sam gladan.	O1	O2	O3	O4	O5
2. Znao sam da ima nekoga da brine o meni i da me zaštiti.	O1	O2	O3	O4	O5
3. U mojoj porodici govorili su mi da sam „glupan”, „lenčuga” ili „ružan”.	O1	O2	O3	O4	O5
4. Moji su roditelji bili isuviše pijani ili naduvani da bi vodili računa o porodici.	O1	O2	O3	O4	O5
5. U porodici je bilo nekoga ko mi je pomagao da se osećam važnim i posebnim.	O1	O2	O3	O4	O5
6. Morao sam da nosim prljavu odeću.	O1	O2	O3	O4	O5
7. Osećao sam se voljenim.	O1	O2	O3	O4	O5
8. Mislio sam da moji roditelji nisu ni želeli da se rodim.	O1	O2	O3	O4	O5
9. Toliko me povredio član porodice da sam morao posle toga da se javim lekaru / da odem u bolnicu.	O1	O2	O3	O4	O5
10. Toliko su me udarali u porodici da su mi ostajale modrice/ožiljci.	O1	O2	O3	O4	O5
11. Za kažnjavanje su koristili kaiš, štap, konac ili neki tvrdi predmet.	O1	O2	O3	O4	O5
12. U mojoj porodici pazili smo jedni na druge.	O1	O2	O3	O4	O5
13. U mojoj porodici vređali su me, nagrđivali.	O1	O2	O3	O4	O5
14. Verujem da sam fizički zlostavljan.	O1	O2	O3	O4	O5
15. Toliko sam bio tučen da je to primetio neko sa strane, nastavnik, komšija, lekar.	O1	O2	O3	O4	O5
16. Osećao sam da me u mojoj porodici neko mrzi.	O1	O2	O3	O4	O5
17. U mojoj porodici osećali smo da smo međusobno bliski.	O1	O2	O3	O4	O5
18. Neko je pokušao da me seksualno dodiruje ili me terao da diram njega.	O1	O2	O3	O4	O5
19. Neko me ucenjivao napadajući me ili govoreći laži o meni sve dok nisam	O1	O2	O3	O4	O5

Pre 18. godine života:	NIKADA	RETKO	POVR.	ČESTO	STALNO
pristao da imam seksualni kontakt sa njim.					
20. Neko je pokušao da me natera na seks ili na gledanje nečeg u vezi sa seksom.	O1	O2	O3	O4	O5
21. Neko me je zlostavljao.	O1	O2	O3	O4	O5
22. Uveren sam da sam bio emocionalno zlostavljan.	O1	O2	O3	O4	O5
23. Bilo je nekog da me povede kod doktora kada je trebalo.	O1	O2	O3	O4	O5
24. Uveren sam da sam bio seksualno zlostavljan.	O1	O2	O3	O4	O5
25. Moja je porodica bila moj izvor snage i podrške.	O1	O2	O3	O4	O5

Prilog 8.

EPQ 100

Ime _____

Uzrast _____

Pol M/Ž

3. Da li Vam se raspoloženje često menja?	DA	NE
8. Da li se osećate sasvim jedno bez nekog stvarnog razloga?	DA	NE
13. Da li često brinete zbog nečega što ste učinili, a to nije trebalo učiniti ili reći?	DA	NE
17. Da li ste razdražljivi?	DA	NE
22. Da li je Vaša osećanja lako povrediti?	DA	NE
26. Da li se često osećate kao da Vam je svega dosta?	DA	NE
31. Da li Vas često muči osećanje krivice?	DA	NE
35. Da li biste za sebe rekli da ste nervozna osoba?	DA	NE
38. Da li ste često zabrinuti?	DA	NE
43. Da li Vas brinu neke strašne stvari koje bi mogle da se dogode?	DA	NE
46. Smatrate li sebe napetom osobom?	DA	NE
52. Da li ste zabrinuti za svoje zdravlje?	DA	NE
60. Patite li od nesаницe?	DA	NE
65. Da li se često osećate umorno i iscrpljeno bez razloga?	DA	NE
70. Da li često osećate da je život dosadan?	DA	NE
74. Brinete li se mnogo zbog svog izgleda?	DA	NE
76. Da li ste ikada poželeli da ste mrtvi?	DA	NE
80. Da li se suviše dugo „grizete u sebi“ nakon doživljene neprijatnosti?	DA	NE
83. Patite li od „živaca“?	DA	NE
84. Da li se često osećate usamljeno?	DA	NE
87. Da li Vas lako pogodi neka zamerka na Vaš rad ili ponašanje?	DA	NE
92. Da li se ponekad osećate prepuno energije, a ponekad vrlo jedno?	DA	NE
97. Da li ste osetljivi na neke stvari?	DA	NE
100. Kada se razbesnite, da li Vam je teško da se iskontrolišete?	DA	NE

BIOGRAFIJA

Mara T. Vučurević rođena je u Trebinju 28. 8. 1962. godine. Osnovno i srednje obrazovanje završila je u Čapljini. Medicinski fakultet u Tuzli upisala je 1981, a završila 1988. godine. Specijalizaciju iz Opšte medicine završila je 1995. godine na Medicinskom fakultetu Univerziteta u Beogradu. Na Medicinskom fakultetu Univerzitetu u Beogradu završila je i magistarske studije, odbranom magistarske teze pod naslovom „Uticaj anksioznosti, depresivnosti i kvaliteta života na oporavak pacijenata sa infarktom miokarda” 2007. godine. Angažovana je kao mentor na Katedri za opštu medicinu od 2007. godine.

Dr Mara T. Vučurević potpredsednik je Balint društva Srbije, radi kao Balint edukator i voditelj. Obučavala se u oblasti geštalt psihoterapije i bavi se stručnim aktivnostima kao geštalt psihoterapeut u superviziji od 2022. godine. Publikovala je jedan rad u celini u časopisu sa SCI liste. Zaposlena je kao lekar specijalista u Domu zdravlja „Zvezdara”.

Živi i radi u Beogradu od 1990. godine. Majka je dvojice sinova, Borisa i Bojana.

IZJAVE

Изјава о ауторству

Име и презиме аутора _____

Број индекса _____

Изјављујем

да је докторска дисертација под насловом

УЧЕСТАЛОСТ ДЕПРЕСИВНОСТИ У ПРИМАРНОЈ ЗДРАВСТВЕНОЈ
ЗАШТИТИ И МОГУЋНОСТИ РАНОГ ПРЕПОЗНАВАЊА

- резултат сопственог истраживачког рада;
- да дисертација у целини ни у деловима није била предложена за стицање друге дипломе према студијским програмима других високошколских установа;
- да су резултати коректно наведени
- да нисам кршио/ла ауторска права и користио/ла интелектуалну својину других лица.

Потпис аутора

У Београду, _____

Изјава о истоветности штампане и електронске верзије докторског рада

Име и презиме аутора _____

Број индекса _____

Студијски програм _____

Наслов рада УЧЕСТАЛОСТ ДЕПРЕСИВНОСТИ У ПРИМАРНОЈ
ЗДРАВСТВЕНОЈ ЗАШТИТИ И МОГУЋНОСТИ РАНОГ ПРЕПОЗНАВАЊА

Ментор проф. др Зорица Терзић-Шупић

Изјављујем да је штампана верзија мог докторског рада истоветна електронској верзији коју сам предао/ла ради похрањивања у **Дигиталном репозиторијуму Универзитета у Београду.**

Дозвољавам да се објаве моји лични подаци везани за добијање академског назива доктора наука, као што су име и презиме, година и место рођења и датум одбране рада.

Ови лични подаци могу се објавити на мрежним страницама дигиталне библиотеке, у електронском каталогу и у публикацијама Универзитета у Београду.

Потпис аутора

У Београду, _____

Изјава о коришћењу

Овлашћујем Универзитетску библиотеку „Светозар Марковић“ да у Дигитални репозиторијум Универзитета у Београду унесе моју докторску дисертацију под насловом:

УЧЕСТАЛОСТ ДЕПРЕСИВНОСТИ У ПРИМАРНОЈ ЗДРАВСТВЕНОЈ ЗАШТИТИ И МОГУЋНОСТИ РАНОГ ПРЕПОЗНАВАЊА

која је моје ауторско дело.

Дисертацију са свим прилозима предао/ла сам у електронском формату погодном за трајно архивирање.

Моју докторску дисертацију похрањену у Дигиталном репозиторијуму Универзитета у Београду и доступну у отвореном приступу могу да користе сви који поштују одредбе садржане у одабраном типу лиценце Креативне заједнице (Creative Commons) за коју сам се одлучио/ла.

1. Ауторство (CCBY)
2. Ауторство – некомерцијално (CCBY-NC)
3. Ауторство – некомерцијално – без прерада (CC BY-NC-ND)
4. Ауторство–некомерцијално–делити под истим условима (CCBY-NC-SA)
5. Ауторство – без прерада (CCBY-ND)
6. Ауторство–делити под истим условима(CCBY-SA)

(Молимо да заокружите само једну од шест понуђених лиценци. Кратак опис лиценци је саставни део ове изјаве.)

Потпис аутора

У Београду, _____

1. Ауторство. Дозвољава се умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, и прераде, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце, чак и у комерцијалне сврхе. Ово је најслободнија од свих лиценци.

2. Ауторство–некомерцијално. Дозвољава се умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, и прераде, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце. Ова лиценца не дозвољава комерцијалну употребу дела.

3. Ауторство–некомерцијално–без прерада. Дозвољава се умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, без промена, преобликовања или употребе дела у свом делу, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце. Ова лиценца не дозвољава комерцијалну употребу дела. У односу на све остале лиценце, овом лиценцом се ограничава највећи обим права коришћења дела.

4. Ауторство–некомерцијално–делити под истим условима. Дозвољава се умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, и прераде, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце и ако се прерада дистрибуира под истом или сличном лиценцом. Ова лиценца не дозвољава комерцијалну употребу дела и прерада.

5. Ауторство–без прерада. Дозвољава се умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, без промена, преобликовања или употребе дела у свом делу, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце. Ова лиценца дозвољава комерцијалну употребу дела.

6. Ауторство – делити под истим условима. Дозвољава се умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, и прераде, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце и ако се прерада дистрибуира под истом или сличном лиценцом. Ова лиценца дозвољава комерцијалну употребу дела и прерада. Слична је софтверским лиценцама, односно лиценцама отвореног кода.