Javnozdravstveni značaj depresije – mogućnosti intervencije u primarnoj zdravstvenoj zaštiti

Public health importance of depression – the possibility of intervention in primary health care

Vojislav Stanojević¹, Čedomirka Stanojević²,
Mile Despotović², Milena Despotović³,
Suzana Milutinović²

Vojislav Stanojević¹, Čedomirka Stanojević²,
Mile Despotović², Milena Despotović³,
Suzana Milutinović²

1. Opšta medicina Zdravstveni centar Zaječar, Srbija

2. Visoka medicinska škola strukovnih studija Čuprija, Srbija

3. Fakultet medicinskih nauka Kragujevac

PRIMLJEN 05.12.2015.

PRIHVACEN 02.05.2016.

1. General Practice Health Center Zaječar, Serbia

2. High Medical School of Professional Studies Čuprija, Serbia

3. Faculty of Medical Sciences Kragujevac

RECEIVED 05.12.2015.

ACCEPTED 02.05.2016.

APSTRAKT

Depresija je jedan od najčešćih duševnih poremećaja čiju psihopatološku osnovu čini promena raspoloženja. Karakteriše se nekontrolisanim padom raspoloženja koji utiče na razmišljanje, opažanje, ponašanje, fizičko i socijalno funkcionisanje. U svetu od depresije boluje oko 120 miliona ljudi, a stopa prevalencije iznosi 5-10%. Depresija će 2030. godine, sa udelom od 6,3%, zauzimati prvo mesto u ukupnom opterećenju bolestima. Približno 2/3 osoba koje počine suicid boluju od depresije, dok 15-20% bolesnika sa depresivnim poremećajem okončava život suicidom. Pacijenti sa karcinomima ili preležanim infarktom miokarda praćeni depresijom imaju višu stopu smrtnosti u odnosu na osobe bez depresije. Depresija predstavlja vodeći uzrok invalidnosti među psihičkim bolestima u Evropi, sa godišnjim troškovima od 115 milijardi €. Osobe sa nižim prihodima, stariji od 65 godina, žene, deca i adolescenti čine vulnerable grupe. Lečenje od strane lekara opšte medicine i model psihijatrije u zajednici najbolje zadovoljava potrebe pacijenata sa depresijom. U primarnoj zdravstvenoj zaštiti, lekar orijentisan prema pacijentu kao ličnosti i uticajima porodičnog, profesionalnog i društvenog okruženja na njegovo zdravlje, može postaviti dijagnozu depresije kod 15-25% pacijenata. Međutim, problem nije bilo moguće rešiti samo u ordinacijama opšte medicine ni u mnogo razvijenijim zemljama. U Srbiji samo 39% pacijenata sa depresijom koji se jave psihijatru predhodno kontaktiraju lekara opšte medicine. Nedovoljno ulaganje u mentalno zdravlje, nedostatak vremena, motivacije i obuke lekara, loša komunikacija sa sekundarnim nivoom, nepostojanje centara za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici su problemi su koji zahtevaju multisektorski pristup.

Ključne reči: depresija; mentalno zdravlje; primarna zdravstvena zaštita; društvena sredina, lekari opšte prakse.

ABSTRACT

Depression is one of the most common mental disorders with psychopathological basis based on mood changes. It is characterized by uncontrolled mood changes which affects thinking, perception, behavior, physical and social functioning. Worldwide, depression affects around 120 million people, with prevalence rate of 5-10%. In 2030, with a share of 6,3%, depression will hold the first place in overall disease burden. Approximately, 2/3 of people committing suicide suffer from depression, while 15-20% of patients with major depressive disorder end their life with suicide. Patients with cancer or myocardial infarction accompanied by depression have higher death rate compared to those without depression. Depression is leading cause of disability among mental health problems in Europe, with an annual cost of 115 billion €. People with lower income, older than 65 years, women, children and adolescents are vulnerable groups. Treatment by doctors of general practice and model of psychiatry in community successfully meets needs of patients with depression. In primary health care, a doctor, oriented towards patient as a person and toward family influences, professional and social environment on his health, can diagnose depression in 15-25% of patients. However, problem could not be solved only within scope of general practice even in the most developed countries. In Serbia, only 39% patients suffering from depression visiting a psychiatrist contacted previously a general practitioner. Insufficient investment in mental health, lack of time, motivation and training of doctors, poor communication with secondary level, lack of mental health centers in community-these are all problems requiring multi-sectoral approach.

Key words: depression, mental health, primary health care, social environment, general practitioners.

KORESPONDENCIJA / CORRESPONDENCE

Vojislav Stanojević, Ivana Milutinovića 16, 1900 Zaječar, Srbija, Tel: 065/ 25 52 179; E-mail: svojkan@beotel.net

Vojislav Stanojević, Ivana Milutinovića 16, 1900 Zaječar, Serbia, Phone: +381652552179; E-mail: svojkan@beotel.net

UVOD

Depresija je jedan od najčešćih mentalnih poremećaja praćen ogromnom patnjom pacijenta. Opisana još u staroj Grčkoj pod nazivom melankolija, terminološki poreklo vodi od latinske reči 'deprimere' koja označava potišteno duševno stanje, klonulost, teskobu, utučenost i bezvoljnost.^{1,2} U osnovi depresija pripada duševnim poremećajima kod kojih se psihopatološka promena dešava u raspoloženju. Depresija je stanje koje karakteriše izrazit pad raspoloženja koji osoba ne može kontrolisati i koji utiče na njeno razmišljanje, opažanje, ponašanje, telesno i socijalno funkcionisanje. Depresivni bolesnik je potišten (disforija), smanjene energije, interesovanja i osećaja zadovoljstva (anhedonija) i smanjene volje (hipovolucija). Termin depresija ne koristi se samo za depresiju kao specifični dijagnostički entitet, već se njime označava i izolovani simptom na koji se gleda kao na deo normalnog opsega ljudskih emocionalnih reakcija koje mnogi ljudi u određenim periodima svog života doživljavaju, što može dovesti do određenih zabuna.³

JAVNOZDRAVSTVENI ZNAČAJ DEPRESIJE

Depresivni poremećaji predstavljaju veliko opterećenje za društvo. Njihov značaj nije samo u njihovoj učestalosti, već i u dugotrajnosti, povratnom karakteru, povezanosti sa drugim bolestima, pratećim troškovima i posledicama po porodicu i društvo u celini. Prema podacima Svetske zdravstvene organizacije (SZO) broj obolelih od depresije u svetu nikada nije ispod 120 miliona pri čemu je među njima dvostruko više žena no muškaraca.⁴

Veličina problema

Brojne epidemiološke studije ukazuju da je depresija bolest čija se prevalencija nalazi u porastu. Prema kros-kulturalnoj studiji koju je SZO sproveda u 14 gradova u svetu prevalencija depresije kreće se od 2,6% u Nagasakiju (Japan) do 29,5% u Santjagu (Čile).⁵ Stopa prevalencije depresivnih poremećaja u Evropi i svetu kreće se od 5-10%. Vrednosti u zavisnosti od posmatrane populacije značajno variraju i kreću se od 1,8% (urbana Španija) do 15,01% (urbano Ujedinjeno Kraljevstvo). Celoživotna prevalencija depresije procenjuje se na 18%, a celoživotni rizik od oboljevanja na čak 20-30%.¹

Ozbiljnost problema depresije može se najbolje sagledati uzimanjem u obzir zbirnih pokazatelja. SZO i Svetska banka sprovele su studiju Globalnog opterećenja bolestima, prema čijim je rezultatima depresija, 2000. godine, zauzimala četvrto mesto od 96 najčešćih bolesti sa udelom od 4,4% u ukupnom opterećenju bolestima. Projekcije ukazuju da će

2020. godine sa udelom od 5,7% zauzeti drugo mesto.^{1,4,6} Prema novoj proceni, depresija će 2030. godine sa udelom od 6,3% postati vodeća dijagnostička kategorija u ukupnom opterećenju bolestima.⁷

Pored značajne subjektivne patnje depresija se karakteriše poremećajem društvenog i radnog funkcionisanja i rastućim mortalitetom. Što se fizičkog funkcionisanja tiče depresivni pacijenti imaju skor od 77,6% (u odnosu na normalu) što je lošije od pacijenata sa dijabetesom i arterijskom hipertenzijom (79-88,1%). Depresivni pacijenti gube, u proseku 8 dana mesečno zbog nesposobnosti, u poređenju sa 2 dana kod nepsihijatrijskih pacijenata.⁶ Utvrđeno je da depresija četverostruko povećava mortalitet u poređenju sa opštom populacijom. U opštoj populaciji suicid je zastupljen sa 0,9% kao uzrok smrti. Smatra se da 21% pacijenata sa rekurentnom depresijom pokušava suicid.⁶ Približno 2/3 osoba koje počinu suicid boluju od depresije, dok 15-20% bolesnika sa depresivnim poremećajem završava život suicidom.⁵

Depresija kao faktor rizika za razvoj komorbiditeta i porast mortaliteta

Povezanost depresije sa drugim poremećajima je mnogostruka. Depresija predstavlja faktor rizika za razvoj kardiovaskularnih i cerebrovaskularnih bolesti i karcinoma. Smatra se da 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 recipročno pogoršavaju čineći lečenje komplikovanim, dužim, neizvesnijim i skupljim.⁵ Pacijenti sa preležanim infarktom miokarda koji pate od depresije imaju 4-8 puta veću stopu smrtnosti u odnosu na pacijente bez depresije. Takođe, pacijenti sa karcinomima i depresijom imaju veći rizik od smrtnosti i veći broj dana bolničkog lečenja.⁶ Depresivna simptomatologija javlja se kod 30% obolelih od dijabetesa i praćena je lošom kontrolom bolesti, lošijim ishodima i većim troškovima lečenja.⁴

Depresija kao ekonomski teret.

Depresija ima i značajne društvene i ekonomske posledice. Prema podacima iz 2000. godine ukupni godišnji troškovi depresije u SAD iznosili su čak 81 milijardu \$. Troškovi godišnje cene depresije u Evropi za 2004. godinu procenjeni su na 118 milijardi €, odnosno 253 € po stanovniku a sastoje se od: vanbolničke nege (22 milijarde €), lekova (9 milijardi €), hospitalizacije (10 milijardi €) i indirektnih troškova usled morbiditeta i mortaliteta (76 milijardi €). Troškovi depresije iznose 1% evropskog BNP.⁹ Osobe sa depresijom gube 5,6 sati produktivnog radnog

vremena nedeljno u poređenju sa 1,6 časova radnika koji nisu depresivni. Na godišnjem nivou ovo rezultuje gubitkom od 235 miliona radnih dana i padom produktivnosti čiji je ekvivalent 36,6 milijardi \$. U više evropskih zemalja, tokom proteklih 20 godina, u porastu je broj osoba sa invalidskom penzijom zbog depresije¹. Studija sprovedena u Bosni i Hercegovini u periodu 2005-2006. godina sa osobama obrađenim za ocenu radne sposobnosti pokazala je da među psihičkim oboljenjima depresija predstavlja vodeći uzrok invalidnosti I. i III. Kategorije.¹⁰

Depresija i opterećenost porodice

Uticaj depresije na porodicu kreće se od ekonomskih, do emocionalnih i socijalnih problema. Veoma često porodice se žale na doživljaj društvene izolacije i stigmatizacije. Oni bivaju odbačeni od prijatelja, rođaka, komšija, ali i zajednice u celini. Kao posledica dolazi do bračne disfunkcionalnosti, napetosti, ljutnje, odbijanja i pojave psiholoških problema i simptoma kod drugih članova porodice.¹⁰⁻¹²

Socioekonomski razvoj društva i depresija

Socioekonomski razvoj i mentalno zdravlje društva nalaze se u suštinskoj povezanosti, jer socioekonomski i psihosocijalni faktori (siromaštvo, nezaposlenost, nesigurnost, marginalizacija, nejednakost) u najvećoj meri definišu zdravlje stanovništva. Broj osoba izložen negativnim socioekonomskim i psihosocijalnim faktorima u stalnom je porastu.¹³

Depresija je 1,5 do 2 puta češća u društvenim grupama sa nižim prihodima.¹² Nalazi većeg broja istraživanja sugerišu da finansijski problemi i siromaštvo predstavljaju kritični medijator odnosa nezaposlenosti i depresije.¹⁴ Niski prihodi dovode do brige za budućnost i finansijskog stresa koji mogu dovesti do depresije. Oni takođe mogu rezultovati i drugim hroničnim bolestima koje snižavaju radnu sposobnost predisponirajući takve osobe za depresiju.¹⁵

Depresija i vulnerabilne grupe

Starije osobe

Socioekonomske okolnosti koje starost skoro neminovno sa sobom nosi (finansijski problemi, gubitak samostalnosti, osećaj beskorisnosti, gubitak voljene osobe, samoća i nedostatak emocionalne podrške porodice) važni su predisponirajući faktori za nastanak depresije.¹⁶ To, uz permanentno starenje svetske populacije čini depresiju važnim javnozdravstvenim problemom. U SAD približno 15% starijih od 65 godina boluje od nekog depresivnog poremećaja što iznosi oko 6 miliona osoba. Ovaj broj je verovatno i veći,

jer stariji pacijenti često, prilikom poseta lekaru, prenebegavaju simptome depresije, smatrajući ih normalnom pojavom starosti, i žale se na somatske tegobe.¹⁶ Među osobama starijim od 65 godina postoji značajna korelacija između depresije i rizika od rekurentnih padova. Ovaj podatak je od posebne važnosti, jer su padovi u starijoj populaciji relevantan javnozdravstveni problem.⁶

Deca i adolescenti

Novije studije pokazuju tendenciju pomeranja prvih simptoma depresije prema sve mlađim dobnim grupama. Noviji podaci ukazuju da oko 12% adolescenata i 3% dece doživljava simptome depresije pri čemu je učestalost depresije do puberteta među polovima jednaka, dok je nakon puberteta kod devojaka dvostruko veća.¹⁷ 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 socioekonomski status, porodični konflikti, prerana smrt roditelja, psihijatrijske bolesti i nasilje u porodici). Iskrivljeno viđenje sebe i sveta, karakteristično za ovaj uzrast, kao i neadekvatni mehanizmi suočavanja sa problemima rezultovace depresijom kod deteta u kontekstu negativnih životnih događaja.^{3,17} Problem kod dece i adolescenata usložnjava se visokim stepenom psihijatrijskih komorbiditeta (40-70%) gde pre svega spadaju poremećaji povezani sa zloupotrebom sredstava koja stvaraju zavisnost. Oni povećavaju rizik od suicida, smanjuju odgovor na tretman i povećavaju rizik od drugih medicinskih problema. 3 Uprkos tome više od 90% zemalja politikom mentalnog zdravlja ne obuhvata decu i adolescente.¹⁸

Osobe ženskog pola

Bilo bi nedopustivo površno prihvatiti kao prostu činjenicu podatak da je depresija kod žena dva puta češća nego kod muškaraca, a ne zapitati se čime je to savremena žena do te mere opterećena da je put u depresiju skoro izvestan.² Čak i u društvima sa visokom jednakosti, žene još uvek nemaju jednake mogućnosti, još uvek postoji polna nejednakost i žene su, mnogo više od muškaraca, prinuđene da usklađuju karijeru sa kućnim obavezama što ih čini vulnerabilnijim prema stresu.¹⁵ Nasilje nad ženama predstavlja osnovni problem socijalnog i opšteg zdravlja, pogađa žene svih godina, kulturoloških sredina i imovnog stanja i jedan je od predisponirajućih faktora za nastanak depresije.¹⁸ Prevalenca postpartalne depresije iznosi 10-20%, a smatra se da su hormonalni psihološki i društveni faktori u perinatalnom periodu povezani sa njenim nastankom.¹⁹

MOGUĆNOSTI INTERVENCIJE U PRIMARNOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTI

Preporuka SZO je da dijagnostika i terapija depresije na nivou primarne zdravstvene zaštite bude prvi korak kojim bi veliki broj osoba brže i lakše ušao u zdravstveni sistem, jer najveći broj ljudi na tom nivou traži pomoć.⁵ Preporučuje se lečenje od strane lekara porodične medicine i organizacija psihijatrijske službe po modelu psihijatrije u zajednici koji najbolje zadovoljava potrebe pacijenata sa depresijom i mentalnim poremećajima uopšte. Ovaj model podrazumeva zatvaranje velikih psihijatrijskih bolnica koje funkcionišu kao azili i kreiranje alternativa u zajednici (psihijatrijska odeljenja pri opštim bolnicama sa najviše 15 postelja, centri za mentalno zdravlje u zajednici koji koordiniraju i povezuju profesionalce za mentalno zdravlje i društvene ustanove, mobilni timovi za kućno lečenje, partnerstvo sa onima koji vode brigu o pacijentima i zadovoljavanju njihovih potreba).¹⁸ Na takav način bi se mogli ostvariti važni ciljevi kao što je smanjenje stigme o mentalnim poremećajima i diskriminacije povezane sa psihičkom bolešću koja negativno utiče na traženje pomoći i otežava integraciju obolelih u zajednicu.²⁰

Zašto primarna zdravstvena zaštita?

Lekar opšte medicine je u svim zdravstvenim sistemima osoba koja se prva sreće sa pacijentom i njegovim problemima.²¹ Depresija je, posle arterijske hipertenzije, drugo najčešće oboljenje sa kojim se praksa opšte medicine susreće i smatra se da se kod 15-25% pacijenata koji se obraćaju lekarima opšte medicine može postaviti dijagnoza depresije.^{6,20} U svojoj svakodnevnoj praksi lekar opšte medicine ne rešava samo zdravstvene probleme svojih pacijenata već se uključuje u rešavanje i svih problema povezanih sa zdravljem. Upravljanje stresom i kriznim stanjima pacijenata i ponovno uspostavljanje njihovih narušenih mehanizama suočavanja važni su zadaci lekara opšte medicine u tretmanu depresivnih pacijenata. Za razliku od rada u bolničkom sektoru gde je lekar najčešće orijentisan prema bolesniku i bolesti, lekar u primarnoj zdravstvenoj zaštiti usmeren je prema pacijentu kao ličnosti.²²

Poseban aspekt upravljanja depresijom u primarnoj zdravstvenoj zaštiti odnosi se na nezdrave životne stilove i ponašanja povezana sa depresijom, koji nekada mogu biti i najupadljivija manifestacija depresivnog poremećaja. 6 To ukazuje da evidentirani psihološki simptomi depresije predstavljaju samo vrh ledenog brega, jer tu nisu obuhvaćene glavobolje, uporni bolovi bez organskog substrata, različiti oblici zavisnosti (nikotin, alkohol, psihoaktivne substance), seksualni poremećaji i psihosomatika (ulkus, refluksna bolest, kolitis, astma i dr.).²² Na svu složenost prepozna-

vanja depresivnih poremećaja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti ukazuju i nedoumice da li skrining na depresiju treba da bude usvojen i rutinski primenjivan u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.⁶ Radna grupa preventivnih službi SAD (United States Preventive Services Task Force) preporučila je 2002. godine rutinski skrining na depresiju u primarnoj zdravstvenoj zaštiti samo u slučaju postojanja kolaborativnih programa za dijagnostikovanje lečenja i praćenje.^{6,23} Međutim, 2013. godine Kanadska radna grupa za preventivnu zdravstvenu zaštitu (Canadian task Force on Preventive Health Care) iznosi podatak da je na nivou primarne zdravstvene zaštite broj lažno pozitivnih rezultata skrininga mnogo veći od broja nedijagnostikovanih ili korektno dijagnostikovanih slučajeva kojih je samo 10-20%.^{23,24}

Problemi i ograničenja

Rezultati, na žalost, pokazuju da su i bogate zemlje kao i siromašnije sa slabo razvijenom primarnom zdravstvenom zaštitom daleko od postizanja cilja integracije mentalnog zdravlja u primarnu zdravstvenu zaštitu.¹⁹ Očigledno je da problem nije moguće rešiti isključivo u ordinaciji opšte medicine i da bez partnerstva i saradnje sa stručnjacima različitih profila, pojedincima i ustanovama iz lokalne i šire društvene zajednice lekar opšte medicine ostaje usamljen i bespomoćan u svojoj ordinaciji.²¹ Nedostaci bi se mogli sumirati kao: nedovoljno ulaganje u mentalno zdravlje; deficit radne snage (ne postojanje specijalista za mentalno zdravlje); nedovoljno obučeno osoblje u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za primenu metode 'lekar kao lek' (primena psiholoških metoda savetovanja i uspostavljanje terapijskog odnosa lekar pacijent); nedostatak vremena i motivacije lekara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za dijagnostiku i lečenje mentalnih poremećaja; nedovoljna decentralizacija psihijatrijskih službi, neadekvatne ili lošeg kvaliteta službe za mentalno zdravlje u zajednici i loša komunikacija između primarne zdravstvene zaštite i društvene zajednice.^{19,20}

Stanje u Srbiji

U Srbiji se relativno mali broj pacijenata sa mentalnim problemima leči na nivou primarne zdravstvene zaštite, odnosno samo 39% pacijenata koji dođu kod psihijatra pre toga kontaktiraju lekara opšte medicine.²⁵ Znanja lekara iz primarne zdravstvene zaštite o prevenciji i lečenju mentalnih poremećaja nedovoljna su, a komunikacija sa sekundarnim nivoom i ustanovama socijalne zaštite neadekvatna je ili ne postoji. 26 Nacionalni budžet namenjen mentalnom zdravlju je nedovoljan, a finansiranje je još uvek zasnovano na broju bolničkih dana i usluga dok prevencija i unapređenje mentalnog zdravlja nisu adekvatno podržani.^{25,26} U organizacionom smislu potrebno je formirati centre za zaštitu mentalnog zdravlja koji bi po teritorijalnom principu

pružali sveukupnu zaštitu mentalnog zdravlja stanovništvu. U okviru centara potrebno je oformiti timove za pomoć vulnerabilnim grupama, a posebno deci i mladima kroz savetvališta izvan zdravstvenih ustanova, u školama i internatima.²⁶ U Srbiji nema zaštićenih stanova za ovu kategoriju bolesnika, a sistemski nije rešeno ni zapošljavanje bolesnika da bi se začarani krug nezaposlenost-siromaštvo- depresija prekinuo.²⁵

ZAKLJUČAK

Medicinski, psihološki, društveni i ekonomski uzroci depresije ukazuju na multi faktoriјelnu etiologiju ovog stanja. Zato je potreban multisektorski, holistički prilaz sa kombinacijom farmakoterapije, psihoterapije i psihosocijalne rehabilitacije, jer je čisto medicinski i psihijatrijski pristup depresiji restriktivan i neefikasan. Formiranje centara za zaštitu mentalnog zdravlja pomoglo bi pojedincima da poboljšaju kontrolu nad sopstvenim životom kroz razvoj zdravih mehanizama za prevladavanje životnih poteškoća. Napore za njihovo eliminisanje socioekonomskih i psihosocijalnih faktora ne treba posmatrati kao finansijski teret, već kao zdravu i dugoročno isplativu investiciju. Integracija mentalnog zdravlja u primarnu zdravstvenu zaštitu ne sme da bude samo puko usklađivanje sa preporukama, već suštinski proces kome mora predhoditi edukacija kadrova iz komunikacijskih veština i psihološkog savetovanja. U protivnom upravljanje depresijom u primarnoj zdravstvenoj zaštiti svešće se samo na „skretnicu“ ka psihijatriji ili na pribegavanje medikaciji kao jedinom mogućem rešenju što je najčešće neodgovarajuće. Ako su stanovnici Belgijskog grada Gil još u XIII veku mogli da shvate prednosti zaštićenih stanova, privilegovanih hraniteljskih porodica i zapošljavanja u zaštićenim radionicama osoba sa mentalnim poremećajima, utoliko lakše bi to trebalo da shvati naše savremeno društvo. Napuštanje neuspešnih strategija i mudro, multisektorsko upravljanje depresijom u populaciji, moglo bi da retoriku o boljem mentalnom zdravlju konvertuje u realnost.

LITERATURA

1. Hrabak-Žerjavić V, Silobričić-Radić M, Folnegović-Šmalc M, Mimica N. Javnozdravstveno značenje depresivnih poremećaja. *Medicus* 2004; 13: 11-7.
2. Dodig G. Je li pred nama stoleće depresije? *Medicus* 2004; 13: 7-9.
3. Rudan V, Tomac A. Depresija u djece i adolescenata. *Medicus* 2009; 18: 173-9.
4. Stanković Ž, Nikolić-Baloski G, Leposavić Lj, Popović Lj. Percepcija kvaliteta života i socijalne prilagođenosti bolesnika sa rekurentnom depresijom. *Srp Arh Celok Lek* 2006; 134: 369-74.
5. Stojanović-Špehar S, Skočilić A, Blažeković-Milaković S, Vuković H, Kumbrija S. Depression and comorbidity in family medicine registrars'surgeries-pilot research. *Med Jad* 2007; 37: 5-14.
6. Cassano P, Maurizio F. Depression and public health: An overview. *J Psychosom Res* 2002; 53: 849-57.
7. Silobričić Radić M. Mentalno zdravlje. *Hrvatski časopis za javno zdravstvo* 2011; 28: 292-6.
8. McLaughlin KA. The public impact of major depression: a call for interdisciplinary prevention efforts. *Prev Sci* 2011; 12: 361-71.
9. Novaković T. Farmakoeкономski aspekt terapije depresije i anksioznih poremećaja. *Arh Farm* 2007; 57: 126-39.
10. Novaković M, Milovanović A, Jakovljević B, Milovanović S, Babić D, Pejanović N. Uticaj psihičkih oboljenja na ocenu radne sposobnosti. *Vojnosant Pregl* 2007; 64: 733-7.
11. Draganić-Gajić S. Kvalitet života porodica depresivnih osoba. *Psihijat Dan* 2005; 37(Suppl 1): S131-S137.
12. Jevtić M, Popović M, Bibić Ž. Ulaganje u mentalno zdravlje. *Eskulap* 2008; 3: 114-21.
13. Backović D. Mentalno zdravlje i mentalna higijena između dva milenijuma. *Med Pregl* 2010; 63: 833-8.
14. Marić Z. Mentalno zdravlje i nezaposlenost: Predikcija simptoma depresije kod nezaposlenih. *Psihologija* 2005; 38: 5-17.
15. Lejtzén N, Sundquist J, Sundquist K, Yinjun L. Depression and anxiety in Swedish primary health care: Prevalence, incidence and risk factors. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2014; 264: 235-45.
16. Šilje M, Sindik J. Uzroci i faktori rizika depresije kod starijih osoba. *Hrvatski časopis za javno zdravstvo* 2013; 34: 186-91.
17. Kumbrija S, Marđetko M, Majer M, Vuković H, Blažeković-Milaković S, Stojanović-Špehar S. Identifying and treating adolescent mental health problems in primary health care. *Med Jad* 2010; 40: 33-8.
18. World Health Organization. The world health report 2001 - Mental health: new understanding, new hope. Geneva: WHO, 2001. (<http://www.who.int/whr/2001/en/>).
19. Agapidaki E, Souliotis K, Jackson SF, Benetou V, Christogiorgos S, Dimitrakaki C et al. Pediatricians' and health visitors' views towards detection and management of maternal depression in the context of a weak primary health care system: A qualitative study. *BMC Psychiatry* 2014; 14:108. (doi: 10.1186/1471-244X-14-108).
20. Štrkalj-Ivezić S, Jukić V, Hotujac Lj, Kušan-Jukić M, Tikvica A. Organizacija zaštite mentalnog zdravlja u zajednici. *Liječ Vjesn* 2010; 132: 38-42.
21. Čabak B. Lekar opšte medicine u multidisciplinarnom pristupu. *Psihijat Dan* 2005; 37(Suppl 1): S149-S152.
22. Stojanović-Špehar S, Blažeković-Milaković S, Kumbrija S, i sar. Anksiozni bolesnik u obiteljskoj medicine-Balintov pristup. *Medix* 2007; 71: 111-4.
23. Thombs BD, Ziegelstein RC. Depression screening in primary care: why the Canadian Task Force on Preventive Health Care did the right thing. *Can J Psychiatry* 2013; 58: 692-6.
24. Christiansen KS, Sokolowski I, Olesen F. Case-finding, and risk-group screening for depression in primary health care. *Scand J Prim health Care* 2011; 29: 80-4.
25. Lečić-Toševski D, Ćurčić V, Grbeša G, Ispanović-Radojković V, Jović V, Kokora G i sar. Zaštita mentalnog zdravlja u Srbiji-izazovi i rešenja. *Psihijat Dan* 2005; 37(Suppl 1): S9-S15.
26. Backović D. Mentalna higijena: ideja i praksa u Srbiji. *Srp Arh Celok Lek* 2010; 138: 526-31.