

Депресија - узроци и исходи

Литература за решавање теста

Депресија - узроци и исходи

Литература за решавање теста

Реч аутора

Поштовани полазници курса,

У току излагања трудили смо се да представимо све узроке и исходе депресије.

Тест се састоји од 50 питања која се заснивају на презентованом материјалу.

ЖЕЛИМО ВАМ ПУНО УСПЕХА У РЕШАВАЊУ ТЕСТА!

др Драган Милошевић

Данијела Тодоровић

www.uzrnis.rs

УВОД

Депресија подразумева снажно осећање безразложне туге, са психомоторном инхибицијом и анксиозношћу уз дисфункцију нагонског живота и организма оболелог, уопште. Депресија водећи узрок неспособности и четврта болест по распрострањености према подацима Светске здравствене организације. До 2020г постоји пројекција рангирања на друго месточиме отвара велики број питања за разумевање разлога таквог тока.

Може се сматрати природним да имамо снижено расположење у појединим моментима. Међутим ако се стање одржава данима, па и недељама, то може бити сигнал за размишљање о депресији. Мајор депресија је период туге или апатије који траје најмање две узастопне недеље, и довољно је јак да прекине наше уобичајене активности. Депресија није знак слабости или негативне личности. То је велики проблем јавног здравља и поремећај који је могуће лечити.

КЉУЧНЕ ЧИЊЕНИЦЕ

1. Депресија је чест ментални поремећај, око 350 милиона људи пати од депресије
2. Депресија је водећи узрок инвалидитета у свету и велики је њен допринос глобалном оптерећеношћу болетима
3. Депресијом су више погођене жене него мушкарци
4. У најгорем случају депресија може да доведе до самоубиства
5. Постоје ефикасни третмани за депресију



Депресија је другачија од обичних флукуација расположења и краткотрајних емоционалних одговора на свакодневне животне проблеме. Посебно кад је дуготрајна са умереним и тешким интензитетом, депресија може постати озбиљно здравствено стање. Иако постоје ефикасни третмани за депресију мање од 10 посто оболелих налази се у процесу лечења.

Препреке за ефикасну заштиту менталног здравља код овог поремећаја леже у недостатку ресурса, недостатку обучених здравствених радника и проблемима социјане стигме везано за овај вид поремећаја уопште. Још један разлог за непружање ефективне заштите је погрешна клиничка процена и неадекватна терапија поремећаја расположења.

Уобичајено, депресија се односи на осећање патолошког расположења, које се мотивационо, квантитативно и квалитативно битно разликује од нормалне туге. Тешкоћа настаје приликом разграничавања доживљаја нормалне туге и потиштености, емоционалних искустава сваког нормалног човека и психопатолошког симптома, депресивно расположење. Депресивно расположење није посебно обележје, већ може представљати разне емоционалне, когнитивне и соматске промене.



Питање депресије за клиничара се решава класичним клиничким правилом да је посредни патологија када депресивно расположење прате:

1. Поремећаји телесних функција (спавања, апетита, варења, сексуалне активности)
2. Смањена функционалност у професионалним и социјалним улогама
3. Суицидалне мисли и радње
4. Погрешна процена реалности (са халуцинацијама и суманутим мислима)

Депресија је болест „целога тела“. Укључује ваше телесно, расположење и мисли. То је начин на који једете и спавате, осећате о себи, и начин на који размишљате о стварима.

Депресија производи:

- ✓ промене у мишљењу
- ✓ промене у осећају
- ✓ промене у понашању
- ✓ промене у физичком благостању

СИМПТОМИ ДЕПРЕСИЈЕ

Емоционални симптоми депресије:

Основни симптоми депресије су тужно расположење и или губитак интересовања у животу. Активности које су некада биле пријатне, губе привлачност. Пацијенти могу бити прогоњени осећајем кривице или безвредности, недостатком наде и понављају мисли о смрти или самоубиству.

Депресија некад може бити повезана са физичким симптомима:

- ✓ замор и смањено енергетско стање
- ✓ несаница, посебно рано јутарње буђење
- ✓ прекомеран сан
- ✓ стални болови, главобоља, грчеви или дигестивни проблеми који се не олакшавају ни са третманом
- ✓ депресија може да учини да се други здравствени проблеми подносе теже, посебно хронични бол

Депресија је најчешћи афективни поремећај, креће се од врло благог стања које се граничи са нормалним све до озбиљних депресија које су праћене халуцинацијама и делузијама (болесно веровање у нешто што није истинито). Симптоми депресије укључују емоционалне и биолошке компоненте: ојађеност, апатија и песимизам, недостатак самопоуздања, осећај кривице, неадекватности и ружноће, неодлучност, губитак мотивације, успореност мисли и деловања, губитак либида, поремећаји сна и губитак апетита.



АНТИДЕПРЕСИВИ И ПОДЕЛА

Антидепресиви се деле на следеће категорије:

- ✓ инхибитори преузимања моноамина:
- ✓ трициклични антидепресиви (ТСА), нпр. imipramin, amitriptilin;
- ✓ селективни инхибитори преузимања серотонина нпр. fluoksetin, fluvoksamin, paroksetin, sertralin;
- ✓ остали инхибитори који нису хемијски сродни ТЦА али су фармаколошки слични, нпр. мапротилин, ребоксетин
- ✓ инхибитори моноаминооксидазе (MAOI), нпр. fenalzin, tranilcipromin, moklobemid
- ✓ разни антидепресиви: mianserin, bupropion, trazodon.

Неселективни инхибитори преузимања моноамина: неселективно блокирају преузимање неуротрансмитера норадреналина, серотонина и допамина и тако повећавају њихову концентрацију на спојевима нервних ћелија. У ову групу убрајају се лекови као што су кломипрамин, мапротилин, имипрамин, амитриптилин и други.

Селективни инхибитори преузимања серотонина (SSRI): селективно блокирају преузимање серотонина, а на друге неуротрансмитерске системе делују слабо или не делују уопште. У ову групу лекова убрајају се пароксетин, сертралин, циталопрам, флуоксетин и флувоксамин.

Неселективни инхибитори моноаминооксидазе (MAOI): блокирају ензим моноаминооксидазу који разграђује неуротрансмитере.

Селективни инхибитори моноаминооксидазе типа А: прву генерацију инхибитора моноаминооксидазе данас су заменили реверзибилни инхибитори моноаминооксидазе типа А, као што је моклобемид. То су сигурни лекови, добре подношљивости, а при узимању није потребна дијета.

Остали антидепресиви:

- ✓ Дуални серотонински антидепресиви: делују као антагонисти серотонинских рецептора типа 2 и као слаби селективни инхибитори преузимања серотонина. Представници су тразодон и нефазодон.
- ✓ Дуални инхибитори преузимања серотонина и норадреналина: представник је венлафаксин.
- ✓ Селективни инхибитори преузимања норадреналина: представник је ребоксетин.
- ✓ Појачиваци преузимања серотонина: представник је тианептин.
- ✓ Инхибитор преузимања норадреналина и допамина: представник је бупропион.
- ✓ Норадренергички и специфични серотонергички антидепресив: представник је миртазапин.
- ✓ Реверзибилни инхибитори моноаминооксидазе (RIMA): представник је моклобемид.

Амитриптилин је трициклични антидепресив. Основно снажно антидепресивно деловање праћено је отклањањем узнемирености и тескобе. Амитриптилин кочи механизам мембране којим се регулише улазак серотонина и норадреналина у адренергичке и серотонинергичке неуроне. У фармаколошком смислу то деловање може појачати или продужити активност неурона. Користи се за лечење ендogene депресије и депресивног поремећаја. Као и сви трициклични антидепресиви амитриптилин има доста нуспојава.

Моклобемид је селективни и реверзибилни инхибитор моноаминооксидазе типа А.

Повећава концентрацију норадреналина, допамина и серотонина у мозгу, услед чега се побољшавају расположење и психомоторна активност. Моклобемид ублажава симптоме депресије: дисфорију, исцрпљеност, губитак животног елана, побољшава моћ концентрације и поправља квалитет спавања. Клиничка побољшања се запажају у току првих 10 дана терапије. Моклобемид ублажава тегобе које су у вези са социјалном фобијом. Индикације су депресивни синдроми и социјална фобија.

Несаница, узнемиреност, анксиозност, раздражљивост, вртоглавица, главобоља, парестезије, гастроинтестиналне тегобе и кожне алергијске реакције. Врло ретко могу настати и конфузна стања, која се поправљају по престанку терапије.

Флуоксетин припада групи антидепресива који селективно инхибишу преузимање серотонина у пресинаптичке нервне завршетке (SSRIs). Флуоксетин незнатно инхибише преузимање норадреналина и допамина у пресинаптичке нервне завршетке, а поред тога, не испољава знатније антихолинергичке, антихистаминске и антиадренергичке ефекте. Овакав фармакодинамски профил флуоксетина омогућава му безбеднију примену; флуоксетин изазива мање изражену седацију и друге нежељене ефекте од трицикличних антидепресива. Дуготрајна примена флуоксетина модификује активност серотонинских рецептора што се сматра најзначајнијим ефектом овог лека у терапији депресија. Флуоксетин је погодан, посебно, за терапију старијих болесника због мање изражених нежељених ефеката као што су нпр. антимукарински ефекти и кардиотоксичност.

Флуоксетин се после пероралне примене брзо и добро ресорбује из дигестивног тракта, а максимална концентрација у серуму постиже се за 4 - 8 часова. Антидепресивни ефекат флуоксетина наступа после 1-3 недеље од почетка примене лека. Флуоксетин се метаболише у јетри. Флуоксетин се излучује, углавном путем бубрега, највећим делом у облику нор-флуоксетина, а у малој мери у облику непромењеног једињења.

Индикације су: депресија-посебно велике депресивне епизоде које не захтевају седацију, булимија, опсесивно-компулсивни поремећаји.

На кардиоваскуларном систему су ретки нежељени ефекти. Најчешће се запајају палпитације, таласи врућине и знојење. На ЦНС-у за време терапије флуоксетином могу да се појаве, као нежељени ефекти: раздражљивост, инсомнија, главобоља, тремор, анксиозност, сомноленција, хипоманија или манија, конвулзије и вртоглавица. На гастроинтестиналном тракту најчешћи нежељени ефекат је наузеја. Сувоћа уста, анорексија, диареја, диспепсија, повраћање и опстипација се појављују ређе него после MAO инхибитора и трицикличних антидепресива. На кожи је могућа појава акни, алопеције, хирзуитизма као и сува кожа. Артарлглија, миалгија, промена укуса, смањен либидо, немогућност ерекције, закаснела ејакулација, закаснели оргазам или његов изостанак и визуелни поремећаји ретко се појављују приликом примене флуоксетина. Код малог броја болесника појављују се реакције преосетљивости на флуоксетин које се манифестују као раш, ангиоедем, фотосензибилизација, уртикарија и пруритус. Од метаболичких нежељених ефеката веома ретко су забележени: хипогликемија, хиперхолестеролемија, хипокалемија и хипонатремија.

Миртазапин је новији антидепресив. Користи се за ублажавање симптома депресије, попут осећаја мање вредности, кривице, туге, губитка воље и интереса за свакодневне активности. Механизам деловања није тачно познат. Неки резултати претклиничких испитивања сугеришу да миртазапин повећава централну норадренергичку и серотонергичку активност. Према томе, понаша се као антагонист централних пресинаптичких алфа-2-адренергичких инхибиторних рецептора.

Током терапије упозорава се на појаву промена у понашању, као анксиозност, импулсивност, агресивност, поремећај спавања. Ово може бити повезано са погоршањем симптома депресије и суицидалних мисли. Код терапије је битна добра процена дозе и учесталости примене.

Могуће нуспојаве су алергијска реакција, неправилан рад срца, благи тремор, вртоглавица, поспаност, повећана подложност инфекцијама.

Миансерин је атипични антидепресив тетрацикличне структуре. Дејство му се базира на различитим механизмима модификовања синаптичке трансмисије норадреналина и серотонина са последичном нормализацијом поремећених односа унутар и између појединих аминергичких система. На тај начин постиже већу специфичност деловања на сам биохемијски супстрат болести. Одсуство или занемариво деловање на друге системе (нпр.холинергички) разлог је што овај лек, у односу на класичне трицикличне антидепресиве, карактерише боља подношљивост. Делује седативно и анксиолитички. Индикације: различити облици депресивне болести, посебно случајеви код којих је потребна седација пацијента.

Најчешћа нежељена дејства миансерина су поспаност и умор. У неким случајевима могу да се јаве и вртоглавица, хипотензија, малаксалост, главобоља и тремор. У ретке нежељене ефекте спадају крвне дискразије (леукопенија, гранулоцитопенија, агранулоцитоза, апластична анемија) за које се сматра да су последица директне токсичности лека као и имунолошки посредованих механизма. Такође, изузетно ретко, лек може да проузрокује оштећење јетре праћено жутицом, гинекомастију, бол у зглобовима, раш на кожи, знојење, синдром немирних ногу, глоситис и фацијални едем.

Сертралин је јак и специфичан инхибитор преузимања серотонина. За разлику од трицикличних антидепресива током лечења сертралином није примећен пораст телесне тежине, у неких болесника може при узимању лека наступити смањење телесне тежине.

Сертралин је индикован за лечење симптома депресије у болесника са манијом у анамнези или без ње. Сертралин је такође индикован за лечење опсесивно компулсивне болести и за лечење паничног поремећаја.

Мучнина, пролив, диспепсија, анорексија, тремор, несаница, поспаност, појачано знојење, сува уста и сексуална дисфункција.

Пароксетин је снажан и селективан инхибитор 5-хидрокситриптамина (5-ХТ, серотонин) и сматра се да је његово антидепресивно деловање у лечењу опсесивно-компулсивног поремећаја и паничног поремећаја повезано са његовом специфичном инхибицијом серотонина у можданим неуронима.

Пароксетин не ремети психомоторну функцију и не појачава депресивни утицај етанола. Пароксетин се добро апсорбује након оралне употребе и подлеже метаболизму првог пролаза кроз јетру. Пароксетин се излучује мокраћом и то око 64% у облику метаболита и мање од 2% у непромењеном облику.

Користи се у лечењу: свих типова депресија, укључујући реактивне и тешке депресије праћене тескобом, опсесивно-компулсивног поремећаја и спречавању рецидива истог, паничног поремећаја са или без агорафобије, социјалне фобије, посттрауматског стресног поремећаја, генерализованог анксиозног поремећаја.

Нуспојаве пароксетина су обично благе и не утичу на квалитет живота болесника. Најчешће забележене нуспојаве су: мучнина, поспаност, знојење, тремор, астенија, сува уста, несаница, сексуална дисфункција, вртоглавица, опстипација, пролив и смањени апетит.

Ретко су забележени: осип, акутни глауком, ретенција мокраће, периферни и фацијални едем, синус тахикардија, тромбоцитопенија, серотонергички синдром, симптоми који указују на хиперпролактинемију/галактореју и хипонатремија.

Венлафаксин се користи за третман јачих депресивних стања и када лоше расположење, губитак воље, интересовања води ка суицидалним идејама. Индикуван је и код социопата, али не и код блажих облика напетости и нервозе узроковане свакодневним стресом. Нађено је да су венлафаксин и његов активни метаболит инхибитори преузимања норадреналина и серотонина и слаб инхибитори преузимања допамина

Венлафаксин може изазвати неке алергијске реакције, промене у понашању, па и суицидалне мисли. Важно је обратити пажњу и на реакције попут поспаности, замућеног вида, због опасности у вожњи. Могуће су и вртоглавице и несвестице.

ПРОМЕНЕ

Лечење депресије је показало да се побољшава стање и постојећих болести.

Промене у мишљењу:

- ✓ постоји проблем са концентracијом и доношењем одлука
- ✓ неки људи пријављују тешкоће са краткорочним памћењем
- ✓ константно заборављање
- ✓ негативне мисли и размишљање су карактеристика депресије
- ✓ песимизам
- ✓ ниско самопоштовање, претерана кривица и самокритика су уобичајене
- ✓ неки људи имају само-деструктивне мисли током озбиљне депресије

Промене у понашању:

- ✓ неки људи се не осећају пријатно са другима
- ✓ социјално повлачење је уобичајено
- ✓ неки имају искуство драматичне промене у апетиту, или једу мање или једу више
- ✓ неки људи се жале о свему и испољавају свој бес
- ✓ сексуална жеља може нестати, што може довести до сексуалне неактивности
- ✓ у екстремним случајевима, људи могу занемарити свој лични изглед, чак и одржавање личне хигијене.

КЛАСИФИКАЦИЈА

Проблем класификације депресија проистиче из низа питања која нам се отварају, а кроз која су и биле усмерене класификационе дилеме:

Пре свега да ли је то болест или облик реаговања?

Потом, да ли је то болест са многобројним облицима, или је по среди група разнородних етиолошких поремећаја?

Које су то разлике, квалитативне (категоријалне) или квантитативне (димензионалне)?

Класификација поремећаја расположења дата је кроз четири различита концептуална модела:

1. ендогено/реактивно
2. психотично/неуротично
3. примарно/секундарно
4. униполарно/биполарно

Класификације DSM IV-TR и ICD-10 се ослањају на димензионални модел, и као критеријум класификовања су узета четири димензије феноменологије:

1. интезитет
2. периодицитет
3. поларитет
4. трајање поремећаја

Депресија се манифестује са више форми, и удружена са другим болестима, као што су болести срца, дијабетес, карцином, гастроинтерстинални поремећаји и др.

Према NIMH форме депресије су: **major depression, dysthymia и bipolar disorder.**

Мајор депресија је комбинација симптома који доводе до неспособности за рад, учење, спавање, исхрану и губитка уобичајених интересовања за задовољство јоји су раније постојали.

Дистимија је мањег интезитета симптома, хронична форма, траје најмање две године, оболели има бар једну епизоду мајор депресије у животу.

Биполарна депресија, раније обележена као манично-депресивни поремећај, дакле циклични поремећај расположења, са озбиљним повишењем и снижењем расположења, некада са веома брзим низом и подваријанти.

СИМПТОМИ

Симптоми мајор депресије:

1. Депресивно расположење целог дана, готово сваког дана.
2. Упадљиво смањено интересовање за уобичајене активности.
3. Губитак телесне тежине
4. Инсомниа или хиперсомниа
5. Психомоторна агитација или ретардација
6. Замор или губитак енергије
7. Осећај беспомоћности и кривице
8. Умањена могућност концентрације и одржавања пажње
9. Рекурентна размишљања о смрти и суицидалност

Симптоми дистимие:

1. Стално тужно, анксиозно или празно расположење
2. Губитак интересовања у активностима у којима је уживао
3. Плакање
4. Повећан немир и иритабилност
5. Смањена концентрација, способност одлучивања и енергија
6. Размишљање о смрти и суициду
7. Повећано осећање кривице и осећање безнадежности
8. Смањен апетит или повећан апетит
9. Поремећај спавања
10. Социјално повлачење
11. Физички симптоми који не пролазе на уобичајени третман

Симптоми биполарне депресије (депресивна фаза):

1. Депресивно расположење целог дана, готово сваког дана.
2. Упадљиво смањено интересовање за уобичајене активности.
3. Губитак телесне тежине
4. Инсомниа или хиперсомниа
5. Психомоторна агитација или ретардација
6. Замор или губитак енергије
7. Осећај беспомоћности и кривице
8. Умањена могућност концентрације и одржавања пажње
9. Рекурентна размишљања о смрти и суицид

Симптоми биполарне депресије (манична фаза):

1. Претерано самопоуздање
2. Смањена потреба за спавањем и одмором
3. Повећана иритабилност
4. Повећана физичка агитација
5. Повећано уживање у активностима које могу резултирати болним консеквенцама
6. Причљивост
7. Еуфорија
8. Повећана сексуална активност
9. Слабост просуђивања

ЕТИОЛОГИЈА

Шта је етиологија депресије?

Узроци депресије су различити и укључују физиолошке, психолошке и факторе средине.

Физиолошки фактори у етиологији депресије су:

1. Биохемијски дисбаланс - Кад је хемијски дисбаланс у телу узрокује недостатак неуротрансмитера, долази до депресије. Чак и хормонална неравнотежа, која се дешава после рођења детета може да доведе до постпарталне депресије.
2. Симптом другог физичког проблема - Депресија може бити симптом неког другог здравственог проблема, као што је Алцхајмерова болест, Паркинсонова болест, менопауза, карцином, дијабетес, болести срца, хипертиреодизам.
3. Генетски поремећаји - У неким случајевима је депресија наследни поремећај који повећава склоност настанку депресије. Уколико је неки члан породице имао депресију, не значи да ће се испољити увек у потомству, али може бити узрок настанка.
4. Пол - Истраживања показују да су жене склоније депресији од мушкараца. Дакле, пол је делимично ипак одговоран за ово стање.
5. Зависност од супстанци - Неки људи конзумирају алкохол и дрогу како би елиминисали симптоме депресије као искуство. Међутим, оно што нису свесни, то је да један од главних симптома након обустављања тих супстанци депресија. На тај начин злоупотреба супстанци и додатно доприноси настанку овог поремећаја.
6. Недостатак хранљивих материја - У неким случајевима недостатак хранљивих материја, као што је фолна киселина и витамин В-12 доводи до развоја депресије.
7. Лекови - Унос веће количине лекова може довести до погоршања постојеће депресије код људи. Лекови као што су хипнотици, антихипертензивни, бензодиазепини, као и антибеби пилуле могу пертиципирати ово стање.

Психолошки фактори у етиологији депресије:

1. Особине личности - Људи који поседују одређене особине личности као што је песимизам, ниско самопоштовање, анксиозност или претерана забринутост, преосетљивост, страх од одбацивања, осећај изолованости од других, комплекс супериорности или инфериорности, осећај неадекватности...склонији су депресији.
2. Ирационални мисаони процеси - Због грешке у мишљењу које људи развијају долази до погрешне интерпретације и даљег смањивања самопоштовања које води ка депресији.
3. Научена беспомоћност - Односи се на претпоставку неких људи да нису у стању да контролишу своје окружење и ситуацију са претпоставком да су одређени да се носе током живота са свим несрећним догађајима и на тај начин су свој ум прилагодили томе. Ово може водити ка томе да мисле да ништа не може довести до промене такве ситуације. То води ка песимизму, апатији и коначно депресији.
4. Стрес - Међу неколико здравствених последица стреса, депресија је један од њих. Продужени емоционални и физички стрес, доводи до депресије и до беспомоћности да се са њим носи.
5. Гојазност - Иако је гојазност физичко стање, резултати показују да она може бити значајан психолошки узрок настанка депресије, посебно код деце и адолесцената. Наравно да и мршавост може имати исти значај у овој узрасној категорији.

Психодинамички фактори који узрокују настанак депресије су:

1. Нарцистичка вурнелабилност - депресивни ефекат у нарцистички вулнерабилним индивидуама је хронични осећај празнине, као одговор на неемпатично, трауматично детињство. Када се дечије афективно искуство не огледа код њихових примарних старатеља, остаје осећај усамљености у њиховом искуству и емоционална празнина. Они се боре да попуне себе тражећи друге да их идеализују и да се идентификују са њима.
2. Конфликтни бес - Одговор на нарцистичку повреду, љутња на доживљавани или стварни недостатак спремности других да задовоље жеље или потребе особе. Оштећење интерперсоналних односа, љутња окренута према себи, покреће депресивне афекте, снижава расположење.
3. Кажњавајући суперего, искуство кривице и стида - Љутња окренута према себи, преко оштрог самоосуђивања, интернализација родитељских ставова који су доживљени као оштри и кажњавајући. Негативна перцепција себе и самокритичност снижавају самопоуздање, покрећу депресивне ефекте.
4. Идеализована и обезвређена очекивања од себе и других - Напори за ублажавање ниског самопоуздања. Високо очекивање од себе (его- идеал), други идеализовани у задовољавању потребе или обезвређени да би се појачало самопоуздање. Значајно разочарење, љутња на себе и друге са смањењем самопоуздања.
5. Карактеристична средства одбрана против болних афеката - Порицање, пројекција (доживљај љутње као да потиче од других), пасивна-агресија (изражавање љутње индиректно), реактивна формација (порицање љутње праћено компензаторним претерано позитивним осећањем).

Фактори средине у етиологији депресије:

1. Губитак вољених особа
2. Учени неуспех
3. Друштвена улога и очекивање

Шта можемо рећи о билошкој основи депресије?

Мајор депресивни поремећај укључује значајне последице структурних, функционалних и молекуларних промена у више области мозга.

Антидепресиви као фармакотерапија су повезани са обновом физиологије. Лекарима се препоручује да интервенишу рано са свеобухватним приступом третману као крајњем циљу.

Допамин је неурохормон ослобођен од стране хипоталамуса. Главна функција као хормона је да инхибира ослобађање пролактина од стране предњег режња хипофизе. Ниски нивои допамина утичу на депресију. Нивои метаболита допамина су у обрнутој сразмери са тежином депресије. Ниски нивои допамина и метаболита допамина нађени су у серуму, ликвору и урину суицидалних пацијената.

Норадреналин или хормон стреса има улогу у мозгу где се контролишу пажња и одговори. Дефицит норадреналина оштећује концентрацију, утиче на радну меморију, проузрокује психомоторну ретардацију, који воде у апатију и депресију. Са друге стране, повећање норадреналина у овом путу, побољшава лошу концентрацију, апатију и депресију.

Повећање или смањење концентрације серотонина доводи до побољшања или оштећења когнитивних перформанси, зависно од врсте задатка. Појачава социјално повезивање и коопертивно понашање, смањује иритабилност и хостилност. Серотонин игра важну улогу у памћењу, агресивности и суицидалности депресивних пацијената, и процесирању емоционалних информација.

Депресија у различитим популационим групама:

- ✓ депресија код предшколске деце је ретка, једнака је код девојчица и дечака, јавља се у 1-2% случајева
- ✓ у адолесценцији расте учесталост на 3-8%, и појављују се разлике у родној заступљености (девојчице двоструко више)
- ✓ поновљена епизода у касној адолесценцији или раном одраслом добу код 45-72%

Депресија код жена:

Постпартална стања (постпорођајна туга, пуерперална психоза, постпартална депресија).

Ефекти хормонских промена (менарха, менопауза, ПМС)

Депресија код старих, често има симптоме као и код млађих одраслих. Депресија код старих се разликује од нормалног старења. старији пацијенти се ређе жале на тугу, чешће имају симптоме хипохондрије, чешћи симптоми због којих долазе лекару су проблеми са памћењем, често имају и високу анксиозност, која доминира клиничком сликом, па се депресија може и превидети, често се среће апатија и пад мотивације.

Депресија и телесна болест су повезане, и то:

- ✓ депресија је чешћа код оних који имају хроничну телесну болест, него код телесно здравих
- ✓ више од 20% особа са хроничним болестима има депресију.
- ✓ веза између депресије и телесне болести може бити коинциденца, заједнички узрок, депресија узрокује телесну болест или телесна болест узрокује депресију.

Постоје лекови за лечење депресије (антидепресиви) и они служе за њено лечење.

Потребно је 2-4 недеља континуиране свакодневне употребе антидепресива до постизања терапијског ефекта, и то је битно рећи пацијенту.

Такође важне чињенице везане за депресију су:

- ✓ депресија је болест а не слабост
- ✓ опоравак је правило пре него изузетак
- ✓ терапија је ефикасна и постоји много могућности у лечењу
- ✓ циљ лечења је постизање ремисије, а не само пригушивање симптома
- ✓ ризик од поновне појаве симптома након прекида лечења је висок: 50% после прве епизоде, 70% након друге епизоде, а 90% након треће епизоде
- ✓ на поновну епизоду депресије утичу разни спољашњи фактори, чак и годишња доба (најчешћа је у јесен)
- ✓ пацијент и породица треба да буду упознати са раним знацима погоршања

и, коначно, мора се третирати сваки пацијент понаособ, поштовати терапијске смернице али увек имати у виду специфичности неуротрансмитерске реакције циљне симптоме који су део клиничке слике.