

Anksioznost i depresivnost - prijetnja modernom društvu

Mesić, Ante

Master's thesis / Diplomski rad

2021

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Dental Medicine and Health Osijek / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:243:072486>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-13**

Repository / Repozitorij:

[Faculty of Dental Medicine and Health Osijek
Repository](#)



SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

FAKULTET ZA DENTALNU MEDICINU I ZDRAVSTVO

OSIJEK

Diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo

Ante Mesić

**ANKSIOZNOST I DEPRESIVNOST –
PRIJETNJA MODERNOM DRUŠTVU**

Diplomski rad

Slavonski Brod, 2021.

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

FAKULTET ZA DENTALNU MEDICINU I ZDRAVSTVO

OSIJEK

Diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo

Ante Mesić

**ANKSIOZNOST I DEPRESIVNOST –
PRIJETNJA MODERNOM DRUŠTVU**

Diplomski rad

Slavonski Brod, 2021.

Mentor rada: doc. dr. sc. Štefica Mikšić

Rad ima 33 stranice.

Znanstveno područje: Biomedicina i zdravstvo

Znanstveno polje: Kliničke medicinske znanosti

Znanstvena grana: Sestrinstvo

ZAHVALA

Zahvaljujem svim profesorima i predavačima na znanju koje su mi prenijeli i tako me unaprijedili kao osobu kako u privatnom tako i u profesionalnom životu. Posebno se zahvaljujem svojoj mentorici doc. dr .sc. Štefci Mikšić na stručnoj pomoći tijekom izrade ovog rada, ali i na svom prenesenom znanju i savjetima tijekom studiranja.

Velika zahvala mojoj supruzi Mirjani na podršci tijekom studija.

Ovaj rad posvećujem svojim kćerima Loti i Dini.

Sadržaj

| | |
|-----------------------------------------------------|----|
| 1. UVOD..... | 1 |
| 2. POSTUPCI..... | 2 |
| 3. ANKSIOZNOST I DEPRESIJA U MODERNOM DRUŠTVU | 3 |
| 3.1. ANKSIOZNOST | 3 |
| 3.1.1. Simptomi i liječenje | 3 |
| 3.1.2. Anksioznost u modernom vremenu | 7 |
| 3.2. DEPRESIJA | 12 |
| 3.2.1. Simptomi i liječenje | 12 |
| 3.2.2. Depresija u modernom vremenu..... | 17 |
| 3.3. PREVENCIJA ANKSIOZNOSTI I DEPRESIJE | 21 |
| 4. ULOGA ILI VAŽNOST ZA SESTRINSKU PRAKSU | 23 |
| 5. ZAKLJUČAK | 25 |
| 6. SAŽETAK | 26 |
| 7. SUMMARY | 27 |
| 8. LITERATURA..... | 28 |
| 9. ŽIVOTOPIS | 33 |

Popis kratica

PTSP – posttraumatski stresni poremećaj

KOPB – kronična opstruktivna plućna bolest

DSM-5 – Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje

KBT – kognitivna bihevioralna terapija

SAP – socijalni anksiozni poremećaj

ADHD – poremećaj pozornosti s hiperaktivnošću

SSRI – selektivni inhibitori ponovnog preuzimanja serotonina

MAOI – inhibitori monoaminooksidaze

ECT – elektrokonvulzivna terapija

TMS – transkranijalna magnetska stimulacija

BDP – bruto društveni proizvod

SAD – Sjedinjene Američke Države

MTD – depresija modernog tipa

SES – socioekonomski status

CBT – kognitivno-bihevioralna terapija

PSFL – program rješavanja problema za život

1. UVOD

Sve veći broj mentalnih poremećaja u globalnoj populaciji dovodi se u vezu s urbanizacijom, tehnološkim razvojem i modernim načinom života. Anksioznost je jedan od najčešćih mentalnih poremećaja u modernom društvu. Ovo stanje može biti akutno, no može se razviti i u kronično patološko stanje kojemu treba pristupiti vrlo ozbiljno. Anksioznost se najčešće javlja nakon izrazito stresne situacije ili događaja koji stvaraju tugu i strah, poput gubitka voljene osobe. Depresija je drugačiji mentalni poremećaj od anksioznosti. Riječ je o poremećaju raspoloženja dok je anksioznost živčani poremećaj. Unatoč razlikama, simptomi anksioznosti i depresije mogu biti jednaki pa je vrlo važno pravilno dijagnosticirati bolest (1, 2, 42, 43).

Kada se pacijentu dijagnosticira anksiozni poremećaj ili depresija, treba pažljivo pristupiti liječenju. Ova dva mentalna poremećaja najčešće se liječe farmakološkom terapijom te psihoterapijom. Psihoterapija uključuje razgovor pacijenta sa stručnjakom o mislima i osjećajima, a može biti bihevioralna terapija koja ima za cilj riješiti način na koji su misli, osjećaji i ponašanje pacijenta povezani. Lijekovi iz skupine antidepresiva upotrebljavaju se u liječenju depresije, ali se mogu upotrebljavati i kod anksioznih poremećaja. Vrlo je važno da osobe koje osjećaju simptome anksioznosti ili depresije potraže pomoć kako ovi mentalni poremećaji ne bi ugrozili njihovu svakodnevnu funkcionalnost, produktivnost i održavanje socijalnih odnosa (1, 2, 42, 43).

S obzirom na sve veći broj pacijenata s anksioznošću i depresijom te na važnost pružanja adekvatne podrške i sestrinske njege pacijentima s navedenim mentalnim poremećajima definiran je cilj i svrha ovog diplomskog rada. Prikazane su osnovne karakteristike i načini liječenja anksioznosti i depresije u smislu vodećih mentalnih bolesti modernog vremena i društva. Izvjestan naglasak je stavljen glede mogućnosti njihove prevencije i važnost poznavanja ovih bolesti i njihove korelacije s modernim vremenom za sestrinsku praksu (1, 2, 42, 43).

2. POSTUPCI

Pri izradi ovog preglednog diplomskog rada korištene su znanstvene i istraživačke metode koje daju prikaz aktualnih stručnih i znanstvenih spoznaja o anksioznosti i depresiji kao bolestima modernog društva. Ovaj rad predstavlja sekundarno istraživanje, a tijekom pisanja su korištena ranija stručna i znanstvena istraživanja, što predstavlja sekundarne izvore podataka.

Za potrebe pisanja ovog diplomskog rada pretražene su baze stručnih i znanstvenih radova koje su dostupne putem Interneta: Medline, PubMed, Elsevier, Science Direct, Researchgate i druge, kao i mrežne stranice najpoznatijih svjetskih znanstvenih institucija i klinika u području zaštite i unaprjeđenja mentalnog zdravlja koje skrbe o osobama s anksioznošću i depresijom. Korištene su ključne riječi: anksioznost, depresija, moderno doba, sestinstvo, sestrinska njega, bolesti modernog vremena, *anxiety, depression, modern age, nursing, nurses, modern age diseases*.

Kriteriji uključivanja publikacija bili su da su članci objavljeni unazad 5 i više godina, što se smatra početkom istraživanja anksioznosti i depresije kao bolesti modernog vremena, a uključeni su i stariji radovi koji se u struci i praksi smatraju ključnima u razvoju struke i znanosti vezane za anksioznost i depresiju.

3. ANKSIOZNOST I DEPRESIJA U MODERNOM DRUŠTVU

3.1. ANKSIOZNOST

3.1.1. Simptomi i liječenje

Anksioznost je emocija koju karakteriziraju osjećaji napetosti, zabrinute misli te fizičke promjene poput povišenog krvnog tlaka. Ljudi s anksioznim poremećajima obično imaju ponavljajuće nametljive misli ili zabrinutosti. Mogu imati i fizičke simptome kao što su znojenje, drhtanje, vrtoglavica ili ubrzani rad srca (1).

Anksioznost ili tjeskoba jedan je od najčešćih emocionalnih poremećaja u svim dobnim skupinama, a može se javiti u više oblika (2):

1. Generalizirani anksiozni poremećaj: osobe s generaliziranim anksioznim poremećajem (GAP) pokazuju pretjeranu tjeskobu ili zabrinutost većinu dana tijekom najmanje 6 mjeseci, a zbog niza stvari poput osobnog zdravlja, posla, socijalnih interakcija i svakodnevnih rutinskih životnih okolnosti. Strah i tjeskoba mogu uzrokovati značajne probleme u raznim područjima njihova života poput društvenih interakcija, škole i posla. Simptomi ove vrste anksioznog poremećaja uključuju: osjećaj nemira, zbunjenosti, ranjivosti ili osjećaj da se osoba nalazi na rubu; poteškoće s koncentracijom i pamćenjem; razdražljivost; napetost mišića; poteškoće u kontroli osjećaja zabrinutosti; probleme sa spavanjem poput poteškoća zaspati ili nemirnog sna (2).
2. Panični poremećaj. Ljudi s paničnim poremećajem imaju ponavljajuće neočekivane napade panike. Napadi panike su iznenadna razdoblja intenzivnog straha koja se brzo pojave i svoj vrhunac dosegnu u roku od nekoliko minuta. Napadi se mogu dogoditi neočekivano ili ih može pokrenuti neka situacija ili predmet. Tijekom napada panike ljudi mogu doživjeti: palpitacije srca, lupanje srca ili ubrzani rad srca; znojenje; drhtanje i trešnju; osjećaj otežanog disanja ili gušenja, osjećaj nadolazeće propasti te osjećaj da se osoba nalazi izvan kontrole. Ljudi s paničnim poremećajem često brinu kada će se dogoditi sljedeći napad i aktivno pokušavaju spriječiti buduće napade izbjegavajući mjesta, situacije ili ponašanja koja povezuju s napadima panike. Zabrinutost zbog napadaja panike i naponi utrošeni u pokušaje izbjegavanja napada uzrokuju značajne probleme u različitim područjima života (2).
3. Poremećaji povezani s fobijom. Fobija je intenzivan strah od ili odbojnost prema određenim predmetima ili situacijama. Iako u nekim okolnostima osoba može biti

realno zabrinuta, strah koji ljudi s fobijama osjećaju nerazmjern je stvarnoj opasnosti koju uzrokuje situacija ili predmet. Postoji nekoliko vrsta fobija i poremećaja vezanih za fobiju. To su specifične fobije, koje se ponekad nazivaju i jednostavnim fobijama, a riječ je o tome da se ljudi koji imaju specifične fobije intenzivno boje ili osjećaju intenzivnu anksioznost zbog određenih vrsta predmeta i situacija. Neki primjeri specifičnih fobija uključuju strah od letenja, visine, određenih životinja poput pauka ili zmija, primanja injekcija, krvi. Nadalje, tu su poremećaji socijalne anksioznosti koji su se ranije nazivali socijalnom fobijom. Ljudi s poremećajem socijalne anksioznosti imaju općenito intenzivan strah od socijalne situacije i brinu da će drugi negativno procijeniti radnje ili ponašanja povezana s njihovom tjeskobom, zbog čega će se osjećati posramljeno. Ova briga često uzrokuje da ljudi sa socijalnom anksioznošću izbjegavaju socijalne situacije. Socijalni anksiozni poremećaj se može očitovati u nizu situacija poput radnog mjesta ili školskog okruženja. Zatim se u fobije ubraja i agorafobija. Osobe s agorafobijom imaju intenzivan strah od dvije ili više sljedećih situacija: korištenja javnog prijevoza, boravka na otvorenim prostorima, boravka u zatvorenim prostorima, stajanja u redu ili gužvi, boravka izvan kuće. Osobe s agorafobijom često izbjegavaju ove situacije, dijelom i zato što misle da bi odlazak mogao biti težak ili nemoguć u slučaju panične reakcije ili drugih neugodnih simptoma. U najtežem obliku agorafobije, pojedinac može biti zarobljen u kući (2).

4. Anksiozni poremećaj razdvajanja. Na anksioznost razdvajanja se često misli kao na nešto s čim se susreću djeca. Međutim, odraslima se također može dijagnosticirati anksiozni poremećaj razdvajanja. Ljudi koji imaju anksiozni poremećaj razdvajanja strahuju da će se rastati od ljudi za koje su vezani. Često brinu da će im se dogoditi nešto loše tijekom razdvojenosti. Taj ih strah navodi da izbjegavaju biti odvojeni od svojih figura vezanosti i izbjegavaju biti sami. Ljudi s ovim oblikom anksioznog poremećaja mogu imati noćne more o tome da se odvoje od osoba za koje su vezani ili iskusiti fizičke simptome kada se razdvajanje dogodi ili se očekuje (2).

Iako se faktori rizika za svaki oblik anksioznog poremećaja razlikuju, mogu se prepoznati faktori rizika koji se svakako vežu uz anksiozne poremećaje i koji se ističu pri postavljanju dijagnoze. Ti faktori su (3):

- Genetika: vjerojatnije je da će osobe koje anksioznost imaju u obiteljskoj anamnezi razviti anksiozni poremećaj. Ipak, još uvijek nema znanstvene potvrde o tome da genetsko nasljeđe utječe na razvoj anksioznosti (3).
- Gubitak roditelja: smrt roditelja ili njihova duža odsutnost od kuće prije nego dijete navrš 18 godina života predstavljaju faktor rizika za razvoj anksioznog poremećaja. Također, drugi obiteljski problemi poput nasilja, alkoholizma ili seksualnog zlostavljanja također mogu potaknuti razvoj anksioznog poremećaja (3).
- Trauma: što više stresnih događaja (poput nasilja ili seksualnog zlostavljanja) osoba podnese prije 21. godine, veća je vjerojatnost da će kasnije u životu razviti anksioznost. Može se razviti i oblik postraumatskog stresnog poremećaja (PTSP) što se može manifestirati proživljavanjem stresnih događaja u snovima, opsesivnim sjećanjima, znojenjem ili ubrzanim radom srca (3).
- Samoozljeđivanje. Tinejdžeri i mladi najčešće se samoozljeđuju, iako je moguće i u starijoj dobi. To je način da se osoba nosi sa sjećanjem na traumatični događaj ili zlostavljanje pa se, na primjer, može porezati po ruci kako bi se odvrtila od duševne boli. Ponašanje je vezano za mentalne bolesti poput anksioznosti i PTSP-a (3).
- Stalni stres. Stresna okruženja poput radnog prostora mogu dovesti do tjeskobe ako osoba predugo u njima boravi. Uzrok stresa i anksioznosti može biti i stalna briga zbog ozbiljnih bolesti, financijskih problema, posla ili obitelji (3).
- Osobnost. Određene osobine ukazuju na vjerojatniji razvoj tjeskobe, a to su: stidljivost u socijalnim situacijama, preosjetljivost na kritiku, fiksiranje detalja, moralna krutost (3).
- Zloupotreba supstanci. Do tri puta je veća vjerojatnost zloupotrebe droge ili alkohola ako osoba ima anksiozni poremećaj. Sama zloupotreba može uzrokovati strah, nelagodu, osobne probleme, kao i druge probleme koji vode do tjeskobe (3).
- Usamljenost. Biti sam nije uvijek loše i normalno je da se osoba osjeća usamljeno nakon gubitka bliske voljene osobe. Ali ako se osoba predugo osjeća odvojeno od svijeta, to bi moglo dovesti do anksioznosti ili depresije (3).
- Tjelesna bolest. Osjećaj tjeskobe je ponekad prvi znak drugog problema poput srčane bolesti, dijabetesa, problema sa štitnjačom poput hipertireoze, kronične opstruktivne plućne bolesti (KOPB), astme i slično (3).
- Spol. Iako nije jasno zašto, žene su sklonije anksioznosti. Liječnici dijagnosticiraju dvostruko više žena s anksioznim poremećajima u odnosu na muškarce (3).

Kako bi se dijagnosticirao anksiozni poremećaj, liječnik može dati psihološku procjenu što uključuje razgovor o mislima, osjećajima i ponašanju pacijenta kako bi se lakše utvrdila dijagnoza i moguće povezane komplikacije. Anksiozni poremećaji se često javljaju s drugim mentalnim zdravstvenim problemima poput depresije ili zlouporabe supstanci što u dijagnosticiranju anksioznosti predstavlja dodatni izazov. Zatim liječnik može simptome usporediti s kriterijima za dijagnosticiranje anksioznog poremećaja u Dijagnostičkom i statističkom priručniku za mentalne poremećaje (DSM-5), koji je objavilo Američko psihijatrijsko udruženje (4).

Dva su osnovna smjera liječenja anksioznih poremećaja, psihoterapija i lijekovi, a u praksi se najčešće kombiniraju ova dva načina liječenja. Psihoterapija, koja se naziva i terapija razgovorom ili psihološko savjetovanje, uključuje rad s terapeutom kako bi se smanjili simptomi anksioznosti. Kognitivna bihevioralna terapija (KBT) je najučinkovitiji oblik psihoterapije kod anksioznih poremećaja, a fokusira se na podučavanje specifičnim vještinama kako bi se poboljšalo simptome i postupno se pacijenta vratilo aktivnostima koje je izbjegavao zbog tjeskobe. KBT uključuje terapiju izloženosti u kojoj se pacijent postupno suočava s predmetom ili situacijom koja pokreće njegovu anksioznost i tako gradi samopouzdanje kako bi mogao upravljati situacijom i simptomima anksioznosti (4).

Nekoliko vrsta lijekova se koristi za ublažavanje simptoma anksioznosti, ovisno o vrsti anksioznog poremećaja kojeg pacijent ima i ovisno o tome ima li i drugih mentalnih ili tjelesnih zdravstvenih problema. Određeni antidepresivi koriste se u liječenju anksioznih poremećaja, a može se propisati i lijek protiv anksioznosti koji se naziva buspiron. U nekim slučajevima, liječnik može propisati druge vrste lijekova poput sedativa koji se nazivaju benzodiazepini ili beta blokatori. Ovi lijekovi služe za kratkotrajno ublažavanje simptoma anksioznosti i nisu namijenjeni drugoj uporabi (4).

Iako je većini pacijenata s anksioznim poremećajima potrebna psihoterapija ili lijekovi kako bi se anksioznost stavila pod kontrolu, promjene u načinu života također mogu pridonijeti liječenju. Tako je za osobe koje imaju anksiozni poremećaj važno razviti rutinu tako da su fizički aktivni većinu dana u tjednu. Tjelovježba značajno smanjuje stres, može poboljšati raspoloženje i pomoći u održavanju zdravlja. Treba izbjegavati alkohol i druge supstance koje mogu uzrokovati ili pogoršati anksioznost kao i prestati pušiti i piti kavu i pića koja sadrže kofein budući da i nikotin i kofein mogu pogoršati anksioznost. Tehnike upravljanja stresom i opuštanja mogu pomoći u ublažavanju simptoma anksioznosti. Tehnike vizualizacije,

meditacija i joga primjeri su tehnika opuštanja koje mogu ublažiti tjeskobu. Dovoljno sna također pridonosi smanjenju anksioznosti, kao i zdrava prehrana koja se temelji na voću, povrću, cjelovitim žitaricama i ribi (4).

3.1.2. Anksioznost u modernom vremenu

Anksioznost i s njom povezani poremećaji predstavljaju najčešći oblik službeno klasificiranih mentalnih bolesti u Sjedinjenim Američkim Državama danas, češći čak i od depresije i drugih poremećaja raspoloženja. Prema Nacionalnom institutu za mentalno zdravlje, oko četrdeset milijuna Amerikanaca, gotovo svaki sedmi čovjek u SAD-u, u nekom trenutku pati od neke vrste anksioznog poremećaja, što čini 31 % izdataka za zaštitu mentalnog zdravlja u SAD-u. Prema nedavnim podacima, doživotna incidencija anksioznog poremećaja veća je od 25 %, što znači da svaka četvrta osoba u SAD-u može očekivati da će tijekom života biti pogođena nekim oblikom anksioznosti (2).

Glauber (5) je u svojoj studiji otkrio kako Amerikanci svake godine izgube 321 milijun dana posla zbog tjeskobe i depresije, što gospodarstvo košta 50 milijardi dolara godišnje (5). Prema podacima Statista (6), 2005. godine, tri godine prije nego je svijet pogodila globalna gospodarska kriza, Amerikanci su ispunili pedeset i tri milijuna recepta za samo dva lijeka protiv anksioznosti: Ativan i Xanax. U tjednima nakon 11. rujna recepti za Xanax su porasli za 9 % na nacionalnoj razini i za 22 % u New Yorku. U rujnu 2008. godine, ekonomski kraj je prouzročio rast broja recepata u New Yorku, a kako su banke propadale, a tržište išlo u slobodan pad, recepti za lijekove protiv depresije i anksioznosti su porasli za 9 % u odnosu na prethodnu godinu, dok je broj recepata za tablete za spavanje porastao za 11 % (6).

Tjeskoba nije problem samo kod Amerikanaca. Prema izvještaju koji je 2009. godine objavila Zaklada za mentalno zdravlje u Engleskoj, oko 15 % ljudi koji žive u Velikoj Britaniji trenutno pati od anksioznog poremećaja, a taj broj raste. Oko 37 % Britanaca izvještava kako se osjeća više uplašeno nego prije (7). Baxter, Vos, Scott i sur. (8) su uočili da je klinička anksioznost najčešći emocionalni poremećaj u mnogim zemljama. Navedeni podaci se odnose samo na one ljude kojima je prema dijagnostičkim kriterijima koje je utvrdilo Američko psihijatrijsko udruženje klinički dijagnosticirana anksioznost (8). Prema Stosselu (9) tjeskoba se širi dalje od populacije službeno mentalno oboljelih. Tjeskoba je istovremeno funkcija biologije i filozofije, tijela i uma, instinkta i razuma, osobnosti i kulture. Iako se anksioznost doživljava na duhovnoj i psihološkoj razini, znanstveno je mjerljiva na molekularnoj i fiziološkoj razini. To je

psihološki i sociološki fenomen. U računalnom smislu to je i hardverski problem (loše sam ožičen) i softverski problem (pokrećem neispravne logičke programe koji me tjeraju na razmišljanje) (9).

Unatoč čestim tvrdnjama o njegovoj središnjoj važnosti kao značajci koja definira suvremeni život, konceptu anksioznosti posvećeno je relativno malo pažnje u usporedbi s povezanim konceptima kao što su rizik, povjerenje ili strah. Sigmund Freud (10) je povećavanje tjeskobe vidio kao neizbježan odgovor na evoluciju civilizacije koja je postignuta "sublimacijom instinkta" (10 str 63). Hunt (11) je razmatrao anksioznost kao pojas koji objašnjavaju sociolozi i društveni povjesničari, pozvani da objasne pojavu i vrijeme različitih društvenih pojava koje izazivaju društveni i politički odgovor od prepoznatljive društvene skupine. Izražavajući svoje stavove o teoriji tjeskobe, on opisuje taj koncept kao "potopljeni srednji pojam" u sociohistorijskoj misli (11 str 511) i izražava zabrinutost zbog potrebe preciziranja uzročnih mehanizama za koje se navodi da djeluju, povezujući pojavu anksioznosti s nekim navodnim društvenim uzrokom te sugerira da se inferencijalne veze trebaju potkrijepiti empirijski i moraju se identificirati određeni agenti (moralni poduzetnici) kako bi se takva objašnjenja potvrdila (11). Brennan (12) sugerira da se osjećaji poput depresije ili anksioznosti mogu prenositi između pojedinaca kroz proces stalne komunikacije između pojedinaca i njihovog fizičkog i socijalnog okruženja. Također je vjerojatno da se pojedini oblici tjeskobe, poput panike, lako prenose između pojedinaca, dok drugi oblici tjeskobe, poput onih povezanih s usamljenošću, puno su manje prenositelne po svojoj prirodi, uključujući iskustvo izolacije (12).

Prema navedenom se može zaključiti kako je socijalni anksiozni poremećaj vodeći oblik anksioznosti u modernom društvu. Socijalni anksiozni poremećaj (SAP) općenito je obilježen trajnim i ekstremnim strahom ili anksioznošću koju uzrokuje jedna ili više socijalnih situacija, što izaziva najmanje šest uzastopnih mjeseci povezane tjeskobe i ponašanja izbjegavanja (13). Klinička istraživanja pokazuju da osobe koje imaju SAP već sredinom adolescencije nastavljaju trpjeti negativne posljedice poremećaja i u odrasloj dobi (14, 15). U nekim slučajevima, osobe sa SAP-om također prijavljuju nisko zadovoljstvo životom (16) i ozbiljnu depresivnu simptomatologiju (17). Doživotna stopa prevalencije SAP-a može biti i do 14,3 % u općoj populaciji (18).

Živimo u vremenu tehnologije i svjedočimo impresivnim podvizima kao što je prijevoz 300 osoba preko 1500 milja za nekoliko sati. Moderno zapadno društvo je postiglo izvanredne korake u transportu, energiji, komunikaciji, poljoprivredi i medicini. Ipak, unatoč tehnološkom

napretku, socijalni problemi i osobne poteškoće čine se istaknutijima nego ikad prije. Taj paradoks se očituje u mnogim aspektima suvremenog života. Suvremena tehnologija pruža mnogo načina uštede vremena, a samo neki od primjera su: automobili, perilice posuđa, osobna računala, pametni telefoni. U samo nekoliko minuta možemo završiti kalkulacije koje su se prije radile danima i tjednima. Bez obzira na to, većina ljudi se danas žali kako nema dovoljno vremena i kako su im rasporedi prepuni obaveza i preopterećeni. Crary (19) zaključuje kako ljudi, da bi smanjili problem nedostatka vremena, smanjuju svoje prosječno vrijeme spavanja s 8 sati na samo 6,5 sati noću (19), dok Banks i Dinges (20) u svom istraživanju zaključuju kako kronični gubitak sna može imati značajne negativne učinke na dnevno funkcioniranje kao i na tjelesno i mentalno zdravlje.

Osim tehnološkog napretka, moderno društvo karakterizira i širok raspon mogućnosti i izbora. Schwartz (21) opisuje kako jednostavan odlazak u kupovinu namirnica može od potrošača zatražiti da bira između 285 vrsta kolačića, 61 losiona za sunčanje, 150 ruževa i 175 preljeva za salatu. Isto tako, danas ljudi mogu na sličan način odlučivati i o tome kako će se i gdje obrazovati ili raditi, kako će se odvijati njihovi socijalni i intimni odnosi pa čak i kako će izgledati zahvaljujući mogućnostima estetske kirurgije. Iako ovakva mogućnost izbora zvuči privlačno, nedavna istraživanja sugeriraju da kad ljudi imaju previše izbora doživljavaju „preopterećenje izbora“ i bore se s odlukama (22). Imati puno izbora ne dovodi uvijek do preopterećenja, ali je ta pojava česta kada je mogućnost izbora složena jer to čini zadatak odlučivanja teškim i neizvjesnim zbog tuđih preferencija (23). Schwartz (21) navodi da kada dođe do preopterećenja izborom, to povećava nezadovoljstvo i doprinosi razvoju anksioznosti, dok Twenge i Kasser (24) također uočavaju porast prosječnih razina anksioznosti zadnjih desetljeća pa se može zaključiti kako povećana sloboda izbora nije imala pozitivan utjecaj na poboljšanje mentalnog zdravlja (24).

Tehnološki napredak dovodi i do socijalnih i ekonomskih nejednakosti, a kako bi dokazali kako dobro žive zahvaljujući tehnološkom napretku, ljudi kupuju stvari koje su se nekad smatrale luksuzom poput automobila ili televizora s ravnim ekranom i na njih troše velike količine novca (25). Simptomatično za ovaj trend, istraživanja sugeriraju da mnogi ljudi u modernom društvu pate od sindroma kompulzivne kupovine koji karakterizira nekontrolirano, impulzivno i pretjerano kupovanje stvari koje im nisu potrebne i koje si često ne mogu priuštiti (26). Unatoč ekonomskom obilju, istraživanja sugeriraju da se većina ljudi ne osjeća dobro zbog svoje financijske dobrobiti, a gotovo tri četvrtine Amerikanaca osjeća kako je pod stresom zbog

financija (27). Druga istraživanja pokazuju kako gotovo 50 % ispitanika ne može pokriti hitne troškove bez posuđivanja novca, a veliki dio problema je i to što se zadnjih desetljeća bilježi dramatičan porast nejednakosti dohotka (28, 29). Twenge i Kasser (24) zaključuju kako se unatoč materijalnom napretku i unaprjeđenju kvalitete života u modernom društvu, osjećaj osobnog ispunjenja nije povećao već smanjio što sa sobom nosi sve više ljudi koji pate od anksioznih poremećaja. Tako tehnološki i ekonomski napredak predstavlja paradoks za modernog čovjeka, a moderne tehnologije koje bi trebale približavati i povezivati ljude sve češće dovode do anksioznosti i u zadnje vrijeme nomofobije, koju karakterizira strah od gubitka kontakta i nemogućnosti korištenja mobilnog telefona i pristupa internetu.

Zbog svoje prirode, mentalni poremećaji, među kojima i anksioznost, imaju značajan utjecaj na funkcioniranje ljudi, produktivnost, gubitak posla i smanjenje radne sposobnosti (30). Adekvatan status funkcioniranja je presudan za kvalitetu života ljudi. Slično tome, održavanje produktivne radne snage te zapošljavanje i zadržavanje najproduktivnijeg osoblja presudni su za poslovnu zajednicu. Na prevalenciju anksioznih poremećaja na populacijskoj razini mogu utjecati mnogi čimbenici poput prirodnih katastrofa ili globalnih događaja koji utječu na široku populaciju. Globalna ekonomska kriza koja je svijet zahvatila 2008. godine jedan je od tih čimbenika zbog njezinih izravnih učinaka koji su se manifestirali kroz gubitak poslova i prihoda i smanjenje plaća. Ovaj globalni događaj je utjecao na mentalno zdravlje ljudi pa tako i na razvoj anksioznih poremećaja (31).

Moderno društvo karakterizira niz čimbenika koji određuju ponašanje pojedinca, a među njima se ističu modna industrija i komunikacijske tehnologije kao bitne odrednice individualnosti i identiteta pojedinca.

Modna industrija je složena i vrlo diferencirana sila, a naglasak na širem društvenom kontekstu za modni odabir nije novo zapažanje. Prema Clarke i Miller, mnoge rasprave o modi usmjerene su ka temama poput seksualnosti, odnosa žena prema njihovim tijelima i transformacije spola i identiteta no u potpunosti ignoriraju središnju tjeskobu i neugodnost u odnosu žena prema njihovoj odjeći, kao i stavove kako potraga za normativnom u modnom izboru nerijetko dovodi do anksioznosti (32). Anksioznost generirana pritiskom „znati što bi se svidjelo“ očituje se u želji da žena potpuno preispita sadržaj svoje garderobe i promijeni ono što smatra nezadovoljavajućim u svom odnosu prema modi. Ovakav primjer tjeskobe može se činiti ekstremnim ili se pripisati nekim dubljim nesigurnostima u obiteljskim odnosima. Međutim, ovakva anksioznost ukazuje na širu ambivalentnost koju su izrazile gotovo sve žene oko izbora

mode i odjeće u nekom trenutku svog života. Stoga se može zaključiti kako estetske sklonosti u materijalističkoj kulturi najčešće nastaju pod utjecajem obitelji i odnosa gdje ljudi neprestano razmišljaju o drugima. (32). U takvim slučajevima pojedinci mogu osjećati da im nedostaje alteritet, odnosno čvrst osjećaj „drugog“ u odnosu na koji se najčešće formira koncept sebe s danim mišljenjem, a to može navesti na traženje alternativnih izvora mišljenja ili rezultirati razvojem anksioznosti. Iz toga proizlazi kako je odnos pojedinca prema modi društveno posredovan, a pojedinci su često previše zabrinuti zbog izbora koji bi se mogao donijeti bez različitih oblika podrške i uvjeravanja. Ako je podrška obitelji ili prijatelja izostala, sve se češće javlja anksioznost oko procjene izbora odjeće ili toga kakav bi trebao biti prikladan izbor odjeće (32).

Globalno tržište mobilnih telefona u travnju 2021. godine je doseglo 4,8 milijardi korisnika (33). Sve više istraživanja se bavi utjecajem upotrebe mobilnih telefona na mentalno zdravlje, a neka ukazuju i na anksioznost koja je povezana s preokupacijom „perspektive promatrača“ na sebe što dovodi do kognitivnih preopterećenja. Iako upotreba tekstualnih poruka može kod pojedinaca koji se suočavaju sa strahom ili sramežljivosti potaknuti na socijalni kontakt bez straha od neposrednog neodobravanja ili odbijanja, omogućavajući preusmjerenje pozornosti iz perspektive promatrača u perspektivu komunikatora (34). Iskustvo usamljenosti i anksioznosti, s druge strane, proizlazi iz odsutnosti društvenih odnosa koji mogu zadovoljiti potrebe za vezanošću i čežnjom jer je kvaliteta socijalnih kontakata, posebno prisutnost prijatelja ili partnera, važna za sve dobne skupine (35). Usamljenost i socijalna anksioznost su korelirana stanja, a socijalno povlačenje i izolacija često se javljaju kao rezultat akutne socijalne anksioznosti (35).

Pametni telefoni, osim što su telefoni, upotrebljavaju se i kao Internet preglednici, kamere, multimedijski uređaji i uređaji za pristup društvenim mrežama (36). Prekomjerna upotreba pametnih telefona se povezuje sa štetnim učincima na svakodnevni život, uključujući spavanje, obrazovanje, posao, smanjenu kvalitetu života te štetne učinke na tjelesno i mentalno zdravlje, uključujući anksioznost. Prema Zaini, Anjum i Dahlawi (37) prevalencija anksioznosti u osoba koje prekomjerno upotrebljavaju mobilne telefone je 58,7 %.

Anksiozni poremećaji predstavljaju drugi vodeći uzrok invaliditeta među svim psihijatrijskim poremećajima, s najvećim opterećenjem tijekom novonastale i rane odrasle dobi (38). Društveni mediji, koji se odnose na internetske aplikacije koje korisnicima omogućuju generiranje i razmjenu sadržaja s drugima (npr. Facebook; Kaplan i Haenlein, 2010.), postali su ključni u

životu mladih odraslih osoba. Otprilike 90 % mladih odraslih koristi društvene medije, a većina ih koristi dvije ili više web lokacija i svakodnevno ih posjećuje (39). Sveprisutnost socijalnih medija u životima mladih odraslih ljudi je dovela do sve većeg zanimanja za razumijevanje utjecaja socijalnih medija na njihovu psihološku prilagodbu. Društveni mediji mogu poslužiti kao ključni kontekst kroz koji mladi odrasli ljudi pregovaraju o važnim razvojnim zadacima, uključujući razvoj identiteta i održavanje društvenih veza (40). Napredak u stvaranju identiteta i povećanje socijalne potpore postignuto korištenjem društvenih mreža mogu poboljšati psihološku dobrobit. Međutim, upotreba društvenih medija može funkcionirati kao izvor stresa ili pojačati negativne samoevaluacije kada pojedinci dobivaju neželjene povratne informacije od drugih ili se upuste u negativne socijalne usporedbe (41). Iskustvo stvoreno brojnim ometajućim značajkama web lokacija na društvenim mrežama može olakšati strategije izbjegavanja i socijalne izolacije (40), što može promicati anksioznost.

3.2. DEPRESIJA

3.2.1. Simptomi i liječenje

Depresija (veliki depresivni poremećaj) je česta i ozbiljna medicinska bolest koja negativno utječe na osjećaje, način razmišljanja i ponašanje. Depresija uzrokuje osjećaj tuge i / ili gubitak interesa za aktivnosti u kojima je osoba nekada uživala. To može dovesti do različitih emocionalnih i tjelesnih problema i može smanjiti sposobnost funkcioniranja osobe na poslu i kod kuće (42).

Simptomi depresije mogu varirati od blagih do teških i mogu uključivati (42):

- osjećaj tuge ili depresivno raspoloženje,
- gubitak interesa ili užitka u aktivnostima u kojima je osoba ranije uživala,
- promjene u apetitu (gubitak kilograma ili rast tjelesne težine bez obzira na dijetu),
- probleme sa spavanjem ili previše spavanja,
- gubitak energije ili povećan umor,
- porast besciljne tjelesne aktivnosti (npr. nemogućnost mirnog sjedenja) ili usporednih pokreta ili govora (ove radnje moraju biti dovoljno ozbiljne da bi ih drugi mogli uočiti),
- osjećaj bezvrijednosti ili krivnje,
- poteškoće u razmišljanju, koncentraciji ili donošenju odluka,
- misli o smrti ili samoubojstvu (42).

Simptomi moraju trajati najmanje dva tjedna i moraju predstavljati promjenu prethodne razine funkcioniranja za dijagnozu depresije. Procjenjuje se da depresija pogađa jednu od 15 odraslih osoba (6,7 %), a svaka šesta osoba (16,6 %) doživjet će depresiju u nekom trenutku svog života. Depresija se može pojaviti u bilo kojem trenutku, ali u prosjeku se prvi put pojavljuje u kasnim tinejdžerskim godinama do sredine 20-ih. Žene će vjerojatnije od muškaraca doživjeti depresiju. Neke studije pokazuju da će jedna trećina žena doživjeti veliku depresivnu epizodu tijekom svog života. Visok je stupanj nasljednosti (približno 40 %) kada rođaci u prvom stupnju (roditelji / djeca / braća i sestre) imaju depresiju (42).

Za određivanje podtipova depresije upotrebljavaju se različite definicije na temelju broja simptoma, trajanja simptoma, kriterija izuzimanja i povezanog funkcionalnog oštećenja. Prema MSD priručniku za pacijente, razdoblja (atake) koja uključuju pet ili više psihičkih ili somatskih simptoma u dva ili više tjedana, svrstavaju se u veliki depresivni poremećaj. Oboljeli mogu izgledati potišteno, imati uplakane oči, smrknut pogled, obješena usta, mogu biti zgrbljeni, oskudnih pokreta, izbjegavati vizualni kontakt, imati apatičan izraz lica, vidljiva razlika u verbalnom izričaju (npr. tihi glas, izostanak akcenta, upotreba jednostavnih i kratkih riječi od nekoliko slogova). Kod nekolicine oboljelih depresija može biti toliko jaka da suze praktički iščeznu; pacijenti daju opis kako nisu sposobni iskusiti normalne svakodnevne emocije i imaju osjećaj kako je život zapravo bez radosti i pravog života. Ishrana može biti vrlo narušena, što podrazumijeva hitnu intervenciju. Određeni broj oboljelih od depresije zaobilazi održavanje osobne higijene, a u nekim slučajevima i svoju djecu, drage i voljene osobe ili ljubimce (43).

Veliki depresivni poremećaj obično je podijeljen u podgrupe. Psihotična podgrupa praćena je deluzijama, najčešće uključuje počinjenje neoprostivog grijeha ili zlodjela, bolna patnja od terminalnih ili sramnih bolesti ili o stigmatiziranju. Oboljeli mogu dobiti vizualne i auditivne halucinacije (npr. glasove koji proklinju ili optužuju). Katatona podgrupa praćena je teškom psihomotornom retardacijom ili pojačanom aktivnosti bez svrhe i cilja, povlačenjem i u nekolicine oboljelih, grimasama i imitiranjem govora (eholalija) ili tjelesni pokreti (ehopraksija). Melankoličnu podgrupu obilježava izostanak veselja i ushita kod gotovo svih aktivnosti, nema mogućnosti reagiranja kod poticaja ugođe, nepromjenjivo je emocionalno izražavanje, prenaplašen ili neprikladan osjećaj krivice, rano ujutro pri buđenju, izražena psihomotorna retardacija ili uzrujanost sa indikativnom prisutnošću anoreksije i smanjenjem tjelesne težine. Atipična podgrupa je okarakterizirana unaprijedenim emotivnim stanjem tijekom odgovora na povoljne doživljaje te je osjetljiva na kritiku, to pak vodi ka pretjeranom

odgovoru na percipiranu kritiku ili odbijanje, uz osjećaj teške oduzetosti, tj. klijenuti (anergije), adipoznosti ili pojačana je želja za hranom i potreba za spavanjem (43).

Distimijom su klasificirani simptomi depresije nižih nivoa. Tipičan početak simptoma karakteriziran je postepenom pojavom za vrijeme adolescentnog razdoblja. Simptomi dugo tijekom razdoblja odrastanja i sazrijevanja pa do nekoliko desetljeća mogu imati blagi tijek (postavljanje dijagnoze tek od dvije godine na više); kod distimije ponekad može doći do komplikacija gdje je prisutna epizoda velikog depresivnog poremećaja. Oboljeli koji su zahvaćeni uobičajeno su mrzovoljni, pesimistični, smisao za humor je ugašen, primjetna pasivnost, letargija, introvertiranost, pretjerano su samokritični i skloni sažaljevanju (43).

Simptomatologija koja ne zadovoljava kriterije ostalih depresivnih poremećaja klasificira se kao netipična depresija. Na primjer, mali depresivni poremećaj traje oko dva tjedna ili duže s bilo kojim od simptoma velikog depresivnog poremećaja, s tim da ih je manje od pet koji su nužni pri uspostavljanju dijagnoze velike depresije. Kratkotrajni depresivni poremećaj sadrži iste simptome potrebne za postavljanje dijagnoze velikog depresivnog poremećaja, ali oni su vijeka od dva dana do dva tjedna. Premenstrualni disforični sindrom sadržava anksioznost, uz depresivni poremećaj raspoloženja i nezainteresiranost za aktivnošću, ali isključivo tokom većine menstrualnih ciklusa. Početak je u luteinskom razdoblju, a završetak par dana poslije prvog dana menstrualnog ciklusa (43).

Iako se po DSM–V ne ubraja u vrstu depresije, miješani anksiozno-depresivni poremećaj, također zvan i depresija s anksioznošću, nadovezuje se na istovremene blage simptome učestale u anksioznom poremećaju, ali i depresiji. Prognoza je okarakterizirana kroničnim recidivima. Kako su poremećaji depresivnog spektra snažniji, oboljele od anksioznog poremećaja i istovremeno od depresije valja liječiti od depresije. Panični poremećaj, opsesivnost i socijalne fobije uz depresivnost s izraženom željom za spavanjem ukazuju na bipolarni poremećaj (43).

Faktori rizika za razvoj depresivnog poremećaja mogu biti raznoliki, a neki od najčešćih su (44):

- Genetika: povijest depresije u obiteljskoj anamnezi može povećati rizik od obolijevanja. Smatra se da se depresija može genetski prenijeti, no točan način na koji se to događa nije jasan (44).
- Smrt ili gubitak: tuga i žalovanje su normalne reakcije. Međutim, ponekad takvi veliki stresovi mogu biti uzrokom ozbiljnih simptoma depresije, poput misli o samoubojstvu ili osjećaja bezvrijednosti (44).

- Sukob: osobna previranja ili sukobi s obitelji ili prijateljima mogu dovesti do depresije (44).
- Zlostavljanje: fizičko, emocionalno ili seksualno zlostavljanje može dovesti do depresije (44).
- Životni događaji: čak i dobre stvari, poput preseljenja ili mature, mogu osobu učiniti depresivnom. Drugi događaji koji mogu potaknuti razvoj depresije mogu biti novi posao, gubitak posla ili dohotka, razvod braka, umirovljenje, rođenje djeteta, itd. (44).
- Ostale bolesti: ponekad se depresija može javiti kao reakcija na druge bolesti poput problema sa spavanjem, kronične bolesti, anksioznost, ADHD, itd. (44).
- Lijekovi: depresija može biti nuspojava lijekova za neku drugu bolest (44).
- Zloupotreba supstanci: gotovo 30 % osoba koje zloupotrebljavaju alkohol ili droge imaju i depresiju (44).
- Ostali problemi: socijalna izolacija zbog druge bolesti ili odvojenost od obitelji ili prijatelja mogu dovesti do depresije (44).

Lijekovi i psihoterapija su učinkoviti kod većine ljudi s depresijom. Međutim, mnogi ljudi s depresijom trebaju redovito posjećivati psihijatra, psihologa ili drugog stručnjaka za mentalno zdravlje. Ako je riječ o ozbiljnim simptomima, možda će biti potrebna hospitalizacija ili sudjelovanje u programu ambulantnog liječenja dok se simptomi ne poboljšaju. U liječenju depresije su dostupne mnoge vrste antidepresiva (45):

- Selektivni inhibitori ponovnog preuzimanja serotonina (SSRI). Liječnici često liječenje depresije započinju propisivanjem SSRI-a. Ovi se lijekovi smatraju sigurnijima i općenito uzrokuju manje nuspojava od ostalih vrsta antidepresiva. SSRI uključuju citalopram (Celexa), escitalopram (Lexapro), fluoksetin (Prozac), paroksetin (Paxil, Pexeva), sertralin (Zoloft) i vilazodon (Viibryd) (45).
- Inhibitori ponovnog preuzimanja serotonina-norepinefrina (SNRI). Primjeri SNRI uključuju duloksetin (Cymbalta), venlafaksin (Effexor XR), desvenlafaksin (Pristiq, Khedezla) i levomilnacipran (Fetzima) (45).
- Atipični antidepresivi. Ovi se lijekovi ne uklapaju niti u jednu od ostalih kategorija antidepresiva. Uključuju bupropion (Wellbutrin XL, Wellbutrin SR, Aplenzin, Forfivo XL), mirtazapin (Remeron), nefazodon, trazodon i vortiooksetin (Trintellix) (45).

- Triciklični antidepresivi. Ovi lijekovi, kao što su imipramin (Tofranil), nortriptilin (Pamelor), amitriptilin, doksepin, trimipramin (Surmontil), desipramin (Norpramin) i protriptilin (Vivactil), mogu biti vrlo učinkoviti, ali imaju tendenciju uzrokovati ozbiljnije nuspojave od novijih antidepresiva. Dakle, triciklički antidepresivi se uglavnom ne propisuju ako bolesnik prethodno nije liječen SSRI bez poboljšanja (45).
- Inhibitori monoaminooksidaze (MAOI). MAOI, poput tranilcipromina (Parnate), fenelzina (Nardil) i izokarboksazida (Marplan), mogu se propisati, obično kada drugi lijekovi ne djeluju, jer mogu imati ozbiljne nuspojave. Korištenje MAOI zahtijeva strogu prehranu zbog opasnih (ili čak smrtonosnih) interakcija s hranom poput određenih sireva, kiselih krastavaca i vina te nekih lijekova i biljnih dodataka. Selegilin (Emsam), noviji MAOI koji se lijepi na koži kao flaster, može uzrokovati manje nuspojava od ostalih MAOI. Ovi se lijekovi ne mogu kombinirati sa SSRI (45).
- Ostali lijekovi. Antidepresivima se mogu dodati i drugi lijekovi kako bi se pojačali antidepresivni učinci. Liječnik može preporučiti kombiniranje dva antidepresiva ili dodavanje lijekova kao što su stabilizatori raspoloženja ili antipsihotici. Lijekovi protiv anksioznosti također se mogu dodati za kratkotrajnu upotrebu (45).

Osobe koje uzimaju antidepresive treba pažljivo pratiti kako ne bi došlo do pogoršanja simptoma ili neobičnog ponašanja, osobito kada se započinje liječenje novim lijekom ili se mijenja doza. Osim antidepresivima, depresija se liječi i psihoterapijom. Psihoterapija je opći pojam za liječenje depresije razgovorom o stanju bolesnika i srodnim problemima sa stručnjakom za mentalno zdravlje. Psihoterapija je poznata i kao terapija razgovorom ili psihološka terapija. Različite vrste psihoterapije mogu biti učinkovite za depresiju, poput kognitivne bihevioralne terapije ili interpersonalne terapije. Psihoterapija bolesniku može pomoći u prilagodbi krizi ili drugim trenutnim poteškoćama, u prepoznavanju negativnih uvjerenja i ponašanja i tome da ih zamijeni zdravim i pozitivnim, u istraživanju odnosa i iskustva i razvijanju pozitivnih interakcija s drugima, u pronalaženju boljih načina za rješavanje problema, u prepoznavanju problema koji pridonose depresiji i mijenjanju ponašanja koje je pogoršava, u vraćanju osjećaja zadovoljstva i kontrole u svom životu i ublažavanju simptoma depresija poput beznađa i bijesa, u postavljanju realnih ciljeva u životu, u razvoju sposobnosti toleriranja i prihvaćanja nevolje kroz zdravije ponašanje (45).

U nekih je ljudi depresija toliko teška da je potreban boravak u bolnici. To će vam biti potrebno ako se osoba ne može pravilno brinuti za sebe ili ako prijeti neposredna opasnost da naštetiti sebi

ili nekome drugome. Psihijatrijski tretman u bolnici pomoći će da bolesnik bude miran i siguran dok se simptomi ne poprave. Kod nekih bolesnika se mogu predložiti drugi postupci koji se nazivaju i terapije stimulacijom mozga. To mogu biti elektrokonvulzivna terapija (ECT) ili Transkranijalna magnetska stimulacija (TMS). U ECT-u električne struje prolaze kroz mozak kako bi utjecale na funkciju i učinak neurotransmitera u mozgu kako bi se ublažila depresija. ECT se obično koristi kod bolesnika koji uzimanjem lijekova ne ostvaruju napredak, ne mogu uzimati antidepresive iz zdravstvenih razloga ili imaju visok rizik od samoubojstva. TMS može biti opcija za one koji nisu reagirali na antidepresive. Tijekom TMS-a zavojnica za liječenje, postavljena na vlasite bolesnika, šalje kratke magnetske impulse kako bi stimulirala živčane stanice u mozgu koje su uključene u regulaciji raspoloženja i depresije (45).

Uz navedeno, u liječenju depresije vrlo je važna podrška obitelji, prijatelja i zajednice, kao i usvajanje zdravog načina života kroz redovitu fizičku aktivnost i zdravu prehranu.

3.2.2. Depresija u modernom vremenu

Drastične promjene u svakodnevnom životu tijekom proteklog stoljeća potiču sve veći teret kroničnih bolesti, uključujući aterosklerozu, rak probavnog sustava, osteoporozu i dijabetes melitus tipa 2, a nesklad između suvremenog okoliša i ljudske prilagodbe služi kao teorijski temelj za razumijevanje krajnje etiologije spomenutih kroničnih bolesti koje se obično nazivaju "bolestima suvremenosti"(46). Kao vodeći uzrok morbiditeta i smrtnosti, bolesti suvremenosti su najveća prijetnja javnom zdravlju u razvijenom svijetu, a neusklađenost između suvremenog i povijesnog načina života može objasniti sve veći rizik od depresije u suvremenom svijetu pa se i depresija može smatrati bolešću suvremenosti (46). Unatoč svim prednostima modernizacije, razvoja tehnologije i komunikacijskih mogućnosti, kao i materijalnom bogatstvu i rastućem životnom standardu, moderan čovjek ima veći rizik od depresije u odnosu na svoje roditelje, djedove i bake (46).

Depresija je već nekoliko godina kvalificirana kao jedna od najrasprostranjenijih i najskupljih patologija. Smatra se da je do 2020. depresija postala prvi uzrok invaliditeta u naprednijim društvima, točnije u bogatijim i industrijaliziranim društvima (47). Prema pouzdanim procjenama, 10-15 % svjetske populacije imalo je ili će imati jednu ili više depresivnih epizoda tijekom života (47). U Sjedinjenim Državama ima 10 milijuna osoba koje pate od depresije, što je jednako 6 % ukupne populacije, dok se smatra da ista bolest u Italiji ima incidenciju od oko

5 milijuna, što je jednako 12 % stanovništva, s ukupnim troškovima od 1 % bruto domaćeg proizvoda (47).

S obzirom na odnos između zdravlja, socioekonomskog statusa i depresije, čini se kako u većini modernih zemalja, uzme li se kao kvantitativna mjera modernizacije bruto domaći proizvod (BDP) po stanovniku, s rastom BDP-a raste i stopa depresije (48). Ipak, teorija prepoznaje i ograničenja ovog zapažanja. Prvo, nacionalne procjene prevalencije depresije obrnuto su proporcionalne prosječnom oštećenju povezanom s depresijom, što može odražavati različite dijagnostičke pragove. I drugo, BDP po stanovniku gruba je mjera modernizacije koja ne može na odgovarajući način objasniti velike razlike u stopama depresije između tobože jednako moderniziranih društava (49). Drugi dokazi također sugeriraju da je modernizacija povezana s depresijom. Indeksirajući modernizaciju mjerama vjerovanja u magiju, lov, poljoprivredu i tehnološku složenost, međukulturna analiza žena u zajednici u ruralnim dijelovima Nigerije, urbane Nigerije, ruralne Kanade i urbanog SAD-a, utvrdila je da stupanj modernizacije korelira s višom prevalencijom depresije (50). Čini se da usvajanje američkog načina života objašnjava veće stope depresije kod Amerikanaca Meksikanaca rođenih u SAD-u u usporedbi s meksičkim imigrantima (51). Kako je Kina pretrpjela brzu kulturnu transformaciju tijekom posljednjih desetljeća, čini se da je rizik od depresije dramatično porastao: u retrospektivnoj studiji za Kineze rođene nakon 1966. 22,4 puta je veća vjerojatnost da će tijekom života patiti od depresivne epizode u usporedbi s onima koji su rođeni prije 1937. godine (52). Gore navedeni dokazi ukazuju na veću prevalenciju depresije, a rizik je povezan s općim aspektima modernizacije.

U ljudskom društvu je socijalni status bitan za društvene zajednice kao što su obitelji, škole i radna mjesta (53). Ljudi svjesno ili nesvjesno prihvaćaju svoje pojedinačne društvene redove i djeluju u okviru vlastitih društvenih rangova (53). Međutim, ljudi koji ne mogu prihvatiti vlastiti socijalni rang imaju tendenciju patiti od osjećaja poraza (53). Depresija modernog tipa (MTD) tipičan je primjer takvih sukoba socijalnog statusa i fenotipa poremećaja prilagodbe, odnosno neprilagođenosti, a prvi su je uočili japanski istraživači u japanskom tradicionalnom hijerarhijskom društvenom poretku (54). Pacijenti s MTD-om pokazuju ponašanje poput depresije s karakteristikama povezanim sa socijalnim statusom kao što su naučena bespomoćnost, socijalno izbjegavanje i anhedonija (54).

U ljudi se socijalna hijerarhija procjenjuje pomoću socioekonomskog statusa (SES) koji daje realan osjećaj kamo ljudi pripadaju u odnosu na druge u smislu ekonomskih čimbenika i

obrazovnih postignuća, a osim toga, tradicionalne granice između društvenih klasa postale su manje očigledne u modernom društvu (55). Farah (56) sugerira kako bi mogli postojati odnosi između SES-a, strukture i funkcija mozga i životnih ishoda, pa je SES uključen u ljudsko tjelesno i mentalno zdravlje, kao i u ljudske kognitivne sposobnosti (56). Viši SES smanjuje stope srčanih bolesti, moždanog udara, raka, dijabetesa i mnogih drugih ozbiljnih bolesti pa je tako pozitivno povezan s dugovječnošću. Slično tome, veći SES također smanjuje stope mentalnih zdravstvenih problema poput depresije, anksioznosti i psihoze. Viši SES pozitivno je povezan i s kognitivnim funkcijama, na primjer, pamćenjem, radnom memorijom i kvocijentom inteligencije (IQ). Prema tome, viši SES i viši socijalni rang povezani su s dobrim učinkom u različitim aspektima ljudskog društva (56).

Ideja MTD-a se pojavila u Japanu 2000-ih (54). Iako MTD nije službeni medicinski pojam, koncept je postao poznat u svijetu. Pojedinci s MTD-om pokazuju simptome depresije ovisne o situaciji i snažnu tendenciju izbjegavanja, žale se na svoju mentalnu bolest i pokušavaju se kloniti posla ili škole, ali nakon što pobjegnu iz tih situacija, sposobni su uživati u svom životu bez ikakvog mentalnog tereta (54). MTD se često dijagnosticira kao atipična depresija, distimija ili poremećaj osobnosti, ali u većini slučajeva ne udovoljava dijagnostičkim kriterijima za ova stanja (54). Osobe s MTD-om dijagnosticiraju se kao da pokazuju poremećaj prilagodbe, a riječ je prvenstveno o mladim osobama koje se ne mogu prilagoditi tradicionalnom hijerarhijskom društvenom poretku (54). Ove osobe su vrlo podložne socijalnom porazu izazvanim hijerarhijom u društvenom okruženju i vjerojatno će socijalni poraz doživjeti kao traumu pa lako padaju u socijalno povlačenje i depresiju (54).

Globalizacija, tehnološki razvoj i modernizacija, unatoč svim prednostima, donose i nove izvore nezadovoljstva koji mogu biti uzrokom depresivnog poremećaja, ali i MTD-a. Među njima se zadnjih godina posebno ističe ovisnost o Internetu.

Young (57) ovisnost o Internetu definira kao provođenje neprimjereno mnogo vremena na Internetu i nemogućnosti kontrole korištenja Interneta (57). Ljudi koji pokazuju ovaj sindrom osjećaju se anksiozno, depresivno ili prazno kad nisu na Internetu. Njihova upotreba Interneta toliko je pretjerana da počinje ometati njihovo funkcioniranje na poslu, u školi ili kod kuće, što dovodi do toga da počinju prikrivati opseg svoje ovisnosti (57). Prema Weinstein i sur. (58) ovisnost o Internetu obično uključuje jednu od tri podvrste: pretjerano igranje, zaokupljenost seksualnim sadržajem ili opsesivno druženje (putem Facebooka, slanje poruka i slično) (58). Sve tri podvrste uključuju (1) pretjerano vrijeme na Internetu, (2) bijes i depresiju kad su

spriječeni biti na Internetu, (3) eskalirajuću potrebu za boljom opremom i vezama i (4) negativne posljedice, poput argumenata i laganja o korištenju Interneta, socijalne izolacije i smanjenje akademske ili radne uspješnosti (58). Procjene prevalencije ovisnosti o Internetu znatno se razlikuju od zemlje do zemlje, no nedavna metaanaliza nalaza trideset i jedne nacije procjenjuje da je prosječna prevalencija oko 6 % stanovništva (59). Studije sugeriraju da je ovisnost o Internetu povezana s povećanom razinom socijalne anksioznosti, depresijom i uzimanjem alkohola (58).

Želja za dobrim ugledom i prihvaćanjem društva jedan je od izvora depresije u modernom društvu, budući da uslijed osjećaja krivnje zbog trenutnog neuspjeha dolazi do razvoja depresivnih sindroma. Brojni utjecajni teoretičari primijetili su tendenciju sudjelovanja u „negativnom samogovoru“ kao odgovoru na stres. Albert Ellis je još u drugoj polovini 20. stoljeća nazvao ovaj fenomen "katastrofalnim razmišljanjem" i usredotočio se na to kako je on utemeljen u iracionalnim pretpostavkama (60). Prema Ellisu, katastrofalno razmišljanje nastavlja emocionalne reakcije na stres koje su često problematične (60). Podržavajući ovu tvrdnju, istraživači su otkrili da je samooptuživanje povezano s povećanom nevoljom i depresijom kod pojedinaca koji su doživjeli traume poput seksualnog napada, rata i prirodnih katastrofa (61). Konkretno, kod žrtava seksualnog napada, samooptuživanje je povezano s pojačanim simptomima PTSP-a i većim osjećajem srama, dok je samooptuživanje povezano s poteškoćama u suočavanju s gubitkom voljene osobe, depresijom i psihološkim tegobama (62).

Prirodne katastrofe, ratovi, pandemije, osobni gubitci samo su neki od pokretača depresije u modernom vremenu. Unatoč sve učestalijim faktorima rizika koji rezultiraju razvojem depresivnih sindroma, uz standardne smjernice za liječenje depresije pronalaze se i novi načini suočavanja s ovom vrlo raširenom bolešću modernog doba. Kad poteškoće postanu izuzetno teške, korisno je u naizgled bezizlaznoj situaciji pronaći smisao za humor. Empirijski dokazi koji pokazuju da humor smanjuje utjecaj stresa, sve su učestaliji zadnjih desetljeća. Još 1983. godine, Martin i Lefcourt (63) su u svojoj studiji otkrili da je dobar smisao za humor djelovao kao zaštita od negativnog utjecaja stresa na raspoloženje. Njihovi su rezultati pokazali da stres manje utječe na sudionike s visokim humorom nego na kolege s niskim humorom (63). U novije vrijeme humor je povezan s povećanjem samoefikasnosti, pozitivnog raspoloženja i optimizma te sa smanjenjem stresa, depresije i anksioznosti (64). Chen i Martin (65) otkrili su da je humor koji je pripadan (koristi se za angažiranje ili zabavu drugih) ili se samopoboljšava (održavajući šaljivu perspektivu pred nedaćama) povezan s boljim mentalnim zdravljem (65). Suprotno tome, suočavanje s humorom koji je samopobjediv (koristi se o vlastitom trošku) ili agresivan

(kritizira ili ismijava druge) povezano je s lošijim mentalnim zdravljem (65). Rješavanje životnih problema je povezano s boljom psihološkom prilagodbom, nižim razinama depresije, smanjenom upotrebom alkohola i manjim brojem zdravstvenih tegoba (65). Očito je da se ljudi razlikuju u svojim vještinama rješavanja problema pa je tako i sklonost depresiji varijabilna od osobe do osobe.

3.3. PREVENCIJA ANKSIOZNOSTI I DEPRESIJE

Poremećaji depresije i anksioznosti vrlo su rašireni (18). Sugerira se kako je prevencija ovih poremećaja ključna u smanjenju individualnog i društvenog tereta koji dolaze s ovim poremećajima. Retrospektivna istraživanja rangiraju anksiozne poremećaje kao najrasprostranjeniju vrstu mentalnih poremećaja, a procjenjuje se kako se od 25,4 % do 33,1 % opće populacije barem jednom tijekom života susretne s anksioznim poremećajem (18). Depresija je rangirana kao najrašireniji mentalni poremećaj s procjenama prevalencije tijekom cijeloga života u rasponu do 16,6 % do 19 % (18).

Na društvenoj razini, depresija i anksiozni poremećaji nameću ogromne troškove. Na primjer, troškovi medicinske skrbi za osobe koje pate od anksioznog i depresivnog poremećaja dvostruko su veći od troškova za sudionike koji ne ispunjavaju kriterije za ove dijagnoze. Medicinski troškovi čine samo relativno mali udio uključenih troškova, jer se više od tri četvrtine ukupnih troškova može pripisati neizravnim troškovima i obuhvaćaju učinke bolesti (morbidity) i rane smrti na prihode i produktivnost (66). Jedna epizoda velikog depresivnog poremećaja povezana je s prosječno više od 5 tjedana izgubljene produktivnosti po radniku (18). Uz psihološke simptome karakteristične za depresiju i anksiozne poremećaje, oba poremećaja su povezana i s brojnim negativnim ishodima, uključujući akademski neuspjeh, nedostatak napredovanja u karijeri, nezaposlenost, pravne probleme, tjelesne zdravstvene probleme, migrenu, pušenje, upotrebu droga, loše socijalne kontakte, poremećene socijalne odnose, socijalnu izolaciju i seksualno ponašanje visokog rizika, a postoji jasna povezanost depresije i anksioznih poremećaja s povećanim rizikom od samoubojstva (18).

Iako su dostupni preventivni programi usmjereni sprječavanju razvoja anksioznosti i depresije, i dalje su prisutni brojni problemi.

Dostupni učinkoviti tretmani depresije i anksioznih poremećaja temelje se na dokazima, a bez obzira što se od 5 % do 13 % zdravstvenih proračuna u razvijenim tržišnim gospodarstvima troši na usluge mentalnog zdravlja, depresija i anksiozni poremećaji i dalje predstavljaju veliki teret za društvo (18). Za rješenje ovog problema se predlaže niz rješenja. To uključuje napore

u sistematičnijem širenju liječenja temeljenog na dokazima tako da liječenje bude dostupno većoj skupini ljudi (67). Međutim, čini se malo vjerojatnim da je samo liječenje već postojeće depresije i anksioznih poremećaja dovoljno za ublažavanje tereta depresije i anksioznih poremećaja. Umjesto toga, kombinacija visoke prevalencije i visokih troškova s jedne strane, i niskog pristupa skrbi, visokog rizika od recidiva i ograničenog kapaciteta resursa za liječenje s druge strane, snažno zagovara prevenciju kao komplementarni pristup. Preventivne intervencije obično se pružaju u skupnom formatu i stoga zahtijevaju relativno malo ulaganja iz izvora mentalnog zdravlja u usporedbi s liječenjem. Uz to, širenje učinkovitih programa prevencije može smanjiti prevalenciju depresije i anksioznih poremećaja. Stoga se sugerira da je prevencija najperspektivnije rješenje problema oko relapsa, rezidualnih simptoma i suboptimalnih učinaka liječenja (68).

Većina programa prevencije depresije slijedi kognitivno-bihevioralnu orijentaciju i uključuje skup osnovnih strategija kognitivno-bihevioralne terapije (CBT), najvažnije psihoedukaciju, kognitivno restrukturiranje i trening vještina suočavanja. Na primjer, program rješavanja problema za život (PSFL) je osmotjedna intervencija koju provodi educirano osoblje i nudi se adolescentima kao dio školskog programa (69). PSFL uključuje kognitivne intervencije podučavajući sudionike da prepoznaju disfunkcionalne misli, kao i vještine rješavanja problema (69). Slično tome, Penrov program otpornosti se sastoji od 12 sesija koje se adolescentima nude u skupnom formatu (69). Intervencije uključuju psihoedukaciju o učinku kognicije na emocije i ponašanje, kognitivno restrukturiranje i trening vještina za suočavanje i rješavanje problema (npr. opuštanje, asertivnost, donošenje odluka). Razvijeno je vrlo malo preventivnih programa koji se ne temelje na CBT-u (69).

Kao i na polju prevencije depresije, univerzalni programi za prevenciju anksioznih poremećaja također obično slijede osnovni CBT pristup. Uz to, uključuju više-manje isti niz tehnika koje su opisane u kontekstu prevencije depresije. Glavne strategije su psihoedukacija, kognitivno restrukturiranje i osposobljavanje za korištenje funkcionalnih vještina suočavanja, s glavnom razlikom u tome što su tehnike usmjerene na pomaganje sudionicima u suočavanju sa simptomima tjeskobe, a ne depresije.

Prevencija anksioznosti i depresije u svim dobnim skupinama treba se usmjerit u nekoliko pravaca: prevencija u školi (važno za adolescentsku dob), prevencija u zajednici, individualne i obiteljske intervencije i tehnološki posredovane intervencije. Sumiraju li se ovi pristupi, može se zaključiti kako je podrška obitelji i zajednice od velike važnosti za prevenciju ovih bolesti.

4. ULOGA ILI VAŽNOST ZA SESTRINSKU PRAKSU

Tijekom svoje profesionalne karijere, većina medicinskih sestara susrest će se s pacijentima koji se osjećaju anksiozno ili depresivno, a poznavanje osnovnih simptoma i jednostavnih intervencija i upućivanje takvih pacijenata specijalističkim službama mogu pomoći pacijentima u upravljanju simptomima bolesti. Medicinske sestre se susreću sa zabrinutim pacijentima i njihovim obiteljima u raznim situacijama, pa je jedna od važnih uloga medicinske sestre prepoznati i procijeniti razinu tjeskobe ili depresije u pacijenta jer to određuje koje će intervencije vjerojatno biti učinkovite. Liječenje anksioznih i depresivnih poremećaja obično uključuje uzimanje lijekova i psihoterapiju, dok kombinacija ove dvije terapije najčešće daje bolje rezultate od samo jednog pristupa.

Loše mentalno zdravlje utječe na svakodnevno funkcioniranje pojedinca. Sve medicinske sestre u svojoj profesionalnoj karijeri imaju zadaću promicati dobro mentalno zdravlje kako bi se prevenirala stanja kao što su anksioznost i depresija i kako bi se pružila podrška onima kojima je to najpotrebnije. Medicinske sestre koje rade s anksioznim i depresivnim pacijentima rade u raznolikom okruženju i imaju zadaću pružiti potpunu sestrinsku skrb osobama kojima je dijagnosticirana mentalna bolest. Pritom je važno da medicinske sestre promoviraju mentalno zdravlje, grade pozitivno okruženje i stvaraju kvalitetne veze s pacijentima i njihovim obiteljima. Na taj način pomažu ranom prepoznavanju simptoma bolesti i rano se uključuju u proces liječenja pacijenata s mentalnim bolestima.

Medicinske sestre uključene u svakodnevnu njegu pacijenata s anksioznošću i depresijom imaju zadaću pratiti stanje pacijenata i upravljati tijekom liječenja na način da prate uzimaju li pacijenti redovito propisanu terapiju, kako farmakološku, tako i psihološke terapije i intervencije u načinu života, te ako je to potrebno savjetuju pacijente o važnosti zdravog načina života. Medicinska sestra ima važnu ulogu u njezi pacijenata s anksioznošću i depresijom, no unatoč tome, njezina je uloga ograničena u smislu pružanja konzultacija o brojnim problemima s kojima se pacijenti susreću u svakodnevnom životu. Tako medicinska sestra nema ulogu savjetovati pacijente o, primjerice, financijskim ili stambenim problemima ili intimnim vezama, ali može predložiti konzultacije sa stručnjacima u pojedinom području, koji mogu pružiti odgovarajući savjet i pomoći pacijentima. Kada medicinska sestra od pacijenta sazna probleme s kojima se nosi i koji mogu biti uzroci anksioznosti ili depresije, važno je da medicinska sestra omogući i ponudi najbolje mogućnosti podrške i pružanja stručne pomoći. Tako medicinska sestra ima povjerenje pacijenata s anksioznošću i depresijom, ali i razumijevanje životnih

okolnosti koje mogu utjecati na mentalno zdravlje pacijenata. Zahvaljujući tome, medicinska sestra će postaviti točnu i pravovremenu sestrinsku dijagnozu i prema toj dijagnozi pružiti odgovarajuću sestrinsku njegu.

Neke od mentalnih bolesti su dijagnoze koje traju tijekom cijeloga života pacijenta pa je pacijentima potrebna sestrinska edukacija i usmjeravanje kako bi kvalitetno upravljali svojom bolešću. Medicinske sestre imaju ulogu pružiti cjelovitu njegu pacijentima koji pate od anksioznosti i depresije, a uz to odgovaraju na sva pitanja obitelji i prijatelja koji traže načine kako pružiti podršku i pomoći oboljelim ukućanima i prijateljima. Psihosocijalna nevolja značajno utječe ne samo na oboljelu osobu, nego i na sve osobi bliske ljude. Također, utječe i na oporavak pacijenta te se može odraziti i u tjelesnim simptomima poput boli. Zdrava emocionalna i mentalna stanja imaju značajan utjecaj na oporavak pacijenata s anksioznošću i depresijom, a medicinske sestre imaju ulogu pomoći pacijentima i njihovim obiteljima u tome kako se nositi s izazovima koje donose anksioznost i depresija.

Najveći dio svoje profesionalne karijere medicinske sestre provode s pacijentima o kojima brinu, a zahvaljujući njihovoj stručnosti i profesionalnosti pacijenti s anksioznošću i depresijom osjećaju povjerenje i bliskost s medicinskom sestrom koja, zahvaljujući tome, zna kako i kada intervenirati. Razgovor s pacijentom i praćenje njegova stanja samo je jedna od uloga medicinske skrbi u njezi pacijenta s anksioznošću i depresijom, ali važna uloga u unaprjeđenju mentalnog zdravlja pacijenta i oporavka od ovih bolesti.

5. ZAKLJUČAK

Zadnjih se desetljeća mnogo govori o povećanju broja pacijenata s anksioznošću i depresijom i mogućim uzrocima brzog razvoja ovih bolesti u populaciji. Brojna istraživanja ukazuju na potencijalna objašnjenja naglog porasta broja anksioznih i depresivnih ljudi. Porast broja oboljelih od anksioznosti i depresije dovodi se u izravnu vezu s modernim načinom života pa se tako BDP po stanovniku upotrebljava kao kvantitativna mjera stupnja razvijenosti i modernizacije, a pad dohotka i veća socijalna nejednakost podloga su za razvoj depresije.

Svaka promjena u načinu života doprinosi promjenama u tjelesnom zdravlju pojedinca, a svako narušavanje tjelesnog zdravlja može rezultirati i razvojem mentalnih poremećaja, prvenstveno anksioznosti i depresije koje se često nazivaju bolestima suvremenosti. Suvremeni način života karakterizira stalan tehnološki napredak. Tehnologija je danas svuda oko nas, a mobilni telefoni koji su danas uglavnom pametni, sastavni su dio svakodnevnog života. Tehnološki razvoj i sve prednosti modernih komunikacija, unatoč svim svojim prednostima, sa sobom nose i nove rizike po mentalno zdravlje. Zato je zaštita i unaprjeđenje mentalnog zdravlja važna uloga medicinskih sestara, baš kao i sudjelovanje u edukaciji i prevenciji mentalnih bolesti.

Zdravstvena njega temelji se na individualnom i holističkom pristupu svakom pacijentu, ali i obitelji i prijateljima koji često traže konzultacije i savjet o tome kako pomoći svom članu obitelji ili prijatelju koji se bori s anksioznošću ili depresijom.

6. SAŽETAK

Uvod: Sve veći broj mentalnih poremećaja u populaciji dovodi se u vezu s urbanizacijom, tehnološkim razvojem i modernim načinom života. Unatoč razlikama, simptomi anksioznosti i depresije mogu biti jednaki pa je važno pravilno dijagnosticirati bolest. S obzirom na sve više pacijenata s anksioznošću i depresijom te na važnost pružanja adekvatne podrške i sestrinske njege pacijentima s ovim mentalnim poremećajima, važna je prevencija i prepoznavanje ovih stanja kao vodećih mentalnih bolesti modernog vremena.

Postupci: Korištenje sekundarnih podataka za prikaz najvažnijih spoznaja o anksioznosti i depresiji iz stručne i znanstvene literature.

Prikaz teme: Anksioznost je jedan od najčešćih mentalnih poremećaja u modernom društvu, a najčešće se javlja nakon izrazito stresne situacije ili događaja koji stvara tugu i strah, poput gubitka voljene osobe. Depresija je drugačiji mentalni poremećaj od anksioznosti. Riječ je o poremećaju raspoloženja, dok je anksioznost živčani poremećaj. Mentalni poremećaji, među kojima i anksioznost i depresija, imaju značajan utjecaj na funkcioniranje ljudi, produktivnost, gubitak posla i smanjenje radne sposobnosti. Adekvatan status funkcioniranja je presudan za kvalitetu života, a održavanje produktivne radne snage, zapošljavanje i zadržavanje najproduktivnijeg osoblja presudni su za poslovanje.

Zaključak: Medicinske sestre uključene u njegu pacijenata s anksioznošću i depresijom imaju zadaću pratiti stanje pacijenata i upravljati tijekom liječenja, one prate uzimaju li pacijenti redovito propisanu terapiju te ako je to potrebno savjetuju pacijente o važnosti zdravog načina života. Sestrinska njega se temelji na individualnom i holističkom pristupu svakom pacijentu, ali i obitelji koja traži savjet o tome kako pomoći članu obitelji koji se bori s anksioznošću ili depresijom.

Ključne riječi: anksioznost; bolesti modernog vremena; depresija; moderno doba; sestrinska njega; sestrinstvo.

7. SUMMARY

Anxiety and depression as a permanent threat to modern society

Introduction: An increasing number of mental disorders in the population is associated with urbanization, technological development, and the modern way of life. Despite the differences, symptoms of anxiety and depression can be the same, so it is important to diagnose them correctly. Given the growing number of patients with anxiety and depression, the importance of providing adequate support and nursing care to patients with these mental disorders, it is important to prevent and recognize these conditions as the leading mental illnesses of modern times.

Procedure: Using secondary data to present the most important findings on anxiety and depression in the professional and scientific literature.

Overview: Anxiety is one of the most common mental disorders in modern society and most commonly occurs after an extremely stressful situation or event that creates sadness and fear, such as the loss of a loved one. Depression is a different mental disorder than anxiety. It is a mood disorder while anxiety is a nervous disorder. Mental disorders including anxiety and depression have a significant impact on people's functioning, productivity, job loss and it reduces work ability. Adequate status of functioning is crucial for quality of life, and maintaining a productive workforce, hiring, and retaining the most productive staff are crucial for business.

Conclusion: Nurses involved in the care of patients with anxiety and depression have the task of monitoring the patient's condition and managing during treatment. Also, they monitor whether patients take the prescribed therapy regularly and, if necessary, advise patients on the importance of a healthy lifestyle. Nursing care is based on an individual and holistic approach to each patient but also family seeking advice on how to help a family member struggling with anxiety or depression.

Keywords: anxiety; depression; modern age; modern age diseases; nurses; nursing.

8. LITERATURA

1. Kazdin AE. Encyclopedia of Psychology, 8 volume Set. Washington: American Psychological Association; 2000.
2. National Institute of Mental Health. Anxiety Disorders. 2021. Dostupno na: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/anxiety-disorders/index.shtml> (2.4.2021).
3. WebMD. Risk Factors for Anxiety. 2021. Dostupno na: <https://www.webmd.com/anxiety-panic/ss/slideshow-anxiety-risk-factors> (2.4.2021).
4. Mayo Clinic. Anxiety disorders. 2021. Dostupno na: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/anxiety/diagnosis-treatment/drc-20350967> (2.4.2021).
5. Glauber P. The Meaning of Anxiety. *Am J of Psychiatry*. 2006;108(2):158-9.
6. Statista. Number of alprazolam prescriptions in the U.S. from 2004 to 2018. 2021. Dostupno na: <https://www.statista.com/statistics/781816/alprazolam-sodium-prescriptions-number-in-the-us/> (2.4.2021).
7. Zaklada za mentalno zdravlje. The Lonely Society Report. 2009.
8. Baxter AJ, Vos T, Scott KM, Ferrari AJ, Whiteford H. The global burden of anxiety disorders in 2010. *Psychological Med*. 2014;1-12.
9. Stossel S. My Age of Anxiety. Fear, hope, dread and the search for peace of mind. New York: Alfred A. Kopf; 2013.
10. Freud S. Civilization and its Discontents translated by J Riviere. London: Hogarth Press; 1930.
11. Hunt A. Anxiety and social explanation: some anxieties about anxiety. *J of Soc History*. 1999;39:509-28.
12. Brennan T. The Transmission of Affect. Ithaca, New York: Cornell University Press; 2004.
13. Američko psihijatrijsko udruženje. Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje [DSM-5]. Washington: APA; 2013.
14. Klein RG. Anxiety disorders. *J of Child Psychology and Psychiatry*. 2009;50:153-62.
15. Sumter SR, Bokhorst CL, Westenberg PM. Social fears during the adolescence: Is there an increase in distress and avoidance? *J of Anxiety Disord*. 2009(23):897-903.
16. Hambrick JP, Turk CL, Heimberg RG, Schneier FR, Liebowitz MR. The experience of disability and quality of life in social anxiety disorder. *Depression and Anxiety*. 2003;18:46-50.

17. Beesdo K, Bittner A, Pine DS, Stein MB, Hofler M, Lieb R, Wittchen HU. Incidence of social anxiety disorder and the consistent risk for secondary depression in the first three decades of life. *Arch of Gen Psychiatry*. 2007;64:903-12.
18. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Walters EE. Lifetime prevalence and age-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey replication. *Arch of Gen Psychiatry*. 2005;62(593-602).
19. Carry J. *24/7: Late capitalism and the ends of sleep*. London: Verso; 2013.
20. Banks S, Dinges DF. *Chronic sleep deprivation*. Kryge MH RT, Dement WC (ur.), editor. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2011.
21. Schwartz B. *The paradox of choice: Why more is less*. New York: Ecco; 2004.
22. White CM, Hoffrage U. Testing the tyranny of too much choice against the allure of more choice. *Psychology & Marketing*. 2009;26(3):280-98.
23. Chernev A, Böckenholt U, Goodman J. Choice overload: A conceptual review and metaanalysis. *J of Cons Psychology*. 2015;25(2):333-58.
24. Twenge JM, Kasser T. Generational changes in materialism and work centrality, 1976–2007: Associations with temporal changes in societal insecurity and materialistic role modeling. *Pers and Soc Psychology Bulletin*. 2013;39(7):883-97.
25. Whybrow PC. *American mania: When more is not enough*. New York: Norton; 2005.
26. Achtziger A, Hubert M, Kenning P, Raab G, Reisch L. Debt out of control: The links between self-control, compulsive buying, and real debts. *J of Econ Psychology*. 2015;49:141-49.
27. Američko psihijatrijsko udruženje. *Stress in America Findings*. Washington: APA; 2015.
28. Stiglitz JE. *The price of inequality: How today's divided society endangers our future*. New York: Norton; 2012.
29. Piketty T. *Kapital u 21. stoljeću*. Zagreb: Profil; 2014.
30. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, et al. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *Lancet*. 2006;367(9524):1747-57.
31. Wang J, Smailes E, Sareen J, Fick GH, Schmitz N, Patten SB. The Prevalence of Mental Disorders in the Working Population over the Period of Global Economic Crisis. *Can J of Psychiatry*. 2010;55(9):598-605.
32. Clarke A, Miller D. Fashion and Anxiety. *Fashion Theory*. 2002;6(2):191-213.
33. Bank My Cell. How many smartphones are in the world? April 2021 mobile user statistics. 2021. Dostupno na: <https://www.bankmycell.com/blog/how-many-phones-are-in-the-world> (20.4.2021).

34. Spurr JM, Stopa L. The observer perspective: effects on social anxiety and performance. *Beh Resear and Ther.* 2003;41:1028-266.
35. Reid, Reid FJM. Text or Talk? Social Anxiety, Loneliness, and Divergent Preferences for Cell Phone Use. *CyberPsych & Behav.* 2007;10(3):424-35.
36. Chen B, Liu F, Ding S, Ying X, Wang L, Wen Y. Gender differences in factors associated with smartphone addiction: a cross-sectional study among medical college students. *BMC Psychiatry.* 2017;17(1):341-50.
37. Zaini R, Anjum F, Dahlawi H. Assessment of depression among applied medical science college students at Taif University: a questionnaire survey. *J Psychiatry.* 2017;21:1-3.
38. Whiteford HA, Ferrari AH, Degenhardt L, Feigin V, Vos T. The Global Burden of Mental, Neurological and Substance Use Disorders: An Analysis from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet.* 2013;382(9904):1575-86.
39. Perrin A. Social Media Usage: 2005-2015. 2015. Dostupno na: <https://www.pewresearch.org/internet/2015/10/08/social-networking-usage-2005-2015/> (20.4.2021).
40. Moreno MA, Whitehill JM. Influence of social media on alcohol use in adolescents and young adults. . *Alcohol Res.* 2014;36(1):91.
41. Nesi J, Prinstein MJ. Using social media for social comparison and feedback-seeking: gender and popularity moderate with depressive symphoms. *J Abnorm Child Psychol.* 2015;43(8):1427-38.
42. Američko psihijatrijsko udruženje. What Is Depression?. 2021. Dostupno na: <https://www.psychiatry.org/patients-families/depression/what-is-depression> (22.4.2021).
43. MSD Priručnik. Depresivni poremećaji. 2021. Dostupno na: <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/psihijatrija/poremecaji-raspolozenja/depresivni-poremecaji> (22.4.2021).
44. WebMD. Are You at Risk for Depression?. 2021. Dostupno na: <https://www.webmd.com/depression/guide/depression-are-you-at-risk> (22.4.2021).
45. Mayo Clinic. Depression (major depressive disorder). 2021. Dostupno na: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/depression/diagnosis-treatment/drc-20356013> (22.4.2021).
46. Omenn GS. Evolution in health and medicine Sackler colloquium: evolution and public health u: Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America. 2010.

47. Stranieri G, Carabetta C. Depression and suicidality in modern life. *Psych Danubina*. 2012;24:91-4.
48. Međunarodni monetarni fond. World Economic Outlook Database—April 2010. Međunarodni monetarni fond; 2010.
49. Chang S, Hahm B, Lee J, Shin M, Jeon H. Cross-national difference in the prevalence of depression caused by the diagnostic threshold. *J Affective Dissord*. 2008;106:159-67.
50. Colla J, Buka S, Harrington D, Murphy JM. Depression and modernization: a cross-cultural study of women. *Spc Psychiatry and Psychiatric Epidemiol*. 2006;41:271-79.
51. Vega WA, Sribney WM, Aguilar-Gaxiola S, Kolody B. 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders among Mexican Americans: nativity, social assimilation, and age determinants. *J Nerv and Ment Disease*. 2004;192:532.
52. Lee S, Tsang A, Zhang MY, Huang YQ, He YL, Liu ZR, Shen YC, Kessler RC. Lifetime prevalence and inter-cohort variation in DSM-IV disorders in metropolitan China. *Psychological Med*. 2007;37:61-71.
53. Halevy NY, Chou E, Galinsky DA. A functional model of hierarchy: Why, how, and when vertical differentiation enhances group performance. *Org Psychol Rev*. 2011;1(1):32-52.
54. Kato TA, Hashimoto R, Hayakawa K, Kubo H, Watabe M, Teo AR, Kanba S. Multidimensional anatomy of 'modern type depression' in Japan: A proposal for a different diagnostic approach to depression beyond the DSM-5. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2016;70(1):7-23.
55. Manstead AESR. The psychology of social class: How socioeconomic status impacts thought, feelings, and behaviour. *Brit J Soc Psychol*. 2018;57(2):267-91.
56. Farah MJ. The neuroscience of socioeconomic status: correlates, causes, and consequences. *Neuron*. 2017;96(1):56-71.
57. Young K. The evolution of internet addiction disorder New York: Springer Science + Business MediaThe evolution of internet addiction
58. Weinstein A, Dorani D, Elhadif R, Bukovza Y, Yarmulnik A, Dannon P Internet addiction is associated with social anxiety in young adults. *Annals of Clin Psych*. 2015;27(1):4-9.
59. Cheng C, Yee-Iam LA. Internet addiction prevalence and quality of (real) life: A meta-analysis of 31 nations across seven world regions. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. 2014;17:755-60.

-
60. Ellis A. *Humanistic psychotherapy: The rationalemotive approach*. New York: Julian Press; 1973.
61. DePrince AP, Chu A, Pineda AS. Links between specific posttrauma appraisals and three forms of trauma-related distress. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2011;3(4):430-41.
62. Nielsen MB, Knardahl S. Coping strategies: A prospective study of patterns, stability, and relationships with psychological distress. *Scan J of Psychol*. 2014;55(2):142-50.
63. Martin RA, Lefcourt HM. Sense of humor as a moderator of the relation between stressors and moods. *J Pers and Soc Psychol*. 1983;45:1313-24.
64. Crawford SA, Caltabiano NJ. Promoting emotional well-being through the use of humour. *J Positive Psychol*. 2011;6(3):237-52.
65. Chen G, Martin RA. A comparison of humor styles, coping humor, and mental health between Chinese and Canadian university students. *Humor*. 2007;20:215-34.
66. Arikian SR, Gorman J. A review of the diagnosis, pharmacologic treatment, and economic aspects of anxiety disorders. *J of Clin Psych*. 2001;3:110-17.
67. Clark DM, Layard R, Smithies R, Richards DA, Suckling R, Wright B. Improving access to psychological therapy: Initial evaluation of two UK demonstration sites. *Behav Resear and Therapy*. 2009;47(11):910-20.
68. National Research Council & Institute of Medicine. *Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: Progress and possibilities*. 2009.
69. Spence SH, Sgeffuekd JK, Donovan CL. Long-term outcome of a schoolbased, universal approach to prevention of depression in adolescents. *J Consult and Clin Psych*. 2005;73(1):160-67.