

Depresija, vodeća bolest našeg doba (Depression, The Leading Disease of Our Age)

Vanja Tešić

Zavod za javno zdravstvo grada Zagreba
Služba za epidemiologiju

Ključne riječi: depresija, depresivni poremećaji, prevalencija, prevencija

Depresija, bolest koja spada u najčešće psihičke poremećaje današnjice, stara je koliko i čovječanstvo. Ubraja se u najranije opisane bolesti u povijesti medicine, pa tako još u Starom zavjetu kralj Šaul opisuje iskustvo depresije koje mu je ublaživao David svirajući harfu. Poznata je i Hipokratova humoralna teorija nastanka melankolije, a 1621. godine engleski svećenik Robert Burton u *Anatomy of melancholy* opisuje u detalje psihološke i socijalne uzroke povezane s melankolijom. Samo ime depresija dolazi od latinske riječi depressum i znači potištenost. Po nekim mišljenjima ulazimo u doba melankolije, budući da se učestalost depresije izrazito povećala tijekom druge polovine 20. stoljeća i nažalost, još uvijek se povećava.

Dijagnoza i klasifikacija

Depresivni poremećaji pripadaju skupini poremećaja raspoloženja, duševnih poremećaja u kojima se osnovne psihopatološke promjene zbivaju u raspoloženju, a prate ga i promjene u nekim drugim psihičkim i tjelesnim funkcijama.

Depresija je bolest koju karakterizira sniženo raspoloženje pod utjecajem čega se mijenja sveukupno razmišljanje, opažanje, tjelesno stanje, ponašanje i socijalno funkcioniranje osobe. Tipični simptomi depresije su potištenost, gubitak interesa i zadovoljstava, smanjenje energije, te povećano umaranje. Ostali simptomi koji mogu biti prisutni su poremećen san, smanjen apetit, smanjena koncentracija i pažnja, smanjeno samopoštovanje i samopouzdanje, ideje krivnje i bezvrijednosti, sumoran i pesimističan pogled na budućnost i ideje o samoozljeđivanju ili suicidu. Isto tako mogu biti prisutni i različiti somatski simptomi. Dijagnoza depresije se postavlja kada je zadovoljen kriterij minimalnog broja simptoma potrebnih za postavljanje dijagnoze i kriterij trajanja simptoma od minimum 2 tjedna. Depresija je poremećaj koji se javlja epizodično, a u 50 do 80% osoba s prvom depresivnom epizodom pojaviti će se nova depresivna epizoda. Kada se u neke osobe ponavljaju depresivne epizode, govori se o ponavljajućem depresivnom poremećaju. Neliječena depresivna epizoda prosječno traje 6 do 13 mjeseci, a većina liječenih dva do tri mjeseca (1).

Depresivni poremećaji mogu se dijagnosticirati prema američkoj DSM IV klasifikaciji (2) i međunarodnoj MKB 10 klasifikaciji (3). U Hrvatskoj, prema preporuci Ministarstva zdravstva (4), dijagnozu depresije treba postaviti prema međunarodnoj MKB 10 klasifikaciji, po kojoj se za dijagnosticiranje prve epizode bolesti koristi šifra F 32, a sve druge epizode bolesti označavaju se šifrom F33, kao ponovljene depresivne epizode. Dijagnoza se postavlja bez obzira u kojim okolnostima su simptomi nastali (značajni vanjski faktori stresa ili drugi značajni psihološki faktori koji su mogli pridonijeti pojavi depresivnog poremećaja), znači uključuje sve pojedinačne epizode različitih oblika depresije.

Epidemiologija

Depresija je danas na 4. mjestu vodećih svjetskih zdravstvenih problema s udjelom od 4,5 % u globalnom teretu bolesti, a prema procjenama SZO do 2020. godine zauzet će drugo mjestu iza ishemične bolesti srca s udjelom od 5,7 %. Procjene iz 2002. godine pokazuju da je u razvijenim zemljama već sada na drugom mjestu s udjelom od 7,3 %, a u zemljama u razvoju s niskim mortalitetom na prvom s udjelom od 6,0 %. Depresija nije praćena samo gubitkom životne radosti nego i smanjenjem i gubitkom radne sposobnosti. Vodeći je uzrok radne nesposobnosti u svijetu. Izostanci s posla češći su zbog depresije nego zbog arterijske hipertenzije ili šećerne bolesti (5,6).

Prema podacima SZO, prevalencija depresije u općoj populaciji je 1,9 % za muškarce i 3,2 % za žene, dok je 12 mjesечna prevalencija 5,8 % za muškarce i 9,5 % za žene. Govoreći o životnoj prevalenciji, podaci pokazuju kako svaka 5. žena i svaki 10. muškarac tijekom života može doživjeti barem jednu ozbiljnu depresivnu epizodu (7). Potrebno je istaknuti razliku javljanja unipolarne depresije između muškaraca i žena. Poremećaj se javlja gotovo dvostruko češće u žena negoli u muškaraca, a pravi razlog tog razlici nije poznat. Pretpostavlja se da tome doprinose hormonske

promjene u žena, trudnoće, porodi i predodređenost životnih uloga. Istraživanja prevalencije pokazuju određene razlike u različitim populacijama vjerojatno kao posljedicu kulturoloških razlika ili različitih čimbenika rizika, pa su tako rezultati velike međunarodne studije usporedbom dobnog (18-64) i po spolu standardiziranih stopa na američku populaciju pokazali najnižu stopu životne prevalencije u Tajvanu od 1,5 %, slijedi Seul 2,9; Porto Rico 4,3; Edmonton 5,2; Novi Zeland 11,6; Firenca 12,4; Pariz 16,4 i najvišu stopu u Bejrutu 19 % (8, 9).

Iako se depresija može javiti tijekom čitavog životnog vijeka, od dječje do starije dobi, najčešće se dijagnosticira između 25 i 35 godina života. Međutim, novija istraživanja pokazuju tendenciju pomaka prvog javljanja prema mlađim dobnim skupinama. Gotovo jedan od osam adolescenata i jedno od 33 djece ima iskustvo depresije (10). Finsko istraživanje depresije među adolescentima od 15 do 19 godina starosti pokazalo je 12 mjesečnu prevalenciju od 5,3 % (6 % za žene i 4,4 % za muškarce), a u dobi od 20 do 24 godine 9,4 % (10,7 % za žene i 8,1 % za muškarce)(11). Depresivni simptomi i depresivna epizoda u adolescenciji snažan su prediktor javljanja depresivne epizode ili povratnog depresivnog poremećaja u odrasloj dobi, povećavajući rizik obolijevanja 2 do 4 puta. (12,13).

Unatrag desetak godina otkrivena je i značajna povezanost povećanog stresa, anksioznosti i depresije s kardiovaskularnim bolestima. 13 godišnje praćenje 1551 osobe pokazalo je da je vjerojatnost obolijevanja od infarkta miokarda bila 4,5 puta veća kod bolesnika s velikom depresivnom epizodom (14).

Depresija je bolest s visokom smrtnošću. Čak 15% osoba liječenih od tzv. velike depresije počini samoubojstvo, a među neliječenim depresivnim bolesnicima taj postotak je vjerojatno i veći (15).

Iako je depresija bolest koja se uspješno liječi u oko 70 – 80 % slučajeva, postoji disproporcija između visoke prevalencije i broja liječenih bolesnika. Zbog neupućenosti depresiju kao bolest često ne prepoznaju ni osobe koje od nje pate, kao ni njihova najbliža okolina, čak i kad depresija uzrokuje značajne bračne, obiteljske, profesionalne i socijalne poteškoće. Zbog neznanja i predrasuda oko 50 % depresivnih osoba ne traži medicinsku pomoć. Još je poraznija činjenica da čak u polovici depresivnih pacijenata liječnici primarne zdravstvene zaštite ne prepoznaju depresivni poremećaj, najčešće zbog tjelesnih simptoma koji njihovu pozornost odvlače u pogrešnom smjeru. Tako je američko istraživanje pokazalo da je samo 51,6 % depresivnih osoba zatražilo liječničku pomoć, a od toga manje od pola (41,9 %) je adekvatno liječeno. Slične rezultate dalo je i europsko istraživanje, naime 43 % depresivnih osoba nije tražilo pomoć, a od onih koji jesu 57 % javilo se liječniku primarne zdravstvene zaštite, a samo trećina primala je antidepresive. S druge strane, porazna je činjenica to što se veliki postotak depresivnih bolesnika liječi neprimjereno jer uzima manje doze od terapijskih i/ili prekida s uzimanjem antidepresiva znatno prije vremena (16-18). Prema rezultatima objavljenog ispitivanja u SAD-u, ekonomski teret depresije za jednu godinu iznosi 43,7 milijardi dolara. Od ukupnog iznosa na direktne troškove otpada 28 %, a na indirektno 72 %. Najveću stavku u direktnim troškovima čine troškovi bolničkog liječenja (45 %), a najmanju troškovi za lijekove (25 %).

U domaćoj literaturi vrlo su oskudni epidemiološki podaci o depresiji. Podaci iz bolničkih statistika upućuju da se u stacionarnim psihijatrijskim ustanovama u Hrvatskoj radi depresije 2002. godine liječilo 3755 osoba, s tim da na žene otpada 65 % (19). Udio depresivnih epizoda i povratnog depresivnog poremećaja u ukupnom broju hospitalizacija radi duševnih bolesti i poremećaja je 9,7 %, a broj korištenih dana bolničkog liječenja u ukupnom broju dana bolničkog liječenja radi duševnih bolesti i poremećaja je 7,6% (19). Podaci dostupni za zagrebačko područje su nažalost također samo iz rutinske bolničke statistike Zavoda za javno zdravstvo grada Zagreba. U zagrebačkim bolnicama skupina duševnih bolesti i poremećaja na 4. je mjestu uzroka hospitalizacija, a udio u duševnim bolestima za depresivne epizode je 4,68 % i za povratni depresivni poremećaj 3,93 %. Povratni depresivni poremećaj je na 9. mjestu s brojem ostvarenih bolničkih dana u ukupnom broju dana bolničkog liječenja ostvarenih u zagrebačkim bolnicama, a depresivne epizode na 12. mjestu. Gledajući dobnu strukturu, dvije trećine (75 %) hospitaliziranih pacijenata s dijagnozom depresivne epizode je u dobi od 30 do 59 godina, kao i za povratni depresivni poremećaj (76 %). Kod žena najveći udio hospitalizacija (32 %) je u dobi od 40 do 49 godina, a kod muškaraca (33 %) od 50 do 59 godina (20, 21).

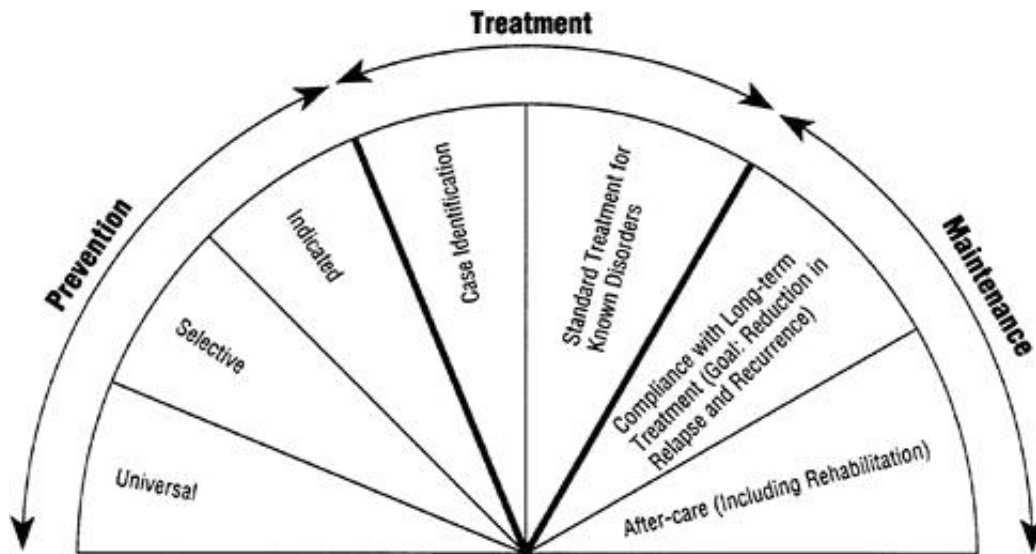
Podataka iz primarne zdravstvene zaštite nažalost nema jer u statističkom obrascu nisu posebno predviđene šifre depresivnih poremećaja.

Prevenција i intervencija

Svjetska zdravstvena organizacija jasno je definirala promociju mentalnog zdravlja i prevenciju mentalnih poremećaja kao javnozdravstveni prioritet. Pri tome su promocija, prevencija i rana intervencija, te liječenje, kontinuirano zbrinjavanje i rehabilitacija oboljelih komplementarne komponente u procesu preventivnog djelovanja (22,23).

Depresija, po svojoj etiopatogenetskoj kompleksnosti i multifaktorijalnosti nije iznimka od mnogih drugih kroničnih nezaraznih bolesti. Budući da su kroz mnogobrojna istraživanja prepoznati mnogi opći rizični čimbenici (zlostavljanje i zanemarivanje u djetinjstvu, stresogeni životni događaji, neadekvatna obiteljska situacija), specifični čimbenici (pozitivna obiteljska anamneza, ženski spol,

sklonost negativnoj kogniciji), kao i protektivni čimbenici (posjedovanje socijalnih vještina, samopoštovanje, samopuzdanje, otpornost na stres, socijalna podrška, međuljudski odnosi), moguće je preventivno djelovati širokim spektrom mjera na različitim razinama (Slika 1).



Slika 1. The mental health intervention spectrum for mental disorders.

Izvor: Mrazek P, Haggerty R. Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research. Washington 1994.

Brojne pojedinačne studije različitih preventivnih mjera i programa za depresiju pokazuju pozitivne pomake i različit stupanj učinkovitosti, ali većina tih rezultata još uvijek nema snagu dokaza. Jedna od novijih meta analiza 69 različitih preventivnih programa za depresiju, pokazala je prosječno smanjivanje depresivnih simptoma nakon intervencije od značajnih, ali malih 11 %, kao i velike varijacije u učinkovitosti između programa (24). Istraživanje provedeno analizom intervencija provedenih kroz primarnu zdravstvenu zaštitu u 14 regija svijeta pokazalo je da intervencije na populacijskoj razini imaju potencijal smanjivanja udjela depresije u globalnom teretu bolesti za 10 do 30 % (25).

Primarna prevencija

Prema prijedlogu američkog Institute of Medicine, klasifikacija preventivnih mjera u području mentalnih bolesti razlikuje u primarnoj prevenciji univerzalne, selektivne i indicirane intervencije.

Univerzalne intervencije usmjerene na populaciju ili određene populacijske skupine u smislu jačanja protektivnih faktora pokazuju značajnu redukciju depresivne simptomatologije. Program prevencije depresije u adolescenata uključen u školski curriculum i baziran na učenju vještina rješavanja i suočavanja s problemima, te socijalnih vještina pokazao je smanjivanje depresivne simptomatologije za 50 % godinu dana nakon intervencije (26). Intervencije kroz osnovno-školske programe usmjerene na preveniranje zlostavljanja djece dokazano smanjuju javljanje depresije u odrasloj dobi, kao i različiti programi usmjereni na jačanje protektivnih čimbenika u djetinjstvu (27, 28). Programi redovitog vježbanja u odrasloj dobi također pokazuju smanjenje depresivne simptomatologije, iako je potrebno dodatno evaluirati njihovu stvarnu ulogu u prevenciji bolesti (29).

Selektivne intervencije usmjerene su na populacijske podgrupe koje imaju veći rizik obolijevanja od opće populacije. Neki od dokazano učinkovitih programa su edukacija i rad s roditeljima djece koja imaju određene probleme (smanjuju depresivnu simptomatologiju roditelja 30 %), programi učenja i razvijanja strategija za bolje nošenje sa stresogenim životnim događajima za djecu koja su izgubila roditelja ili nakon razvoda, za nezaposlene, kronično bolesne i starije osobe (30-32).

Indicirane intervencije za osobe koje imaju određene depresivne simptome, ali još uvijek ne i bolest obično se provode kroz primarnu zdravstvenu zaštitu ili kroz različite indicirane skupine kao što su npr. adolescenti. To su također kognitivno-bihevioralni programi za edukaciju osoba s rizikom u stvaranju pozitivnog mišljenja, mijenjanju negativnih obrazaca mišljenja i poboljšavanju vještina rješavanja problema i pokazali su značajnu učinkovitost (33). U novije vrijeme istražuje se Internet kao mogući moćan medij za zdravstvene informacije i intervencije tipa psihoedukacije i kognitivno-bihevioralne terapije u osoba s depresivnim simptomima, a rezultati su optimistični, naime taj način djelovanja pokazuje učinkovitost u reduciranju simptomatologije (34).

Sekundarna prevencija

Kako se više od polovice oboljelih koji zatraže liječničku pomoć obrati liječnicima primarne zdravstvene zaštite, a od toga samo 50 - 60 % bude i prepoznato od strane liječnika, te samo polovica od toga i adekvatno liječena, SZO je kao glavni cilj javnozdravstvenog djelovanja u reduciranju depresije istaknula rano otkrivanje i adekvatno liječenje u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (7). Razvijene su brojne skrining, organizacijske i edukacijske strategije za poboljšavanje prepoznavanja i liječenja depresije u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, ali se njihovom evaluacijom pokazalo da niti jedna strategija ukoliko se provodi zasebno nije učinkovita u reduciranju depresije ili ima ograničen i parcijalni učinak (35). Učinkovito je istovremeno provođenje edukacijskih programa za pacijente, njihove obitelji, liječnike i ostale zdravstvene djelatnike kako o dijagnosticiranju tako i o mogućnostima i načinima liječenja (36). Rano otkrivanje i pravovremeno adekvatno liječenje ujedno je i prevencija povratnih depresivnih poremećaja, kao i kardiovaskularnih i cerebrovaskularnih bolesti.

Preporuke SZO o minimumu mjera koje bi svaka zemlja trebala provesti u cilju poboljšanja mentalnog zdravlja uzele su u obzir raspoložive resurse zemalja. Hrvatska je učinila neke važne korake k tom cilju koji su preduvjet za razvoj prevencije mentalnih bolesti.

01.01. 1998. godine stupio je na snagu novi Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, a isto tako postoji svjesnost o nužnosti reorganizacije hrvatske psihijatrije od bolnički orijentirane psihijatrijske skrbi prema skrbi organiziranoj u zajednici, kao i pripremljeni prijedlozi reforme psihijatrije (37).

U listopadu 2003. godine, Vlada RH je donijela Uredbu o osnivanju Hrvatskog zavoda za mentalno zdravlje.

Plan zdravstvene zaštite Republike Hrvatske od travnja 2004. godine promociju zdravlja i prevenciju bolesti odredio je kao prioritetno razvojno područje (38). Isto tako prevencija, rano otkrivanje, dijagnostika, liječenje i rehabilitacija duševnih bolesti prepoznata je kao potreba stanovništva od posebnog interesa za Republiku Hrvatsku. U tom dokumentu zaštita mentalnog zdravlja u zajednici čini jednu od osnova razvoja zdravstvene djelatnosti na primarnoj razini, a izrada strategije razvitka i programskih aktivnosti na području zaštite i unaprjeđenja duševnog zdravlja na razini zdravstvenih zavoda (38). Deklaracijom Ministarske konferencije održane u Helsinkiju 2005. godine, kojoj je potpisnica i RH, navodi se da su prevencija, liječenje i rehabilitacija osoba koje boluju od duševnih poremećaja prioritet Svjetske zdravstvene organizacije, Europske Unije i Vijeća Europe i potiče se zemlje članice da poduzmu aktivnosti da smanje teret duševnih poremećaja i poboljšaju stanje mentalnog zdravlja u zemlji.

U tako zadanim okvirima bit će moguće razviti i nacionalni plan za depresiju, pa će sadašnje vrijedne, ali sporadične i individualne inicijative kao što je to bio „anti-stigma“ program Hrvatskog društva za kliničku psihijatriju, edukativna brošura Plive i Hrvatskog psihijatrijskog društva „Živjeti s depresijom“ i po koja domaća web stranica o depresiji zacijelo poprimiti organiziraniji oblik. Zavodi za javno zdravlje moraju i u tom segmentu zdravstvene zaštite preuzeti odgovornost i imati aktivnu ulogu .

Literatura

1. Hotujac Lj. Poremećaji raspoloženja (afektivni poremećaji). U: Muičević V. i sur. Psihijatrija. Medicinska naklada, Zagreb 1995: 349-370.
2. Američka psihijatrijska udruga. Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, DSM IV. Naklada Slap, Jastrebarsko 1996.
3. MKB-10. Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema. Medicinska naklada, Zagreb 1994.
4. Ministarstvo zdravlja RH. Prijedlog dijagnostičkih i terapijskih smjernica za liječenje depresije, Zagreb 2001, www.miz.hr.
5. Mathers DC, Bernard C, Moesgaard Iburg K et al. Global Burden of Disease in 2002: data sources, methods and results. *Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion Paper No. 54*, World Health Organization, 2003.
6. Murray CJ L, Lopez AD. The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability From Disease, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020. World Health Organisation 1996.
7. The World Health Report 2001. Mental Health: New understanding, New Hope. Geneva, World Health Organisation 2001.
8. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA* 1996; 276: 293-9.
9. Bland RC. Epidemiology of Affective Disorders: A Review. *Can J psychiatry* 1997; 42:367-377.
10. Kessler RC, Walters EE. Epidemiology of DSM-III-R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the National Comorbidity Survey. *Depress Anxiety*

1998;7:3-14.

11. Haarasilta L, Maurttunen M, Kaprio J, Aro H. The 12-month prevalence and characteristics of major depressive episode in a representative nationwide sample of adolescents and young adults. *Psychol Med* 2001; 31: 1169-79.
12. Pine DS, Cohen E, Cohen P, Brook J. Adolescent depressive symptoms as predictors of adult depression: moodiness or mood disorder? *Am J Psychiatry* 1999; 156:133-135.
13. Pine DS, Cohen P, Gurley D, Brook J, Ma Y. The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55 :56-64.
14. Pratt LA, Ford DE, Crum MR, Armenian HK, Galo JJ, Eaton WW. Depression, psychotropic medication, and risk of myocardial infarction. Prospective data from the Baltimore ECA follow up. *Circulation* 1996; 94: 3123-9.
15. Bostwick JM, Pankratz VS. Affective disorders and suicide risk: a re-examination. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 1925-32.
16. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR et al. The epidemiology of major depressive disorder: result from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA* 2003; 289:3095-105.
17. Lepine JP, Gastpar M, Mendlewicz J, Tylee A. Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). *Int Clin Psychopharmacol* 1997; 12:19-29.
18. Tylee A, Gastpar M, Lepine JP, Mendlewicz J. DEPRESS II (Depression Research in European Society II): a patient survey of the symptoms, disability and current management of depression in the community. *Int Clin Psychopharmacol* 1999; 14:139-51.
19. Hrvatski zavod za javno zdravstvo: Mentalne bolesti i poremećaji u Republici Hrvatskoj, Zagreb, 2004.
20. Musić Milanović S, Tešić V. Mentalno zdravlje. U: Čulig J. Grad Zagreb Javnozdravstvena datoteka 2001. Zavod za javno zdravstvo grada Zagreba, Zagreb 2002: 39-42.
21. Zavod za javno zdravstvo grada Zagreba, Služba za socijalnu medicinu: Bolnički pobol u gradu Zagrebu u 2002. godini, Zagreb, 2003.
22. WHO. Prevention and Promotion in mental health. Mental health: evidence and research. Geneva, Department of mental Health and Substance Dependence 2002.
23. WHO. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report. Geneva, World Health Organisation 2004.
24. Jane-Llopis E, Hosman C, Jenkins R, Anderson P. Predictors of efficacy in depression prevention programmes. Meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2003, 183:348-97.
25. Chisholm D. Reducing the global burden of depression. *Br J Psychiatry* 2004; 184: 393-403.
26. Shochet IM, Dadds MR, Holland D, Whitefield K, Harnett PH, Osgarby SM. The efficacy of universal school-based program to prevent adolescent depression. *J Clin Child Psychol* 2001; 30: 303-15.
27. Rispens J, Aleman A, Goudena PP. Prevention of child sexual abuse victimization: a meta-analysis of school programs. *Child Abuse Negl* 1997; 21: 975-87.
28. Hawkins JD, Catalano RF, Kosterman R, Abbott R, Hill KG. Preventing adolescent health-risk behaviors by strengthening protection during childhood. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999; 153: 226-34.
29. Atlantis E, Chow CM, Kirby A, Singh MF. An effective exercise-based intervention for improving mental health and quality of life measures: a randomized controlled trial. *Prev Med* 2004; 39: 424-34.
30. Jaycox LH, Reiche KJ, Gillham J, Seligman ME. Prevention of depressive symptoms in school children. *Behav Res Ther* 1994; 32: 801-816.
31. Webster-Stratton C, Reid MJ, Hammond M. Treating children with early-onset conduct problems: intervention outcomes for parent, child, and teacher training. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2004; 33:105-24.
32. Price RH, Van Ryn M, Vinokur AD. Impact of a preventive job search intervention on the likelihood of depression among the unemployed. *J Health Soc Behav* 1992; 33 :158-67.
33. Clarke GN, Hornbrook M, Lynch F, Polen M, Gale J, Beardslee W et al. A randomised trial of a group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed parents. *Arch Gen psychiatry* 2001; 58:1127-34.
34. Christensen H, Griffiths K, Jorm A. Delivering interventions for depression by using the internet: randomised controlled trial. *BMJ* 2004; 328: 265.
35. Gilbody S, Whitty P. Improving the recognition and management of depression in primary care. *Effective Health Care* 2002; Vol 7, No 5.
36. Goldman L, Nielsen N, Champion H. Awareness, Diagnosis, and Treatment of Depression. *J Gen Intern Med* 1999; 14:569-580.
37. Hotujac LJ. Reorganizacija hrvatske psihijatriju. *Medicus* 1998; 7: 9-14.
38. Vlada Republike Hrvatske: Plan zdravstvene zaštite Republike Hrvatske. Službeni list RH, Narodne novine 49/2004.

