UČESTALOST DEPRESIJE KAO KOMORBIDITETA KOD OVISNIKA O ALKOHOLU S OBZIROM NA SPOL

Muškardin, Kristian

Undergraduate thesis / Završni rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Rijeka, Faculty of Health Studies / Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija u Rijeci**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:184:885749

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-29**

Repository / Repozitorij:

Repository of the University of Rijeka, Faculty of Health Studies - FHSRI Repository

zir.nsk.hr

UNIRI DIGITALNA KNJIŽNICA

Image not found or type unknown

SVEUČILIŠTE U RIJECI

FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVA

Kristian Muškardin

UČESTALOST DEPRESIJE KAO KOMORBIDITETA KOD OVISNIKA O ALKOHOLU S OBZIROM NA SPOL

Završni rad

Rijeka, 2020.

UNIVERSITY OF RIJEKA

FACULTY OF HEALTH STUDIES

UNDERGRADUATE STUDY OF NURSING

Kristian Muškardin

OCCURENCE OF DEPRESSION AS A COMORBIDITY IN ALCOHOL ADDICTS DEPENDING ON GENDER

Final work/final thesis

Rijeka, 2020.

Mentor rada: dr. sc. Aleksandra Stevanović

Komentor rada: dr. sc. Tanja Grahovac Juretić

Završni rad obranjen je dana _____ u/na_____, pred povjerenstvom u sastavu:

1._____

2._____

3._____

SADRŽAJ

1. UVOD....1
1.1. Depresija....1
1.2. Alkoholizam....3
1.3. Depresija kao komorbiditet alkoholizmu....7
2. CILJEVI....12
3. ISPITANICI I METODA....13
3.1. Ispitanici....13
3.2. Metoda....13
3.3. Statistička obrada....13
4. REZULTATI....15
4.1. Sociodemografski podaci....15
4.2. Oblici liječenja....16
4.3. Spektar dijagnoza u okviru alkoholizma....18
4.4. Depresija....19
4.5. Komorbiditet alkoholizma i depresije u odnosu na sociodemografska obilježja....20
5. RASPRAVA....23
6. ZAKLJUČAK....27
7. SAŽETAK....28
8. SUMMARY....29
9. LITERATURA....31
10. KRATKI ŽIVOTOPIS PRISTUPNIKA....34

1. UVOD

1.1. Depresija

Depresija je poremećaj raspoloženja. To je učestala i ozbiljna psihijatrijska bolest koja se često naziva i bolest sa tisuću lica. U današnje vrijeme depresija je ozbiljan kako medicinski tako i javnozdravstveni problem. Kao kronična bolest, depresija može dovesti do raznolikih emocionalnih i fizioloških problema koji mogu uvelike smanjiti kapacitet osobe za funkcioniranjem u svakodnevnom životu (1).

Depresija se prema važećim medicinskim klasifikacijama MKB-10 i DSM-V dijagnosticira kada osoba proživljava najmanje dvotjedni period depresivnog raspoloženja ili gubitak interesa i zadovoljstva u svakodnevnim zadacima te je uz to prisutna većina specifičnih simptoma poput problema sa spavanjem, prehranom, energijom i koncentracijom (2, 3).

Podaci o prevalenciji velikog depresivnog poremećaja prikupljeni su u Nacionalnom istraživanju o korištenju droga i zdravlju (National survey on drug use and health, NSDUH) provedenom 2017. godine među državljanima SAD-a. NSDUH je definirao depresiju bazirajući se na kliničkoj definiciji predstavljenoj u Dijagnostičkom i statističkom priručniku mentalnih oboljenja (DSM-5). Rezultati su pokazali da je otprilike 17,3 milijuna odraslih u SAD - u imalo barem jednu epizodu velikog depresivnog poremećaja, odnosno 7,1% svih odraslih u SAD - u. Prevalencija velikog depresivnog poremećaja je bila veća između žena odrasle životne dobi (8,7%) u usporedbi s odraslim muškarcima (5,3%), epizode te bolesti bile su najučestalije kod individua u dobi od 18 - 25 godina (13,1%). Također, studija iz 2017. godine je pokazala da otprilike 11 milijuna odraslih u SAD-u (4,5% sveukupne populacije odraslih) pokazuje epizode velikog depresivnog poremećaja udruženog s teškim oštećenjem, odnosno oštećenjem koje ograničava fizičke ili mentalne sposobnosti osobe te samim time interferira s mogućnosti osobe da izvodi svakodnevne zadatke (4).

Simptomi depresije u skladu su s kompleksnošću bolesti te se znatno razlikuju od osobe do osobe. Osobe koje boluju od depresije osjećaju tugu te gubitak volje i interesa za stvari u kojima su prije uživale. Simptomi perzistiraju tjednima i mjesecima te u velikoj većini slučajeva interferiraju s radnim, socijalnim i obiteljskim životom oboljele osobe. Simptomi se taksonomski mogu podijeliti na psihološke, fiziološke te socijalne.

Psihološki simptomi depresije obuhvaćaju loše raspoloženje i tugu, manjak samopouzdanja, bojažljivost, osjećaj krivnje, anksioznost te različitu razinu suicidalnosti (od suicidalnih promišljanja preko plana do pulzija). Oboljelima od depresije veliki problem predstavljaju fiziološki simptomi koji uvelike ometaju njihovo svakodnevno funkcioniranje u zajednici. Kao najvažniji od njih se ističu usporeni pokreti i govor, pogoršanje apetita (povećan ili smanjen apetit), konstipacija, neobjašnjivi bolovi, nedostatak energije, gubitak libida, promjene u menstruacijskom ciklusu te poremećen ciklus sna (hipersomnija ili hiposomnija) (3).

Socijalni simptomi depresije uključuju oskudne socijalne interakcije. Najčešće oboljeli od depresije izbjegavaju kontakte sa prijateljima te se što je manje moguće involviraju u društvene aktivnosti, zanemaruju svoje ranije hobije i interese te otežano komuniciraju kako u obitelji, tako i u školi, fakultetu ili na radnom mjestu (3).

Depresija je kompleksna bolest, te se obzirom na isto dijeli u podskupine koje se razlikuju ovisno o težini kliničke slike. Blaga depresivna epizoda (F 32.0) ima najmanje četiri simptoma – dva tipična, dva druga i blaži poremećaj socijalnog funkcioniranja (5). Umjerena depresivna epizoda (F 32.1) ima najmanje pet simptoma: dva tipična, tri druga simptoma i umjeren poremećaj socijalnog funkcioniranja (2). Teška depresivna epizoda (F 32.2) ima najmanje sedam simptoma, tri tipična i najmanje četiri druga, s tim da nema psihotične simptome. Prisutni su usporenost ili uznemirenost, somatski sindrom, te otežane socijalne i radne aktivnosti. Kod teške depresivne epizode sa psihotičnim simptomima su prisutni sumanutost i halucinacije. Osobe oboljele od depresivne epizode sa psihotičnim elementima (F33.3) uz depresivne simptome imaju prisutan i osjećaj straha, vrlo često uz deluzije krivnje, siromaštva ili bolesti. Ako se depresivne epizode javljaju više puta govorimo o povratnom depresivnom poremećaju.

Sezonski afektivni poremećaj je karakteriziran nastupom depresije tijekom zimskih mjeseci kada ima manje prirodnog sunčevog svjetla. Ovaj oblik depresije se obično povuče tijekom proljetnih i ljetnih mjeseci. Zimska depresija, koja je nerijetko udružena s manjkom socijalnih interakcija, povećanim satima sna i dobivanjem na težini se često vraća u obliku sezonskog afektivnog poremećaja.

Mehanizmi patogeneze depresije kao multifaktorijalne bolesti još uvijek nisu u potpunosti razjašnjeni, a sadašnja spoznaja o etiologiji rezultat su kohezije dosadašnjih

saznanja dobivenih istraživanjima. Ti mehanizmi se protežu od mehanizama sinaptičke plastičnosti do epigenetike i imunoloških reakcija za koje se smatra da imaju bitnu ulogu u patogenezi simptomatike depresije.

Kao najznačajniji faktori koji igraju vrlo bitnu ulogu u patogenezi depresije ističe se ponavljani stres ograničavanja (jakog intenziteta), kronični nepredvidivi/ blagi stres, socijalna izolacija, zlostavljanje, lijekovi, traumatska iskustva, genetska predispozicija te zlouporaba droga. Ljudski rod je po prirodi orijentiran na zajednici u kojoj živi, tvoreći s njom svojevrsnu socijalnu simbiozu pa je i razumljivo da osjećaj manje pripadnosti zajednici nosi sa sobom razvitak depresije i depresiji sličnih simptoma (6).

Veća traumatska iskustva mogu biti pogodno tlo za razvitak depresije, kao npr. rezultat tuge i žaljenja uslijed gubitka voljene osobe. Genetska predispozicija, odnosno prisutnost depresije u obitelji mogu uvelike povećati osjetljivost osobe za oboljevanjem od depresije. Veliki depresivni poremećaj se smatra poligenetskom bolešću, a točna genetska osnova nije još istražena te kao takva predstavlja izazov za buduća istraživanja.

Kao važan okidač za depresiju nameće se i zlouporaba droga, s obzirom da otprilike 30% osoba koji pokazuju znakove ovisnosti o mono pripravcima, ali i politoksikomani imaju dijagnosticiran veliki depresivni poremećaj. Iako sredstva ovisnosti kratkotrajno povećavaju euforiju, osjećaj superiornosti te agitiraju osobu, dugoročno predstavljaju pogodni milje za razvitak depresije (7).

Depresija je češći komorbiditet u žena ovisnica o alkoholu nego li u muškaraca ovisnih o alkoholu. Pacijentice s dijagnozom depresivnog poremećaja imaju veći broj hospitalizacija u odnosu na pacijentice bez depresije u komorbiditetu.

1.2. Alkoholizam

Prema definiciji alkoholizam je svaka konzumacija alkohola koja se manifestira psihičkim ili fizičkim zdravstvenim problemima (3). Može se reći da je to kronična recidivirajuća bolest koja se u današnje vrijeme pojavljuje u sve mlađoj životnoj dobi i veliki je faktor rizika za niz tjelesnih bolesti.

Alkoholizam može biti primaran i sekundaran, a na samu pojavu istog uvelike mogu utjecati psihosocijalni i okolišni faktori. Konzumiranje alkohola društveno je prihvatljivo te upravo različita vjerovanja o pozitivnom učinku alkohola potiču naviku konzumacije alkoholnih pića.

Rizik za razvoj ovisnosti o alkoholu počinje već s konzumacijom malih količina alkoholnih pića (8). Ovisnici o alkoholu u uznapredovaloj fazi alkoholizma imaju smanjenu toleranciju na pijenje te oslabljenu kontrolu nad konzumacijom alkohola (9).

Uslijed dugogodišnjeg konzumiranja alkohola prisutne su i promjene u ponašanju. Alkoholičar u većini slučajeva umanjuje ili u potpunosti negira problem pijenja te za isti vrlo često okrivljuje svoju okolinu. Navedeno se očituje verbalnim sukobima, narušavanjem međuljudskih odnosa te povremeno i agresivnim ponašanjem prema osobama iz najbliže okoline. Vrlo često ovisnici o alkoholu radi svoje ovisnosti otežano funkcioniraju na radnom mjestu.

Prema Jellineku alkoholizam dijelimo na alfa, beta, gama, delta i ipsilon. Svaki od navedenih tipova alkoholizma ima određene karakteristike. Dakle, alfa alkoholizam karakteriziran je psihičkom ovisnosti bez mogućnosti kontrole ili apstinencije, beta alkoholizam obilježava prisustvo tjelesnih, odnosno organskih oštećenja bez fizičke ili psihičke ovisnosti. Gama alkoholizam je psihička i fizička ovisnost uz mogućnost apstinencije, dok je ipsilon alkoholizam dipsomanski tip pijenja (5,7). Nešto kasnije Hudolin je navedenoj tipologiji pridodao i zeta tip alkoholizma koji je karakteriziran agresivnim ispadima ovisnika o alkoholu u pijanim stanjima.

Klinička slika alkoholizma obilježena je nizom kliničkih znakova. Prema Skineru to su tremor prstiju, ataktičan hod, crvenilo nosa i lica, rinofima, ginekomastija, caput meduse, spajder nevusi, abdominalna osjetljivost, obložen jezik, edem mekog nepca, palmarni eritem.

Važno je naglasiti da ovisnik o alkoholu tijekom svoje alkoholne ovisnosti prolazi kroz nekoliko različitih faza pijenja. To su: predalkoholičarska, prodromalna, kritična i kronična fazu (10). Svaka od navedenih faza ima svoja obilježja.

Predalkoholičarska faza podrazumijeva povremeno i stalno pijenje alkoholnih pića koje može trajati od šest mjeseci do dvije godine. U ovoj fazi alkoholičar je svjestan

povezanosti između pijenja alkoholnih pića i osjećaja olakšanja koje mu ono donosi. U ovoj fazi prisutno je povećanje tolerancije na alkohol što rezultira konzumiranjem sve većih količina alkohola s ciljem da se postigne primarni učinak.

Prodromalna faza je faza koju karakterizira pojava alkoholne amnezije. U ovoj fazi osoba često ulazi u konflikte s okolinom radi naglih promjena u ponašanju. Ova faza može trajati od šest mjeseci pa sve do pet godina, a obilježava ju ispijanje velikih količina alkohola.

Slijedeća faza je kritična faza u kojoj je osoba izgubila kontrolu nad svojim pijenjem alkohola. U ovoj fazi i najmanja količina alkohola izaziva reakciju ispijanja velikih količina, a alkoholičar umanjuje svoju krivnju i za svoje neuspjehe krivi druge osobe. U ovoj fazi pojavljuju se i tjelesni simptomi oštećenja organizma.

Nakon kritične faze slijedi kronična faza alkoholizma koju karakterizira pad tolerancije na alkohol. Intoksikacija ili akutno trovanje alkoholom (F 10.0) je posljedica konzumiranja veće količine alkoholnih pića u kratkom vremenskom razdoblju. Intoksikacija alkoholom obično započinje nakon dva ili više alkoholnih pića. Patološka intoksikacija nastaje nekoliko minuta nakon konzumacije alkohola, a javljaju se smetenost, dezorijentiranost, iluzije i vidne halucinacije. Rezultira smetnjama razine svijesti, percepcije, kognicije i ponašanja. Teži oblik intoksikacije zahtijeva hospitalizaciju i hitno zbrinjavanje zbog respiratorne depresije, kome i mogućnosti smrtnog ishoda.

Štetna uporaba (F 10.1) prethodi ovisnosti o alkoholu. Alkohol se konzumira u rizičnim situacijama, dolazi do poteškoća sa zakonom, a pojedinac nastavlja konzumirati alkohol unatoč društvenim problemima. Dijagnoza se postavlja ako dođe do tjelesnog ili mentalnog oštećenja. Razlikuje se od ovisnosti jer ne uključuje toleranciju, apstinencijski sindrom i kompulzivni način pijenja. Jedna od karakteristika zlouporabe je društveno neprilagođeno pijenje koje se može javiti u obliku trajnog prekomjernog pijenja, vikend intoksikacija ili faza teškog opijanja i apstinencije (11).

Sindrom ovisnosti (F 10.2) se razvija zbog prekomjerne konzumacije alkohola kroz duži vremenski period. Dolazi do fizičke i psihičke ovisnosti o alkoholu. Kao posljedica toga se javljaju neurološka, psihička i tjelesna oštećenja, te socijalne poteškoće. Dijagnoza ovisnosti o alkoholu se postavlja ako su tri ili više sljedećih kriterija izraženi tijekom posljednje godine dana: jaka želja za pijenjem, poteškoće u kontroli količine konzumiranog

alkohola, dokaz tolerancije, zanemarivanje interesa uzrokovanih pijenjem te nastavljanje pijenja unatoč štetnim posljedicama). Psihička ovisnost o alkoholu obilježena je gubitkom kontrole nad popijenom količinom alkohola, a fizička ovisnost obilježena je nemogućnošću apstinencije (12).

Stanje apstinencije (F 10.3) često se smatra kritičnim elementom oporavka od alkoholizma. Stanje apstinencije od alkohola još se naziva i predelirantnim stanjem. Ovo stanje obilježeno je nizom simptoma i znakova koji počinju kroz 12 do 48 sati nakon posljednjeg konzumiranja alkohola. Blagi znakovi /simptomi mogu se pojaviti unutar šest sati od prestanka uzimanja alkohola. Međutim, vrijeme do pojave i raspon simptoma mogu se uvelike razlikovati ovisno o pacijentu, njihovom trajanju ovisnosti o alkoholu i količini alkohola koju inače konzumiraju. Simptomi su vremenski ograničeni. Drhtavica, slabost, znojenje i probavne smetnje su karakteristični za blagi sindrom apstinencije. Nakon nagle apstinencije može doći do iluzija i halucinacija. Također se mogu razviti i epileptični napadaji.

Stanje apstinencije s delirijem (F 10.4) je obilježeno napadajima anksioznosti, jakim znojenjem, teškom depresijom i konfuzijom. Najteži je oblik odvikavanja od alkohola. Mogu se javiti i nesanica, psihomotorna uznemirenost, povraćanje, mučnina, prolazne vizualne, taktilne ili slušne halucinacije, hipertermija, tahikardija, hipertenzija i tahipneja. Najteži je oblik apstinencije od alkohola. Za početak delirijskog, konfuznog i dezorijentiranog stanja tipično je vraćanje uobičajenoj aktivnosti, primjerice, osoba često zamišlja da je opet na poslu i pokušava izvoditi neke radnje povezane s poslom (13). Simptomi delirium tremensa mogu trajati i sedam dana nakon prestanka konzumacije alkohola, a mogu trajati i duže.

Alkoholizam je povezan s psihotičnim poremećajima (F 10.5) koji se javljaju prije pijenja ili tijekom pijenja. Mogu se javiti kod akutne opijenosti, apstinencije i kod kroničnog alkoholizma. Mogu poticati pijenje i ovisnost o alkoholu. U približno 37% slučajeva u populaciji ovisnika o alkoholu dijagnosticiraju se i drugi psihijatrijski poremećaji koji mogu biti primarni (potiču pijenje i ovisnost o alkoholu), sekundarni (razvijaju se kao posljedica alkoholizma) ili mogu nastati istodobno kad i ovisnost (14). Specifične kliničke slike psihičkih poremećaja tijekom ovisnosti o alkoholu su: tranzitorno halucinatorno iskustvo, delirium tremens, sindrom sustezanja od alkohola s konvulzijama, alkoholna halucinoza, alkoholom izazvan psihotični poremećaj sa sumanutim idejama, patološko pijano stanje i alkoholna amnezija (15). Kod muškaraca se u kasnijim fazama alkoholizma javlja patološka

ljubomora. Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje (DSM-V) navodi da dijagnoza psihotičnog poremećaja izazvanog konzumacijom alkohola zahtijeva prisutnost halucinacija ili zabluda. Moraju se dokazati da su halucinacije ili zablude započele tijekom ili ubrzo nakon intoksikacije ili sustezanja od alkohola. Prisutnost psihoze povezane s alkoholom obično je pokazatelj nečega vrlo ozbiljnog i ako se odmah ne liječi, može dovesti do negativnih ishoda. Osim psihoze, ovi pacijenti imaju puno veću stopu anksioznosti, depresije i samoubojstva.

Amnestički sindrom (F 10.6) nazvan i Korsakovljeva psihoza. Iako ne postoji konsenzus oko stvarne definicije Korsakovljeve psihoze, definicija koja se prihvaća je kronični neuropsihijatrijski sindrom zbog nedostatka tiamina (vitamina B1). Nedostatak vitamina B1 nastaje uslijed dugogodišnje ovisnosti o alkoholu. Alkohol ometa apsorpciju tiamina u gastrointestinalnom traktu, kao i sposobnost jetre da ga skladišti. Deficit tiamina je karakterističan kod osoba koje su godinama prekomjerno konzumirale alkohol. Simptomi uključuju smetenost, dezorijentiranost, polineuropatiju, konfabulacije, te retrogradnu i anterogradnu amneziju. Osnovni kriteriji za postavljanje dijagnoze su:

- oštećenje pamćenja,
- smetnje doživljavanja vremena,
- anamneza ili objektivni dokazi o dugotrajnoj konzumaciji alkohola,
- bez oštećenja mišljenja ili poremećaja svijesti.

Mogu se razviti i poremećaji ličnosti uz apatiju. Bolesnici su zapušteni i ne mogu zadovoljiti osnovne životne potrebe.

Rezidualni poremećaj ili psihotični poremećaj s kasnim početkom (F 10.7) su poremećaji kod kojih dolazi do promjene osobnosti, kognicije i afekta. Traju dulje od direktnog učinka djelovanja alkohola. Uključuje alkoholnu demenciju, perceptivni poremećaj, rezidualni afektivni poremećaj i kronični alkoholni moždani sindrom.

1.3. Depresija kao komorbiditet alkoholizmu

Depresija je već više desetljeća poznati komorbiditet alkoholizmu. Priroda povezanosti tih dvaju stanja još uvijek je predmet brojnih istraživanja (14). Depresija može nastati kao sekundarno stanje, odnosno može biti posljedica alkoholizma. Upravo je navedeno mnogo češće nego li slučajevi primarne depresije koji vode u alkoholizam.

Postoje četiri objašnjenja zajedničke pojave dvaju poremećaja (5,7):

a) jedan poremećaj može povećati rizik za nastanak drugog
b) poremećaji mogu biti komorbidni radi istih rizičnih faktora
c) čimbenici rizika za dva stanja mogu biti odvojeni i različiti, ali bez obzira na to povezani, a upravo ta povezanost između faktora rizika uzrokuje da dva stanja postanu komorbidna
d) poremećaji mogu biti povezani ili komorbidni jer su odraz zajedničkog sindroma.

Prema literaturi najčešće objašnjenje komorbiditeta ukazuje da postojanje jednog stanja povećava rizik za drugo (5,7). Hipoteza automedikacije tvrdi da zlouporaba alkohola nastaje kako bi se ublažili simptomi depresije ili nekog drugog stanja. Isto tako, radi životnih nedaća u društvenom ili poslovnom životu, osoba se može okrenuti alkoholu te iz toga proizlazi depresija.

Lynskey i kolege promatrali su vremenski slijed interakcije ovih dvaju stanja, te prema tome definirali dva potencijalna podtipa afektivnih poremećaja kod osoba ovisnih o alkoholu. To su: nezavisni depresivni poremećaji koji su se pojavili ili prije pojave ovisnosti o alkoholu ili tijekom dugog razdoblja apstinencije od alkohola i poremećaji raspoloženja koji su se pojavili nakon početka ovisnosti o alkoholu (16). Postoje mnogobrojne epidemiološke i kliničke studije koje sugeriraju povezanost između alkoholizma i depresije (17).

U radu Bodena i Fergussona iz 2011. godine analiza je ukazala da je prisutnost bilo kojeg od ova dva poremećaja udvostručila rizik za nastanak drugog poremećaja. Epidemiološki podaci sugeriraju da se veza između poremećaja ne može u potpunosti objasniti zajedničkim čimbenicima koji prethode istovremenom nastanku alkoholizma i depresije te se čini da su dva poremećaja povezana uzročno-posljedično. Daljnji dokazi upućuju na to da je najvjerojatnija uzročna povezanost ona u kojoj zlouporaba alkohola povećava rizik od teške depresije, a ne obrnuto (18). Istu uzročno-posljedičnu sponu pokazao je i rad Wanga i El-Guebalya objavljen 2004. godine. Ispitivanje na skoro 73000 ljudi dalo je sljedeće rezultate: 8,6% sudionika s velikom depresivnom epizodom bili su ovisnici o alkoholu, a s druge strane 19,6% ispitanika ovisnika o alkoholu imali su najmanje jednu veliku depresivnu epizodu u prethodnoj godini. Kao potencijalni rizični faktori za komorbiditet dvaju stanja izdvojeni su mlađa dob (12 do 24), loši socioekonomski status te življenje samačkim životom (19).

Pavković i suradnici su 2018. godine proveli dvostruki *screening* nad 421 pacijentom iz opće populacije, od toga je 246 pacijenata bilo ženskog spola. Cilj studije je bio ukazati na važnost probira na alkoholizam i depresiju, jer njihovo pravodobno otkrivanje i liječenje poboljšavaju kvalitetu života pacijenata te istovremeno smanjuju ekonomski teret društva. Rezultati ovog istraživanja su pokazali da je 28 % ispitanika na neki način zloupotrebljavalo alkohol, a 55,8 % ispitanika je imalo neku razinu depresije. Oba simptoma imalo je 24,7 % ispitanika. Rezultati statističkih analiza pokazali su da je zloupotreba alkohola povezana s težom kliničkom slikom depresije, s većom pozitivnom povezanosti između povećane zlouporabe alkohola i težine depresivnih simptoma kod žena i veću konzumaciju alkohola kod muškaraca (20).

Često se povezanost alkoholizma i depresije u općoj populaciji objašnjavalo kao pogrešno dijagnosticirana intoksikacija alkoholom ili sindrom sustezanja. Stoga su Hasin i Grant ispitali prevalenciju depresije na 6050 bivših ovisnika o alkoholu koji nisu konzumirali alkohol više od godine dana. Rezultati su pokazali da je prijašnja ovisnost o alkoholu četverostruko povećala rizik za veliku depresivnu epizodu (21).

Povezanost alkoholizma i depresije pokazalo je i kanadsko nacionalno istraživanje objavljeno 2005. godine. U općoj populaciji starijoj od 18 godina prevalencija depresije bila je 7,3%, odnosno 5,2% među muškarcima i 9,2% među ženama u 2000/01. Nasuprot tome, nešto manje od jedne četvrtine (24,3%) ovisnika o alkoholu starijih od 18 godina imali su depresivnu epizodu u godini koja je prethodila njihovom intervjuu. Prevalencija ovisnosti o alkoholu bila je oko 32% kod ovisnika o alkoholu koji su istodobno bili i depresivni, a među onima koji nisu bili depresivni 9,5 %. Vjerojatnost da će osoba biti klasificirana kao ovisna o alkoholu među depresivnim ispitanicima bila je oko 3,5 puta veća nego kod osoba koje nisu depresivne (22).

Još jedna kanadska studija koja je izrađena na temelju dvanaestogodišnjeg rada bavila se ovisnosti o alkoholu i njenom utjecaju na depresiju. Rezultati su pokazali da ovisnost o alkoholu povećava rizik od velike depresivne epizode. S druge strane velika depresivna epizoda povećala je rizik ovisnosti o alkoholu, ali samo kod muškaraca (23).

Rezultati studije iz 2000. godine pokazali su da je rizik za ovisnost o alkoholu 2,6 puta veći za žene s poviješću depresivnih epizoda nego za žene koje nisu imale iste (24).

Stariji pacijenti sa depresijom imaju tri do četiri puta veću vjerojatnost zloupotrebe alkohola u usporedbi s starijim nedepresivnim ispitanicima (25).

Ispitanici s poremećajem zloupotrebe alkohola koji imaju komorbidni mentalni poremećaj značajno su više onemogućeni te su veći korisnici zdravstvenih usluga u odnosu na ispitanike s poremećajem zlouporabe alkohola bez komorbidnih mentalnih poremećaja (26).

Studija iz 2011. godine rađena u Nizozemskoj istraživala je povezanost između anksioznih i depresivnih poremećaja te zlouporabe, odnosno ovisnosti o alkoholu. Rezultati su pokazali da je ovisnost o alkoholu, ali ne i zlouporaba, češća kod anksioznih i /ili depresivnih osoba. Prevalencija doživotne ovisnosti o alkoholu iznosi čak 20,3% kod osoba koje imaju kombinirani anksiozno- depresivni poremećaj (27).

Postoje istraživanja koje govore o ovoj temi i distribuciji bolesti među spolovima. Tako npr. nizozemsko istraživanje razlika između spolova vezano za veliku depresivnu epizodu pokazalo je da razlike uistinu postoje. Glavne razlike u kliničkoj prezentaciji velike depresivne epizode odnosile su se na mlađu dob početka u žena, uz veću anksioznost i niži komorbiditet korištenja alkohola. Isto tako kod žena se pokazala veća prevalencija atipične depresije (28).

Kanadska studija iz 2005.godine pokazala je da su muškarci češće ovisnici o alkoholu, no da žene ovisne o alkoholu imaju duplo veći rizik za depresivnu epizodu od muškaraca (22).

Rad Pavkovića i suradnika pokazao je slično, odnosno da je zloupotreba alkohola povezana s težom kliničkom slikom depresije, s većom pozitivnom povezanosti između povećane zlouporabe alkohola i težine depresivnih simptoma kod žena i veću konzumaciju alkohola kod muškaraca (20).

Petrakis i suradnici navode istraživanje prema kojem je ovisnost o alkoholu jedan je od ekonomski najzahtjevnijih javnozdravstvenih problema kada se naprave procjene troška tjelesnih komorbiditeta, snižene radne produktivnosti, mortaliteta, troškova liječenja ali i troškova povezani za kriminalne radnje i prometne nesreće povezane s ovom ovisnošću (29). Podaci iz američke nacionalne studije komorbiditeta mentalnih poremećaja govore u prilog tome da ovisnici o alkoholu s komorbiditetom nekog mentalnog poremećaja značajno češće

(41%) primaju specijalizirane psihijatrijske usluge u odnosu na ovisnike o alkoholu bez komorbiditeta (24%). Istovremeno ovisnici o alkoholu bez psihijatrijskog komorbiditeta se značajno češće uključuju u programe liječenja ovisnosti (21%) u odnosu na one s komorbiditetom (16%) a udio je još i manji za one s dijagnozom zlouporabe alkohola s psihijatrijskim komorbiditetom (30). Rezultati istraživanja ali i klinička praksa govore u prilog potrebi za specijaliziranim programima liječenja ovisnika o alkohola s komorbiditetnim psihijatrijskim poremećajem (29).

Istraživanja koja se bave odnosom ovisnosti o alkoholom i poremećajima raspoloženja većinom su iz stranih zemalja, poglavito se to odnosi na velike nacionalne studije prevalencije komorbidnih poremećaja dok ne dostaje podataka iz Hrvatske. Klinika za psihijatriju KBC-a Rijeka ustanova je s dugogodišnjim iskustvom u pružanju specijalizirane usluge liječenja ovisnosti kroz ambulantno i hospitalno liječenje ali i kroz dnevno bolničke programe. U ovom istraživanju zanimao nas je odnos komorbiditeta ovisnosti o alkoholu i depresije s obzirom na spol te utjecaj navedenog komorbiditeta na korištene mjere liječenja. Prema dosadašnjim saznanjima iz područja pretpostavka je da je depresija češći komorbiditet u žena ovisnica o alkoholu nego li u muškaraca ovisnih o alkoholu te da pacijentice s dijagnozom depresivnog poremećaja imaju veći broj hospitalizacija u odnosu na pacijentice bez depresije u komorbiditetu.

2. CILJEVI

Glavni cilj istraživanja je ispitati učestalost depresije kao komorbiditeta u muškaraca i žena koji se liječe radi ovisnosti o alkoholu.

Iz glavnog cilja proizlaze sljedeći specifični ciljevi:

1. Ispitati učestalost komorbiditeta depresivnog poremećaja u osoba koje se liječe radi ovisnosti o alkoholu
2. Ispitati odnos komorbiditeta depresivnog poremećaja u osoba koje se liječe radi ovisnosti o alkoholu s obzirom na spol
3. Ispitati odnos komorbiditeta depresivnog poremećaja u osoba koje se liječe radi ovisnosti o alkoholu s obzirom na ostala sociodemografska obilježja (dob, obrazovanje i radni status)
4. Ispitati odnos komorbiditeta depresivnog poremećaja i korištenih mjera liječenja (broj hospitalizacija, dnevno bolničkih tretmana, ambulantnih pregleda) u osoba koje se liječe radi ovisnosti o alkoholu

3. ISPITANICI I METODA

3.1. Ispitanici

U razdoblju od 1. siječnja 2017. godine do 31. prosinca 2019. godine je u Integriranom bolničkom informatičkom sustavu (IBIS) evidentirana 481 osoba koja je na Klinici za psihijatriju KBC Rijeka potražila pomoć radi simptomatike iz kruga alkoholizma.

Od ukupnog broja, njih 36 ima nepotpune podatke u IBIS-u te su isključeni iz daljnje obrade. Analiza podataka napravljena je za 445 osoba s nekom od dijagnoza iz spektra alkoholizma, u rasponu od F10.0 do F10.7.

Raspon dobi ispitanika je između 23 i 83 godine, a prosječna dob ispitanika je 54,6 godina. Od ukupnog broja, njih 365 je muškog spola (82%), a 80 ženskog (18%).

3.2. Metoda

U retrospektivnom istraživanju su putem IBIS-a bi prikupljeni sljedeći podaci: dob, spol, obrazovanje, radni status, komorbiditetne psihijatrijske dijagnoze, učestalost hospitalizacija, dnevno bolničkih tretmana i ambulantnih pregleda.

Pretragu i obradu rezultata u svrhu istraživanja za završni rad odobrilo je etičko povjerenstvo KBC-a Rijeka. Istraživanje je poštivalo bioetičke standarde u skladu s Nűrnberškim kodeksom, najnovijom revizijom Helsinške deklaracije, te ostalim mjerodavnim dokumentima, te su podaci prikupljeni u skladu s bioetičkim principima uz osiguranje privatnosti ispitanika uključenih u istraživanje i zaštitu tajnosti podataka.

3.3. Statistička obrada

Podatci su analizarani putem statističkog programa Statistica, Dell Inc. (Tulsa, OK, USA). Za sve relevantne izračunati su deskriptivni parametrijski pokazatelji (aritmetička sredina, standardna devijacija) ili neparametrijski pokazatelji (frekvencije/postotci).
Za usporedbu između skupina na dihotomnim varijablama korišten je hi-kvadrat test. Usporedba između skupina s obzirom na varijable izražene na ordinalnoj ljestvici korišten je

Mann-Whitney U test te na varijablama izraženim na intervalnoj ljestvici t-test za nezavisne uzorke. Podatci su prikazani tablično i grafički.

4. REZULTATI

4.1. Sociodemografski podaci

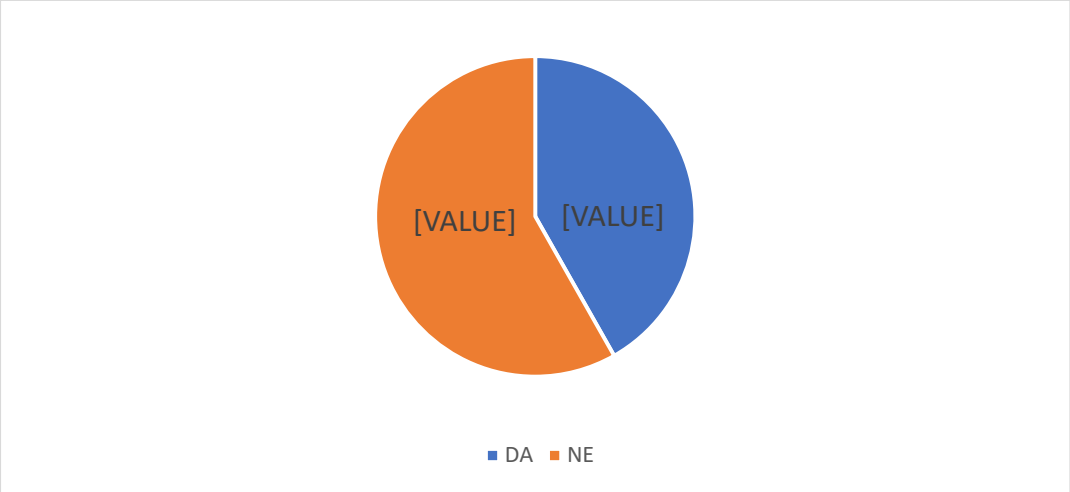
Sociodemografski podaci za sve ispitanike te prema spolu prikazani su u Tablici 1.

Tablica 1. Sociodemografski podaci

	Ukupno n=445	Muškarci n=365	Žene n=80		
	X (SD)	X (SD)	X (SD)	t	p
Dob	54,6 (10,98)	54,7 (10,59)	54,4 (12,73)	0,186	0,853
	N (%)	N (%)	N (%)		
Obrazovanje					
NSS	23 (6%)	16 (5,1%)	7 (9,6%)		
SSS	150 (39,1%)	118 (37,9%)	32 (43,8%)	4,062	0,255
VSS	13 (3,4%)	10 (3,2%)	3 (4,1%)		
nepoznato	198 (51,6%)	167 (53,7%)	31 (42,5%)		
RADNI STATUS					
Zaposlen	115 (27,3%)	88 (25,2%)	27 (37%)		
Nezaposlen	31 (7,3%)	26 (7,4%)	5 (6,8%)	4,260	0,235
Umirovljenik	35 (8,3%)	30 (8,6%)	5 (6,8%)		
Nepoznat	241 (51,1%)	205 (58,7%)	36 (49,3%)		

4.2.Oblici liječenja

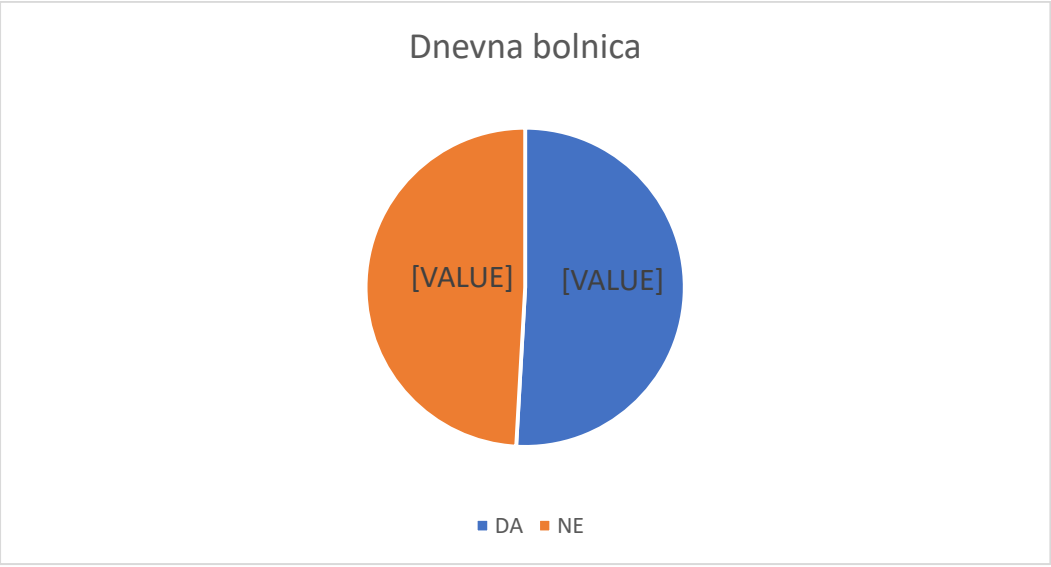
Slika 1 prikazuje učestalost bolničkog liječenja u ispitivanom razdoblju.



Slika 1. Učestalost bolničkog liječenja

Barem jedno bolničko liječenje u zadnje dvije godine ima 35,4% ispitanika (Slika 1). Bolničko liječenje prisutno je kod 34,3% muškaraca i 40% žena. Prisustvo bolničkog liječenja ne razlikuje se statistički značajno s obzirom na spol (χ^2= 0,919, p=0,338).

Na Slici 2. prikazana je učestalost dnevno-bolničkog liječenja.



Slika 2. Učestalost dnevno-bolničkog liječenja

Barem jedan dolazak u dnevno-bolnički program ima 37,9% ispitanika (Slika 2.). Muškarci i žene statistički se značajno razlikuju u učestalosti dolazaka u dnevno-bolnički program. Naime, svaka druga žena (51,2%) ima barem jedan dolazak u dnevno-bolnički program u odnosu na svakog trećeg muškarca (35%) (χ^2= 7,365, p=0,007).

Učestalost pojedinih oblika liječenja za sve ispitanike te prema spolu prikazani su u Tablici 2.

Tablica 2. Učestalost oblika liječenja

		Ukupno		Muškarci	Žene		
	raspon	median	X (SD)	X (SD)	X (SD)	U	p
Broj dolazaka *n=445*	1-11	1	2,1 (1,63)	2,1 (1,65)	2,3 (1,54)	12631,5	0,04
Broj hospitalizacija *n=157*	1-14	0	0,75 (1,71)	2 (2,12)	2,5 (2,99)	1803	0,324
Broj dnevnih bolnica *n=168*	1-107	0	12,2 (21,64)	29,5 (23,32)	40,8 (25,60)	1887,5	0,008

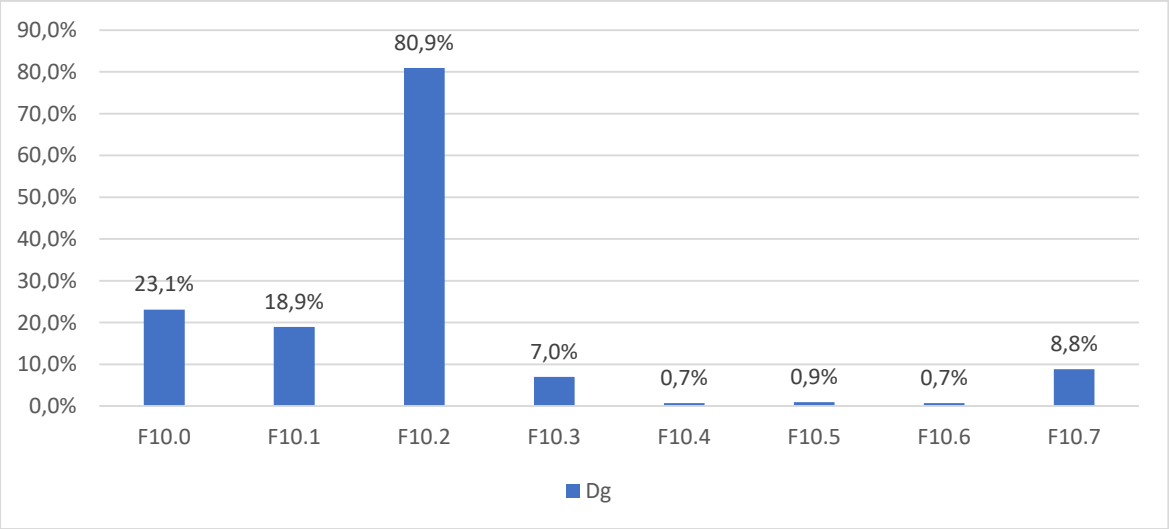
Prosječan broj dolazaka za ukupni uzorak je dva posjeta u godini, pri čemu je dominantna vrijednost jedan dolazak, a raspon je od jednog do jedanaest dolazaka. Žene imaju statistički značajno veći broj dolazak u odnosu na muškarce (U=12631,5, p =0,04).

Muškarci i žene koji su bili bolnički liječeni ne razlikuju se statistički značajno s obzirom na broj hospitalizacija (U=1803, p=0,324). Muškarci su u prosjeku bili hospitalizirani dva puta, a žene dva i pol.

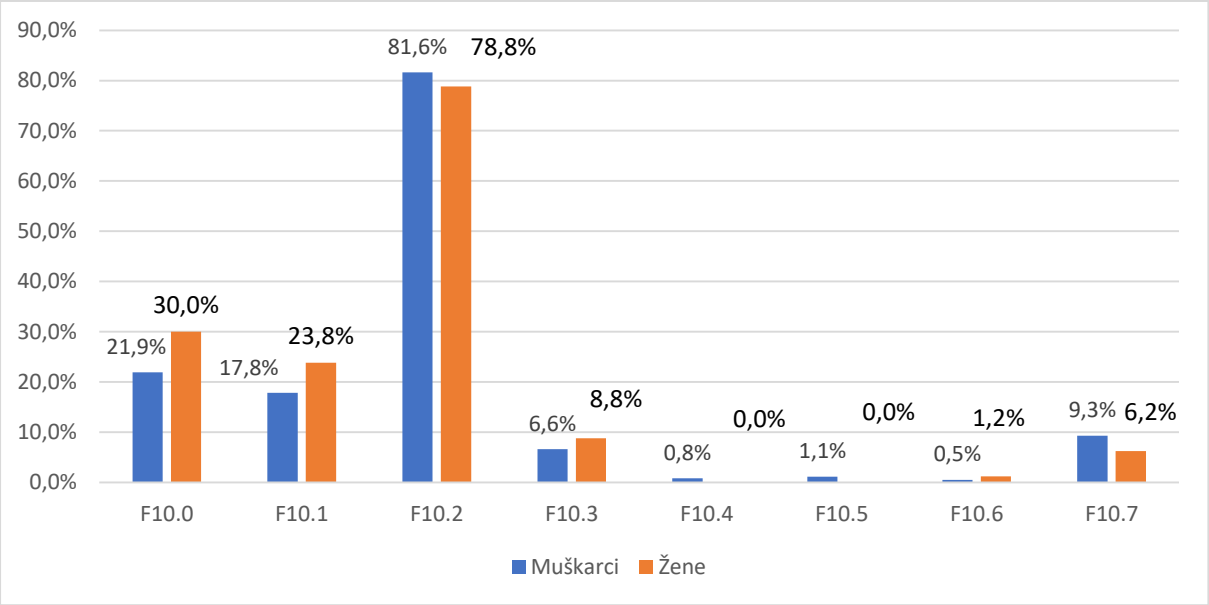
Žene imaju statistički značajno veći broj dolazaka u dnevno-bolničke programe u odnosu na muškarce (1887,5, p=0,008). Žene imaju u prosjeku 41 dolazak, dok muškarci imaju 30 dolazaka u prosjeku.

4.3. Spektar dijagnoza u okviru alkoholizma

Prema podacima prikazanim na Slici 3., većina ispitanika ima dijagnozu F10.2. Muškarci i žene ne razlikuju se statistički značajno u učestalosti te dijagnoze ($\chi 2=0,566$, $p= 0,754$), tj. 81,6% muškaraca i 78,8% žena ima dijagnozu ovisnosti o alkoholu.



Slika 3. Učestalost pojedinih dijagnoza iz spektra alkoholizma

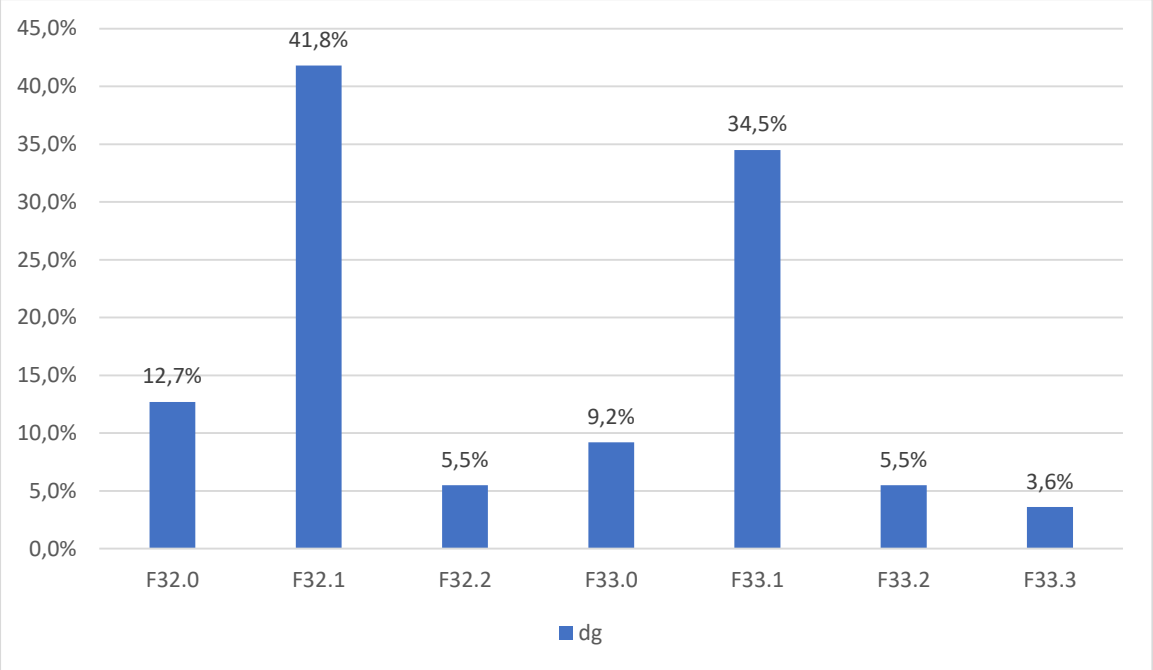


Slika 4. Učestalost pojedinih dijagnoza iz spektra alkoholizma s obzirom na spol

Na Slici 4. prikazana je učestalost pojedinih dijagnoza unutar spektra alkoholizma prema spolu. Prikazani podaci govore u prilog tome da muškarci i žene imaju u podjednakoj mjeri pojedine dijagnoze u sklopu alkoholizma. Dakle, nema statistički značajne razlike prema spolu u odnosu na dijagnozu iz spektra alkoholizma.

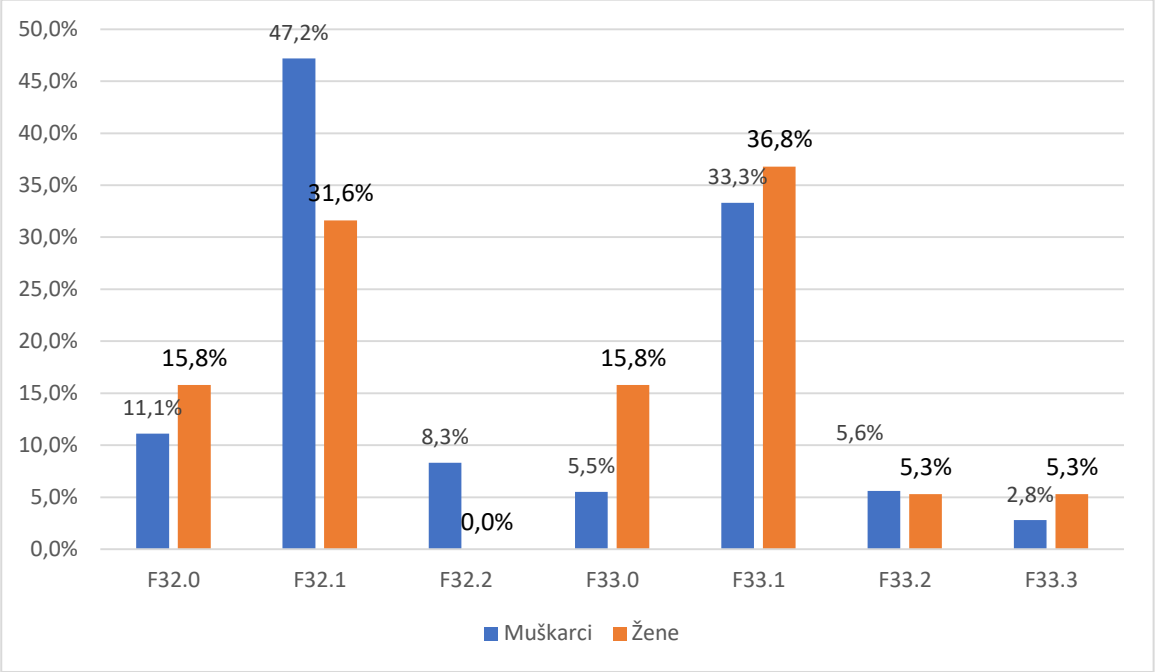
4.4. Depresija

Od ukupnog broja ispitanika njih 55 (12,4%) ima barem jednu od dijagnoza depresije. Na Slici 5. prikazane su učestalosti pojedinih dijagnoza depresije. Najučestalija dijagnoza je dijagnoza srednje teške depresivne epizode (F32.1) koju ima 41,8% onih koji imaju komorbiditet depresivnog poremećaja. Sljedeća po učestalosti je dijagnoza povratnog depresivnog poremećaja, srednje teška epizoda (F33.1) koju ima 34,5% ispitanika. Potom slijede blaga depresivna epizoda (F32.0) s 12,7% te dijagnoza povratnog depresivnog poremećaja, sadašnja epizoda blaga (F33.0) s 9,2% učestalosti.



Slika 5. Učestalost pojedinih dijagnoza depresije

Na Slici 6. prikazana je učestalost pojedinih dijagnoza depresije prema spolu. I kod muškaraca i kod žena najučestalije su F32.1 i F33.1, pri čemu je F32.1 prednjači kod muškaraca a F33.1 kod žena. Žene češće imaju F32.0 i F33.0 u odnosu na muškarce, dok s druge strane niti jedna žena nema dijagnozu F32.2 koja je prisutna kod 8,3% muškaraca koji imaju barem jednu dijagnozu depresije.



Slika 6. Učestalost dijagnoza depresija prema spolu

4.5. Komorbiditet alkoholizma i depresije u odnosu na sociodemografska obilježja

U Tablici 3. prikazane su prosječne vrijednosti odnosno učestalosti pojedinih sociodemografskih obilježja s obzirom na prisutnost depresije kao komorbiditeta.

Tablica 3. Odnos sociodemografskih obilježja i prisustva depresije

	Dijagnoza depresivnog poremećaja			
	DA	NE		
	X(SD)	X(SD)	t	p
Dob	57 (9,39)	54,3 (11,17)	-1,690	0,092
	N(%)	N(%)	$\chi 2$	p
Spol				
Muškarci	36 (9,9%)	329 (90,1%)	11,682	0,001
Žene	19 (34,5%)	61 (76,2%)		
Obrazovanje				
NSS	4 (8,2%)	19 (5,7%)		
SSS	21 (42,9%)	21 (38,5%)	1,214	0,750
VSS	2 (4,1%)	11 (3,3%)		
nepoznat	22 (44,9%)	176 (52,5%)		
Radni status				
Zaposlen	18 (34%)	97 (26,3%)		
Nezaposlen	5 (9,4%)	26 (7%)	2,272	0,518
Umirovljenik	3 (5,7%)	32 (8,7%)		
nepoznat	27 (50,9%)	214 (58%)		

Prema podacima prikazanim u Tablici 3. vidljivo je da se ispitanici koji imaju depresiju u komorbiditetu ne razlikuju statistički značajno u dobi te obrazovnom i radnom statusu u odnosu na ispitanike koji nemaju depresiju u komorbiditetu. Jedina dobivena statistički značajna razlika je u spolu. Naime, žene imaju značajno češće dijagnozu depresije u komorbiditetu s alkoholizmom u odnosu prema muškarcima.

Dodatno je ispitano da li postoji razlika u broju dolazaka, hospitalizacija i dnevnih bolnica između skupina s obzirom na komorbiditet depresije (Tablica 4.)

Tablica 4. Odnos učestalosti vrsta unutar pojedinog oblika liječenja i prisustva depresije

	Dijagnoza depresivnog poremećaja			
	DA	NE		
	X(SD)	X(SD)	U	p
Broj dolazaka	2,1 (1,68)	2 (1,25)	10119	0,461
Broj hospitalizacija	0,9 (1,46)	0,7 (1,74)	9659,5	0,169
Broj dnevnih bolnica	19,1 (27)	11,2 (20,62	8823,5	0,017

Ispitanici koji imaju dijagnozu depresije u komorbiditetu imaju statistički značajno veći broj dolazaka u dnevno-bolničke programe u odnosu na ispitanike koji nemaju taj komorbiditet. Nije dobivena statistički značajna razlika u učestalosti dolazaka i broju hospitalizacija.

5. RASPRAVA

Depresija i ovisnost o alkoholu česte su bolesti prisutne u današnjem društvu. Obje su kronične bolesti pa samim time predstavljaju i ozbiljan javnozdravstveni problem. Navedeno se manifestira u tome što su te osobe česti korisnici različitih zdravstvenih usluga. Depresija i alkoholizam povezani su sa značajnim morbiditetom, invaliditetom i smrtnošću.

Analizom podataka dobivenih u istraživanju dobiveno je da većinu uzorka tj. osoba koje su se u dvogodišnjem razdoblju liječile zbog bolesti ovisnosti čine muškarci (82%). Dobiveni omjer od 5:1 u skladu je s rezultatima koji govore o značajno većoj učestalosti alkoholizma u muškaraca u odnosu na žene (15). Općenito, žene imaju tendenciju da konzumiraju manje alkohola od muškaraca te su kod žena u manjoj mjeri prisutni određeni faktori rizika za upotrebu alkohola. Unatoč tome, žene percipiraju veće socijalne i zdravstvene sankcije zbog pijenja te posljedice uzimanja teškog alkohola, kao i alkoholne komplikacije, mogu biti problematičnije kod žena nego kod muškaraca, barem u nekim domenama (31).

Što se tiče udjela dijagnoza iz depresivnog spektra ovim istraživanjem dobivena je učestalost od 12% na ukupnom uzorku. Dobiveni rezultat odudara od nekih istraživanja koja govore u prilog većoj zastupljenosti depresivnog poremećaja od 24% do 32% (19, 20). Moguće objašnjenje dobivene razlike u rezultatima je u metodologiji istraživanja. Većina istraživanja o komorbiditetu je rađeno na populacijskim uzorcima i često putem samoprocjenskih instrumenata dok je u našem istraživanju uključen uzorak onih koji se liječe te je učinjena dobra dijagnostička procjena. Budući je depresija česta kao komorbidno stanje u alkoholičara, ona je time zastupljena u većem omjeru u ovom uzorku nego kao samostalno psihijatrijsko oboljenje. Često depresivne osobe piju alkohol da bi umanjile svoje depresivne smetnje, no upravo na taj način postupno postaju ovisne o alkoholu te razvijaju alkoholizam. Također, osobe konzumiraju alkohol i ako imaju depresivne simptome, u nadi da će im alkohol smanjiti simptome. Niz je istraživanja koja povezuju depresiju i alkoholizam, te ukazuju da ovisnost o alkoholu uvelike povećava rizik za pojavu depresije (16-19,21,22).

Dva su moguća objašnjenja povezanosti između alkoholizma i teške depresije. Oba poremećaja mogu imati zajedničke genetske čimbenike i okolinske čimbenike koji zajedno povećavaju rizik od razvoja oba poremećaja. Postoje određene kontroverze oko precizne uzročno-posljedične veze između depresije i alkoholizma, pri čemu neki autori ističu da depresivne epizode često prethode nastanku alkoholizma, posebno kod žena. Poznato je da su

žene sklonije poremećajima raspoloženja i depresiji u odnosu na muškarce. Rezultati istraživanja ukazuju da je najčešća dijagnoza srednje teške depresije, a slijedi ju dijagnoza povratnog depresivnog poremećaja. Moguće objašnjenje je to što se simptomi depresije smanjuju nakon apstinencijskog razdoblja (kroz 3 do 4 tjedna).

Jedan od ciljeva istraživanja je bio ispitati odnos komorbiditeta depresivnog poremećaja u osoba koja se liječe zbog ovisnosti o alkoholu s obzirom na spol. Rezultati ovog istraživanja ukazuju da se kod žena češće postavlja dijagnoza depresije u komorbiditetu s alkoholizmom u odnosu na muškarce. Naime, gotovo svaka treća žena ima dijagnozu depresije u odnosu na svakog desetog muškarca. Ovaj rezultat sukladan je ranije provedenim istraživanjima (22,24,28). Žene su sklonije razvoju depresije zbog društvenih i kulturalnih normi, te njihovom status u društvu. Ovim istraživanjem se pokazalo da je kod muškaraca češća teška depresivna epizoda, dok kod žena prevladava umjerena depresivna epizoda. Jedno od objašnjenja spolnih razlika u komorbiditetu je i to da muškarci s ovisnošću o alkoholu češće imaju neka druga komorbidna stanja poput posttraumatskog stres sindroma (32).

Kombinacija simptoma depresije i ovisnosti o alkoholu često se opažaju kod mladih ljudi. Adolescencija je razvojno razdoblje tijekom kojega dolazi do promjena uloga i prilagodbe koju karakterizira nova razina neovisnosti i odgovornosti. U tom razdoblju se znatno povećava konzumacija alkohola, a kao rezultat toga, određeni broj mladih ljudi počinje imati problema povezanih s ovisnosti. Među adolescentima, konzumacija alkohola uobičajeno je ponašanje u modernom društvu. Međutim, takvo ponašanje ima neke povezane negativne osobine koje mogu inhibirati rast i sazrijevanje pojedinca. Razvojni putevi za depresiju i konzumaciju alkohola se međusobno isprepliću, a istodobno komorbiditet depresije predstavlja jedan od najčešćih stanja u adolescenciji i odrasloj dobi (32).

Također, roditeljska ovisnost o alkoholu je povezana s većim rizikom za ranim započinjanjem konzumacije alkohola i razvoja depresivnih simptoma kod mladih. Konzumacija alkohola je povezana i s kulturalnim aspektom, a društvene vrijednosti često mogu potaknuti ili obeshrabriti konzumaciju alkohola kod mladih.

Roditelji bi svojem djetetu trebali biti uzor. Stavovi i uvjerenja u vezi s alkoholom se počinju razvijati rano u životu. Roditelji moraju biti svjesni da njihovi stavovi i uvjerenja mogu snažno utjecati i igrati glavnu ulogu u oblikovanju ponašanja njihove djece.

Zdravstveni djelatnici trebaju istražiti odnos obitelji prema konzumaciji alkohola, i pružiti osnovnu edukaciju i ranu intervenciju koje odgovaraju dobi i obiteljskoj situaciji.

Cilj istraživanja je bio ispitati odnos komorbiditeta depresivnog poremećaja u osoba koje se liječe radi ovisnosti o alkoholu s obzirom na neka sociodemografska obilježja kao što su dob, radni status i obrazovanje. Radni status je obilježje za koje se smatra da znatno utječe na razvoj depresije, pogotovo kod muškaraca. To je povezano i s važnom ulogom koju zaposlenje igra u identitetu muškaraca. Međutim, istraživanje nije pokazalo statističku razliku između radnog i obrazovnog statusa u odnosu na bolesnike koji nemaju depresiju u komorbiditetu.

Alkoholizam može pogoršati simptome depresije i imati negativan učinak na psihosocijalno funkcioniranje pojedinca što rezultira recidivima i hospitalizacijama. Jedan od ciljeva istraživanja bio je ispitati odnos komorbiditeta depresivnog poremećaja i korištenih mjera liječenja (broj hospitalizacija, dnevno bolničkih tretmana, ambulantnih pregleda) u osoba koje se liječe radi ovisnosti o alkoholu. Istraživanjem se nije pokazala statistička razlika u broju hospitalizacija pacijenata sa ili bez depresije u komorbiditetu. To se može pripisati razvoju dnevno – bolničkih programa u koje se bolesnici sve češće uključuju. Kod osoba s depresijom u komorbiditetu se provodi intenzivnije liječenje u odnosu na bolesnike koji nemaju depresiju u komorbiditetu što je pokazalo i ovo istraživanje. Naime, jedina razlika je dobivena za učestalost liječenja u dnevnim bolnicama. To se također može pripisati smanjenom broju hospitalizacija.

U nekim kulturama psihička bolest predstavlja sramotu ili slabost, pa žene ne traže pomoć ili odbijaju ponuđenu psihijatrijsku pomoć, a psihijatrijske simptome prikrivaju različitim tjelesnim simptomima (31). Može se pretpostaviti da se žene osjećaju više stigmatizirano zbog konzumacije alkohola u usporedbi s muškarcima, a važnu ulogu imaju i socioekonomski čimbenici kao što je skrb o djeci. Zbog navedenog je često moguće izbjegavanje hospitalizacije. Unatoč tome, ovo istraživanje je pokazalo da je kod žena s depresijom u komorbiditetu veći postotak dolaska u dnevno bolničke programe u odnosu na muškarce. Depresija u komorbiditetu s alkoholizmom ima težu kliničku sliku i lošiji ishod, zbog čega bolesnici češće dolaze na liječenje u dnevnu bolnicu. Muškarci su manje tolerantni i suradljivi u odnosu na žene što se može povezati sa slabijim odazivom liječenja u dnevno bolničkim programima.

Obzirom da apstinencija od alkohola pogoršava simptome depresije, koja je češća kod žena, može se pretpostaviti da će kod žena biti veća učestalost hospitalizacija. Također, depresivni bolesnici teško prihvaćaju apstinenciju. Simptomi depresije se najčešće povlače kroz maksimalno četiri tjedna apstinencije bez obzira na oblik depresije. Simptomi depresije su izraženiji kod teških oblika apstinencije. Međutim, u istraživanju se nije pokazala statistički značajna razlika bolničkog liječenja u odnosu na spol (31,32).

Ovo istraživanje potvrdilo je postojanje spolnih razloga u učestalosti dijagnoze ovisnosti o alkoholu kao i spolnih razlika u komorbiditetu ovisnosti o alkoholu i depresivnog poremećaja. Među onima koji imaju komorbiditet depresivnog poremećaja značajno su zastupljenije žene. Dodatno, žene koje imaju depresiju u komorbiditetu imaju značajno veći broj dolazaka u dnevno bolnički program. Nedostatak ovog istraživanja je to što se radi o prigodnom uzorku koji se liječi duži niz godina ali istovremeno nam da je važan uvid u subpopulaciju ovisnika o alkoholu koji traže pomoć. Buduća istraživanja trebala bi se usmjeriti na praćenje uspješnosti liječenja.

6. ZAKLJUČAK

1. Učestalost depresije kao komorbiditeta u osoba koje se liječe radi ovisnosti o alkoholu iznosi 12,4%. Odnosno, svaka deseta osoba koja se liječi radi ovisnosti o alkoholu ima i dijagnozu nekog depresivnog poremećaja pri čemu se najčešće javlja srednje teška depresivna epizoda (F32.1).
2. Žene koje se liječe radi ovisnosti o alkoholu imaju značajno češće dijagnozu depresije u komorbiditetu u odnosu na muškarce koji se liječe radi ovisnosti o alkoholu.
3. Učestalost depresije u komorbiditetu s ovisnošću o alkoholu nije značajno povezana s dobi, obrazovanjem i radnim statusom.
4. Komorbiditet depresivnog poremećaja u osoba koje se liječe radi ovisnosti o alkoholu značajno je povezan s nekim od mjera liječenja. Ispitanici s komorbiditetom depresivnog poremećaja imaju značajno veći broj dnevno bolničkih tretmana u odnosu na ispitanike koji nemaju ispitivani komorbiditet. Nije dobivena značajna razlika u učestalosti hospitalizacija i ambulantnih pregleda s obzirom na prisustvo depresivnog poremećaja u komorbiditetu.

7. SAŽETAK

Alkoholizam se odnosi na svaku konzumaciju alkohola koja negativno utječe na psihičko i fizičko zdravlje pojedinca. Kronična je i recidivirajuća bolest, sve češća u mlađoj populaciji. Poznati komorbiditet alkoholu je depresija. Depresija je sekundarno stanje, odnosno posljedica alkoholizma. Zlouporaba alkohola je povezana s težom kliničkom slike depresije.

Cilj rada je ispitati učestalost depresije kao komorbiditeta u osoba koje se liječe radi ovisnosti o alkoholu, te ispitati odnos komorbiditeta i sociodemografskih obilježja (spol, dob, obrazovanje) i korištenih mjera liječenja (broj hospitalizacija, dnevno bolničkih tretmana, ambulantnih pregleda).

Ispitanici i metode: u istraživanju je sudjelovalo 481 ispitanika, bolesnici hospitalizirani na Klinici za psihijatriju KBC Rijeka. Metoda istraživanja je retrospektivna. Prikupljeni podaci su uključivali dob, spol, radni status, komorbidne psihijatrijske dijagnoze, učestalost hospitalizacija i ambulantnih pregleda. Analiza podataka napravljena je za 445 osoba s nekom od dijagnoza iz spektra alkoholizma, u rasponu od F10.0 do F10.7. Raspon dobi ispitanika je između 23 i 83 godine, a prosječna dob ispitanika je 54,6 godina.

Rezultati: Bolničko liječenje prisutno je kod 34,3% muškaraca i 40% žena. Prisustvo bolničkog liječenja ne razlikuje se statistički značajno s obzirom na spol ($\chi 2$= 0,919, p=0,338). Svaka druga žena (51,2%) ima barem jedan dolazak u dnevno-bolnički program u odnosu na svakog trećeg muškarca (35%) ($\chi 2$= 7,365, p=0,007). Žene imaju statistički značajno veći broj dolazaka u dnevno-bolničke programe u odnosu na muškarce (1887,5, p=0,008). Najučestalija dijagnoza je dijagnoza srednje teške depresivne epizode koja je prisutna kod 41,8% bolesnika. Slijedi ju dijagnoza srednje teške epizode povratnog depresivnog poremećaja koja je prisutna kod 34,5% bolesnika, te blaga depresivna epizoda kod 9,2% bolesnika.

Zaključak: na temelju dobivenih rezultata se može zaključiti da je depresija kao komorbiditet alkoholizmu češća kod žena nego kod muškaraca. Ispitanici koji imaju depresiju u komorbiditetu s alkoholizmom ne razlikuju se prema dobi, te obrazovnom i radnom statusu u odnosu na ispitanike bez depresije u komorbiditetu. Žene s dijagnozom depresivnog poremećaja imaju zabilježeno više dolazaka u dnevno – bolničke programe u odnosu na muškarce

Ključne riječi: alkoholizam, depresija, komorbiditet, spol

8. SUMMARY

Alcoholism refers to any consumption of alcohol that adversely affects the mental and physical health of an individual. It is a chronic and recurrent disease, increasingly common in the younger population. A known comorbidity of alcohol is depression. Depression is a secondary condition, or a consequence of alcoholism. Alcohol abuse is associated with a more severe clinical picture of depression.

The aim of this study was to examine the incidence of depression as a comorbidity in persons treated for alcohol dependence, and to examine the relationship between comorbidity and sociodemographic characteristics (gender, age, education) and treatment measures used (number of hospitalizations, daily hospitalizations, outpatient examinations).

Subjects and methods: 481 subjects participated in the study, patients hospitalized at the Clinic for Psychiatry, University Hospital Center Rijeka. The research method is retrospective. Data collected included age, gender, employment status, comorbid psychiatric diagnoses, frequency of hospitalizations, and outpatient examinations. Data analysis was performed for 445 individuals with any of the diagnoses from the alcoholism spectrum, ranging from F10.0 to F10.7. The age range of the respondents is between 23 and 83 years, and the average age of the respondents is 54.6 years.

The results: Hospital treatment is present in 34.3% of men and 40% of women. The presence of hospital treatment did not differ statistically significantly with respect to gender ($\chi 2$ = 0.919, p = 0.338). Every second woman (51.2%) has at least one visit to the day-hospital program compared to every third man (35%) ($\chi 2$ = 7.365, p = 0.007). Women have a statistically significantly higher number of arrivals in day-hospital programs compared to men (1887.5, p = 0.008). The most common diagnosis is the diagnosis of moderate depressive episode, which is present in 41.8% patients. It is followed by a diagnosis of moderate episode of recurrent depression which is present in 34.5% patients, and mild depressive episode in 9.2% patients.

Conclusion: based on the obtained results, it can be concluded that depression as a comorbidity to alcoholism is more common in women than in men. Subjects who have depression in comorbidity with alcoholism do not differ according to age, and educational and work status compared to subjects without depression in comorbidity. Women diagnosed with depressive disorder have more visits to day-hospital programs than men.

Key words: alcoholism, depression, comorbidity, gender

9. LITERATURA

1. What is Depression? [Internet]. [Citirano 9.8.2020]. Dostupno na: https://www.psychiatry.org/patients-families/depression/what-is-depression.
2. WHO, World Health Organization ICD 10 Chapter V (F) Mental and behavioral disorders, clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: WHO, 1992.
3. American Psychiatric Association, editor. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5. ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
4. Social security disability severe impairment [Internet]. [Citirano 9.8.2020]. Dostupno na: https://www.disability-benefits-help.org/glossary/severe-impairment.
5. Filipčić I. Učestalost depresije i utjecaj liječenja depresije na kvalitetu života bolesnika koji boluju od kroničnih tjelesnih bolesti. Sveučilište u Zagrebu: Zagreb; 2008.
6. Ménard C, Hodes GE, Russo SJ. Pathogenesis of depression: insights from human and rodent studies. Neuroscience 2016;21:138–62.
7. Causes of Depression [Internet]. [Citirano 9.8.2020]. Dostupno na: https://www.webmd.com/depression/guide/causesdepression.
8. Alcohol [Internet]. [Citirano 6.6.2020]. Dostupno na: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol.
9. Alcoholism [Internet]. [Citirano 7.6.2020]. Dostupno na https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68000437.
10. Luketin I. Identificiranje rizičnih faktora za razvoj kroničnog alkoholizma i preventivno djelovanje sestrinske profesije. Sveučilište u Splitu: Split; 2014.
11. Thaller V, Marušić S. Dijagnostičke i terapijske smjernice za liječenje alkoholom uzrokovanih poremećaja. Hrvatski liječnički zbor, Hrvatsko društvo za alkoholizam i druge ovisnosti, Hrvatsko psihijatrijsko društvo. http://ww.hlz.hr/smjernice/Smjernice Hrvatskog društva za alkoholizam.
12. Slijepčević M, Puharić Z, Salaj T. Ovisnosti. Veleučilište u Bjelovaru: Bjelovar; 2018.
13. Hdagha S. Alkoholizam u mladih. Sveučilište u Zagrebu: Zagreb; 2016.

14. Buljan D, Kovak-Muftić A, Gašpar V, Ljubičić R. Psihijatrijski komorbiditet alkoholizma (dvojne dijagnoze). Alkohološki glasnik 2010;6:4-14.

15. Thaller V, Buljan D, Golik – Gruber V, Marušić S. Alkohologija. Zagreb: Naklada CSCAA; 2002.

16. Lynskey MT. The comorbidity of alcohol dependence and affective disorders: treatment implications. Drug Alcohol Depend 1998;52: 201-9.

17. Klimkiewicz A, Klimkiewicz J. Comorbidity of alcohol dependence with other psychiatric disorders. Part I. Epidemiology of dual diagnosis Psychiatr Pol 2015; 49: 265–75.

18. Boden JM, Fergusson DM. Alcohol and depression. Addiction 2011;106: 906–14.

19. Wang J, El-Guebaly N. Sociodemographic factors associated with comorbid major depressive episodes and alcohol dependence in the general population. Can J Psychiatry 2004; 49:37–44.

20. Pavkovic B, Zaric M, Markovic M, Klacar M, Huljic A, Caricic A. Double screening for dual disorder, alcoholism and depression. Psychiatry Res 2018;270:483-89.

21. Hasin DS, Grant BF. Major depression in 6050 former drinkers. Arch Gen Psychiatry 2002;59:794.

22. Lukassen J, Beaudet MP. Alcohol dependence and depression among heavy drinkers in Canada. Soc Sci Med 2005; 61:1658-67.

23. Bulloch A, Lavorato D. Alcohol consumption and major depression in the general population: the critical importance of dependence. Depress Anxiety 2012;29:1058-64.

24. Dixit AR, Crum RM. Prospective study of depression and the risk of heavy alcohol use in women. Am J Psychiatry 2000;157:751–58.

25. Devanand D. Comorbid psychiatric disorders in late life depression. Biol Psychiatry 2002; 52:236–42.

26. Burns L, Teesson M. Alcohol use disorders comorbid with anxiety, depression and drug use disorders. Drug Alcohol Depend 2002;68:299–307.

27. Boschloo L, Vogelzangs N. Comorbidity and risk indicators for alcohol use disorders among persons with anxiety and/or depressive disorders. J Affect Disord 2011;31:233–42.

28. Schuch JJJ, Roest AM, Nolen W, Penninx B, Jonge P. Gender differences in major depressive disorder: Results from the Netherlands study of depression and anxiety. J Affect Disord 2014;156:156–63.

29. Petrakis IL, Gonzales G, Rosenheck R, Krystal JH. Comorbidity of alcoholism and psychiatric disorders. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2002 [Internet]. [Citirano 15.7.2020]. Dostupno na: https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh26-2/81-89.htm

30. Wu LT, Kouzis AC, Leaf PJ. Influence of comorbid alcohol and psychiatric disorders on utilization of mental health services in the National Comorbidity Survey. Am J Psychiatry. 1999;156(8):1230-1236.

31. Degmečić D. Mentalno zdravlje žene. Zagreb: Medicinska naklada; 2014.

32. Hotujac Lj. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 2006.

10.KRATKI ŽIVOTOPIS PRISTUPNIKA

Kristian Muškardin rođen je 24.01.1985. Osnovnu školu završava 2000. Godine. Srednju medicinsku školu upisuje 2000./2001. i završava 2004./2005. godine. Nakon odrađenog pripravničkog staža se zapošljava u KBC Rijeka, gdje radi još i danas. Stručni studij sestrinstva na Fakultetu zdravstvenih studija u Rijeci upisuje 2017./2018.godine i završava ga 2019./2020.godine.