

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA ŠPORT

DIPLOMSKO DELO

NINA ŽVANUT

Ljubljana, 2009

UNIVERZA V LJUBLJANI

FAKULTETA ZA ŠPORT

Specialna športna vzgoja
Prilagojena športna vzgoja

**DEPRESIJA IN ANKSIOZNOST PRI KORONARNEM
BOLNIKU**

DIPLOMSKO DELO

MENTOR

izr. prof. dr. Matej Tušak, univ. dipl. psih.

SOMENTORICA

doc. dr. Tanja Kajtna, univ, dipl, psih.

RECENZENT

doc. dr. Mirjam Lasan, dr. med

Avtorica dela
NINA ŽVANUT

Ljubljana, 2009

ZAHVALA

V prvi vrsti se zahvaljujem ZKDKS (Zvezi Koronarnih društev in klubov Slovenije) in KKL (Koronarnemu klubu Ljubljana), ker so mi dovolili izvesti raziskavo. Hvala tudi Aleksandri Gorup za nasvete, ideje in ker mi je omogočila poslušati koristna predavanja o depresiji in anksioznosti pri Dragici Resman, dr. med. Hvala vsem vaditeljem KKL, ki ste mi pomagali, da so bile ankete vrnjene pravi čas na pravo mesto.

Zahvaljujem se somentorici doc. dr. Tanji Kajtni, univ, dipl, psih. za strokovno pomoč, navodila in usmerjanje pri nastajanju mojega diplomskega dela, za pomoč pri statistični obdelavi podatkov ter za vse vzpodbudne besede, ki mi jih je namenila ravno takrat, ko mi je bilo najbolj težko.

Posebna zahvala velja mojim staršem, ki so mi omogočili študij, mi ves čas študija stali ob strani, me maksimalno podpirali in verjeli vame, tudi takrat, ko sem že sama skoraj obupala.

Hvala tudi tebi Matjaž za dodatno motivacijo in voljo pri dokončanju študija.

Hvala Polonci in Andreji, ki sta mi vsaka na svoj način pomagali med študijem in me z vzpodbudnimi besedami motivirali pri nastajanju mojega diplomskega dela.

Hvala tudi babici Tuši, ki je žal ni več med nami. Venomer me je spraševala, »Nina si že oddala diplomu?« Prvi pritrdilni odgovor »da« je bil dva dni pred njeno smrtjo, 5.3.2009. Torej si upam trditi, da nas je zapustila z nasmeškom na obrazu, saj je takrat že vedela, da bom kmalu dočkala ta trenutek.

DEPRESIJA IN ANKSIOZNOST PRI KORONARNEM BOLNIKU

Nina Žvanut

Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport, 2009

Specialna športna vzgoja, prilagojena športna vzgoja

Število strani: 80; Število tabel: 7; Število slik: 5; Število virov: 64; Število prilog: 1.

IZVLEČEK

Namen raziskave je bil ugotoviti, ali prihaja do statistično pomembnih razlik v depresiji in anksioznosti med moškimi in ženskami, ki so koronarni bolniki, in ali obstajajo statistično pomembne razlike v depresiji in anksioznosti med bolniki, ki hodijo različno pogosto na vadbo. Poleg tega smo želeli ugotoviti, ali prihaja do statistično pomembnih razlik v depresiji in anksioznosti med bolniki, ki so doživeli srčni infarkt, in bolniki, ki imajo izraženo kakšno drugo koronarno bolezen, nazadnje pa smo ugotavljali tudi statistično pomembne razlike v depresiji in anksioznosti med bolniki, ki živijo sami, in bolniki, ki živijo v partnerski zvezi ali z družino. V raziskavo je bilo vključenih 126 preiskovancev. Vzorec je zajemal koronarne bolnike, člane Koronarnega kluba Ljubljana. Rezultati, ki smo jih dobili s pomočjo samoocenjevalne lestvice vprašalnika Burnsov kontrolni seznam depresije in Burnsov seznam anksioznosti, so pokazali, da je stopnja depresivne in anksiozne simptomatike pri ženskah statistično pomembno višja kot pri moških. Med bolniki, ki različno pogosto obiskujejo vadbo, nismo ugotovili statistično pomembnih razlik v depresiji in anksioznosti. Raziskava tudi ni pokazala statistično pomembnih razlik v depresiji in anksioznosti med koronarnimi bolniki, ki so preboleli srčni infarkt, in tistimi, ki imajo še kakšno drugo koronarno bolezen, ter med bolniki, ki živijo sami, z družino ali s partnerjem.

Ključne besede: depresija, anksioznost, ishemična bolezen srca, koronarni bolniki, koronarni klubi

DEPRESSION AND ANXIETY AMONG CORONARY PATIENT

Nina Žvanut

University of Ljubljana, Faculty of sport, 2009

Special physical education, Adapted physical education

Number of pages: 80; Number of tables: 7; Number of pictures: 4; Number of sources: 64; Number of additions: 1.

ABSTRACT

The goal of the survey was to find out whether there are any statistically relevant differences in depression and anxiety among the male and female coronary patients and whether there are any statistically relevant differences in depression and anxiety among the patients who attend the exercises either frequently or rarely. Another goal was to find out whether there are any statistically relevant differences in depression and anxiety among the patients who have suffered from the heart attack and the patients who suffer from another coronary disease and finally we tried to find out statistically relevant differences in depression and anxiety among the patients who live alone and patients who live with a partner or a family. There were 126 coronary patients included in the survey. The sample group included the members of the Coronary Club Ljubljana who suffer from coronary diseases. According to the self-evaluating scale of the questionnaire: The *Burns Depression Checklist* and The *Burns Anxiety Inventory* we came to the following conclusions: The level of depression and anxiety symptoms is statistically more relevant among women than among men. No statistically relevant differences in depression and anxiety have been found out among the patients who attend the exercises either frequently or rarely. The survey also didn't show any statistically relevant differences in depression and anxiety among the coronary patients who have suffered from the heart attack and those who suffer from another coronary disease, the patients who live alone and those who live with a partner or a family.

Key words: depression, anxiety, ischemic heart disease, coronary patients, coronary clubs

KAZALO

1. UVOD	7
2. PREDMET IN PROBLEM	9
2.1 DEPRESIJA	9
2.1.1 EPIDEMIOLOGIJA DEPRESIJE.....	10
2.1.2 ETIOLOGIJA DEPRESIJE.....	11
2.1.3 KLINIČNA SLIKA DEPRESIJE.....	14
2.1.4 KLASIFIKACIJA DEPRESIJE.....	18
2.1.5 ZDRAVLJENJE DEPRESIJE.....	21
2.2 ANKSIOZNOST	27
2.2.1 EPIDEMIOLOGIJA ANKSIOZNIH MOTENJ.....	29
2.2.2 VZROKI ZA RAZVOJ ANKSIOZNIH MOTENJ.....	30
2.2.3 OBLIKE ANKSIOZNIH MOTENJ.....	31
2.2.4 SIMPTOMI ANKSIOZNOSTI.....	37
2.2.5 ZDRAVLJENJE ANKSIOZNIH MOTENJ.....	37
2.3 ISHEMIČNA BOLEZEN SRCA	40
2.3.1 OBLIKE ISHEMIČNE BOLEZNI SRCA.....	41
2.3.2 KORONARNI BOLNIKI.....	44
2.3.3 TELESNA DEJAVNOST IN KORONARNA BOLEZEN.....	46
2.3.4 DEPRESIJA IN ANKSIOZNOST PRI KORONARNEM BOLNIKU.....	47
2.3.5 KORONARNI KLUBI.....	52
3. CILJI RAZISKAVE	54
4. DELOVNE HIPOTEZE	55
5. METODE DELA	56
5.1 PREIZKUŠANCI.....	56
5.2 PRIPOMOČKI.....	56
5.3 POSTOPEK.....	56
6. REZULTATI IN RAZPRAVA	58
6.1 RAZLIKE V DEPRESIJI IN ANKSIOZNOSTI MED MOŠKIMI IN ŽENSKAMI KORONARNIMI BOLNIKI	58
6.2 RAZLIKE V DEPRESIJI IN ANKSIOZNOSTI GLEDE NA POGOSTOST OBISKOVANJA VADBE	60
6.3 RAZLIKE V DEPRESIJI IN ANKSIOZNOSTI MED BOLNIKI, KI SO DOŽIVELI SRČNI INFARKT, IN BOLNIKI, KI IMAJO IZRAŽENO DRUGO KORONARNO BOLEZEN	62
6.4 RAZLIKE V DEPRESIJI IN ANKSIOZNOSTI MED BOLNIKI, KI ŽIVIJO SAMI, IN BOLNIKI, KI ŽIVIJO V PARTNERSKI ZVEZI ALI Z DRUŽINAMI	63
6.5 KRITIČEN POGLED NA RAZISKAVO	64
7. SKLEP	68
8. LITERATURA	70
9. PRILOGE	76

1. UVOD

Duševno zdravje je izjemna vrednota vsakega posameznika. Porušeno duševno ravnovesje med drugim vpliva tudi na telesno zdravje. Na žalost po uradnih podatkih kar 25 odstotkov vseh ljudi na svetu prizadene katera od duševnih ali vedenjskih motenj, med katerimi sta najbolj razširjeni depresija in anksioznost (Govc Eržen, 2006).

Depresija je najpogostejša duševna motnja, za katero strokovnjaki in svetovna zdravstvena organizacija napovedujejo, da bo v tem stoletju zasedla drugo mesto po številu bolnikov, nekatere še bolj črne projekcije pa jo postavljajo celo na prvo mesto, pred srčno-žilne bolezni. Približno dvakrat pogostejša je pri ženskah, ki tudi pogosteje poiščejo pomoč, najbolj ogroženi pa so bolniki z različnimi kroničnimi telesnimi boleznimi.

Depresija je bolezen, ki zajame celega človeka. Povzroča motnje razpoloženja, mišljenja in raznovrstno telesno simptomatiko. Vpliva na počutje, na vedenje in na to, kaj človek misli o sebi in svojem življenju ter kako čuti in doživlja svet okoli sebe. Depresija ni le prehodna slaba volja ali bežno žalostno razpoloženje. Prav tako ni posledica človeške šibkosti, zato je ni mogoče premagati le z močno željo ali voljo. Ne prizadene samo posameznika, ampak tudi ljudi, ki živijo z njim. Je pogosta motnja čustvovanja. Pri bolniku z depresijo se najpogosteje pojavljajo žalost, obup, izguba ali zmanjšanje zanimanja za tiste dejavnosti, ki so mu bile pred tem v veselje, tudi za spolnost, spremembe teka ali telesne teže, motnje spanja, občutek nemoči in krivde, motnje mišljenja in koncentracije, težave pri odločanju ter samomorilske misli. Poleg bolezenskih znakov, povezanih s čustvovanjem, se pojavljajo še telesni simptomi, kot so motnje spanja, glavobol, prebavne motnje, motnje teka in telesne bolečine.

Eden najpogostejših simptomov depresije je anksioznost oz. tesnoba. Uvrščamo jo med nevrotske, stresne in somatoformne motnje. Vsak človek se v življenju lahko sreča z anksioznostjo, saj je ta v dani situaciji normalen čustveni, vedenjski in fiziološki odgovor na dejansko ali grozečo nevarnost. Dokler stopnja anksioznosti ni previsoka in dokler je anksioznost povezana z razumskim vzrokom ter traja ravnopravno dolgo, jo štejemo za običajno obrambno aktivnost posameznika pred nevarnostjo. Anksioznost je lahko posledica katere druge motnje in je lahko normalen odgovor na vsakodnevne obremenjujoče dogodke, na večje življenjske težave, telesno bolezen ali katero drugo duševno motnjo, npr. depresijo (Govc Eržen, 2006; Kocmur, 1999). Anksiozni bolniki tožijo, da jih je strah, vendar ne vedo, česa, ali pa se bojijo stvari in situacij, za katere vedo, da v resnici niso nevarne. Anksioznost skoraj vedno spremljajo telesni simptomi, zaradi katerih se bolniki oglašajo pri

zdravnikov v prepričanju, da so telesno bolni. Tu gre zlasti za povečano aktivnost v simpatičnem delu vegetativnega živčevja (pospešeno bitje srca, pospešeno dihanje, bolečina v prsih, potenje in tresenje rok). Bolnike spremljajo tudi psihološki simptomi, kot so zaskrbljenost, občutek negotovosti, nemir, nemoč in utrujenost.

Obe duševni motnji, anksioznost in depresija, se pogosto pojavljata skupaj – večina anksioznih bolnikov je tudi depresivnih in obratno.

Koronarna bolezen je vodilni vzrok umrljivosti v razvitem svetu. Na njen razvoj pomembno vplivajo psihosocialni dejavniki, med katerimi je depresija zanesljivo najpomembnejša. Depresija vpliva tako na razvoj in nastanek koronarne bolezni kot na njene zaplete. Klinične raziskave so namreč pokazale, da je pri depresivnih bolnikih možnost, da se bodo razvile srčno-žilne bolezni, večja kot pri nedepresivnih. Po podatkih naj bi depresija povečala tveganje za nastanek koronarne bolezni za okoli 70 %. Vpliv pa ni le enostranski, saj je tudi prisotnost koronarne bolezni (zlasti akutnih dogodkov, kot je srčni infarkt) povezana s pogostejšim pojavljanjem depresije. Velja pravilo, da čim bolj je depresija izrazita, tem večji je njen vpliv na koronarno bolezen. Približno 15–25 % starejših bolnikov s koronarno boleznijo trpi tudi za depresijo.

Depresija in anksioznost sta pogosti motnji pri tistih, ki so preboleli miokardni infarkt. Izsledki raziskav kažejo, da se depresija pojavi pri 15–45 % takih bolnikov. V prvih šestih mesecih po infarktu je umrljivost pri bolnikih z depresijo petkrat večja, prav tako pa zasledimo večjo umrljivost pri bolnikih z anksiozno motnjo. Ta je povezana z večjim tveganjem za akutne koronarne dogodke in motnje ritma v prvih 12 mesecih po infarktu (Frasure-Smith, Lesperance in Talajic, 1993, Frasure-Smith, Lesperance, Gravel, Masson, Juneau, Talajic, Bourassa, 2005, v Govc Eržen, 2006).

Ugotovljeno je bilo, da telesna dejavnost zmanjša tveganje za koronarno bolezen ter verjetnost ponovnega infarkta in smrti, prav tako pa zmanjšuje tudi stres, anksioznost in depresijo in ima pozitiven učinek na duševno zdravje.

Kljub veliki umrljivosti pri depresiji pa je premalo koronarnih bolnikov redno telesno aktivnih. Koronarni bolniki imajo možnost nadaljevati vseživljenjsko rehabilitacijo v koronarnem klubu, kjer se spoznajo s telesno dejavnostjo, prilagojeno njihovem zdravstvenemu stanju, a se jih vadbe v koronarnih klubih po vsej Sloveniji na žalost udeležuje le 5 %. Razloge lahko iščemo že pri zdravnikih, saj so ti o pomembnosti vadbe premalo ozaveščeni, poleg tega pa dobijo bolniki premalo informacij in ne vedo, kakšna aktivnost je za njihovo zdravstveno stanje še primerna. Velikokrat so zato prepuščeni samim sebi in tako še hitreje zapadejo v depresijo.

2. PREDMET IN PROBLEM

2.1 DEPRESIJA

Depresija je ena izmed najpogostejših duševnih motenj in zajema precej več kot občutek žalosti. Pri depresiji je moteno delovanje nekaterih kemičnih prenašalcev – nevrotansmitorjev. Posameznik zboli za depresijo, ko se poruši ravnovesje nevrotansmitorjev v tistem delu možganov, ki uravnava razpoloženje. Po navadi zaradi depresije zbolijo ljudje, ki so doživeli kaj neprijetnega in pretresljivega, kar jih je tako zelo prizadelo, da je bilo njihovo ravnovesje omajano (Dernovšek, Gorenc in Jeriček, 2006).

Statistike navajajo, da je 30 % vseh bolnikov v psihiatričnih ambulantah depresivnih, enak odstotek so zasledili v ambulantah splošne medicine. Eden od petih depresivnih bolnikov se zdravi z zdravili in eden od petdesetih je sprejet v bolnišnično zdravljenje (Milač, 1994).

O depresiji govorimo, ko je posameznikovo razpoloženje več kot dva tedna vsak dan zelo negativno ali če se v tem času opazno zmanjšata njegovo zadovoljstvo in zanimanje za skoraj vse dejavnosti, ki so ga sicer zadovoljevale (Dernovšek, Gorenc in Jeriček, 2006).

Beseda depresija izvira iz latinščine in pomeni pobitost ali potlačenost (depresio – znižanje, deprimere – znižati, tlačiti). Označevala naj bi torej poslabšanje razpoloženja oz. pobitost ali potrtost. Depresija običajno pomeni bolezen, depresivnost pa simptomatiko te bolezni. Depresija je bolezen, ki vpliva na psihično in duševno počutje ter s tem prizadene posameznika kot celoto. Povezana je z motenim biokemičnim ravnovesjem v možganih, do katerega privede splet genetskih, bioloških in okoljskih dejavnikov. Povzroča motnje razpoloženja in mišljenja ter raznovrstno telesno simptomatiko (Crnčič, 2007).

Lamovec (1988) opredeljuje depresivno razpoloženje kot zmanjšanje duševne in telesne vitalnosti, kar pomeni, da je posameznikovo delovanje pod ravniyo običajnega duševnega ravnovesja. Lahko nastopi kot odziv na dogodek ali kot posledica telesne ali duševne izčrpanosti oziroma dolgotrajnega stresa.

2.1.1 EPIDEMIOLOGIJA DEPRESIJE

Depresija je najpogostejša duševna motnja povsod po svetu. Na žalost v Sloveniji nimamo epidemioloških raziskav o depresiji, zato se lahko ozremo le na pomembne raziskave iz drugih držav. Vendar pa so rezultati epidemioloških raziskav v različnih delih sveta zelo različni.

Pojavnost simptomov depresije je ocenjena na 13–20 %, pojavnost bolezni pa na 2–5 % (Crnčič, 2007).

Kores - Plesničar (2006) navaja, da je prevalenca depresije od 5–10 % pri moških in 12–20 % pri ženskah. Depresija je torej pri ženskah dvakrat pogostejša.

Po podatkih svetovne zdravstvene organizacije trpi za depresijo več kot 150 milijonov ljudi, od tega jih en milijon vsako leto naredi samomor (Govc Eržen, 2006). Crnčič (2007) navaja, da je bilo kar 70 % oseb, ki so storile samomor, depresivnih.

Do leta 2020 bo po oceni Svetovne zdravstvene organizacije depresija na drugem mestu vzrokov nezmožnosti in invalidnosti, takoj za srčno-žilnimi obolenji.

Za depresijo zbolijo približno vsaka šesta oseba. V primerjavi z moškimi zbolijo ženske dvakrat pogosteje, med bolj ogroženimi pa so tudi bolniki s kroničnimi telesnimi obolenji (Dernovšek, Gorenc in Jeriček, 2006).

Kessler (2003, v Kores - Plesničar, 2004) je s sodelavci s pomočjo razširjene verzije WHO-jevega vprašalnika CIDI (Composite International Diagnostic Interview) ugotavljal, da je življenjska prevalenca hude depresivne motnje v ZDA okoli 16,2 %, 12-mesečna prevalenca pa 6,6 %, od tega jih je imelo hudo depresivno motnjo 50 %.

Pojavnost depresije je pri starejših podobna kot pri mlajših, vendar pa ima še dodatnih 8–16 % starejših pomembne klinične simptome depresije. Pri otrocih in mladostnikih je prevalenca depresije 5 %.

V Sloveniji je leta 2001 po podatkih Inštituta za varovanje zdravja v ambulantah družinske medicine zaradi depresije iskalo pomoč 5,8 % populacije, od tega je bilo žensk 2,5-krat več kot moških. Pomoč so pogosteje iskale nezaposlene osebe.

Kores - Plesničar (2006) še navaja, da je depresija prepletena s kroničnimi telesnimi boleznimi. Depresivni bolniki štirikrat pogosteje doživijo miokardni infarkt, prav tako se depresija pojavlja pri 30 % bolnikov s sladkorno boleznijo tipa 1 in 2. Bolezen je pogosta tudi pri tumorskih obolenjih, Parkinsonovi bolezni, obolenjih ščitnice idr.

Step toe in Whiteheat (2005, v Govc Eržen, 2006) navajata, da več kot 20 % bolnikov, ki so preživeli miokardni infarkt, v nekaj tednih po akutnem dogodku razvije hudo obliko depresije, 25 % pa se jih sooči z blago obliko depresije ali z distimijo. Bolniki z depresijo, ki so preboleli miokardni infarkt, umirajo pogosteje kot bolniki, ki nimajo depresije.

2.1.2 ETIOLOGIJA DEPRESIJE

Še vedno ni povsem znano, kaj povzroča depresijo. Obstajajo različne teorije o pomenu bioloških in genetskih dejavnikov, vplivov stresa in okolja, osebnostnih lastnosti ter telesnih boleznih in številne psihodinamske teorije. Nastanek depresije tako razlaga množica bioloških, psiholoških in sociokulturnih teorij (Kores - Plesničar, 2006).

BIOLOŠKE TEORIJE

Klinično sliko, kakršno poznamo pri različnih oblikah depresije, je opisal že Hipokrat. Ni pa govoril o depresiji, temveč o melanholiji. Ta beseda je sestavljena iz dveh starogrških besed: melas (črn) in chole (žolč). Menil je, da čustveno potrtost povzroča vpliv črnega žolča na možgane. S tem je v simboličnem smislu napovedal sodobne biološke teorije o nastanku depresije (Kores - Plesničar in Zihlerl, 1997).

»Biološke teorije izhajajo iz predpostavke, da so afektivne motnje predvsem genetsko pogojene, pri patogenezi pa ima osnovno vlogo reverzibilna funkcionalna motnja osrednjega živčevja z disfunkcijo v diencefalonu in limbičnem sistemu oziroma v tistih predelih živčevja, ki uravnavajo afektivne in nagonске funkcije, splošno raven in dinamiko duševnih aktivnosti ter vegetativne in endokrine funkcije« (Žvan, 1999, str. 210).

Žunter Nagy (1998) in Žvan (1999) podajata **nevrobiokemično hipotezo**, Kores - Plesničar (2006) pa govori o **monoaminski hipotezi**. Vsi omenjeni avtorji navajajo, da depresija nastane kot posledica pomanjkanja prenašalcev živčnih impulzov, kot so noradrenalin, serotonin in dopamin. Ti služijo za prenos vzburjenja od presinaptičnega na postsinaptični nevron skozi sinaptično špranjo. Pomanjkanje prenašalca v sinaptični špranji pripelje do motnje v prenosu vzburjenja z ene živčne celice na drugo. Po opravljenem prenosu vzburjenja se prenašalec delno reabsorbira v presinaptični nevron, delno pa ga razgradi encim monoaminoooksidaza. Znanstveniki sklepajo, da je pomanjkanje serotonina lahko vzrok za težave s

spanjem, razdražljivost in strah, ki je povezan z depresijo. Prav tako pa zmanjšane koncentracije noradrenalina, ki vpliva na pripravljenost in budnost ter na uravnavanje krvnega tlaka in razpoloženja, lahko prispevajo k pojavu utrujenosti in k depresivnemu razpoloženju.

Endokrine motnje

Depresije so pogoste pri Cushingovi bolezni, hipo- in hiperparatiroidizmu, boleznih obščitniških žlez. Pojav depresije je posledica povečanega izločanja kortizola, ki ga telo proizvaja kot odgovor na stres, jezo in strah. Raziskave so pokazale, da se pri polovici bolnikov z zmerno ali hudo depresivno motnjo poveča izločanje kortizola (Žunter Nagy, 1998). To izločanje ostane pri bolnikih povišano tudi popoldne in zvečer, medtem ko se pri zdravih ljudeh raven kortizola v krvi postopno zniža.

PSIHOLOŠKE TEORIJE

Psihoanalitična teorija

Psihološke koncepcije o nastanku razpoloženskih motenj temeljijo na predpostavkah, da dispozicija za bolezenske razpoloženske reakcije nastane zlasti v času zgodnjega razvoja osebnosti. Ta dispozicija se kasneje izkaže v okoliščinah, ki so za to osebo travmatične. Po teh teorijah torej obstaja psihološko razumljiva vzročna povezanost med strukturo osebnosti, provokativnimi okoliščinami in kliničnimi manifestacijami.

Psihoanalitična teorija trdi, da je osnovna značajska lastnost k depresijam nagnjenih oseb simbiotična odvisnost od pomembnih predmetov in ambivalentno čustvovanje do njih. Tako stanje naj bi bilo posledica fiksacije osebnostnega psihosocialnega razvoja v oralni fazi zaradi čustvenih pretresov v tem obdobju. Posebno pomembno in usodno naj bi bilo pomanjkanje materine ljubezni oziroma strah pred izgubo matere (Žvan, 1999).

Kognitivne teorije

Beck meni, da depresijo povzročajo kognitivne motnje. Depresivno kognicijo je razdelil na tri dele. Prvi je tok negativnih misli, drugi so različna pretirana pričakovanja, tretji pa kognitivna izkrivljenja. Poudarja, da se ljudje, ki tako razmišljajo, bolj odzivajo z depresivnostjo (Kores - Presničar in Zihlerl, 1997).

GENETSKI DEJAVNIKI

So rezultat tistega, kar posameznik podeduje od staršev. Bolezen je od 1,5- do trikrat pogostejša pri osebah, ki imajo v prvem kolenu sorodnika z depresivno motnjo (Govc Eržen 2006).

SOCIOKULTURNI DEJAVNIKI IN DEJAVNIKI OKOLJA

Raziskave kažejo, da obstajajo geografska področja, kjer je depresij več kot drugje. Depresija se pogosteje pojavlja v skupnostih, kjer zelo razvijajo občutke skupnosti, dolžnosti, odgovornosti in krivde. Skratka tam, kjer se posameznik počuti soodgovornega za vse, kar se dogaja okrog njega. Dejavniki okolja so posledice stresnih čustvenih situacij, kot so izguba službe, samokritičnost, smrt bližnje osebe, dolgotrajna telesna bolezen. Simptomi lahko trajajo še več tednov po stresnem dogodku in oseba, ki je bila izpostavljena tako močnim stresorjem, lahko kasneje razvije pravo depresijo (Kores - Plesničar 2006 in Žvan 1999).

DEJAVNIKI, KI SPROŽIJO DEPRESIJO

Pred izbruhom depresije igrajo pomembno vlogo:

- stresni življenjski dogodki, npr. pomembna sprememba v dosedanem življenju (sprememba delovnega mesta, ločitev, resna bolezen ...),
- kronični stres, ki vključuje npr. trajne gmotne težave, težave na delovnem mestu itd.,

Predpostavlja se, da stresni dogodki sprožijo pojavitev depresije pri tistih osebah, ki so dovzetni za takšno odzivanje (Žvan, 1999).

- zdravstvene težave (kronične bolezni in organske poškodbe možganov; nevrološke bolezni, npr. multipla skleroza; rak, endokrine bolezni, npr. sladkorna bolezen, bolezni jeter; koronarna bolezen),
- izgube (smrt v družini, izguba delovnega mesta, razpad zveze),
- travme v otroštvu (telesne zlorabe, čustvene zlorabe, spolne zlorabe),
- diskriminacije (zaradi barve kože in narodnosti, spola, starosti, videza, onesposobljenosti in prizadetosti, spolne usmerjenosti),
- stiki z zdravstveno službo (število obiskov pri izbranem zdravniku) (Rotar - Pavlič 2004).

DEJAVNIKI, KI VZDRŽUJEJO DEPRESIJO

Depresijo vzdržujejo:

- socialni dejavniki (slabe družinske razmere, slabi partnerski odnosi, finančne skrbi, osamljenost, brezposelnost),
- zdravila,
- prisotnost pretirane tesnobe (Dernovšek, Gorenc in Jeriček, 2006).

Hauck (1987) navaja tri poglobitve vzroke depresije:

- samoobtoževanje,
- samopomilovanje,
- pomilovanje drugih.

2.1.3 KLINIČNA SLIKA DEPRESIJE

Mednarodna klasifikaciji bolezni 10 (MKB-10), ki jo uporabljamo v Evropi, in ameriški Diagnostični in statistični priročnik IV (DSM IV) nam omogočata prepoznati in diagnosticirati depresijo. Za diagnozo depresije morajo biti simptomi prisotni najmanj dva tedna, prisotnih pa mora biti vsaj pet znakov, od tega nujno prvi ali drugi naštetih (Žvan, 1999).

Po MKB-10 so merila za hudo depresijo naslednja:

- potrto oziroma depresivno razpoloženje,
- izguba interesov in zanimanja,
- zmanjšanje ali povečanje telesne teže (za 5 % v enem mesecu) in sprememba teka,
- nespečnost in stalna zaspanost,
- psihomotorična upočasnjenost ali nemir,
- utrujenost ali izguba energije,
- občutki manjvrednosti ali hude krivde,
- motnje v koncentraciji, mišljenju in odločanju,
- ponavljajoče se misli o smrti, samomorilne misli in samomorilni poskusi.

Simptomi depresije so številni in izraženi različno intenzivno in v različnih kombinacijah.

Koprivšek (2007) zelo kritično sprejema diagnostične kriterije duševnih motenj. Dokazi za veljavnost kriterijev so namreč nezadovoljivi, saj se depresija lahko kaže z 'atipičnimi' simptomi, lahko pa se pojavlja hkrati z drugimi obolenji (komorbidnost).

Trdi tudi, da je depresija bolezen, ki jo je zelo težko odkriti. To nam potrjuje dejstvo, da pri tretjini bolnikov z izraženimi simptomi depresije le-te odkrijejo samo v polovici primerov, le desetina pa jih je ustrezno zdravljena. Depresija je pogosto neprepoznavna, napačno diagnosticirana in posledično napačno zdravljena ali sploh nezdravljena, ker bolniki običajno poročajo le o telesnih simptomih depresije. Žvan (1997) navaja, da se depresija namesto z depresivnim razpoloženjem lahko kaže z razdražljivostjo, neprijetnostjo do drugih in impulzivnim vedenjem (to velja pogosteje pri moških). Takrat govorimo o atipični ali maskirani depresiji. Lesse (1983, v Kores - Plesničar, 2005) je v raziskavi ugotovila, da je imelo 30 % bolnikov z depresijo telesne simptome izražene več kot pet let, preden so bili prepoznani kot depresivni, Govc Eržen (2006) pa navaja ugotovitve angleške raziskave, da ima kar 69 % bolnikov z depresijo prisotne tudi telesne simptome.

Cassano in Fava (2002, v Koprivšek 2007) navajata še druge pogoste simptome depresije. Razdelila sta jih na psihološke, vedenjske in telesne.

Tabela 1

Psihološki vedenjski in telesni simptomi depresije (Cassano in Fava, 2002, v Koprivšek, 2007)

Psihološki simptomi	Vedenjski simptomi	Telesni simptomi
depresivno razpoloženje	jokavost	utrujenost
razdražljivost	medosebni konflikti	nespečnost
tesnoba	izbruhi jeze	čezmerno spanje
pomanjkanje interesa/motivacije	izogibanje stresnim okoliščinam	zmanjšan tek
motnje koncentracije	zmanjšana produktivnost	izguba telesne teže
preobčutljivost za kritiko	socialni umik	povečan tek
perfekcionizem/obsesivnost	izogibanje intimnim stikom	upad libida
omahljivost	umik v delo	erektivna disfunkcija
črnogledost	zloraba psihoaktivnih snovi	glavobol
nizka samopodoba	samopoškodbeno vedenje	mišična napetost
čezmerni občutki krivde	poskus samomora	gastrointestinalni krči
samomorilne misli	nasilno vedenje	palpitacije
		občutki šumenja v ušesih
		občutki vročine po telesu

Kores - Plesničar (2006) navaja klinično sliko, ki je v praksi najpogostejša. Bolniki so žalostni, potlačeni, včasih jokajo. Hitro se utrudijo, hobiji jih ne zanimajo več. Izgubijo zaupanje vase, ne upajo si več v službo, ne zmorejo domačih opravil, izogibajo se socialnim stikom. Imajo težave s koncentracijo, težko berejo, nimajo teka in shujšajo. Imajo tudi težave s spanjem; bolniki, ki se zbudijo zgodaj zjutraj, imajo po navadi hujše depresivne simptome. Nekateri bolniki ure dolgo sedijo in strmijo predse, drugi

so izjemno vznemirjeni. Za depresivne bolnike sta značilna še upad libida in zaprtje, mnogo pa jih razmišlja o smrti. Bolniki s hudo depresijo imajo lahko tudi blodnje in halucinacije. Najpogosteje tožijo zaradi glavobola, bolečin v križu, v vratni hrbtenici in mišicah ter zaradi nerazložljivih abdominalnih bolečin.

Depresijo je težko prepoznati, saj se bolniki pogosto pritožujejo zaradi bolečin, ne pa zaradi duševnih simptomov. To je sicer razumljivo, saj lažje govorijo o telesnih težavah, težje pa o duševnih, ki jih morda niti ne prepoznajo. Ljudje raje kot izraz depresija uporabljajo izraze, kot je nesrečen, žalosten ali obupan. Podobno nekateri ne priznajo, da se počutijo depresivne, priznajo pa, da so izgubili zanimanje za stvari ali da so večino časa utrujeni (Rotar - Pavlič, 2004).

Bolezenska depresija ima lahko veliko obrazov. Bolnika lahko preganja občutek, da je zagrešil kaj hudega, do okolice je lahko ravnodušen in nedostopen, ne veselijo ga več dejavnosti in zabave, ki se jim je doslej posvečal, občuti lahko nerazumljivo telesno oslabelost in telesne simptome, zaradi katerih ljudje po navadi obišejo zdravnika za notranje bolezni (Pibernik, 2004).

Izraz depresija opisuje ponavljanje simptomov, ki segajo od blagega poslabšanja razpoloženja pa do hudih motenj. Glavna značilnost vseh depresivnih stanj je potrtoost, ki jo v hujših primerih spremljata tudi jokavost in zmanjšanje zanimanja za vsakodnevne aktivnosti. Mišljenje postane negativno, depresivna oseba pa se počuti brez vrednosti, kriva zaradi preteklih dejanj in pesimistična glede prihodnosti. Velikokrat pomisli tudi na samomor. Druga vrsta značilnih simptomov depresije vključuje motnje spanja, izgubo teka, strahove, izgubo energije, zmanjšano koncentracijo in zmanjšano sposobnost medosebne komunikacije. Ljudje, ki se počutijo depresivne, se pogosto izogibajo drugih ljudi in se z njimi nočejo srečevati (Rotar - Pavlič, 2004).

Klinična slika pri starejših pa je drugačna. Starostniki manj tožijo o potrtoosti in pogosteje navajajo telesne težave, motnje spomina, tesnoba in brezvoljnost.

Murphy, Laird, Monson, Sobel in Leighton (2000, v Govc Eržen 2006) so ugotovili, da ženske dvakrat hitreje obolevajo za depresijo kot moški. Govc Eržen (2006) navaja, da je potek bolezni pri moških in ženskah drugačen, čeprav pri postavljanju diagnoze depresije veljajo enaka merila za oba spola. Za ženske je bolj značilno sezonsko pojavljanje bolezni. Pojavljajo se netipični simptomi, kot so pretirana zaspanost, pridobivanje telesne teže, prenačanje ter občutek težkih nog in rok. Pogosteje so pridruženi tudi simptomi anksioznosti, panične motnje in fobije. Pri moških pa je depresija pogosteje povezana z zlorabo alkohola in psihoaktivnih snovi ter z nezaposlenostjo.

Najpogostejši dejavniki, ki pri ženskah napovedujejo depresijo, so:

- družinska obremenjenost z motnjami razpoloženja,
- osebna anamneza motenj razpoloženja v zgodnjem reproduktivnem obdobju,
- izguba staršev pred 10. letom starosti,
- telesna in spolna zloraba v zgodnjem otroškem obdobju,
- jemanje oralnih kontracepcijskih sredstev,
- jemanje spodbujevalcev gonadotropina za zdravljenje neplodnosti,
- izpostavljenost psihosocialnim stresorjem,
- izguba socialne podpore (Govc Eržen, 2006).

Tabela 2

Diagnostična merila, ki veljajo za oba spola enako (Govc Eržen, 2006)

Psihološki dejavniki	Telesni dejavniki
depresivno razpoloženje	motnje spanja
in/ali	spremembe teka/telesne teže
upad zanimanja in/ali veselja do dejavnosti, tudi do spolnosti	težave s pozornostjo/koncentracijo
občutki krivde, brezupnosti in ničvrednosti	padec energije in nerazložljiva utrujenost
razmišljanje o samomoru	psihomotorična upočasnjenost ali nemir

Za postavitev diagnoze depresije mora biti vsaj dva tedna prisoten vsaj eden od prvih dveh psiholoških dejavnikov in štirje od preostalih psiholoških in telesnih simptomov.

Za postavitev diagnoze je nujno, da poznamo bolezni, pri katerih se depresija najpogosteje pojavlja. To so:

- srčno-žilna obolenja,
- endokrina obolenja,
- obolenja prebavnega sistema,
- nevrološka obolenja,
- obolenja dihal,
- mišično-skeletna obolenja,
- onkološka obolenja (Koprivšek, 2006).

Ker se tema diplomske naloge navezuje le na srčno-žilna obolenja, bomo ta tudi opisali. Z depresijo so pogosto povezana stanja, kot so ishemične bolezni srca z miokardnim infarktom in angino pectoris, prevodne motnje z atrioventrikularnimi in kračnimi bloki, tahikardijo in atrijsko fibracijo ter aritmije s posledičnim srčnim zastojem ali odpovedjo srca. Bolniki s kronično depresijo imajo 1,6-krat večje tveganje za koronarno obolenje. Depresija je neodvisni dejavnik tveganja in je povezana z večjo smrtnostjo. Prevalanca depresije po miokardnem infarktu je 10–30

%, dvakrat toliko bolnikov pa jih ima nekatere depresivne simptome (Koprivšek, 2006). Govc Eržen (2006) navaja, da je depresija izražena pri kar 45 % bolnikov, ki so po miokardnem infarktu sprejeti v bolnišnico.

2.1.4 KLASIFIKACIJA DEPRESIJE

Mednarodna klasifikacija bolezni (MKB-10) uvršča depresivno motnjo med razpoloženske motnje. Depresivnih bolezni ne deli več na endogene, nevrotske in reaktivne depresije, ampak pozna depresivne epizode različne intenzivnosti. Glede na vrsto simptomov, njihovo izrazitost in število lahko depresijo ovrednotimo kot blago, zmerno ali hudo, glede na njen potek in pogostost pojavljanja pa ločimo spodaj opisane razpoloženske motnje (Kovačič, 2005).

MANIČNA EPIZODA

Je jasno obdobje nenormalnega in stalno privzdignjenega, razdražljivega razpoloženja, ki traja najmanj en teden, prisotni pa so še naslednji simptomi: pretirano dobro mnenje o sebi, zmanjšana potreba po spanju in pretirana fizična ali psihična dejavnost. Zelo malo verjetno je, da bo pri tej epizodi tudi ostalo, navadno se bodo prej ali slej začele pojavljati depresivne in manične ali samo manične epizode, torej se bo razvila bipolarna motnja (Koprivšek, 2007).

Podkategorije maničnih epizod so (Kovačič, 2005):

- hipomanija,
- manija brez psihotičnih simptomov,
- manija s psihotičnimi simptomi,
- drugačne manične epizode,
- manična epizoda, neopredeljena.

BIPOLARNA AFEKTIVNA MOTNJA

Za to motnjo je značilno, da je imel bolnik v preteklosti najmanj eno depresivno in eno manično epizodo ali pa izključno manične epizode, in sicer najmanj dve. Podkategorije bipolarnе motnje označujejo trenutno afektivno epizodo, torej gre za depresijo ali manijo ali pa je sedanja epizoda mešana afektivna epizoda. Za to je značilno hkratno ponavljanje značilnih depresivnih in maničnih simptomov, ki trajajo

vsaj dva tedna, ali pa gre za hitro izmenjavanje maničnih in depresivnih simptomov iz dneva v dan ali celo iz ure v uro (Žvan, 1999).

Podkategorije bipolarnih afektivnih motenj so (Kovačič, 2005):

- bipolarna afektivna motnja, trenutna epizoda je hipomanična,
- bipolarna afektivna motnja, trenutna epizoda je manična brez psihotičnih simptomov,
- bipolarna afektivna motnja, trenutna epizoda je manična s psihotičnimi simptomi,
- bipolarna afektivna motnja, trenutna epizoda je blaga ali zmerna depresija,
- bipolarna afektivna motnja, trenutna epizoda je huda depresija brez psihotičnih simptomov,
- bipolarna afektivna motnja, trenutna epizoda je huda depresija s psihotičnimi simptomi,
- bipolarna afektivna motnja, trenutna mešana epizoda,
- bipolarna afektivna motnja, trenutno v remisiji,
- druge bipolarnih afektivnih motenj,
- bipolarna afektivna motnja, neopredeljena.

DEPRESIVNA EPIZODA

Diagnozo depresivne epizode postavimo takrat, ko se depresivno stanje pojavi prvič in ko so izraženi vsi simptomi, ki opredeljujejo depresivno motnjo, epizoda pa mora trajati najmanj dva tedna (Govc Eržen, 2006).

Glede na intenzivnost izraženosti posameznih simptomov je depresivna epizoda lahko blaga, zmerna ali huda (Tomori, 1998; Kores - Plesničar, 1997).

Blaga depresivna epizoda

Simptomi so za bolnika sicer mučni in mu povzročajo neugodje, a je kljub temu sposoben opravljati vse običajne dejavnosti. Najbolj značilni simptomi so: depresivno razpoloženje, izguba zanimanja, neuživanje v stvareh, večja utrudljivost. Poleg teh morata biti za diagnozo prisotna vsaj še dva izmed naslednjih simptomov: motnje v koncentraciji, občutki krivde in manjvrednosti, slaba samopodoba in zmanjšano samospoštovanje, pesimističen pogled na prihodnost, samomorilne misli in poskusi, motnje spanja, zmanjšanje ali povečanje telesne teže, zmanjšanje ali izguba spolne sle.

Zmerna depresivna epizoda

Simptomi depresivnosti povzročajo bolniku velike težave pri opravljanju dela in pri vsakodnevni dejavnosti. Prisotna morata biti vsaj dva značilna simptoma depresije, npr. potrlost, izguba interesov in zanimanja, pomanjkanje energije, nezmožnost doživljanja radosti v življenju, poleg teh pa še vsaj trije od naslednjih: motnje v koncentraciji, občutki krivde in manjvrednosti, slaba samopodoba in zmanjšano samospoštovanje, pesimističen pogled na prihodnost, samomorilne misli in poskusi, motnje spanja, zmanjšanje ali povečanje telesne teže, upad ali izguba spolne sle.

Huda depresivna epizoda brez psihotičnih simptomov

Simptomi so tako izraziti in mučni, da bolnik ne more opravljati običajnih dejavnosti, poleg tega pa goji močna občutja nevrednosti in krivde, morda tudi samomorilske misli, in običajno toži zaradi telesnih simptomov. Prisotni so vsi trije najznačilnejši simptomi depresije (depresivno razpoloženje, izguba zanimanja in izguba energije) in še vsaj štirje drugi. Depresivna epizoda traja vsaj dva tedna, a je diagnozo mogoče postaviti že prej, če se epizoda pojavi nenadoma in v izraziti obliki.

Huda depresivna epizoda s psihotičnimi simptomi

Za hudo depresivno epizodo s psihotičnimi simptomi velja vse opisano pri hudi depresivni epizodi brez psihotičnih simptomov, le da so tu prisotni še psihotični simptomi, kot so blodnje, halucinacije ali depresivni stupor. Značilne so tudi slušne in vonjalne halucinacije. Bolnik je življenjsko ogrožen, zato bi moral v bolnišnico.

MKB-10 uvršča med depresivne epizode še; druge depresivne epizode (atipična depresija) in depresivna epizoda, neopredeljena (Kovačič, 2005).

PONAVLJAJOČA SE DEPRESIVNA MOTNJA

Zanjo so značilne ponavljajoče se depresivne epizode. Motnje lahko trajajo več mesecev, remisije pa so različno dolge.

Podkategorije ponavljajoče se depresivne motnje so (Kovačič, 2005):

- ponavljajoča se depresivna motnja, trenutna epizoda je blaga,
- ponavljajoča se depresivna motnja, trenutna epizoda je zmerna,
- ponavljajoča se depresivna motnja, trenutna epizoda je huda, brez psihotičnih simptomov,
- ponavljajoča se depresivna motnja, trenutna epizoda je huda, s psihotičnimi simptomi,
- ponavljajoča se depresivna motnja, trenutno v remisiji,
- druge ponavljajoče se depresivne motnje,
- ponavljajoča se depresivna motnja, neopredeljena.

TRAJNE RAZPOLOŽENJSKE (AFEKTIVNE) MOTNJE

To so trajne in navadno nihajoče motnje razpoloženja, pri čemer posamezne epizode niso dovolj intenzivne, da bi jih opredelili kot hipomanične ali blage. Večinoma trajajo več let in lahko povzročajo težave v posameznikovem vsakdanjem funkcioniranju (Kores - Plesničar in Zihel, 1997).

Podkategoriji trajnih razpoložljivih motenj sta ciklotimija in distimija.

Ciklotimija

Zanjo je značilno nihanje razpoloženja od blage depresivnosti do hipomaničnosti. Motnje razpoloženja niso tako intenzivne, da bi dopuščale diagnozo bipolarnе afektivne motnje. Pri ciklotimnih ljudeh se sčasoma lahko razvije bipolarna motnja (Žvan, 1997).

Distimija

Je kronična afektivna motnja, ki traja več kot dve leti. Poklicne in socialne dejavnosti so lahko lažje prizadete, čeprav depresivno doživljanje ni tako globoko (Tomori, 1998). Distimične osebe so kronično depresivno razpoložene, včasih pa se pojavita še ponavljajoča se depresivna motnja in depresivna epizoda. To lahko imenujemo dvojna depresija. Pri odraslih se distimija pojavi po kroničnih telesnih boleznih in trajnih življenjskih težavah (Žvan, 1997).

O depresivni motnji torej govorimo, kadar so izražene depresivne epizode (depresivne epizode in ponavljajoče se depresivne motnje), o bipolarni motnji pa, kadar se ob depresivnih epizodah pojavljajo še epizode hipomanije ali manije ali mešane epizode (Koprivšek, 2007).

2.1.5 ZDRAVLJENJE DEPRESIJE

Zdravljenje depresije lahko poteka na več načinov, zato obstaja tudi več vrst terapij. Katera terapija bo uporabljena za zdravljenje, je odvisno od števila in izrazitosti simptomov pri bolniku. Kombinacija medikamentoznega in psihoterapevtskega zdravljenja je običajno učinkovita pri blagi in zmerni obliki depresije. Pri težji obliki depresije pa pride v poštev zdravljenje z zdravili oz. elektrokonvulzivna terapija, ki pa je v Sloveniji ne izvajajo (Crnčić, 2007).

Kores - Plesničar in Zihel (1997) navajata, da je zdravljenje z zdravili učinkovito pri zmerni in hudi depresiji, kombinacija medikamentoznega in psihoterapevtskega

zdravljenja naj bi se uporabljala pri ponavljajoči se zmerni in hudi depresivni motnji, pri blagi depresivni motnji in distimiji pa je na prvem mestu psihoterapija.

»Ustrezno zdravljenje depresije je nujno in se mora začeti čim prej, ker ima nezdravljena depresija lahko ireverzibilen nevropatološki učinek na možgane, ki poslabša učinkovitost kasnejšega zdravljenja. Zato velja, da depresija poslabša depresijo in da predstavlja epizoda depresivne motnje največji dejavnik tveganja za novo depresijo. Tveganje ponovitve bolezni je tako 50 % po prvi epizodi, 70 % po drugi in kar 90 % po tretji« (Groleger, 2003, str. 91).

MEDIKAMENTOZNO ZDRAVLJENJE DEPRESIJE

Pri medikamentoznem zdravljenju depresije se najpogosteje uporablja zdravljenje z antidepresivi. Pri 70 odstotkih oseb je učinkovit že prvi predpisani antidepresiv, pri preostalih pa je treba zdravlilo zamenjati (Dernovšek, Gorenc in Jeriček 2006).

Antidepresive delimo glede na njihovo kemično strukturo oz. primarni mehanizem delovanja, razlikujejo pa se tudi po stranskih učinkih.

- Selektivni zaviralci ponovnega privzema serotonina (SSRI). Delujejo tako, da v možganih povečajo razpoložljivost nevrottransmitorja serotonina in s tem pomagajo ponovno vzpostaviti njegovo kemično ravnovesje. Zdravilo tako pripomore k boljšemu prenašanju informacij med živčnimi celicami. V to skupino zdravil uvrščamo sertranin (zoloft), fluoksetin (prozac, portal, flual), paroksetin, citalopran (cipramil) in escitalopran. Stranski učinki so glavoboli, slabost, nespečnost in motnje v spolnosti. Kljub navedenim stranskim učinkom pa so to zdravila z najmanj stranskimi učinki in jih bolniki najbolje prenašajo (Crnčić, 2007).
- Triciklični antidepresivi (TCA). Preprečujejo ponovni prevzem različnih nevrottransmitorjev, vendar delujejo drugače kot SSRI. Ta skupina je starejša kot SSRI in tudi izraz triciklični antodepresiv je danes zastarel, saj imajo lahko v strukturi enega, dva ali štiri obroče. Triciklični antidepresivi, najpogostejši med njimi so desimpramin, nortriptilin in trimipramin (Kores - Plesničar, 1999), imajo mnogo več stranskih učinkov kot antidepresivi SSRI, njihovi stranski učinki pa so: zaspanost, suha usta, zaprtje in nizek krvni pritisk (Dernovšek, Gorenc in Jeriček 2006). Uporaba TCA pri bolnikih s srčno-žilnimi obolenji je kontraindicirana, zlasti pri motnjah ritma in po miokardnem infarktu (Kores-Plesničar, 1999).
- Inhibitorji monoaminooksidaze (MAOI). Blokirajo encim monoaminooksidazo, ki razgrajuje nevrottransmitorje (Dernovšek, Gorenc in Jeriček 2006). Ta skupina zdravil ima v kombinaciji s hrano (sir, vino, ki vsebujeta tiranin) resne stranske

učinke, lahko se pojavi visok krvni tlak, zato zdravniki zdravilo predpisujejo zelo redko. Najpomembnejši zdravili sta fenelzin in tranilcipromin (Crnčić, 2007).

Kores - Plesničar (1999) je medikamentozno zdravljenje depresij razdelila v tri faze, in sicer na:

- **akutno fazo**, ki poteka od uvedbe terapije do popolne remisije (odsotnosti) bolezenskih simptomov,
- **nadaljevalno fazo**, ki se začne v času popolne remisije simptomov in traja od 4 do 9 mesecev,
- **profilaktično/vzdrževalno fazo**, ki naj bi preprečevala ponovne pojavitve bolezni, predvsem pri bolnikih s ponavljajočimi se depresivnimi motnjami.

Zdravljenje depresije lahko traja eno leto, pri nekaterih vse življenje. Prvi učinki antidepresivov se bodo pokazali šele po 4–6 tednih, po 10–12 tednih zdravljenja pa nastopi popolna remisija (odsotnost) simptomov. V tem času se bolnik dobro počuti, vendar je pomembno, da zdravljenje nadaljuje. O ozdravljenju od depresije govorimo šele takrat, ko je bolnik v popolni remisiji 4–9 mesecev. Pri zdravljenju depresije je pomembno odstraniti vse simptome depresivnega sindroma, znova vzpostaviti zaposlitvene in psihosocialne funkcije in zmanjšati možnost relapsov (vrnitev simptomov akutne epizode) in ponovitev. Izbira antidepresiva je odvisna od možnosti pojava resnih stranskih učinkov, sodelovanja bolnika pri zdravljenju, medsebojnega učinka več različnih zdravil ter vrste depresije in stroškov (Kores - Plesničar, 1999).

PSIHOTERAPIJA

Wolberg (1972, v Zihel, 1999, str. 381) definira psihoterapijo takole: »Psihoterapija je zdravljenje čustvenih težav s pomočjo psiholoških sredstev, v katerem usposobljeni človek vzpostavi poklicen odnos s pacientom, da bi odstranil ali modificiral obstoječe simptome; spremenil obstoječe oblike vedenja in spodbujal pozitivno osebnostno rast in razvoj.« Psihoterapija lahko zadostuje pri zdravljenju blage depresivne motnje, pri zmerni in hudi depresivni motnji pa moramo vključiti še zdravljenje z zdravili. Psihoterapija je učinkovita metoda zdravljenja pri odpravljanju občutkov neprimernosti in brezupnosti ter pri izgubi interesov, pripomore pa tudi k bolnikovi socialni prilagoditvi in izboljša komuniciranje. Psihoterapija poveča odpornost proti stresnim situacijam, bolnika pripravi na potek njegove bolezni in mu pomaga prebroditi težave, ki jih povzročijo stranski učinki zdravil, zdravljenje z zdravili pa deluje predvsem na vegetativne, voljno-nagonske in na intenzivne čustvene simptome (Žvan, 1999).

Ziherl (1999) navaja več vrst psihoterapevtskih metod zdravljenja v okviru psihiatrije (psihoanaliza, neoanalitske in psihodinamske psihoterapije, vedenjska, kognitivna in humanistična psihoterapija), glede zdravljenja depresivnih motenj pa Kores - Plesničar in Ziherl (1997) omenjata naslednje psihoterapevtske metode zdravljenja: kognitivno-vedenjska terapija, suportivna psihoterapija, reševanje problemov in kratka dinamična psihoterapija.

KOGNITIVNO-VEDENJSKA TERAPIJA

Kognitivno-vedenjska terapija je integracija vedenjske in kognitivne terapije.

Vedenjska terapija

Vedenjska terapija je metoda, ki se osredotoča na človekovo vedenje in spreminjanje tistega vedenja, ki je zanj moteče. Psihoterapija uči, da je vedenje naučeno oz. pogojevano. Behavioristi delijo pogojevanje, s katerim se nekega vedenja naučimo, na *klasično* (po Pavlovu) in *operativno* (po Skinnerju). Vedenje, ki je posledica operativnega pogojevanja, je hotno (posameznik izbira, kako bo reagiral na določen dražljaj, pozitivno vedenje pa nagradujemo), vedenje, ki je posledica klasičnega pogojevanja, pa je nehotno, refleksno (Ziherl, 1999).

Cilj vedenjske terapije je spremeniti negativne vzorce mišljenja in vedenja, ki so pripomogli k pojavitvi depresije. Vidmar Vengust (2004) navaja spodaj našteje vedenjske metode, ki pripomorejo k zdravljenju depresije. Cilj teh metod je povečati aktivnosti, ki dvigujejo raven razpoloženja.

- Beleženje aktivnosti ali self monitoring. Bolnik vsak dan beleži aktivnosti in hkrati oceni stopnjo zadovoljstva z ocenami od 1 do 10 in kasneje še stopnjo uspešnosti, prav tako z ocenami od 1 do 10. Beleženje aktivnosti pokaže odnos med aktivnostjo in razpoloženjem, kar lahko vpliva na misli in obenem sili depresivnega bolnika v ponovno oceno lastne uspešnosti, saj ta svoja dejanja pogosto podcenjuje.
- Planiranje aktivnosti. Cilj te metode je povečati aktivnost in zadovoljstvo ter občutek nadzora nad lastnim življenjem.
- Določanje nalog s postopnimi obremenitvami. Naloge razbijemo na majhne, postopne korake, s katerimi dosežemo končni cilj. Postopno doseganje ciljev omogoča premagovanje občutka nemoči in brezupnosti, vpliva pa tudi na postavljanje razumnih ciljev in omogoča bolj realistično ocenjevanje uspeha.

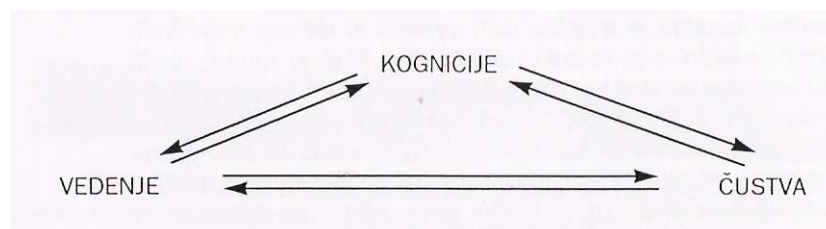
Kognitivna terapija

Cilj te terapije je vzpostaviti določeno stopnjo samonadzora nad depresivnimi mislimi, saj manj depresivnih misli vodi k izboljšanju razpoloženja. Glavni utemeljitelj

kognitivne terapije je Beck, ki predpostavlja, da so čustva posledica našega mišljenja o dogodkih, ki jih doživljamo, in tega, kakšen pomen jim pripisujemo. Na to pa vpliva razumevanje samega sebe. Beckov kognitivni model je razdeljen na tri osnovne elemente:

- Osnovne predpostavke se razvijejo z izkušnjami v otroštvu in se nanašajo na posameznika, druge ljudi in svet (npr. nesposoben sem, nihče me ne mara). Teh predpostavk se ne zavedamo, vplivajo pa na naše vedenje in dožemanje dogodkov.
- Vmesna prepričanja vključujejo osebna pravila, norme in pogojne trditve. Zadnje se pogosto razvijejo iz osnovnih predpostavk (npr. osnovna predpostavka je *Nihče me ne mara*, kar je za človeka zelo boleče, zato poskuša najti primerno kompenzacijo, npr. *Če sem prijazen, me bodo imeli ljudje radi*).
- Avtomatske misli so najbolj na površini našega mišljenja in so najbolj povezane s trenutnimi situacijami. Če damo nekemu dogodku negativni pomen, bodo naša čustva ob tem dogodku negativna in nasprotno. Avtomatske misli se sprožijo spontano ob nekem dogodku. So hitre, kratke in se jih komaj zavedamo. Vplivajo na naša čustva v različnih situacijah, čustva pa vplivajo na naše vedenje v teh situacijah. Kognitivna terapija predpostavlja, da so simptomi posledica avtomatskih misli, ki jih ima oseba v nekih situacijah (Beck, 1979, v Shawe - Taylor, 2001).

Beck je napravil model za razumevanje depresije, ki pravi, da depresivne misli lahko povzročijo depresivno čustvovanje. Interakcijo depresivnega čustvovanja, depresivnih misli in zmanjšane aktivnosti lahko ponazorimo tako (Anić, 1996):



Slika 1. Beckov model depresije (Anić, 1996).

Beck je s sodelavci opravil obsežne klinične raziskave na vzorcu depresivnih bolnikov. Na podlagi dobljenih rezultatov so nastali koncepti, ki pomagajo razumeti depresivnost. Eden takih konceptov je depresivna triada, ki zajema:

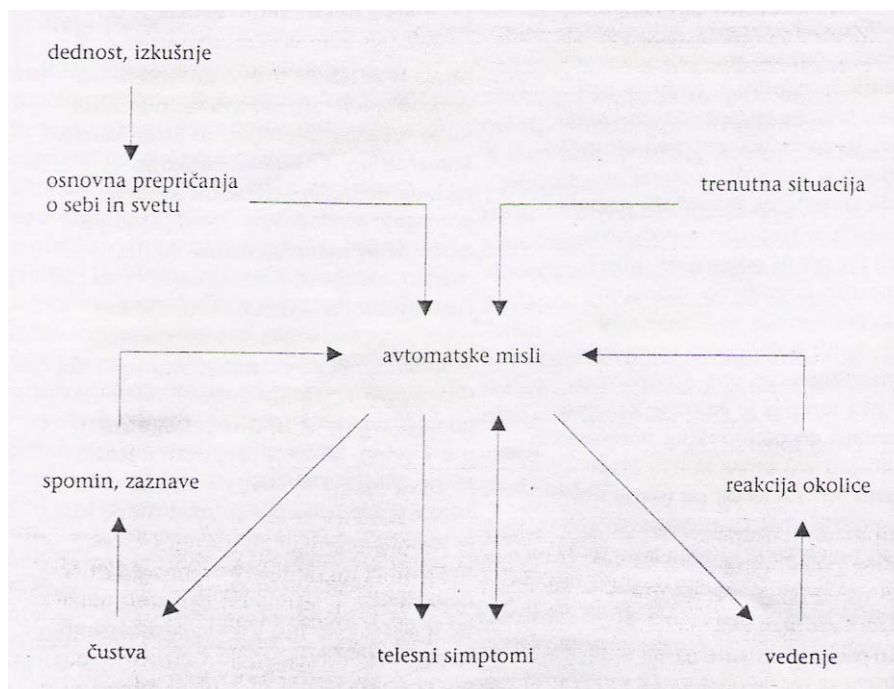
- negativno vrednotenje sebe,
- negativno vrednotenje okolice,
- negativen pogled na prihodnost.

Take kognitivne vsebine povzročajo žalost in druge simptome depresije. Bolnik pri sebi vidi le napake, spregleda pa svoje dobre lastnosti. Spremljajo ga tudi fiziološki

simptomi (nespečnost, utrujenost, motnje spanja in koncentracije), zaradi katerih se sramuje, zato se izogiba socialnim stikom. Misli, da ničesar ne zmore, njegova delovna storilnost upade in pogosto postane pasiven. Tako pogloblja depresivnost in pogojuje nastanek samoobtoževanja in občutek krivde (Anić, 1996).

Kognitivno-vedenjska terapija

Kognitivno-vedenjska terapija depresije je aktivna, neposredna in strukturirana. Temelji na kognitivnem modelu emocionalnih motenj. Terapija je kratka, časovno omejena in vzpodbuja bolnika k razvoju in oblikovanju veščin samopomoči. V povprečju traja približno 20 seans (Vidmar Vengust, 2004) in je usmerjena v reševanje sedanjih problemov. Prilagojena je potrebam in ciljem bolnika, cilje pa ob pomoči terapevta določi bolnik. Cilji morajo biti realistični in zelo konkretni. V terapiji aktivno sodelujeta terapevt in bolnik. Pomembno mesto v kognitivno-vedenjski terapiji imajo terapevtske naloge, ki jih izvaja bolnik sam med posameznimi seansami. V začetku zdravljenja je terapevt bolj aktiven, kasneje pa pobudo prevzame bolnik. Ta terapija je edukativna, saj terapevt nudi bolniku veliko informacij o nastanku, poteku in posledicah bolezni, o možnih načinih zdravljenja in o kognitivno-vedenjski terapiji ter mu sproti pojasnjuje smisel kognitivno-vedenjskih tehnik. Cilj terapije je, da se bolnik nauči sam reševati svoje probleme (Resman, 2003).



Slika 2. Kognitivni model (Resman, 2003).

Vedenjski in kognitivni del terapije sta neločljivo povezana, saj s spremembo mišljenja vplivamo na spremembo čustvovanja in vedenja, lahko pa s spremembo vedenja vplivamo na način razmišljanja in čustvovanja (Resman, 2003).

Cilji kognitivno-vedenjske terapije so:

- poiskati nerealne misli in prepričanja in jih nadomestiti z bolj realnimi,
- spremeniti nefunkcionalno vedenje v bolj funkcionalno,
- naučiti bolnika novih veščin,
- pomagati bolniku reševati konkretne življenjske probleme.

Tabela 3

Primer funkcionalnih/nefunkcionalnih misli in vedenja depresivnega koronarnega bolnika (Resman, 2003)

	Nefunkcionalne misli in vedenje	Funkcionalne misli in vedenje
Osnovna prepričanja o sebi in svetu	Samo popolni so nekaj vredni.	Vreden sem ljubezni in spoštovanja, čeprav nisem popoln.
Trenutna situacija	Srčni infarkt	Srčni infarkt
Avtomatske misli	Nisem za nobeno rabo; nima se smisla truditi.	Cenijo me, čeprav nisem tak, kot sem bil pred infarktom; nekaj kljub vsemu še zmorem.
Čustva	Žalost	Zadovoljstvo
Telesni simptomi	Težko dihanje, pospešeno bitje srca	
Vedenje	Izogibanje, pasivnost	Aktivnost, skrb za zdravje

2.2 ANKSIOZNOST

Dernovšek, Gorenc in Jeriček (2006) opredeljujejo anksioznost kot neprijetno čustvo, ki ga po navadi spremljajo telesne in vedenjske spremembe.

Kocmur (1999) definira anksioznost kot usklajen spoznavni, čustveni, fiziološki in vedenjski odgovor na dejansko ali grozečo nevarnost. V psihiatriji anksioznost uvrščamo med nevrotske, stresne in somatoformne motnje.

Anksioznost je lahko posledica katere druge motnje, ki je lahko normalni odgovor na vsakodnevne obremenjujoče dogodke, na večje življenjske težave, telesno bolezen ali s katero drugo duševno motnjo, npr. z depresijo.

Svetovna zdravstvena organizacija ocenjuje, da se anksioznost pojavlja pri skoraj vseh duševnih motnjah, zelo pogosto prav pri depresiji, in sicer v kar 70 % primerih.

Zato Rebolj (2006) upravičeno navaja, da so anksiozne motnje v klinični praksi najpogostejše duševne motnje, pri katerih se večkrat pojavlja medsebojno prepletanje, neredko pa se jim pridruži tudi depresija.

»Anksioznost je patološko stanje doživljanja tesnobe, povezano s telesnimi znaki vznurjenja avtonomnega živčnega sistema. Razlikuje se od normalnega doživljanja strahu, ki je odgovor na znan vzrok oziroma grožnjo« (Petek, 2002, str. 235).

Stamos (1996) opredeljuje anksioznost kot stanje, ki se izraža skozi tri vedenjske sisteme, in govori o t. i. trisistemskem modelu strahu in anksioznosti. Prvi sistem je motorično vedenje (izogibanje, povečana ali zmanjšana gestikulacija, spremembe v položaju telesa, tresenje), drugi je jezikovno izražanje (nanaša se na kognitivne dogodke oz. na verbalno poročanje o teh dogodkih; sem spadajo misli in poročanje o tesnobi, strahu in paniki ter spomini na ta stanja), tretji sistem pa je fiziološko stanje, ki ga povezujemo s povečano aktivnostjo simpatičnega živčnega sistema (hitro bitje srca, povečana respiracija, znojenje, mišična napetost).

Razlika med anksioznostjo, strahom in paniko

Anksioznost se tako fiziološko kot emocionalno loči od strahu in panike. Strah in panika sta usmerjena na trenutno situacijo, na tukaj in zdaj, na neposredne okoliščine, in nas pripravljata na takojšen odgovor (beg ali boj), pri čemer je panika bolj nenadna in intenzivna. Strah je bolj konkretno občutje od tesnobe, je njen spremljevalec. Tesnoba spremlja paniko in povzroči, da panični napad preraste v panično motnjo. Strah je odgovor na trenutno nevarnost, ki prihaja od zunaj. Človek se z aktivacijo avtonomnega živčnega sistema pripravi, da se umakne iz nevarne situacije ali poseže vanjo in jo naredi varno. Če strah preraste iz zunanje v zastrašujočo notranjo nevarnost, tako da povzroči izjemno povišanje srčnega utripa, bolečino v prsih, plitko in hitro dihanje ter omotičnost, potem govorimo o paniki ali paničnem napadu. Strah v širšem pomenu besede združuje elemente anksioznosti in socialne fobije, ki se kažejo kot pretiran strah pred nastopanjem, neuspehom idr. (Shorey in Snyder, 2006, v Erzar, 2007). Anksioznost je po subjektivnem doživljanju in zunanjih znakih enaka normalnemu strahu; bolezenska je takrat, kadar se pojavlja brez ustreznega povoda ali v pretiranem obsegu in ovira osebo pri vsakodnevnem funkcioniranju (Kocmur, 1999).

Anksioznost je neprijetno občutje telesne in psihične napetosti ter zaskrbljenosti, usmerjeno v prihodnost. Opremlja nas za velike podvige, ker nas spravlja v stanje skrbne pozornosti, pripravljenosti za delo, a nas hkrati tudi hromi. Anksioznost se velikokrat prekriva z depresijo in nikoli ni vzrok, ampak samo posledica težjih čutenj, ki so v ozadju in pred katerimi nas anksioznost praviloma varuje. Tesnoba je obramba, in ne čutenje. Mogoče jo je tudi prikriti, vendar se stanje napetosti in

nemira kmalu pokaže s telesnimi simptomi (utrujenost, izčrpanost, bolečine v mišicah, vratu, glavi, prsih in želodcu). Napor, ki ga človek vloži v umirjanje ali premagovanje tesnobe, se navzven največkrat pokaže v obliki skrčenih obraznih mišic, napetih oči, drhtečih ali togih mišic v udih pa tudi kot zmanjšana sposobnost dolgotrajne koncentracije in miselnega napora, zmanjšana sposobnost za sprostitvev, manjše potrpljenje, raztresenost, povečana prizadevnost po nadzoru nad dogodki ter zmanjšana sposobnost za premagovanje vsakodnevnega stresa in hrupa. Anksioznost se kaže tudi s ponavljajočimi se gibi, kot so prikimavanje, pokašljevanje, žvečenje, tleskanje z jezikom, popravljanje očal (Johnson idr., 2000, v Erzar, 2007).

2.2.1 EPIDEMIOLOGIJA ANKSIOZNIH MOTENJ

Anksioznost se pojavlja od 2 do 5,2% pogosteje pri ženskah kot pri moških. Kardiologi opažajo anksioznost pri 10–14 % svojih bolnikov, zdravniki splošne medicine pri okoli 20 %, psihiatri pa kar pri 30 % bolnikov (Milač, 1994).

Epidemiološke študije kažejo, da bo za panično motnjo zbolelo 1,5–3 % ljudi. Povečano tveganje za pojav panične motnje je povezano tudi z družinsko obremenjenostjo. Panične motnje najpogosteje prizadenejo ljudi, stare med 30. in 40. letom, pri ženskah pa je njihov pojav dvakrat pogostejši kot pri moških (Petek, 2002).

Za generalizirano anksiozno motnjo trpi 2–5 % posameznikov. Motnja zahteva takojšnjo obravnavo in zdravljenje, saj lahko nezdravljena vodi do sekundarnega pojava depresije (Rotar - Pavlič, 2004). Rapee (1991, v Pustinek, 2004) navaja, da se najpogosteje pojavi v srednjih najstniških letih in lahko traja vse življenje.

Pojavnost socialne fobije se giblje med 3–13 %.

Specifična fobija je najpogostejša duševna motnja pri ženskah in druga najpogostejša pri moških. Šestmesečna prevelanca te motnje je 5–10 %, življenjska pa med 10 in 13 %. Pojavi se lahko že med petim in devetim letom starosti ali kasneje sredi dvajsetih let.

Življenjska prevalenca obsesivno-kompulzivne motnje v splošni populaciji se ocenjuje na 2–3 %. Moški in ženske so enako prizadeti. Pri moških se pojavi okoli 19. leta, pri ženskah pa okoli 22. leta (Stamos, 1996).

Anksioznost se v 55 % primerov prekriva z motnjami razpoloženja, od tega gre pri 50 % za veliko depresivno motnjo (Erzar, 2007). Tudi Tratnik in Kersnik (2005) sta v svoji raziskavi ugotovila sopojavljanje (komorbidnost) depresije in anksioznosti, in

sicer v 42,6 % primerih. Kar 84,2 % preiskovancev z anksiozno motnjo je bilo tudi depresivnih in 46,4 % preiskovancev z depresivno motnjo je imelo sočasno tudi anksiozno motnjo.

2.2.2 VZROKI ZA RAZVOJ ANKSIOZNIH MOTENJ

Med **psihosocialnimi vzroki** za razvoj anksioznih motenj avtorji navajajo starše oz. družinsko okolje, v katerem vladajo pretirana zaščitniškost in vsiljivost, ter težave z nadzorovanjem vedenja in razpoloženja (Chorpita in Barlow, 1998, v Erzar, 2007).

Med **socialne vzroke** za razvoj anksioznih motenj največkrat prištevamo težave v zakonu, stres v službi, pretirana pričakovanja, neuspeh v šoli in pritiske okolja. To so sprožilni vzroki, ki povečajo stopnjo stresa in s tem odprejo pot telesnim simptomom in povečanemu občutku nemoči ter zaskrbljenosti. Če po prenehanju stresa simptomi izginejo, govorimo o motnjah prilagoditve.

Genetski vzrok: Flint idr. (1995, v Erzar, 2007) so dokazali, da na nagnjenost k živčnosti, napetosti in razdražljivosti vpliva tudi genetika. Anksioznost je povezana s specifičnimi možganskimi krogototi in nevrottransmitterskimi sistemi. Z anksioznostjo je tesno povezan limbični del možganov, ki posreduje med možganskim deblom in korteksom. Možgansko deblo spremlja in zaznava spremembe v telesnih funkcijah in pošilja signale o nevarnosti skozi limbični sistem do korteksa in tudi korteks pošilja signale o zaznani nevarnosti v limbični sistem, kjer so ti dodatno opremljeni z informacijami iz amigdale (Erzar, 2007). Od vseh anksioznih motenj je obsesivno-kompulzivna motnja najbolj povezana z genetskim vzrokom (Foa in Franklin, 2001, v Erzar, 2007).

Dernovšek, Gorenc in Jeriček (2006) so vzroke anksioznih motenj razdelili v tri spodaj omenjene skupine.

Dejavniki, zaradi katerih je oseba dovzetnejša za razvoj anksioznih motenj:

- anksiozne motnje v družini
- prirojena nagnjenost k tesnobi
- osebne lastnosti, kot so perfekcionizem, želja po nadzoru nad položajem, velika potreba po varnosti, nagnjenost k podcenjevanju lastnih sposobnosti reševanja problemov

Dejavniki, ki sprožijo anksiozne motnje:

- neprijetni dogodki v okolju
- zdravstvene težave
- izgube (smrt v družini, prometna nesreča, razpad zveze, denarne težave, izguba delovnega mesta)
- osamljenost

Dejavniki, ki vzdržujejo anksiozne motnje:

- nezaupanje vase
- nezaupanje v možnost rešitve
- težave v medosebnih odnosih in službi
- včasih tudi že naštetih dejavniki, ki sprožijo anksiozne motnje, in dejavniki, zaradi katerih je oseba dovzetnejša za razvoj teh motenj

2.2.3 OBLIKE ANKSIOZNIH MOTENJ

V področje anksioznih motenj uvrščamo fobične anksiozne motnje, generalizirano anksiozno motnjo, obsesivno-kompulzivno motnjo, panično motnjo, reakcijo na hud stres in prilagoditvene motnje ter somatoformne motnje. V nadaljevanju predstavljamo, kako mednarodna klasifikacija bolezni opredeljuje anksiozne motnje (Kovačič, 2005).

FOBIČNE ANKSIOZNE MOTNJE

Anksioznost sprožijo določeni predmeti ali situacije, ki sicer niso nevarni. Oseba se jim poskuša izogniti, ob tem pa doživlja različne simptome, kot so palpitacije, strah pred omedlevico in smrtjo. Fobična anksioznost in depresija se pogosto pojavljata skupaj. V to skupino spadajo agorafobija, socialna fobija in specifične (izolirne) fobije.

Agorafobija

Anksioznost sprožijo določene zunanje situacije, ki same po sebi niso nevarne. Agorafobija je strah pred odprtimi prostori, je anksioznost, ki se sproži ob situacijah kot so oddaljenost od doma, zaprti prostori (predori) in množica ljudi (v nakupovalnih središčih, kinu, javnih prevoznih sredstvih, iz katerih bi bil hiter izhod težaven, pomoč pa nezanesljiva). Znaki anksioznosti se lahko omilijo ob prisotnosti nekoga, ki mu agorafobična oseba zaupa. Motnja je pogostejša pri ženskah kot pri moških, pojavi pa se med 18. in 35. letom. Agorafobijo lahko spremlja tudi panična motnja.

Socialna fobija

Socialna fobija pomeni intenzivno bojazen pred ocenjevanjem drugih ljudi in pred njihovo kritiko. Lahko se razvije generaliziran strah pred vsemi socialnimi stiki ali le pred določenimi značilnimi okoliščinami: nastopanjem, uživanjem hrane v javnosti, srečanjem z osebami drugega spola. Posameznik se boji, da bo rekel ali naredil kaj, kar bo zbudilo posmeh ali ponižanje. V takih situacijah oseba čuti znake anksioznosti. Posledica je izogibanje socialnim situacijam, v katerih se posameznik počuti izpostavljen in ocenjevan, zato pride do resnih motenj v socialnih stikih. Znaki te fobije, ki se lahko stopnjujejo do paničnih napadov, so zardevanje, slabost, tresenje rok ali glasu, siljenje na vodo, potenje in bolečine v prsnem košu ali v trebuhu. Med socialne fobije uvrščamo antropofobijo (strah pred ljudmi) in socialno nevrozo. Socialna fobija je lahko specifična (posameznik se boji le določenih situacij) ali posplošena (posameznik se boji skoraj vseh socialnih situacij) (Koprivšek, 2007).

Specifične (izolirne) fobije

Specifične, izolirne fobije pomenijo intenzivno doživljanje strahu pred specifičnimi okoliščinami. Delimo jih v tri skupine: fobije pred živalmi (pajki, psi, kačami), fobije pred naravnimi pojavi (temo, nevihto, gromom, globoko vodo), fobije pred različnimi situacijami (višino, zaprtim prostorom) (Kocmur, 1999).

DRUGE ANKSIOZNE MOTNJE

V to skupino spadajo motnje, pri katerih je glavni simptom manifestacija bolezni. Anksioznost ni vezana na neko zunanjo okoliščino. Sem uvrščamo panično motnjo, generalizirano anksiozno motnjo ter mešano anksiozno in depresivno motnjo.

Panična motnja

Je najpogostejša v skupini anksioznih motenj. Opredeljujemo jo kot ponavljajoče se kratkotrajne napade hude anksioznosti, katerih pojav ni vezan na neki dogodek ali splet okoliščin. Panični napadi naj bi trajali vsaj en mesec, spremljali pa naj bi jih izrazit občutek strahu ter telesni in kognitivni simptomi. Oseba ne more predvideti vzroka bojazni, spremlja jo močan strah, je zmedena in ima težave s koncentracijo. Napad traja od nekaj minut do ene ure. Ob napadu se pojavijo še telesni simptomi, ki jih sproži premočna aktivacija simpatičnega živčevja: palpitacije, bolečine v prsih, pospešen pulz, tresenje, občutek dušenja, vrtoglavica, potenje, slabost, občutek izgube nadzora nad samim seboj, strah pred smrtjo, občutek mraza ali vročine. Pridruženi kognitivni simptomi so strah pred smrtjo, izguba nadzora nad samim seboj ali norostjo. Panična motnja se lahko pojavi pred pojavom depresije in nasprotno (Koprivšek, 2007). Pri več kot polovici bolnikov s panično motnjo se kasneje pojavi še depresija in pri tretjini depresivnih bolnikov nastopijo še panični napadi (Kocmur,

1999). Epidemiološke študije kažejo, da bodo za panično motnjo zboleli 1,5–3 odstotki ljudi (Petek, 2002). Panični napad sam po sebi še ne pomeni panične motnje. O paničnih motnjah govorimo, če pride v enem mesecu do resnih paničnih napadov, in sicer v okoliščinah, ki same po sebi niso nevarne, okoliščine ne smejo biti povezane z znano ali pričakovano situacijo ter anksioznosti med napadi ni ali pa je blaga (Kocmur, 1999). Raziskovalci so razvili vprašalnik (Anxiety Sensitivity Index), ki meri človekov strah pred tesnobnimi simptomi. Ugotovili so, da se osebe s paničnimi napadi odzivajo s tesnobo, kar pomeni, da se bojijo strahu oz. njegovih telesnih znakov in si te pojasnijo kot znake takojšnje fizične ogroženosti ali resne bolezni (McNally, 1996, 2002, v Erzar, 2007).

Spodaj naštevamo anksiozne motnje, ki jih lahko spremljajo panični napadi in njihove značilnosti (Kocmur, 1999).

- Panična motnja z agorafobijo ali brez nje: značilni so ponavljajoči se napadi panike, od katerih so vsaj nekateri nepričakovani in jih ne sproži določena situacija. Lahko so povezani s strahom pred prihodnjimi napadi, kar lahko povzroči spremembo vedenja.
- Socialna fobija: napadi se pojavljajo zgolj v omejenih socialnih okoliščinah (manjša skupina ljudi), v katerih posameznik pričakuje, da bo izpostavljen preverjanju ali kritiki.
- Specifična fobija: panični napad je odgovor na izpostavljenost ali zgolj na misel na neki fobični objekt ali situacijo.
- Obsesivno-kompulzivna motnja: napadi so odgovor na izpostavljenost vsebini obsesij ali na preprečevanje izvajanja kompulzij, ki zmanjšujejo neugodje.
- Akutna stresna motnja in posttravmatska stresna motnja: napadi se pojavljajo v povezavi s podoživljanjem travmatičnih dogodkov.
- Anksioznost zaradi medicinskih razlogov: napadi so posledice telesne bolezni (npr. bolezni koronarnih arterij).

Generalizirana anksiozna motnja

Je najpogostejša anksiozna motnja, s katero se srečuje zdravnik splošne medicine, saj se kar 22 odstotkov vseh bolnikov pritožuje zaradi težav z anksioznostjo (Ballenger, 2001, Weiller, 1998 in Maier, 2000, v Rotar - Pavlič, 2004). Za to motnjo je značilna trajna, generalizirana tesnoba, ki ni omejena na neko zunanjo okoliščino. Oseba je pretirano zaskrbljena zaradi stvari, ki so zanjo pomembne (zdravje, denar, partnerska zveza, strah, da jo bo ljubljena oseba zavrnila, strah, da ji bo v službi spodletelo). Posameznik tesnobo razume kot nekakšno varovalo, da se bolje pripravi na negativne dogodke, ki bi se mu lahko pripetili. Strah ga je, da bo resno zbolel, ima težave s koncentracijo, je razdražljiv in tarna nad stalnim nelagodjem. Znaki so spremenljivi, kažejo se kot nervoza, potenje, mišična napetost,

omotica, prebavne motnje, tresenje, palpitacije. Motnji se lahko pogosto pridruži depresija (Dernovšek, Gorenc, Jeriček, 2006 in Koprivšek, 2007).

Kriteriji za postavitve diagnoze generalizirana anksiozna motnja so:

- pretirana anksioznost zaradi prihajajočih dogodkov,
- oseba le s težavo obvladuje skrbi,
- anksioznost spremljajo še vsaj trije od naslednjih znakov: nezmožnost sprostitve, hitra utrujenost, težave s koncentracijo, vzdražljivost, mišična napetost, motnje spanja,
- anksioznost in skrbi povzročajo klinično zaznaven stres oz. nesposobnost normalnega socialnega in poslovnega življenja ter prevzemanja drugih pomembnih vlog.

Za postavitve diagnoze morajo biti težave prisotne skoraj vsak dan najmanj šest mesecev (Rotar - Pavlič, 2004).

Mešana anksiozna in depresivna motnja

Pri tej motnji se kažejo tako simptomi anksioznosti kot simptomi depresivnosti, vendar nobeni ne prevladujejo v tolikšni meri, da bi bila mogoča individualna diagnoza (Kocmur, 1999).

OBSESIVNO-KOMPULZIVNA MOTNJA

Glavna značilnost te motnje so ponavljajoče se misli (obsesije) ali vedenja (kompulzije), ki povzročajo intenzivno tesnobo. Obsesije so neprijetne misli, impulzi ali podobe, ki jih posameznik poskuša ignorirati, zatreti z drugo mislijo oz. kompulzijo (Dernovšek, Gorenc in Jeriček, 2006). Običajne vsebine teh misli so zastrupitev z bacili, dvomi o tem, da smo koga prizadeli, skrb za telo. Cilj kompulzije je nevtralizacija tesnobe ob določenih dogodkih, za katere se posameznik boji, da se bodo zgodili. Kompulzivna dejanja oseba prepoznava kot nesmiselna, nepovezana z realnostjo in neučinkovita ter se jim poskuša zoperstaviti. Najpogostejša kompulzivna dejanja so preverjanje (npr. ali so vrata zaklenjena), umivanje (npr. nenehno umivanje rok), štetje (npr. stopnic) ipd. (Stamos, 1996). V nasprotju z drugimi se ljudje z obsesivno-kompulzivno motnjo kljub večkrat ponovljenim ritualom ne pomirijo, marveč kažejo še simptome izogibanja, splošne tesnobne motnje, panične motnje in velike depresivne motnje (Erzar, 2007).

REAKCIJE NA STRES IN PRILAGODITVENE MOTNJE

V splošnem velja pravilo, da nikomur ne uspe v celoti obvladati vseh psihosocialnih stresov, zato se poveča njegova občutljivost za hujše stresne dogodke. Duševna reakcija na stresni dogodek ima prepoznavne znake in potek, njen vzrok pa je prepoznaven in ugotovljiv stresni dogodek. Sem uvrščamo motnje, ki so neposredna posledica akutnega hudega dogodka ali trajnih travmatičnih okoliščin. Stresne reakcije zelo oslabijo človekove sposobnosti sprotnega prilagajanja, povzročajo mu hude čustvene nevšečnosti, težave v socialnem funkcioniranju in medsebojne probleme. Ločimo akutno reakcijo na stres, posttravmatske stresne motnje in prilagoditvene motnje (Kocmur, 1999).

Akutna reakcija na stres

Akutna reakcija na stres je začasna duševna motnja. Je duševna reakcija na hud stresni dogodek, ki ogroža človekovo življenje, zdravje (naravna nesreča, posilstvo), družbeni položaj ali socialno varnost (študijski neuspeh, izguba službe).

Lokar (1994) navaja naslednje simptome akutne reakcije na stres:

- subjektivni občutek otrplosti, odmaknjenosti ali nenavadne čustvene odzivnosti,
- oslabitev dojetanja, kaj se dogaja okoli posameznika,
- derealizacijo in/ali depersonalizacijo,
- izrivanje dogodka ali delov dogodka iz spomina,
- ponovno podoživljanje travmatskega dogodka,
- izogibanje situacijam ali okoliščinam, ki lahko spodbudijo spominjanje dogodka,
- doživljanje, da so znaki duševnega reagiranja na dogodek sami po sebi obremenjujoči.

Kocmur (1999) pa pravi, da sprva nastopi otopelost, tej pa sledijo znaki anksioznosti, depresivnosti, jeza, obup, hiperaktivnost ali popoln umik z zoženo zavestjo in dezorientacijo.

Oba avtorja navajata, da nobeden od simptomov ni značilen za to reakcijo, vsi skupaj pa deloma so. Če je umik iz stresogene situacije možen, znaki navadno minejo v nekaj urah, sicer pa v največ treh dneh.

Posttravmatska stresna motnja

Posttravmatska stresna motnja je kasnejši odgovor na zelo hud stresni dogodek (nasilje, spolna zloraba, ugrabitev, nesreča). Osebe podoživljajo travmatični dogodek, poročajo o težavah s spanjem, nočnih morah, depresiji, jezi in razdražljivosti. Izogibajo se situacij in pogovorov, ki bi jih spominjali na dogodek, in poskušajo ne misliti na to, kaj se jim je zgodilo. Možni so tudi napadi izjemne jeze,

povišana stopnja budnosti, razdražljivost in povečana pozornost za določene dražljaje, predvsem tiste, ki jih doživljajo kot neprijetne (Dernovšek, Gorenc in Jeriček, 2006; Kocmur, 1999).

Lokar (1994) pravi, da je posameznik izpostavljen hudi stresni situaciji, če doživi kaj, kar ogroža njegovo življenje, če je navzoč ob dogodkih, v katerih so bili ljudje smrtno ali huje telesno pokodovani, ali če je obveščen o nepričakovani smrti, hudi bolezni ali hudih nevarnostih. Na te dogodke se odzove s hudim strahom ali z občutki nemoči, kar se kaže v trdovratnem podoživljanju travmatskega dogodka, v izogibanju situaciji, povezanih s travmatskim dogodkom, v delni ohromelosti splošne odzivnosti ali pa v povečani vzburljenosti. Posttravmatske stresne motnje se po navadi razvijejo v prvih treh mesecih po travmatičnem dogodku. Motnja lahko traja do tri mesece, pri nekaterih pa je prognoza bolj neugodna, saj je med kar precej takih, pri katerih se posamezni simptom zakoliči v trajno osebno spremembo. Osebe, ki so dobro uravnotežene, ki so imele spodbudno otroštvo, se bodo bolje odzivale na travmatski dogodek kot tiste, ki imajo kakršnekoli duševne motnje ali telesne bolezni.

Prilagoditvena motnja

To motnjo lahko povzroči posamezen stresen dogodek (neuspeh v šoli, nesrečna zaljubljenost, porod, denarne težave), ki spremeni življenjske okoliščine posameznika ter tako zahteva od njega prilagoditev in obvladovanje novega položaja. Lahko jih povzroči tudi ponavljanje stresnih dogodkov (npr. ponovni neuspehi na izpitih in drugi neuspehi) ali pa dolgotrajnejša stresna dogajanja (recimo upokojitev, osamljenost in nezaposlenost). Prilagoditvene motnje minejo najkasneje v šestih mesecih, potem ko ni več stresnih vzrokov. Za motnjo gre takrat, kadar je anksioznost pretirana in posamezniku dodatno ovira prilagajanje na novo življenjsko situacijo. Najpogostejše oblike prilagoditvenih motenj so: depresivna oblika reagiranja (potrtost, čustvena labilnost, jokavost, občutek nemoči), anksiozna oblika reagiranja (tesnoba, napetost, bojazen, raztresenost, zbeganost), anksiozno-depresivna oblika reagiranja in socialna neprilagodljivost (kršenje socialnih norm, nasilniški preboji) (Dernovšek, Gorenc in Jeriček, 2006; Kocmur, 1999).

SOMATOFORMNE MOTNJE

V to skupino motenj uvrščamo somatizacijsko motnjo, nediferencirano somatiformno motnjo, hipohondrično motnjo, somatiformno avtonomno disfunkcijo, trajno somatiformno bolečinsko motnjo in druge somatiformne motnje. Za vse je značilno, da gre za ponavljajoče se in spremenljive telesne težave, zaradi katerih se bolnik pogosto vrača k zdravniku. Želi si vedno več medicinskih preiskav, ki naj bi razjasnile njegove težave, in ni zadovoljen, če so izidi preiskav negativni. Osnova vsem tem

motnjam je somatizacija, pri kateri gre za izražanje čustvenih in psihosocialnih težav s telesnimi simptomi (Kovačič, 2005).

2.2.4 SIMPTOMI ANKSIOZNOSTI

Po mednarodni klasifikaciji bolezni navaja Petek (2002) naslednje simptome anksioznosti:

- psihopatološki simptomi, kot so notranji nemir, napetost, občutek strahu, nespečnost,
- telesni simptomi, kot so napetost v mišicah, težave z dihanjem, hitra utrudljivost, glavobol, bolečina v križu, bolečina v trebuhu, bolečina v prsni, motorični nemir, parestezije,
- vegetativni simptomi, kot so zardevanje, palpitacije (razbijanje srca), znojenje, suha usta, driska, tremor (tresenje).

Simptomi, ki so značilni za fobije, pa so (Levstik, 2004):

- fiziološki simptomi (hitro bitje srca, znojenje, drhtenje, pospešeno dihanje, mišična napetost, vrtoglavica, slabost),
- vedenjski simptomi (beg iz situacije, potrto),
- kognitivni simptomi (misli, kot so *To me bo ubilo* ali *Ljudem grem na živce*),
- emocionalni simptomi (sram, zadrega, jeza).

2.2.5 ZDRAVLJENJE ANKSIOZNIH MOTENJ

Pri zdravljenju anksioznih motenj se je izkazala kot najboljša metoda prav kombinacija medikamentoznega in psihoterapevtskega zdravljenja. Način zdravljenja se razlikuje glede na vrsto anksiozne motnje.

GENERALIZIRANA ANKSIOZNA MOTNJA

Pomembno je zgodnje zdravljenje, saj lahko prepreči nastanek sekundarne depresivnosti. Samo 15 % bolnikov se zdravi z antidepresivi. Za preprečitev ponovitve generalizirane anksiozne motnje je pogosto potrebno kronično zdravljenje, ki traja več kot šest mesecev. Zdravila prvega izbora za zdravljenje te motnje so selektivni zaviralci ponovnega privzema serotonina. Ta zdravila so učinkovita tudi pri zdravljenju sočasnih psihiatričnih motenj (depresije in drugih anksioznih motenj). Primerna so za dolgotrajno zdravljenje, saj ne povzročajo odvisnosti (Ballenger, 2001; Davidson, 2001, v Rotar - Pavlič, 2004). Generalizirano anksiozno motnjo zdravimo z benzodiazepini (uvrščamo jih med anksiolitike). Ker ti kratkotrajno

ublažijo napetost in nemir, hromijo pa miselne in motorične funkcije ter povzročajo psihološko in fiziološko odvisnost, jih v prvi vrsti uporabljajo le pri akutnih izbruhih in napadih tesnobe. V zadnjem času jih nadomeščajo z antidepresivi. Psihološko zdravljenje, npr. kognitivno-vedenjska terapija, je dolgoročno boljša rešitev, saj pomaga posameznikom, da se soočijo s čustvi in fiziološkimi reakcijami, ki spremljajo njihovo tesnobno stanje, in da to stanje sprejmejo kot neobremenjujoče in čustveno nezahtevno. Relacijsko usmerjene psihoterapije pomagajo pri prepoznavanju medosebnih težav, ki so glavni vir stresa in na katere se posamezniki odzovejo s povečano simptomatično aktivnostjo. Kombiniranje obeh psihoterapevtskih metod se je pokazalo za izjemno uspešno (v 95 % primerov) (Erzar, 2007).

PANIČNA MOTNJA

»Bolniki s to motnjo so izrazito občutljivi za stranske učinke zdravil, zato je opozorilo glede postopnega uvajanja antidepresiva še posebej na mestu. Pogosto je treba uporabiti najvišje dovoljene odmerke. Ko dosežemo izboljšanje, je treba zdravljenje nadaljevati vsaj še eno leto« (Zohar, Kasper, Stein idr., v Žmitek 2006, str. 100). Bolniku s panično motnjo najprej svetujemo, naj zmanjša vnos snovi, ki lahko povzročijo anksioznost (kofein, tein, alkohol). Če napad še traja, mu ponudimo anksiolitično terapijo z benzodiazepini, ob izraziti tahikardiji lahko tudi beta blokator. Če bolnik hiperventilira, mu svetujemo, naj diha skozi nos in upočasni dihanje. Ko se akutni napad umiri, zdravljenje nadaljujemo z antidepresivi (SSRI). V začetku zdravljenja so anksiolitiki učinkovitejši, ker takoj olajšajo simptome, vendar pa zaradi veliko stranskih učinkov zdravljenje z njimi kmalu prekinemo. Pri dolgotrajnejšem zdravljenju jih nadomestimo z antidepresivi (Kapš, 2003; Kores - Plesničar, 1999). Odmerki teh zdravil so na začetku manjši kot pri zdravljenju depresije, po dveh do treh tednih pa jih postopno povečamo do terapevtskih vrednosti (Fyer, 1999, Muzina, 1997, Nutt, 2002; Žvan, 1996, v Kapš, 2003). Kombinacija kognitivno-vedenjske terapije in medikamentoznega zdravljenja se je izkazala kot veliko bolj učinkovita kot posamezno aplicirana terapija. Pri panični motnji se uporabljajo tudi sprostitvene tehnike. Terapija mora biti kratkotrajna in osredotočena na popravljanje napačnih predpostavk ter na soočanje in raziskovanje tistih situacij, ki povzročajo anksioznost (Stamos, 1996). Erzar (2007, str. 86) navaja: »Cilj terapij je zmanjšati katastrofično interpretiranje telesnih simptomov in vzburjenja, povečati toleranco za telesne simptome in vzburjenje, zmanjšati izogibajoče vedenje in okrepiti medosebno podporo in zaupanje«. Kognitivno-vedenjska terapija je uspešna pri 75–90 % ljudi (Erzar, 2007).

FOBIČNE MOTNJE

Poleg medikamentoznega zdravljenja uporabljamo še kognitivno, vedenjsko in analitično orientirano psihoterapijo. »Kognitivna terapija je osnovana na premisi, da je slabo prilagojeno vedenje sekundarno in se nanaša ne primarno distorzijo

mišljenja, ki ga imajo ljudje o sebi in o tem, kako jih doživljajo drugi ljudje. Zdravljenje je kratkotrajno, aktivno in osredotočeno na popraviljanje napačnih predpostavk ter na konfrontiranje in raziskovanje tistih situacij, ki povzročajo anksioznost. Vedenjska terapija stoji na stališču, da lahko pride do sprememb, ne da bi bilo potrebno razumevanje globljih vzrokov motnje. Uporabljajo se različne tehnike, kot so pozitivna in negativna ojačitev, kaznovanje, sistemska desenzitizacija in druge. Cilj analitično orientiranih psihoterapij je povečati razumevanje za psihološki konflikt, povečati toleranco za anksioznost, ki je definirana kot sposobnost, izkusiti anksioznost, ne da bi jo sprostili (Stamos, str. 32).« Zdravljenje specifične fobije poteka predvsem z vedenjsko terapijo. Uporabljajo se tehnike sprostitve, kontrole dihanja in kognitivni pristopi k situacijam. Pri zdravljenju socialne fobije se je izkazala kot najučinkovitejša metoda zdravljenja kombinacija kognitivne-vedenjske terapije z antidepresivi (Stamos, 1996). Pogosto je treba uporabiti najvišje dovoljene odmerke antidepresiva; izboljšanje se pojavi po 10–12 tednih. Po izboljšanju je treba zdravljenje nadaljevati vsaj še eno leto (Zohar, Kasper, Stein idr., v Žmitek, 2006).

OBSESIVNO-KOMPULZIVNA MOTNJA

Za zdravljenje obsesivno-kompulzivne motnje se uporabljajo antidepresivi, ki povišajo raven serotonina v sinaptični mreži. To so antidepresivi iz skupine SSRI. Pogosto je treba uporabiti najvišje dovoljene odmerke antidepresiva. Terapevtski učinki pri tej motnji nastopijo kasneje kot pri zdravljenju depresij ali paničnih motenj. Do izboljšanja pride običajno po dveh ali treh mesecih (Kores - Plesničar, 1999).

REAKCIJE NA STRES IN PRILAGODITVENE MOTNJE

Zdravljenje akutne stresne motnje je simptomatsko, pri čemer so najučinkovitejši benzodiazepini, pri posttravmatski stresni motnji pa so učinkovitejši antidepresivi. Prilagoditveno motnjo zdravimo s kognitivno-vedenjsko terapijo (Resman, 1996).

KOGNITIVNO-VEDENJSKA TERAPIJA ANKSIOZNIH MOTENJ

Izkazalo se je, da je kognitivno-vedenjska terapija učinkovita tako pri zdravljenju depresije kot pri zdravljenju anksioznih motenj (generalizirani anksiozni motnji, panični motnji, fobijah, obsesivno-kompulzivni motnji, posttravmatski stresni motnji). Depresivni bolniki menijo, da se je hudo že zgodilo, anksiozni bolniki pa so prepričani, da se bo to šele zgodilo. Pri tem je prisoten strah, vendar anksiozni bolniki ne vedo, česa jih je strah, ne vedo, kaj je tisto, kar jih ogroža. Počutijo se bolj ogroženi, kot so v resnici, in ne prepoznajo pravega vzroka svojih težav. V svoje sposobnosti premalo zaupajo, rešitev pa vidijo le v okolici. Bolnika spremljajo telesni simptomi anksioznosti (slabost, omotica, tiščanje v prsih ...), ki jim pripišejo napačen pomen. Simptomov se lahko sramujejo, ali pa jih jemljejo kot znak hude bolezni.

Bolniki lahko telesne simptome doživljajo kot glavno težavo. Vso pozornost imajo usmerjeno v svoje telo, pri čemer zaznajo že najmanjše spremembe. Pri tem je prisoten močan strah, tesnoba pa se lahko stopnjuje do paničnega napada. Vzrok za simptome pripišejo situaciji, v kateri doživijo tesnobo. Bolniki nato bežijo iz situacij, kjer doživijo paniko (Resman, 2003).

Anič (2007) navaja dve glavni komponenti kognitivno-vedenjskih tehnik zdravljenja anksioznih motenj:

- tehnike za umirjanje telesne vzburjenosti: sproščanje, miselno pomirjanje, osredotočanje na pomirjujoče imaginacije (te tehnike so pomembne, kadar oseba trpi zaradi razdraženosti, nemirnosti, utrujenosti, mišične napetosti in nespečnosti),
- usmerjanje k zmanjševanju zaskrbljenosti: kognitivna rekonstrukcija, metakognitivno razmišljanje.

Pomemben del zdravljenja anksioznih bolnikov je *sproščanje*. Je učinkovita oblika samozdravljenja. Uporablja se zato, da se posamezniku pokaže, do katere mere lahko obvlada svoje telesne simptome. Bourne (1995, v Adamčič Pavlovič, 2004) navaja naslednje pozitivne učinke sproščanja: zmanjšanje generalizirane anksioznosti in paničnih napadov, preprečevanje stresa, dvig produktivnosti, izboljšanje koncentracije in spomina, zmanjšanje napetosti in utrujenosti, preprečevanje psihosomatskih bolezni, lajšanje bolečin ter povečanje samozaupanja. Tehnike sproščanja pa so: trebušno dihanje, postopno mišično sproščanje po Jacobsonu, vizualizacija pomirjajočega dogodka, meditacija, avtogeni trening, joga ipd. (Looker in Gregson, 1993, v Adamčič Pavlovič, 2004). Sproščanje moramo izvajati redno, vsak dan po 20–30 minut.

2.3 ISHEMIČNA BOLEZEN SRCA

Ishemična srčna bolezen je najpogostejši vzrok obolenja in umrljivosti odraslih, saj jo v razvitih deželah sveta najdemo pri od tretjini do polovici vseh smrtnih primerov. Poglavitni povzročitelj ishemične srčne bolezni je ateroskleroza koronarnega ožilja; od tod tudi izraz koronarna bolezen (Bulc, 2002).

Ateroskleroza je sistemska, kompleksna in multifunkcionalna bolezen. Lahko se začne že v otroštvu in dalj časa ne povzroča težav. Zanj je značilno, da poteka v dveh fazah. Ena je **kronična faza**, pri kateri gre za počasno rast aterosklerotičnih lezij, to pa prekinja **akutna faza** z razpokanjem žilne stene, nastankom krvnih strdkov

na razpokah, periferno embolizacijo in žilnimi spazmi (Kocijančič, Mrevlje in Štajer, 2005).

2.3.1 OBLIKE ISHEMIČNE BOLEZNI SRCA

Ishemija srčne mišice se kaže na različne načine, odvisno od trajanja bolezni, stanja venčnih arterij in srčne mišice, števila dejavnikov tveganja in pridruženih bolezni.

V klinični praksi razlikujemo tri pojavne oblike ishemične srčne bolezni. To so (Kocijančič, Mrevlje, Štajer, 2005):

a) kronična stabilna angina pectoris

b) akutni koronarni sindrom

- nestabilna angina pectoris
- akutni miokardni infarkt
- nenadna srčna smrt

c) posebne oblike ishemične srčne bolezni

- angina pectoris z angiografsko normalnimi koronarnimi arterijami
- ishemična kardiomiopatija
- ishemične motnje srčnega ritma
- ishemična srčna bolezen brez koronarne ateroskleroze

V nadaljevanju bom opisala le kronično stabilno angino pectoris in akutni koronarni sindrom.

KRONIČNA STABILNA ANGINA PEKTORIS

»Kronična stabilna angina pectoris je klinična manifestacija obstruktivne koronarne ateroskleroze z značilnimi epizodami miokardne ishemije. Ishemične epizode se lahko pojavljajo z značilnimi (prsna bolečina) ali neznačilnimi simptomi (dušenje), pogosto pa so klinično neme (nema miokardna ishemija)« (Kocijančič, Mrevlje, Štajer, 2005, str. 193). Značilnost angine pectoris je globoko, ne povsem jasno lokalizirano nelagodje v prsni in levi nadlahti (Resman, 2006). Bolečina nikoli ni ostra ali zbadajoča in navadno se ne okrepi s spremembo lege ali globokim dihanjem; lahko se širi tudi v vrat, spodnjo čeljust, zatilje ali pleča. Angina pectoris ni bolečina nad čeljustjo ali pod žličko, prav tako ni bolečina, ki jo sprožijo določeni telesni gibi, dihanje ali kašelj. Sprožijo jo lahko telesni napor, mraz, obilen obrok in stres. Kronična angina pectoris je kratkotrajna bolečina, traja lahko nekaj minut in ne več kot 20–30 minut (Kocijančič, Mrevlje, Štajer, 2005). Bolečina ob počitku ali uporabi

nitroglicerina (tabletko damo pod jezik) popusti navadno v nekaj minutah (Resman, 2006). »Pri približno 10 % bolnikov bolečina popusti tudi, če hojo nadaljujejo ali celo stopnjujejo obremenitev. V tem primeru govorimo o fenomenu 'walk through', ki je verjetno posledica povečanja kolateralne prekrvavitve ishemičnega dela srčne mišice« (Kocijančič, Mrevlje, Štajer, 2005).

AKUTNI KORONARNI SINDROM

Akutni koronarni sindrom se pojavi zaradi nestabilnega aterosklerotičnega koronarnega plaka in posledične tromboze, ki pomembno zoži ali popolnoma zapre svetlino koronarne arterije. V področju, ki ga prehranjuje prizadeta koronarna arterija, pride zato do ishemije srčne mišice, kar imenujemo srčni infarkt. Če je ishemija manj huda, srčna mišica sicer preživi, toda normalno delovanje se pogosto ne vzpostavi tudi 7–14 dni po razrešitvi kritične stenoze. Skupna značilnost bolnikov z akutnim koronarnim sindromom je ishemična srčna bolečina oz. stenokardija, ki nastopi ob mirovanju ali ob najmanjšem telesnem naporu. Bolečina je pekoča, tiščoča ali stiskajoča. Lahko se širi v vrat, roke ali zgornji del trebuha in je večinoma neodvisna od dihanja in položaja telesa. Po nitroglicerinu bolečina bistveno ne popusti. Klinična slika z opisanimi bolečinami je prisotna v 80 % primerov (Kocijančič, Mrevlje, Štajer, 2005).

Med akutne koronarne sindrome prištevamo nestabilno angino pectoris, akutni miokardni infarkt in nenadno srčno smrt.

Nestabilna angina pectoris

Bulc (2002) navaja, da je vzrok nestabilne angine pectoris dinamično nastajanje in razgrajevanje trombocitno-fibrinskega strdka na raztrgani aterosklerotični lehi. Za nestabilno angino pectoris so značilni pogostejši, močnejši in daljši napadi bolečin v prsih. Napadi se pojavljajo različno, ne le ob telesnih in duševnih obremenitvah, prag bolečine je vse nižji in bolečina v prsih traja dlje, do 30 minut. Bolezen se pogosteje pojavi po 60. letu, in sicer pri bolnikih z enim ali več dejavniki tveganja (kajenje, sladkorna bolezen).

Akutni miokardni infarkt

Do akutnega miokardnega infarkta pride, če na raztrgani aterosklerotični lehi nenadoma nastane okluziven strdek. Ta nastane zaradi zapore predela žile, ki oskrbuje srčno mišico, zaradi česar del srčne mišice ni prekravljen in odmre. Okvara nastane že po eni minuti ishemije, po 40 minutah pa je škoda nepopravljiva. Polovico akutnih miokardnih infarktov lahko povzročijo sprožilni dejavniki, kot so psihični napor, stres, utrujenost, neprespanost (zvišata se raven kateholaminov v krvi in tlak v

koronarnih arterijah, zaradi česar se poveča možnost raztrganja aterosklerotične lehe) ter zmeren in hud napor (zviša se pulzni tlak v koronarkah, s čimer se poveča možnost raztrganja aterosklerotične lehe). Bolečina je podobna kot pri angini pectoris. Je topa, tiščoča in pekoča (nikoli zbadajoča). Pojavi se za prsnico, širi se po prsnem košu, v vrat, čeljust, ramena ali roke. Traja dlje kot 20 minut in ne izgine niti med počitkom ali po tableti nitroglicerina. Pri spodnjestenskem infarktu se pojavi bolečina v zgornjem delu trebuha, v žlički. Znaki miokardnega infarkta so znojenje, slabost, prestrašenost, nemir, dispneja, padec krvnega tlaka in motnje ritma (Bulc, 2002).

Nenadna srčna smrt

Vzrok nenadne srčne smrti je maligna motnja srčnega ritma, navadno ventrikularna fibrilacija, ki je posledica električne nestabilnosti ishemičnega miokarda (Bulc, 2002). Zanj je značilen nenaden kolaps z izgubo zavesti in odsotnostjo tipnih impulzov, ki se pojavi manj kot eno uro po začetku morebitnih simptomov. Velikokrat pa pride do dogodka povsem nepričakovano in brez predhodnih opozorilnih znakov. Nenadni zastoj srca je neposredni vzrok smrti pri 50 % vseh bolnikov s kardiovaskularnimi boleznimi. Razlog lahko iščemo v tem, da se velika večina nenadnih srčnih zastojev zgodi zunaj bolnišnic. Zato je za usodo teh ljudi bistven čim hitrejši začetek osnovnih postopkov oživljanja in defibrilacije. Žal se je pokazalo, da le malo ljudi začne oživljati, zato do sprejema v bolnišnico preživi samo 30 % bolnikov (Kocijančič, Mrevlje, Štajer, 2005).

Nenaden srčni zastoj je rezultat interakcij med 'anatomskim substratom' ter predhodnimi sprožilnimi dejavniki, ki privedejo do sprememb elektrofizioloških lastnosti srčne mišice in ustvarijo razmere za nastanek motnje srčnega ritma. Pomembni sprožilni dejavniki so akutna ishemija srčne mišice, elektrolitsko, acido-bazno neravnovesje, nezaželeni učinki zdravil, pljučna embolija, srčno popuščanje, bolezni srčnih zaklopk, srčni tumorji.

POZNE POSLEDICE ISHEMIJE MIOKARDA

Srčno popuščanje

Srčno popuščanje nastane zaradi odmrtnosti dela miokarda ali patološkega preoblikovanja preostalega miokardija (Bulc, 2002). Je najpogostejši zaplet po akutnem miokardnem infarktu. Opredeljujemo ga kot stanje, v katerem je zaradi neustreznega delovanja srca minutni volumen premajhen za presnovne potrebe obrobni tkiv, sprva samo ob naporu, v poznih fazah bolezni pa tudi v mirovanju (Jug, 2001).

Srčne aritmije in atrioventrikularne motnje

Nastanejo zaradi električne nestabilnosti ishemičnega miokarda (Bulc, 2002).

2.3.2 KORONARNI BOLNIKI

Koronarni bolniki so bolniki s koronarno boleznijo, ki so preboleli srčni infarkt, imajo angino pectoris, so imeli opravljeno balonsko širjenje zoženih srčnih žil ali pa so zaradi zoženih srčnih žil potrebovali srčno operacijo (Lavrenčič in Gužič Salobir, 2005). Začasno se jim omeji fizična aktivnost, vsakdanje dejavnosti so skrčene na minimum, izogibati pa se morajo tudi pretiranim naporom. Pomembno je, da se v času rehabilitacije čim prej vzpostavi stanje, kakršno je bilo pred boleznijo. Koronarni bolniki so deležni ustrezne rehabilitacije, jemljejo kardiovaskularna zdravila, podvrženi so psihološkemu stresu, hitreje lahko zbolijo za depresijo, strah jih je pred morebitnim ponovnim infarktom in deležni so lahko pretirane skrbi partnerja in negotovosti.

Posebnost pri koronarnih bolnikih, kjer moramo biti še posebej pozorni, je jemanje zdravil. Za preprečevanje poslabšanja bolezni mora povprečen bolnik po srčnem infarktu ali z angino pectoris jemati od tri do štiri različna zdravila. Večino zdravil mora jemati dosmrtno, saj se ob morebitnem prenehanju jemanja koronarna bolezen lahko poslabša. Zdravila, ki jih mora jemati koronarni bolnik, so (Lavrenčič in Gužič Salobir, 2005):

- Zdravila proti strjevanju krvi oz. antikoagulantna zdravila (aspirin, plavix, tagren, andol, baludon). Ta zmanjšajo možnost za srčni infarkt in možgansko kap ter podaljšujejo preživetje koronarnih bolnikov. Nezaželeni učinki teh zdravil so nagnjenost h krvavitvam, bolečine v trebuhu, slabost, bruhanje, driska in izpuščaji.
- Zaviralci betaadrenergičnih receptorjev (bloxan, concor, corydol, dilatrend, atenonol, inderal, ormidol, propranonol, tenormin). Zdravila iz te skupine učinkovito zmanjšujejo ponovitev srčnega infarkta in smrtnost. Umirjajo srčni utrip, znižujejo arterijski krvni tlak, zmanjšujejo krčljivost srčne mišice in porabo kisika v srčni mišici ter preprečujejo nastanek nevarnih motenj srčnega ritma. Koristna so tudi za preprečevanje napadov angine pectoris. Nevarni, vendar redki stranski učinki so: hudo znižanje arterijskega krvnega tlaka, upočasnitev srčnega utripa, popuščanje srca ter poslabšanje arterijske prekrvavitve nog, utrujenost, nespečnost, nočne more, upad libida in hladna stopala.
- Lipolitična zdravila oz. zdravila za zniževanje ravni krvnih maščob. Najučinkovitejši so statini (artein, atoris, holetar, lescol, sinvacor). Uporabo teh zdravil priporočamo vsem bolnikom po prebolelem srčnem infarktu in s

povišano koncentracijo celotnega holesterola, saj učinkovito preprečujejo ponovitev srčnega infarkta, poslabšanje koronarne bolezni, nastanek možganske kapi in smrtnost.

- Zaviralci angiotenzinske konvertaze (cilazil, enap, gopten, irumed, kaptopril, monopril, olivin, prexanil, tritace). Ta zdravila nižajo krvni tlak in preprečujejo nastanek ali poslabšanje srčnega popuščanja. Jemljejo jih vsi, ki so utrpeli srčni infarkt, uporabljajo se pa tudi za zdravljenje srčnega popuščanja in arterijske hipertenzije. Neželeni učinki so suh, dražeč kašelj, prenizek krvni tlak in slabše delovanje ledvic.
- Zaviralci angiotenzinskih receptorjev (cozaar, aprovel, diovan, lorista, micardis, pritor). To zdravilo se uporablja za zdravljenje hipertenzije. Je novejšo zdravilo in povzroča manj kašlja kot zgornja skupina zdravil. Lahko nadomesti zaviralce angiotenzinske konvertaze.
- Nitrati (angised – tablete, nitrolingual – pršilo). Nitrati širijo žile in tako razbremenijo srce. Namenjeni so bolnikom z angino pectoris. Zmanjšujejo število napadov in zvišajo prag telesne obremenitve, ob katerem se pojavi bolečina v prsih. Uporabljajo se tudi za lajšanje težav z dihanjem pri srčnem popuščanju. Zdravilo vbrizgamo pod jezik. Nezaželeni učinki so glavobol in čezmerno znižanje krvnega tlaka.
- Diuretiki (edemid, lasix). Lajšajo težave zaradi zadrževanja vode v telesu. Uporabljamo jih za zdravljenje visokega krvnega tlaka in srčnega popuščanja. Neželeni učinki so izsušitev in neravnovesje soli v telesu.
- Zdravila za zdravljenje motenj srčnega ritma oz. antiaritmiki. Uporabljajo se pri motnjah srčnega ritma.

Bolniki morajo biti pri jemanju zdravil pozorni na svoje počutje, redno si morajo meriti krvni tlak, ob morebitnem poslabšanju zdravstvenega stanja pa morajo obiskati zdravnika. Ta mu bo ali zmanjšal odmerek zdravila ali pa predpisal drugo sorodno zdravilo. Ker morajo koronarni bolniki jemati ta zdravila vse življenje, obenem pa lahko zbolijo za depresijo ali anksioznostjo, moramo biti pri izbiri zdravil zelo previdni. Treba je skrbno pretehtati, katera zdravila za psihične motnje lahko predpišemo koronarnemu bolniku. Do zdaj so se za najbolj varna zdravila izkazala tista iz skupine SSRI. Izberemo tisti antidepresiv, ki ni kardiotoksičen, ki ne povzroča motenj srčnega ritma, ki ne vpliva na arterijski pritisk, ki ne ruši elektrolitskega ravnotežja in ki nima pomembnih interakcij z zdravili, ki jih običajno jemljejo koronarni bolniki. Ne smemo pa pozabiti, da povečuje učinek antikoagulantov (Zupan Resman, 2006).

2.3.3 TELESNA DEJAVNOST IN KORONARNA BOLEZEN

Številne raziskave so pokazale pozitiven vpliv telesne dejavnosti tako na kardiovaskularne kot na psihične bolezni. Raziskava, v kateri so zajeli skupino britanskih javnih uslužbencev, je pokazala, da je intenzivna telesna vadba v prostem času zmanjšala pojavnost kardiovaskularnih bolezni za kar 30 % (Morris, Clayton, Everitt, Semmence in Burgess, 1990, v Fras 2002).

Tudi 16-letno spremljanje framinghamske populacije (2.372 preiskovancev) je že ob drugem pregledu pokazalo 40 % manjšo skupno umrljivost pri ljudeh, ki so razvrščeni v zgornjo tretjino glede na pogostost ukvarjanja s telesnimi aktivnostmi, kot pri tistih iz skupine najmanj aktivnih. Raziskava je pokazala, da je za zmanjšanje skupne umrljivosti bistveno pomembna redna telesna vadba in da nikoli ni prepozno za začetek redne aktivnosti (Sherman, D'Agostio, Silberhartz in Kannel, 1999, v Fras, 2002).

Organizacija CINDI je izvedla obširno raziskavo z naslovom Telesna dejavnost in zdravje v Evropi. V tej raziskavi navaja, da je največja korist telesne dejavnosti zmanjšanje tveganja za kardiovaskularne bolezni. Pri telesno nedejavnih ljudeh je nevarnost bolezni srca dvakrat večja kot pri telesno dejavnih (Cavill, Kahlmeier in Racioppi, 2007).

UGODNI UČINKI REDNE GIBALNE DEJAVNOSTI NA KORONARNEGA BOLNIKA

Vsakodnevna redna telesna dejavnost dokazano vpliva na zmanjšanje frekvence srčnega utripa v mirovanju, povečanje srčnega utripnega volumna, povečanje maksimalne aerobne kapacitete (VO_2max), povečanje arteriovenske razlike delnega tlaka kisika, učinkovitejšo vazodilatacijo arteriol med telesno aktivnostjo, povečanje števila oz. gostote kapilar v skeletnih mišicah, povečanje oksidativne kapacitete skeletnega mišičja (povečanje števila in velikosti mitohondrijev) ter povečanje od endotelija odvisne vazodilatacije. Redna telesna vadba zvišuje koncentracijo HDL-holesterola, običajno sočasno z zmanjšanjem koncentracije trigliceridov in zmanjšanjem telesne mase. Dokazano je tudi, da aktivni ljudje bolje uravnavajo zvišan krvni pritisk in bolje obvladujejo duševne obremenitve (Fras, 2002). Redna telesna dejavnost pomaga tudi pri preprečevanju kapi in dobro vpliva na psihično počutje. Zmanjšuje simptome depresije in anksioznosti. Pri starejših ljudeh ima telesna vadba poseben pomen, saj pomaga ohranjati moč in gibljivost, kar bolnikom omogoča, da še naprej opravljajo vsakodnevne aktivnosti. Zmanjša se tudi tveganje za padce in zlome kolkov (Cavill, Kahlmeier in Racioppi, 2007).

OSNOVNA NAČELA TELESNE VADBE

Ko je bolezen stabilna, bolnik upošteva spodaj naštetna načela telesne vadbe (Fras, 2002):

- **F:** frequency oz. **pogostost** – vsak dan;
- **I:** intensity oz. **intenzivnost** – 70–85 % dosežene srčne frekvence med simptomatskim obremenitvenim testiranjem; po oceni Borgove lestvice zaznavanja napora so to vrednosti med 12 in 13; pogovorni test – bolnik vadi s tako intenzivnostjo, da se pri vadbi zadiha, a je sposoben povezano spregovoriti vsaj pet besed;
- **T:** time oz. **trajanje** – ena ura, ki vključuje tudi fazo ogrevanja (10–15 min) in fazo ohlajanja (10 minut);
- **T:** type oz. **vrsta vadbe** – aerobne, vzdržljivostne oblike telesne vadbe, ki vključujejo velike mišične skupine (telesne vaje, hoja, tek, kolesarjenje, plavanje, nordijska hoja, vrtičkarstvo, vadba na sobnem kolesu, ples ...);
- **P:** rate of progression in the programme oz. **napredovanje** – postopno.

Najprimernejša je redna zmerna telesna aktivnost. Vadba naj vsebuje 50 % aerobnih aktivnosti, 25 % vaj za mišično moč (vaje z lažjimi utežmi in elastičnimi trakovi) in 25 % vaj za gibljivost (Fras, 2002).

Pri vadbi se je treba izogibati sunkovitih gibov, predklonov na stegnjenih okončinah, gibanju, ki bi koronarnemu bolniku povzročilo skrajšano amplitudo dihanja, hitrih sprememb položajev, položajev, ki obremenjujejo srce (lega na trebuhu, po operaciji dvig roke nad glavo), vaj proti uporju (vadba statične moči – lahko pride do zadrževanja diha in zvišanega tlaka), zadrževanju diha (ritem dihanja in srca sta tesno povezana) in tekmovalnosti (Tkavc in Simpson Grom, 2008).

2.3.4 DEPRESIJA IN ANKSIOZNOST PRI KORONARNEM BOLNIKU

Depresija in anksioznost sta pogosti motnji pri bolnikih po prebolelem miokardnem infarktu. »Številne raziskave so pokazale značilno časovno zaporedje psiholoških odgovorov med prebolevanjem miokardnega infarkta: zanikanje in oklevanje ob nastopu infarkta, anksioznost prve dni po infarktu, ki mu lahko sledi kratko obdobje evforije, nato ponoven nastop anksioznosti in depresije v subakutnem obdobju in kasneje nastanek kroničnih psihičnih motenj« (Keber in Kralj, 2005, str. 43).

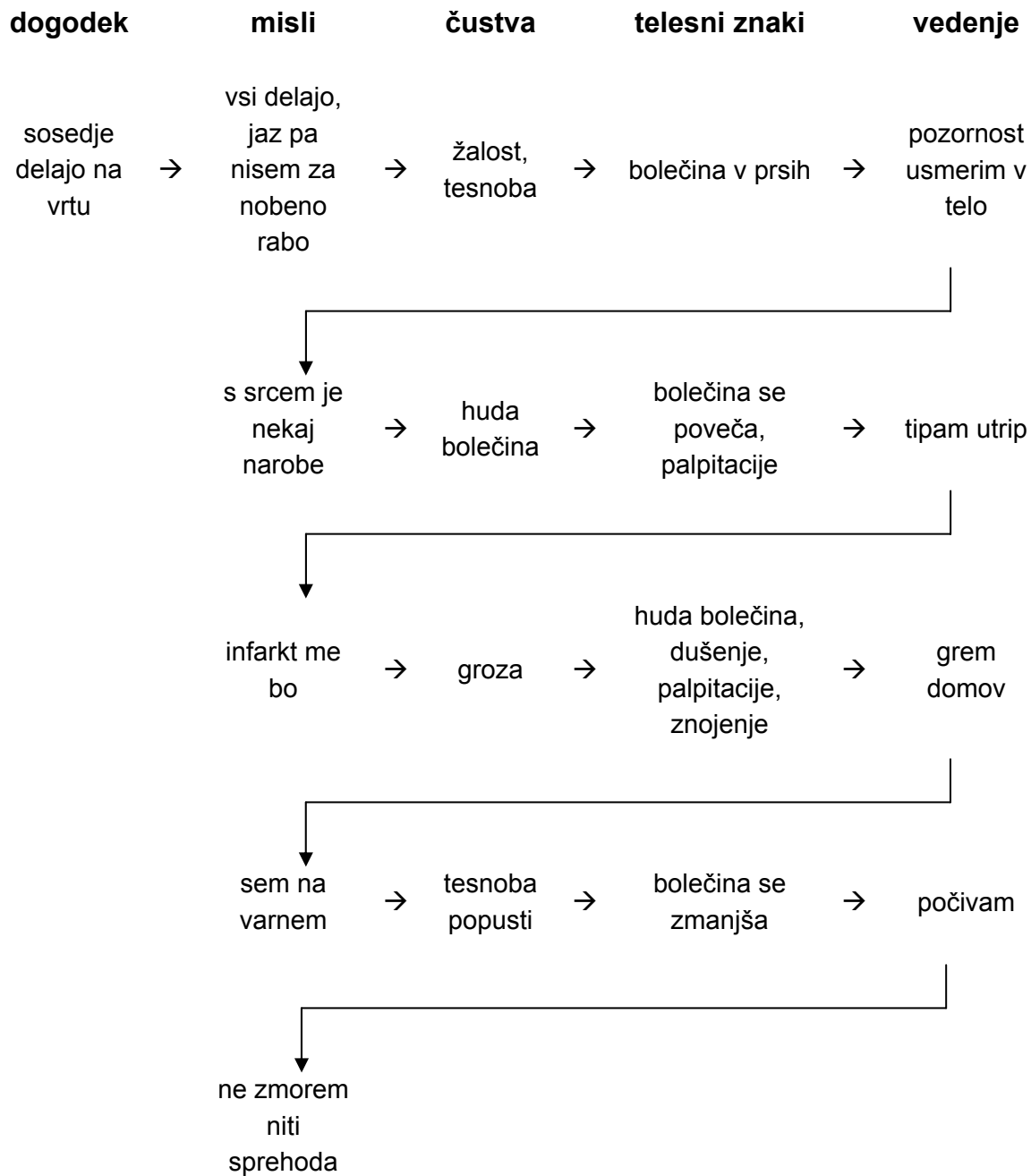
Resman (2005) navaja, da ima kar četrtna bolnikov s prebolelim miokardnim infarktom tudi anksiozne in depresivne motnje. Pomembno je, da se rehabilitacija pri

koronarnem bolniku začne čim bolj zgodaj, saj so Cay, Vetter, Philip in Dugard (1972, v Keber in Kralj, 2005) ugotovili, da anksioznost nastopi v 24 urah po sprejemu v bolnišnico in traja pri več kot polovici bolnikov še drugi in tretji dan. Schleifer, Macari Hinson, Coyle idr. (1989, v Keber in Kralj, 2005) pa navajajo, da je anksioznost najizrazitejša v prvih dneh prebolevanja infarkta. Ko se bolnik ne počuti več življenjsko ogrožen, anksioznost mine in lahko nastopi kratko obdobje evforije, ki mu sledi obdobje depresije. Anksioznost se spet poveča tik pred izpustom iz bolnišnice in se povzpne na raven, ki jo je dosegala ob bolnikovem sprejemu v bolnišnico. Bolnika je strah ponovnega infarkta, pojavi se strah pred izgubo službe in poslabšanjem ekonomskega položaja. Vsaj 40–60 % bolnikov doživlja v akutnem obdobju bolezni klinično pomembno anksiozno in depresivno stanje. Leto dni po prebolelem infarktu pa potrebuje psihično pomoč 20–35 % bolnikov, ki imajo izraženo anksioznost in depresivnost.

Psihično zdravje je za koronarnega bolnika izjemno pomembno, saj psihične motnje zmanjšujejo kakovost življenja in delovno sposobnost ter povečujejo tveganje za ponovni infarkt. Pri koronarnih bolnikih, ki so preživeli srčni infarkt, se pogosto pojavi čezmerna pozornost na vse telesne simptome. Bolniki se pretirano opazujejo in so prestrašeni že zaradi nepomembnih težav, zlasti pa pretirano reagirajo na različne zaznave v prsnem košu. Iščejo vedno nove simptome, kar pripelje do hujše tesnobe in vse večje nesposobnosti za vsakodnevno življenje. Težave se lahko stopnjujejo in lahko privedejo do paničnih napadov (Keber in Kralj, 2005).

Simptomi ob paničnem napadu so podobni tistim ob infarktu, npr. znojenje, mišična napetost, palpitacije (razbijanje srca), kratka sapa, občutek dušenja in hudo vznemirjenje. Zaradi teh občutkov je lahko bolnik urgentno sprejet v bolnišnico, vendar pa vzrok napada pogosto niso organske težave, temveč težave psihičnega izvora, na primer anksioznost in depresija (<http://www.psychosomaticmedicine.org/cgi/content/full/67/5/688>), ki so pogosto spregledane in neustrezno zdravljene. Pomembno je, da v prvih dneh po prebolelem infarktu bolnika pomirimo s pozitivnimi informacijami o njegovem zdravstvenem stanju, o vzrokih bolezni in možnostih zdravljenja. Preverimo, kaj bolniki mislijo, in jim pomagamo premagati pesimistične misli. Razložimo jim, da so simptomi, ki jih občutijo, povezani s tesnobo, in ne z boleznijo srca. Po končani rehabilitaciji bolniki ne vedo, koliko fizičnih obremenitev še zmore njihovo srce. Izogibajo se fizičnim naporom, pogosto so razdražljivi, zahtevni, čustveno labilni, utrujeni in občutljivi. Spodbujamo jih, naj postopno povečujejo fizične obremenitve in zapolnijo čas s prijetnimi aktivnostmi ter da se vključijo v koronarni klub (Resman, 2005).

V nadaljevanju bomo predstavili kognitivni model koronarnega bolnika: vpliv misli na čustva, telesne simptome in vedenje.



Slika 3. Zaporedje misli in simptomov med paničnim napadom (Resman, 2003).

Shimbo, Davidson, Haas idr. (2005) ter Vieweg, Julius in Fernandez (2006, v Šabovič, 2006) so ugotovili, da depresija poveča tveganje za razvoj koronarne bolezni pri zdravih ljudeh za od 1,5- do dvakrat, pri bolnikih z že prisotno koronarno boleznijo pa poveča tveganje za akutne koronarne dogodke in umrljivost za od dva- do trikrat.

Depresija pospešuje razvoj koronarne bolezni in koronarna bolezen (zlasti akutni dogodki, kot je srčni infarkt) lahko vpliva na razvoj depresije.

Bolj ko je depresija izrazita, večji je njen vpliv na koronarno bolezen. Možni vzroki za to so:

- prisotnost več klasičnih dejavnikov tveganja pri depresivnih bolnikih,
- nedosledno sodelovanje pri zdravljenju,
- čezmerna aktivacija trombocitov in koagulacije (lahko nastane akutni koronarni sindrom),
- endotelijska disfunkcija oz. motnja v delovanju endotelija,
- čezmerna aktivacija avtonomnega živčevja,
- prisotnost kroničnega blagega vnetja (Šabovič, 2006).

Študije so pokazale pomemben vpliv psihosocialnih dejavnikov na razvoj koronarne bolezni. Ti so depresija, anksioznost, osebni dejavniki, socialna izolacija in kronični stres (<http://www.circ.ahajournals.org/cgi/content/full/99/16/2192>). Shima in Kitagava (1994, v Kocmur 2003) sta ugotovila, da je osebni tip A bolj dovzeten za nastanek tako koronarne bolezni kot depresivne motnje. Te osebe so po navadi ambiciozne, aktivne, agresivne, imajo občutek, da jim vedno primanjkuje časa, in imajo potrebo po nadzoru okolice. Na pogled se zdijo zelo samozavestne, vendar porabijo skoraj vso energijo za zunanje potrjevanje in za nadzor nad svojimi čustvi in zunanjimi situacijami. Če oseba izgubi katerokoli zanjo pomembno področje, se lahko pojavijo tako duševne kot telesne motnje. Rezultati študije Interheart so pokazali, da psihosocialni dejavniki povečajo tveganje za razvoj koronarne bolezni za 32,5 % (<http://www.ccjm.org/content/76/1/59.full.pdf+html>).

Frasure-Smith, Lesperance in Talajic, 1993, Frasure-Smith, Lesperance, Gravel, Masson, Juneau, Talajic, Bourassa (2005, v Govc Eržen, 2006) so raziskali, da se depresija pojavi pri 15–45 % bolnikov, ki so utrpeli miokardni infarkt. V prvih šestih mesecih po infarktu je pri bolnikih z depresijo umrljivost petkrat večja. Večja pa je tudi pri bolnikih z izraženo anksiozno motnjo, ki je povezana z večjim tveganjem za akutne koronarne dogodke in motnje ritma v prvih 12 mesecih po infarktu. Tudi blažje oblike depresije, ki ne zadostujejo merilom klinične diagnoze, prispevajo k večjemu tveganju smrtnega izida 18 mesecev po doživetem srčnem infarktu.

Lett, Davidson in Blumenthal (2005, v Zupan Resman 2006) so raziskali, da je zdravljenje depresije pri koronarnih bolnikih s pomočjo vedenjsko-kognitivne terapije prav tako uspešno kot zdravljenje z antidepressivi. Vendar pa psihoterapevtsko zdravljenje lahko ovirajo dejavniki, kot so nefunkcionalno vedenje, izogibanje socialnim stikom, pretirano uživanje alkohola in zloraba anksiolitikov.

Pri zdravljenju z antidepresivi moramo biti pozorni na izbiro antidepresiva. Ti ne smejo biti kardiotoksični, ne smejo povzročati motenj srčnega ritma, ne smejo imeti vpliva na arterijski pritisk, ne smejo rušiti elektrolitskega ravnotežja in ne smejo imeti interakcij z zdravili, ki jih jemljejo koronarni bolniki (antihipertenzivi, antiaritmiki, hipolipemiki, blokatorji adrenergični receptorji beta, antikoagulantna zdravila). Prav zaradi teh dejavnikov so prva izbira antidepresiva pri koronarnih bolnikih antidepresivi iz skupine SSRI (selektivni inhibitorji ponovnega privzema serotonina). Ti imajo poleg antidepresivnega tudi anksiolitični učinek, kar je pomembno, saj imajo koronarni bolniki poleg depresije pogosto tudi anksiozne motnje (Zupan Resman, 2006). Koronarni bolniki naj bi se izogibali uporabi tricikličnih antidepresivov, ki so kardiotoksični, povečajo srčno frekvenco, zmanjšujejo variabilnost srčnega ritma ter povzročajo ortostatsko hipotenzijo in motnje srčnega ritma. Nekateri od njih lahko zvišajo arterijski pritisk in povzročajo tahikardijo (Bazire, 2005; v Zupan Resman, 2006).

Serec (2008) je v raziskavi z naslovom Depresivnost pri bolnikih po doživelem miokardnem infarktu proučevala, ali obstajajo razlike v stopnji depresivnosti med skupino bolnikov po infarktu in kontrolno skupino, v kateri so bili posamezniki, ki niso imeli srčne bolezni in jih niso ogrožali dejavniki tveganja. Ugotovila je, da je od zadnjega infarkta v povprečju minilo 5,33 leta, preizkušenci so pa bili v povprečju stari 59,71 leta. Približno četrtnina bolnikov je bila vključenih v Društvo koronarnih bolnikov Gornja Radgona, preostali pa so bili v vzorec vključeni prek poznanstev. Pri raziskavi je uporabila vprašalnik CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale). To je kratka samoocenjevalna lestvica, namenjena ocenjevanju trenutne stopnje depresivne simptomatike pri splošni populaciji. Statistična raziskava je pokazala, da med bolniki, ki so bili včlanjeni v društvo, in bolniki, ki so bili v raziskavo vključeni prek poznanstev, ni bilo pomembnih razlik glede starosti, spola, izobrazbe in časa, ki je pretekel od infarkta. Serec je ugotovila, da so razlike v depresivnosti med skupinama statistično pomembne. Bolniki v zgodnjem obdobju po infarktu so bolj depresivni, poleg tega so pa v obdobju pol leta po infarktu bolj dovzetni za ponovne srčne zaplete in umrljivost. Ugotovila je tudi, da je depresivnost pri srčnih bolnikih pogostejša v prvih petih letih po doživelem miokardnem infarktu.

Več avtorjev (Schleifer, 1989; Carney, 1993; Ferasure - Smith, 1996; Gonzalez, 1996, Hance, 1996, v Thauvin Mourad, 2004) je v študijah, ki so bile opravljene po standardnih merilih, ocenilo, da se huda depresija pri bolnikih s srčnimi boleznimi pojavi v 16–23 % primerov, pri starejših bolnikih s kongestivnim srčnim popuščanjem pa celo v 36,5 % primerov (Koenig, 1998, v Thauvin Mourad, 2004). Nadaljnjih 17 % bolnikov je na začetku študije kazalo simptome depresije.

Več avtorjev je ugotovilo, da prisotnost simptomov depresije pomembno povečuje tveganje za ishemične bolezni srca. Tudi pri bolnikih s hipertenzijo in bolnikih z nestabilno angino pectoris je depresija povezana s povečanim tveganjem za razvoj miokardnega infarkta (Thauvin Mourad, 2004).

Tratnik in Kersnik (2005) sta v raziskavi z naslovom Sopojavljanje depresivne in anksiozne motnje pri kroničnih boleznih ugotovila, da je bilo 20 % anketiranih z boleznijo srca depresivnih, Kores - Plesničar (2006) pa navaja, da imajo depresivni bolniki v primerjavi z nedeprisivnimi štirikrat pogosteje miokardni infarkt.

Pojavljane depresije po akutnem miokardnem infarktu ali po operaciji srca zaradi koronarne bolezni sta raziskovala tudi Ivaškovič in Rebolj (2003). S študijo sta ugotovila, da je bilo več depresivnih bolnikov med tistimi, ki so doživeli akutni miokardni infarkt, in sicer 24,6 %, kot med tistimi, ki so prestali operacijo srca, in sicer 22,1 %. Pojavnost depresije pri bolnikih s koronarno boleznijo je bila okoli 20 %. Noben izmed bolnikov se prej ni zdravil zaradi depresivnosti. Avtorja še navajata, da so se pri večini bolnikov depresivni simptomi pokazali že v prvem tednu po akutnem miokardnem infarktu. Torej sta tudi tukaj zasledila majhno uspešnost odkrivanja depresije.

2.3.5 KORONARNI KLUBI

Koronarni klubi so združenja, ki skrbijo za vseživljenjsko rehabilitacijo bolnikov s koronarno boleznijo (Keber, 2005). Njihova poglobljena skrb je ohranjanje telesnega zdravja in varovanje pred ponovitvijo ali poslabšanjem bolezni, krepitev in ohranjanje telesne zmogljivosti in odpornosti ter aktivno in kakovostno življenje. Povezujejo se v Zvezo koronarnih klubov in društev Slovenije (ZKDKS) (Podobnik, Pokleka, Valenčič, 2008), vanje pa se vključujejo bolniki po operaciji srčnih zaklopk, bolniki z ishemično boleznijo srca, z vstavljenim srčnim spodbujevalnikom, s srčnim popuščanjem v stabilnem obdobju bolezni in z motnjami srčnega ritma. Rehabilitacijske vadbene se lahko udeležijo bolniki s stabilnim zdravstvenim stanjem in zdravi posamezniki, ki imajo prisotne dejavnike tveganja za koronarno bolezen, ter njihovi svojci. Programi posameznih klubov so podobni in zajemajo telesno vadbo v telovadnicah, organizirane izlete, skupinsko psihoterapijo ter zdravstveno vzgojo (Keber, 2005).

Ker smo v študiji opravili raziskavo v Koronarnem klubu Ljubljana (KKL), bomo navedli dejavnosti, ki se tu izvajajo. To so strokovna predavanja s področja preprečevanja in zdravljenja koronarne bolezni, predavanja o depresiji in anksioznosti koronarnih bolnikov, rehabilitacijska vadba dvakrat na teden, tečaji

zdrave prehrane, šola zdravega življenja v Šmarjeških Toplicah in Poreču dvakrat na leto, izlet enkrat na mesec, delavnice psihičnega sproščanja, nordijska hoja in pohodi (Keber, 2005; Torić Gorup, 2008).

Vadba, prirejena koronarnim bolnikom, se imenuje GIO-vadba (GIO je kratica za gibanje, informacijo, ozaveščanje). Z vadbo želimo uravnovesiti kontrolne sisteme v telesu: delovanje žlez z notranjim izločanjem in živčnega sistema. Značilnosti GIO-vadbe so ozaveščeno izvajanje gibanja, koordinirano gibanje z dihanjem, zavedanje proprioreceptorjev, osredotočenost na dihanje, pravilen anatomski položaj telesa in izogibanje pretirani tekmovalnosti (Grom, 2005). Ta oblika vadbe je primerna zlasti za bolnike s srčnim popuščanjem, za bolnike s težavami na lokomotornem aparatu, za starejše in za telesno manj zmogljive bolnike. Vadbo vodijo usposobljeni vaditelji, in sicer profesorji in študentje športne vzgoje ali fizioterapije ter medicinske sestre, ki so pred začetkom dela v KDK obvezno opravili 40-urni tečaj temeljnega usposabljanja pri ZKDKS (Gorup, 2008, v Podobnik, Pokleka in Valenčič 2008).

3. CILJI RAZISKAVE

Cilji proučevanja (za doseganje teh smo si pomagali z anketnim vprašalnikom) so:

- primerjati stopnjo anksioznosti in depresivnosti pri moških in ženskah koronarnih bolnikih
- primerjati stopnjo anksioznosti in depresivnosti pri koronarnih bolnikih glede na pogostost obiskovanja vadbe
- primerjati stopnjo anksioznosti in depresivnosti pri koronarnih bolnikih z različnimi oblikami bolezni
- primerjati stopnjo anksioznosti in depresivnosti pri bolnikih, ki živijo sami, in tistih, ki živijo v partnerski zvezi ali z družinami.

4. DELOVNE HIPOTEZE

Ho 1: Ni razlik v stopnji depresije in anksioznosti med moškimi in ženskami koronarnimi bolniki.

Ho 2: Ni razlik v stopnji depresije in anksioznosti med koronarnimi bolniki, ki hodijo različno pogosto na vadbo.

Ho 3: Ni razlik v stopnji depresije in anksioznosti med bolniki, ki so doživeli srčni infarkt, in bolniki, ki imajo izraženo kakšno drugo koronarno bolezen.

Ho 4: Ni razlik v stopnji depresije in anksioznosti med bolniki, ki živijo sami, in bolniki, ki živijo v partnerski zvezi ali z družinami.

5. METODE DELA

5.1 PREIZKUŠANCI

V raziskavo je bilo vključenih 126 oseb, in sicer 55 moških in 71 žensk. Stari so bili med 53 in 86 let, povprečna starost pa je bila 71,34 leta. Vzorec je zajemal koronarne bolnike, člane Koronarnega kluba Ljubljana.

5.2 PRIPOMOČKI

V raziskavi smo uporabili anketni vprašalnik Burnsov kontrolni seznam depresije in Burnsov seznam anksioznosti.

Vprašalniku smo dodali osem vprašanj, s katerimi smo pridobili osnovne podatke, kot so spol, starost, socialni in družinski status, ter podatke o obliki bolezni, o tem, kdaj se je bolezen začela, o športni aktivnosti in o tem, koliko časa je bolnik član Koronarnega kluba Ljubljana. V nadaljevanju se vprašalnik osredotoči na vprašanja, ki zadevajo depresijo in anksioznost.

Na anketni vprašalnik Burnsov kontrolni seznam depresije in anksioznosti so sodelujoči odgovarjali na osnovi štiristopenjske ocenjevalne lestvice (0 – sploh ne, 1 – malo, 2 – zmerno, 3 – veliko) in ocenili, kako pogosto je pri njih izražen posamezni simptom, ki se je pojavil v preteklem tednu.

Vprašalnik Burnsov kontrolni seznam depresije je sestavljen iz 15 postavk, ki merijo poglobitve komponente depresivne simptomatike, medtem ko anketni vprašalnik Burnsov seznam anksioznosti obsega 33 postavk, ki merijo komponente anksiozne simptomatike, in je razdeljen na tri dele:

- anksiozna občutja,
- anksiozne misli,
- telesni simptomi.

5.3 POSTOPEK

Zbiranje podatkov je potekalo maja 2008. Pred začetkom raziskave smo pridobili privoljenje predsednice ZKDKS ga. Aleksandre Gorjup ter predsednika KKL g. Janeza Kranjca. Anketne vprašalnike smo razdelili vsem članom KKL, in sicer na uri

telesne vadbe (ta poteka na več lokacijah – v centru Ljubljane in njeni bližnji okolici). Če so bili udeleženci vadbe takrat odsotni, so vprašalnik dobili pozneje. Anketni vprašalnik so lahko rešili le člani kluba, ki imajo koronarno bolezen. Udeležence smo seznanili z anketnim vprašalnikom in poudarili, da je anonimen, ter jih prosili, naj odgovarjajo čim bolj iskreno. Udeleženci so vprašalnike rešili doma in jih po enem tednu vrnili na posebej označeno mesto.

Dobljeni podatki so bili obdelani s programskim paketom SPSS, kjer smo uporabili metodo enosmerne analize variance.

6. REZULTATI IN RAZPRAVA

6.1 RAZLIKE V DEPRESIJI IN ANKSIOZNOSTI MED MOŠKIMI IN ŽENSKAMI KORONARNIMI BOLNIKI

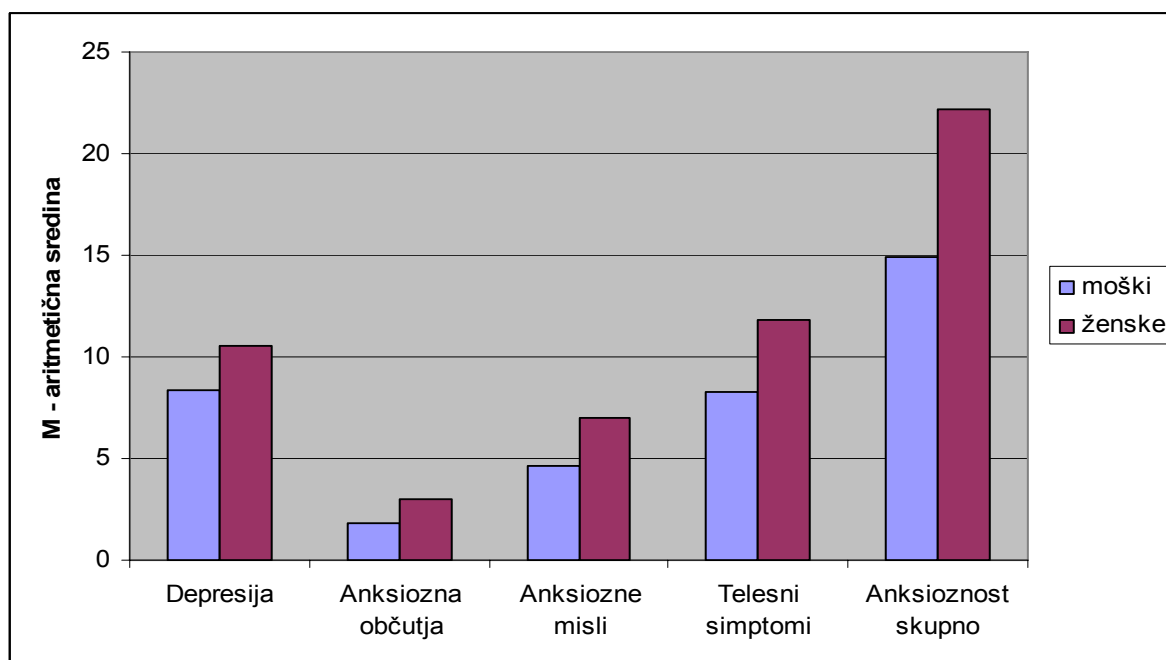
Tabela 4

Razlike v depresiji in anksioznosti med moškimi in ženskami koronarnimi bolniki

Dimenzija	Moški		Ženske		A – nova	pom (F)
	M	SD	M	SD	F	
Depresija	8,33	5,30	10,56	6,81	4,03	0,05
Anksiozna občutja	1,86	1,81	2,97	3,20	5,28	0,02
Anksiozne misli	4,67	3,85	6,99	5,92	6,36	0,01
Telesni simptomi	8,24	6,38	11,83	8,73	6,60	0,01
Anksioznost – skupno	14,95	11,38	22,15	16,79	7,47	0,01

Legenda: M – aritmetična sredina; SD – standardna deviacija; pom (F) – pomembnost parametra F

Primerjava dimenzij depresije, anksioznih občutij, anksioznih misli, telesnih simptomov in skupne anksioznosti med moškimi in ženskami koronarnimi bolniki kaže, da obstajajo pomembne razlike med spoloma. Pri vseh petih dimenzijah imajo ženske v primerjavi z moškimi bolj izraženo tako depresivno kot anksiozno simptomatiko. Primerjava vseh petih dimenzij med moškimi in ženskami je statistično pomembna.



Slika 4. Razlike med moškimi in ženskami koronarnimi bolniki.

Slika 4 nam prikazuje, da je razlika med spoloma očitna. Pri vseh petih dimenzijah so dosegle ženske višji rezultat kot moški. Raziskava je pokazala, da so ženske bolj depresivne in tudi bolj anksiozne kot moški. Dosegle so najvišji rezultat v dimenziji telesni simptomi, kar se ujema z raziskavo Pajer (1995, v Govc Eržen, 2006), ki navaja, da se pri ženskah pogosteje pojavljajo netipični simptomi depresije, kot so pretirana zaspanost, pridobivanje telesne teže, prenejedanje, občutek težkih rok in nog. Poudarja še, da so pri ženskah pogostejši tudi simptomi anksioznosti, panične motnje in fobije. Sklepamo lahko, da so pri moških bistveno manj izraženi telesni simptomi kot pri ženskah zato, ker moški o njih ne govorijo. Pri moških je bolezen bolj povezana z zlorabo alkohola in psihoaktivnih snovi ter z nezaposlenostjo. Žvan (1997) razlaga, da se depresija pri moških kaže z razdražljivostjo, neprijetnostjo do drugih in impulzivnim vedenjem. Ameriška raziskava National Institute of Mental Health je pokazala, da je odstotek bolnikov z depresijo in anksioznostjo, ki se pritožujejo nad telesnimi bolečinami, dvakrat višji pri ženskah kot pri moških (Kores - Plesničar, 2005) in tudi raziskava Tratnika in Kersnika (2005) govori o razlikah med spoloma, in sicer o tem, da je depresivna motnja pogostejša pri ženskah, saj je bilo depresivnih 18,1 % žensk in 10,9 % moških, ki so sodelovali v raziskavi.

Ženske imajo občutneje bolj izraženo depresivno komponento kot moški. Številne raziskave so potrdile, da ženske dvakrat pogosteje zbolijo za depresijo kot moški (Kores - Plesničar, 2006; Dernovšek, Gorenc in Jeriček, 2006). Razloge za to lahko najdemo v tem, da ženske ogroža več dejavnikov tveganja za razvoj depresije. Hippisley, Fielding in Pringle (1998, v Govc Eržen, 2006) navajajo naslednje dejavnike tveganja za razvoj depresije pri ženskah: družinska obremenjenost z

motnjami razpoloženja, osebna anamneza motenj razpoloženja v zgodnjem reproduktivnem obdobju, izguba staršev pred 10. letom starosti, telesna in spolna zloraba v zgodnjem otroškem obdobju, jemanje oralnih kontracepcijskih sredstev, jemanje spodbujevalcev gonadotropina za zdravljenje neplodnosti, izpostavljenost psihosocialnim stresorjem, izguba socialne podpore.

Razlike med spoloma zasledimo tudi pri anksioznosti. Naša raziskava je pokazala, da je anksioznih več žensk kot moških, kar se ujema z raziskavo Milač, (1994), ki pravi, da se anksioznost pojavlja za 2–5,2 % pogosteje pri ženskah kot pri moških. Anksioznost se kar v 55 % prekriva z motnjami razpoloženja, od tega gre v 50 % za veliko depresivno motnjo (Erzar, 2007). Glede na to, da so ženske bolj depresivne kot moški, lahko torej sklepamo, da je pri ženskah več tudi anksioznih simptomov.

Na podlagi dobljenih rezultatov hipotezo 1 zavržemo.

6.2 RAZLIKE V DEPRESIJI IN ANKSIOZNOSTI GLEDE NA POGOSTOST OBISKOVANJA VADBE

Tabela 5

Razlike v depresiji in anksioznosti med koronarnimi bolniki, ki hodijo različno pogosto na vadbo

Dimenzija	Manj kot enkrat na teden		Enkrat na teden		Dvakrat na teden		Trikrat na teden		A – nova	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	F	pom (F)
Depresija	12,00	8,79	9,65	7,23	9,56	6,68	9,25	3,20	0,22	0,89
Anksiozna občutja	3,00	3,46	2,40	1,96	2,49	3,00	2,43	1,66	0,05	0,98
Anksiozne misli	7,00	8,76	5,80	4,71	5,89	5,43	6,25	4,15	0,08	0,97
Telesni simptomi	9,00	9,13	12,90	10,56	9,96	7,86	10,55	7,21	0,45	0,72
Anksioznost – skupno	19,00	20,98	21,10	15,93	18,61	15,51	19,68	12,45	0,10	0,96

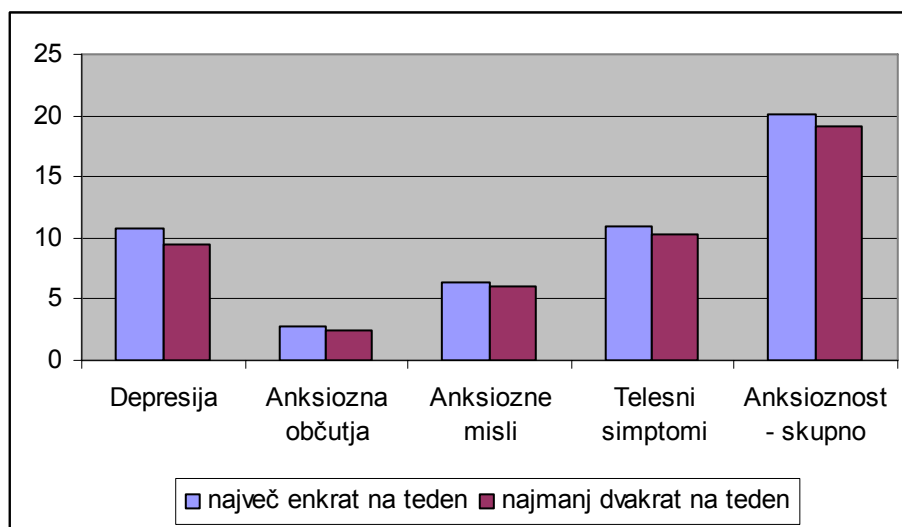
Legenda: M – aritmetična sredina; SD – standardna deviacija; pom (F) – pomembnost parametra F

Iz tabele je razvidno, da je depresija najbolj izražena pri tistih bolnikih, ki se vadbe udeležujejo manj kot enkrat na teden. Kar zadeva pogostost obiskovanja vadbe, pa pri nobeni komponenti ni prišlo do statistično pomembnih razlik, saj so vse vrednosti

večje od 0,05. Tako lahko ugotovimo, da pogostost športne aktivnosti ne vpliva bistveno na razvoj anksioznosti in depresivnosti. Ti rezultati se ne skladajo z rezultati obstoječih raziskav. Lah (2005) namreč navaja, da življenjski slog brez telesne dejavnosti za dvakrat poveča tveganje za koronarno bolezen. Torej je telesna nedejavnost močan neodvisni dejavnik umrljivosti zaradi srčno-žilnih bolezni. Telesna dejavnost je tudi osrednji terapevtski ukrep v okviru srčne rehabilitacije po infarktu.

Raziskave so pokazale, da povečana telesna dejavnost pripomore k zmanjšanju simptomov depresije. Paffenbarger (1994, v <http://ajl.sagepub.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/cgi/reprint/1/3/175>) je v svoji raziskavi proučeval povezavo med pojavom depresije in telesne aktivnosti. Ugotovil je, da se je tistim, ki so bili bolj telesno aktivni, možnost za pojav depresije zmanjšala za 17–28 %. Naslednja obširna raziskava National Comorbidity Survey je prav tako potrdila pozitiven vpliv redne telesne dejavnosti na zmanjšanje tako depresije kot anksioznosti in tudi Sexton (1989), ki je v svojem osemtedenskem programu vadbe primerjala vpliv hoje in teka na depresijo in anksioznost, je ugotovila, da sta hoja in tek pripomogla k zmanjšanju simptomov depresije in anksioznosti.

Menim, da bi do razlik prišlo, če bi spremenili možne odgovore na vprašanje o pogostosti obiskovanja vadbe. Namesto štirih možnih odgovorov bi podala le dva, in sicer 'največ enkrat na teden' in 'najmanj dvakrat na teden'.



Slika 5. Razlike glede na pogostost obiskovanja vadbe.

Slika 5 nam prikazuje teoretično možnost, kaj bi se lahko zgodilo, če bi pri vprašanju 'Kako pogosto obiskujete organizirano vadbo v KKL?' podali le dva možna odgovora – 'največ enkrat na teden' in 'najmanj dvakrat na teden'. Iz slike je razvidno, da bi prišlo do majhnih razlik v vseh štirih dimenzijah. Bolniki, ki bi odgovorili, da obiskujejo organizirano vadbo v KKL največ enkrat na teden, bi imeli več izraženih

simptomov depresije in anksioznosti kot tisti, ki bi odgovorili, da vadbo obiskujejo najmanj dvakrat na teden. Prišlo bi torej do majhnih razlik, vendar bi bile te premajhne, da bi bile lahko statistično pomembne.

Na podlagi dobljenih rezultatov hipotezo 2 potrdimo.

6.3 RAZLIKE V DEPRESIJI IN ANKSIOZNOSTI MED BOLNIKI, KI SO DOŽIVELI SRČNI INFARKT, IN BOLNIKI, KI IMAJO IZRAŽENO DRUGO KORONARNO BOLEZEN

Tabela 6

Razlike v depresiji in anksioznosti med bolniki, ki so doživeli srčni infarkt, in bolniki, ki imajo izraženo drugo koronarno bolezen

Dimenzija	Srčni infarkt		Drugo		A – nova	
	M	SD	M	SD	F	pom (F)
Depresija	9,33	5,65	9,85	6,90	0,22	0,64
Anksiozna občutja	2,45	2,53	2,52	2,95	0,02	0,88
Anksiozne misli	6,08	5,11	5,88	5,39	0,05	0,83
Telesni simptomi	9,94	7,50	10,60	8,47	0,21	0,64
Anksioznost – skupno	18,61	13,92	19,42	16,25	0,09	0,76

Legenda: M – aritmetična sredina; SD – standardna deviacija; pom (F) – pomembnost parametra F

Tabela nam prikazuje, da imajo bolniki, ki niso doživeli infarkta, ampak imajo kakšno drugo koronarno bolezen, več izraženih simptomov v dimenzijah depresija, anksiozna občutja, telesni simptomi in anksioznost – skupno kot tisti, ki so doživeli srčni infarkt. Drugače je le pri dimenziji anksiozne misli, saj je ta bolj izražena pri bolnikih, ki so doživeli srčni infarkt. Ker pa so razlike majhne, lahko rečemo, da do njih ni prišlo.

Raziskava je pokazala, da srčni infarkt ne vpliva na bolj izraženo simptomatiko depresije in anksioznosti kot katera druga koronarna bolezen.

V raziskavi bi teoretično lahko prišlo do statistično pomembnih razlik, če bi proučevali vzorec samo tistih bolnikov, pri katerih je od srčnega infarkta minilo manj kot pet let. Ker pa je v raziskavi sodelovalo kar 76 % bolnikov, ki so zboleli pred več kot petimi

leti, je razumljivo, da do razlik ni prišlo. Do razlik bi torej lahko prišlo pri preostalih 24 % bolnikov, ki so zboleli pred manj kot petimi leti.

Serec (2008) je v svoji raziskavi ugotovila, da je depresivnost pri srčnih bolnikih pogostejša v prvih petih letih po doživelem miokardnem infarktu. Navaja tudi, da so bolniki v zgodnjem obdobju po infarktu bolj depresivni, poleg tega so pa v obdobju pol leta po infarktu bolj dovzetni za ponovne srčne zaplete in umrljivost. Schleifer, Macari Hinson, Coyle idr. (1989, v Keber in Kralj, 2005) so ugotovili, da 40–60 % bolnikov doživlja v akutnem obdobju bolezni klinično pomembno anksiozno in depresivno stanje in da leto dni po prebolelem infarktu potrebuje psihično pomoč 20–35 % bolnikov z izraženo anksioznostjo in depresivnostjo.

Frasure-Smith, Lesperance in Talajic (1993) ter Frasure-Smith, Lesperance, Gravel, Masson, Juneau, Talajic in Bourassa (2005, v Govc Eržen, 2006) na podlagi raziskav navajajo, da je v prvih šestih mesecih po infarktu pri bolnikih z depresijo umrljivost kar petkrat večja. Prav tako je značilna večja umrljivost pri bolnikih z izraženo anksiozno motnjo, ki je povezana z večjim tveganjem za akutne koronarne dogodke in motnje ritma v prvih 12 mesecih po infarktu.

Na podlagi dobljenih rezultatov hipotezo 3 sprejmemo.

6.4 RAZLIKE V DEPRESIJI IN ANKSIOZNOSTI MED BOLNIKI, KI ŽIVIJO SAMI, IN BOLNIKI, KI ŽIVIJO V PARTNERSKI ZVEZI ALI Z DRUŽINAMI

Tabela 7

Razlike v depresiji in anksioznosti med bolniki, ki živijo sami, in bolniki, ki živijo v partnerski zvezi ali z družinami

Dimenzija	Sami		Partner		Družina		A – nova	
	M	SD	M	SD	M	SD	F	pom (F)
Depresija	9,95	6,54	9,61	6,23	8,71	5,97	0,28	0,76
Anksiozna občutja	2,23	2,45	2,87	3,11	2,05	2,16	1,04	0,36
Anksiozne misli	6,11	5,05	6,19	5,39	5,10	5,35	0,36	0,70
Telesni simptomi	9,56	7,67	11,07	8,29	9,67	7,91	0,53	0,59
Anksioznost – skupno	18,10	13,75	20,14	15,51	18,00	17,10	0,29	0,75

Legenda: M – aritmetična sredina; SD – standardna deviacija; pom (F) – pomembnost parametra F

Razlike v dimenziji depresija so minimalne, vendar pa lahko ugotovimo, da so simptomi depresije najbolj izraženi pri bolnikih, ki živijo sami, najmanj pa pri tistih, ki živijo z družino. Zanimivo pa je pri dimenziji anksioznost – ta je najbolj izražena pri ljudeh, ki živijo v partnerski zvezi, najmanj pa pri tistih, ki živijo sami ali z družino. Tudi tukaj pri nobeni od komponent ni prišlo do statistično pomembnih razlik.

Na podlagi dobljenih rezultatov hipotezo 4 sprejememo.

6.5 KRITIČEN POGLED NA RAZISKAVO

Z raziskavo smo želeli ugotoviti, ali med koronarnimi bolniki prihaja do statistično pomembnih razlik v depresiji in anksioznosti. Primerjali smo razlike med moškimi in ženskami, razlike glede na pogostost obiskovanja vadbe, razlike glede na obliko bolezni in razlike glede na to, kako bolniki zdaj živijo.

V času aktivnega sodelovanja s klubom mi je kar nekaj članov potožilo o svojih stiskah, osebnih težavah in življenjski situaciji in med sproščenimi pogovori z njimi sem velikokrat opazila, da je pri precej članih izražena bodisi depresivna bodisi anksiozna simptomatika, zato sem se odločila, da bom o tem napisala diplomsko delo in v raziskavo zajela koronarne bolnike, člane Koronarnega kluba Ljubljana.

Raziskavo smo izvedli s pomočjo anketnega vprašalnika, ki je vključeval Burnsov kontrolni seznam depresije in Burnsov seznam anksioznosti. Pred začetkom raziskave smo se v klubu dogovarjali, da bi ta vprašalnik ponudili le tistim članom, ki že kažejo simptome depresije in anksioznosti, vendar pa se nam je ob tem pojavilo vprašanje, kako bi posamezniku obrazložili naš namen in ga pripravili k sodelovanju.

Pred začetkom raziskave so bila moja pričakovanja zelo pesimistična. Zaradi naslova raziskave sem bila deležna tudi nekaj kritik, kar sem sicer pričakovala, a je kljub temu večina članov z navdušenjem privolila v sodelovanje. Ker je bilo opaziti, da so se na začetku bali sodelovanja, sem jim pojasnila namen raziskave in predvsem to, da je raziskava anonimna in da anketni vprašalnik lahko rešijo doma. Z odzivnostjo so me zelo presenetili, saj sem po tiho upala, da bom pridobila vsaj 60 pravilno izpolnjenih anket, na koncu pa je bilo teh kar 126.

Prva hipoteza: ni razlik v depresiji in anksioznosti med moškimi in ženskami koronarnimi bolniki. Glede na pretekle raziskave so bili naši rezultati v skladu s pričakovanji.

Druga hipoteza: ni razlik v depresiji in anksioznosti med koronarnimi bolniki, ki hodijo različno pogosto na vadbo. Rezultati so me presenetili, saj v nobeni komponenti ni prišlo do razlik med bolniki. Verjetno bi bilo drugače, če bi v anketnem vprašalniku spremenili vprašanje 'Kako pogosto obiskujete organizirano vodeno vadbo v KKL?' v 'Kako pogosto se ukvarjate z gibalno dejavnostjo?' Pri tem bi tudi namesto štirih možnih odgovorov podali le dva: 'dvakrat na teden ali manj' in 'več kot trikrat na teden'. Zanimivo pa je, da je kar 71 % sodelujočih odgovorilo, da obiskuje vadbo dvakrat na teden. Koliko jih je gibalno dejavnih vsaj petkrat na teden, pa z raziskavo nismo ugotovili, kar kaže, da je uporabljen vprašalnik pomanjkljiv.

Tretja hipoteza: ni razlik v depresiji in anksioznosti med bolniki, ki so doživeli srčni infarkt, in bolniki, ki imajo izraženo kakšno drugo koronarno bolezen. Tudi tukaj so bili rezultati v nasprotju s pričakovanji, saj smo glede na številne dosedanje raziskave predvidevali, da bo prišlo vsaj do majhnih razlik. Razlogov, zakaj ni prišlo do pričakovanih razlik, je verjetno več. Eden izmed njih je, da je v raziskavi sodelovalo kar 76 % bolnikov, ki so zboleli pred več kot petimi leti. Nekateri raziskovalci so namreč ugotovili, da je v prvih šestih mesecih po infarktu umrljivost za depresijo petkrat večja in da je večja tudi umrljivost pri bolnikih z izraženo anksiozno motnjo, ki je povezana z večjim tveganjem za akutne koronarne dogodke in motnje ritma v prvih 12 mesecih po infarktu. Sklepamo lahko, da bolniki ne preživijo več kot pet let po srčnem infarktu, kar se sklada tudi z raziskavo Serec. Lahko pa se pri bolnikih izrazi bolezenska simptomatika le neposredno po infarktu, kasneje pa se ti uspešno prilagodijo novemu načinu življenja in simptomi pri njih izzvenijo. Tretjo možnost, zakaj ni prišlo do razlik, pa kaže raziskava (Koenig, 1998, v Thauvin Mourad, 2004), v kateri so sodelovali starejši bolniki s srčnim popuščanjem. Kar 36,5 % jih je kazalo simptome depresije. Torej lahko tudi v naši raziskavi predvidevamo, da ima nekaj bolnikov z izraženo katero drugo koronarno boleznijo, npr. srčnim popuščanjem, enako možnost simptomatike depresije in anksioznosti kot tisti, ki so doživeli infarkt. Vprašati se moramo, zakaj je le 24 % bolnikov, ki so bolezen preboleli pred manj kot petimi leti, aktivnih članov. Možno je, da je zunaj kluba še veliko depresivnih in anksioznih bolnikov, ki so potrebni pomoči, vendar ne zberejo poguma, da bi se vključili v klub.

Četrta hipoteza: ni razlik v depresiji in anksioznosti med bolniki, ki živijo sami, in bolniki, ki živijo v partnerski zvezi ali z družinami. Tudi tu so nas rezultati presenetili. Pričakovali smo, da bodo simptomi depresije in anksioznosti izrazitejši pri bolnikih, ki živijo sami, kot pri tistih, ki živijo z družino ali partnerjem. Dokazano je, da osamljenost povzroča depresijo in da imajo ljudje, ki živijo sami, več simptomov anksioznosti. Hitreje jih zgrabi panika, imajo več strahov ipd. Na podlagi dobljenih rezultatov pa lahko sklepamo, da tisti, ki živijo sami, še niso nujno osamljeni. Udeležujejo se vadbe in drugih aktivnosti v klubu, lahko imajo veliko hobijev, se

dodatno izobražujejo, pazijo na vnuke, imajo morda domačo žival, za katero skrbijo, ali pa dobre sosede, s katerimi lahko poklepetajo in ki jim dajejo občutek varnosti. Predlagamo torej, da se pri nadaljnjih raziskavah v anketni vprašalnik vključi tudi te dejavnike.

Pomanjkljivost naše raziskave je vprašalnik, ki ni standardiziran. Vprašalnik, ki smo ga uporabili (uporabljajo ga tudi v psihiatrični bolnišnici Begunje pred začetkom in po koncu kognitivno-vedenjske terapije za zdravljenje depresivnih in anksioznih motenj), sprašuje o stopnji simptomatike v preteklem tednu, torej dobimo le informacije o trenutni stopnji depresivne in anksiozne simptomatike. Da bi dobili verodostojne informacije, bi morali vključiti tudi vprašanja o simptomih, ki so se pojavili v zadnjih mesecih. Mislimo, da je prav ta pomanjkljivost glavni razlog, zakaj pri drugi, tretji in četrti hipotezi ni prišlo do pomembnih razlik.

Še ena pomanjkljivost naše raziskave je, da smo iskali le razlike v stopnji depresivne in anksiozne simptomatike med koronarnimi bolniki, in sicer glede na spol, različno pogosto obiskovanje vadbe, različne oblike bolezni in glede na to, kako živijo. S študijo nismo dobili dejanskega števila depresivnih in anksioznih bolnikov v KKL. Predlagam, da se v prihodnje naredi še ena raziskava, s katero bi dobili dejansko število depresivnih in anksioznih koronarnih bolnikov v KKL.

Naslednji razlog, zakaj ni prišlo do pomembnih razlik, pa je verjetno ta, da so bili sodelujoči člani Koronarnega kluba Ljubljana. Ljudje, ki se vključijo v klub, pričajo o številnih pozitivnih učinkih. Nekateri spet najdejo smisel življenja, drugi novo dejavnost, ki jih v vsakdanjem življenju izpolnjuje, in tako zapolnijo praznino, ki so jo občutili po preboleli bolezni. Mnogo je takih, ki si fizično tako opomorejo, da po telesni pripravljenosti prekosijo celo 50-letnika. Marsikdo že z vstopom v klub premaga strah pred neznanim. Bolniki spoznajo, da niso sami, in tisti, ki jih je strah, ugotovijo, da se ob prisotnosti drugih počutijo varneje. Sklepajo nova poznanstva in v klubu lahko prevzamejo različne vloge (organizator, vodja skupine). Mnogo je takih, ki se jim po vadbi psihično stanje zelo izboljša, predvsem je viden napredek pri anksioznosti.

V raziskavo bi bilo smiselno vključiti tudi vpliv časa, ki preteče od doživetega infarkta. Raziskave so pokazale, da je stopnja depresivnosti in anksioznosti največja v prvem letu od preživelega infarkta. Zanimivo pa bi bilo tudi primerjati ljudi, ki so doživeli srčni infarkt, z njihovimi partnerji, ki niso koronarni bolniki.

Za nadaljnje raziskovanje bi bilo treba vsem članom v KKL ponuditi presejalni test, tj. samoocenjevalno lestvico za ugotavljanje depresije. Ta obsega štiri vprašanja: 'Ali ste bili v preteklih mesecih pogosto žalostni, potrti, brezvoljni?', 'Ali ste v preteklih

mesecih izgubili veselje in zanimanje za večino vsakodnevnih dejavnosti?', 'Vas boli v prsih, vam razbija srce, je vaš EKG normalen?' in 'Slabo spite?' (Govc Eržen, 2006). Če bi bolnik odgovoril z da, bi mu ponudili vprašalnik, ki prikazuje stopnjo izraženosti simptomov depresije in anksioznosti, in če bi bil bolnik primeren za zdravljenje, bi mu svetovali in mu izbrali primernega specialista, poleg tega pa bi mu predlagali, da se udeleži delavnice psihičnega sproščanja. Vizija kluba je, da se bosta v prihodnje izvajala dva modela psihičnega sproščanja. Prvi model bo namenjen tistim, ki imajo izraženo anksiozno motnjo, drugi model pa zdravljenju depresije.

7. SKLEP

Namen raziskave je bil ugotoviti, ali prihaja do statistično pomembnih razlik v depresiji in anksioznosti med moškimi in ženskami koronarnimi bolniki, ali obstajajo statistično pomembne razlike v depresiji in anksioznosti med bolniki, ki hodijo različno pogosto na vadbo, in ali prihaja do statistično pomembnih razlik v depresiji in anksioznosti med bolniki, ki so doživeli srčni infarkt, in bolniki, ki imajo izraženo drugo koronarno bolezen, iskali pa smo še statistično pomembne razlike v depresiji in anksioznosti med bolniki, ki živijo sami, in bolniki, ki živijo v partnerski zvezi ali z družinami.

V raziskavo je bilo vključenih 126 preiskovancev, od tega 55 moških in 71 žensk. Sodelujoči so bili stari od 53 do 86 let, povprečna starost pa je bila 71,34 leta. Vzorec je zajemal koronarne bolnike, člane Koronarnega kluba Ljubljana. Uporabili smo vprašalnik Burnsov kontrolni seznam depresije in Burnsov seznam anksioznosti. Vprašalnik ni standardiziran. Rezultate smo dobili z enosmerno analizo variance.

V raziskavi smo najprej iskali razlike med moškimi in ženskami koronarnimi bolniki. Ugotovili smo, da je prišlo do pomembnih razlik med spoloma, saj so ženske pokazale višjo stopnjo simptomatike tako v dimenziji depresija kot v dimenziji anksioznost. Rezultat se ujema s predhodnimi raziskavami.

Naša raziskava je tudi pokazala, da ni razlik v depresiji in anksioznosti med bolniki, ki hodijo različno pogosto na vadbo. To nas je zelo presenetilo, saj številne raziskave dokazujejo, da redna telesna dejavnost lajša simptome depresije in anksioznosti ter da je zaradi nje manj zapletov srčno-žilnih bolezni.

Naslednja ugotovitev raziskave je bila, da ni razlik v depresiji in anksioznosti med bolniki, ki so doživeli srčni infarkt, in tistimi, ki imajo kako drugo koronarno bolezen. Predvidevamo, da do razlik ni prišlo, ker je v raziskavi sodelovalo 76 % bolnikov, pri katerih je bolezen nastopila pred več kot petimi leti.

Nazadnje pa smo še ugotovili, da tudi med bolniki, ki živijo sami, in tistimi, ki živijo v partnerski zvezi ali z družinami, ni razlik v depresiji in anksioznosti.

Z rezultati raziskave smo dobili le podatke o morebitnih razlikah v depresivni in anksiozni simptomatiki pri koronarnih bolnikih, in sicer glede na njihov spol, pogostost obiskovanja vadbe, različne oblike bolezni in glede na to, kako živijo. Predlagamo, da se v prihodnje izvede še ena raziskava, s katero bi dobili dejansko število depresivnih in anksioznih koronarnih bolnikov v KKL. Glede na število bolnikov, ki bi kazalo občutno povečano simptomatiko depresije in anksioznosti, bi se organiziralo še več

delavnic psihičnega sproščanja oz. kognitivno-vedenjske terapije, saj se bolniki tu spoznajo s sprostitevimi tehnikami za obvladovanje stresa, s tehnikami dihanja, mišične sprostitve in krepitev samozavesti ter s tehnikami, ki razvijajo spretnosti komunikacije.

8. LITERATURA

Adamčič Pavlovič, D. (2004). Sproščanje. V *Prispevki iz vedenjsko kognitivne terapije* (str. 71–78). Ljubljana: Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo.

Anič, N. (1996). Vedenjsko-kognitivna terapija depresije. V *Zdravljenje z antidepresivi* (str. 188–195). Begunje: Psihiatrična bolnišnica Begunje.

Anič, N. (2007). Vedenjsko-kognitivni modeli razumevanja in obravnave generalizirane anksiozne motnje. V *Izbrane teme iz vedenjsko – kognitivne terapije* (str. 189–204). Ljubljana: Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo.

Bulc, M. (2002). Ishemična bolezen srca. V *Družinska medicina* (str. 389–411). Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine.

Cavill, N., Kahlmeier, S., in Racioppi, F. (2007). *Telesna dejavnost in zdravje v Evropi: dokazno gradivo za ukrepanje*. Maribor: Zavod za zdravstveno varstvo.

Crnčič, D. (2007). Depresija. V *Izzivi družinske medicine* (str. 291–298). Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine.

Dernovšek, M.Z., Gorenc, M., in Jeriček H. (2006). *Ko te strese stres: kako prepoznati in zdraviti stresne, anksiozne in depresivne motnje*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja.

Erzar, T. (2007). *Duševne motnje*. Celje: Celjska Mohorjeva družba.

Fras, Z. (2002). Predpisovanje telesne aktivnosti za preprečevanje bolezni srca in ožilja. V *Telesna aktivnost. Koronarna bolezen in psihične motnje*. Dodatek k zborniku izbranih gradiv. Ljubljana: ZKDKS.

Fras, Z. (2002). Telesna aktivnost – varovalni dejavnik za zdravje srca in ožilja. V *Telesna aktivnost. Koronarna bolezen in psihične motnje*. Dodatek k zborniku izbranih gradiv. Ljubljana: ZKDKS.

Gomez-Camirero, A., William, A., Blumentals W.A., Russo, L.J., Brown, R. in Castilla-Puentes, R. (2005). Does Panic Disorder Increase the Risk of Coronary Heart Disease? A Cohort Study of a National Managed Care Database.

Psychosomatic Medicine 67(5), 688–691. Pridobljeno 7. 1. 2009 iz <http://www.psychosomaticmedicine.org/cgi/content/full/67/5/688>.

Govc Eržen, J. (2006). Napovedni dejavniki za motnje razpoloženja. *Farmacenvtiki vestnik*, 57(3), 208–211.

Govc Eržen, J. (2006). Depresija in srčnožilne bolezni – pristop zdravnika družinske medicine. V *Depresija in kardiovaskularne bolezni, bolečina pri bolnikih z rakom, dejavniki tveganja za srčnožilne bolezni, osteoporoza, nespečnost, debelost: zbornik predavanj* (str. 8 – 15). Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine.

Groleger, U. (2003). Zdravljenje depresivnega bolnika. Kako začeti? V *Kronična bolečina, sladkorna bolezen, depresija in preventivni program: zbornik predavanj* (str. 87 – 93). Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine.

Grom, P. (2005). Program GIO. V *Usposabljanje vaditeljev telesne vadbe v Koronarnih društvih in klubih v letih 2000–2005* (str. 107–111). Ljubljana: ZKDKS.

Hauck, P. (1987). *Depresija*. Ljubljana: Mladinska knjiga.

Ivaškovič, D., in Rebolj, V. (2003). Raziskava o pojavljanju depresije po akutnem miokardnem infarktu ali po operaciji srca zaradi koronarne bolezni. *Krka v medicini in farmaciji*, 24 (36), 10–16.

Jug, B. (2001). Telesna vadba pri bolnikih s kroničnim srčnim popuščanjem. V *Medicinski razgledi*. 39(4), 365–380.

Kapš, P. (2003). Panična motnja. *Krka v medicini in farmaciji*, 24 (36), 17 – 24.

Keber, I. (2005). Koronarni klubi – možnost trajne rehabilitacije koronarnih bolnikov. V *Usposabljanje vaditeljev telesne vadbe v Koronarnih društvih in klubih v letih 2000–2005* (str. 3–4). Ljubljana: ZKDKS.

Keber, I., in Kralj, Z. (2005). Psihološki dejavniki pri rehabilitaciji bolnikov po miokardnem infarktu. V *Usposabljanje vaditeljev telesne vadbe v Koronarnih društvih in klubih v letih 2000–2005* (str. 43–48). Ljubljana: ZKDKS.

Kocijančič, A., Mrevlje, F., in Štajer, D. (2005). Ishemična srčna bolezen. V *Interna medicina* (str. 186–218). Ljubljana: Littera picta.

Kocmur, M. (1999). Nevrotske, stresne in somatoforme motnje. V M. Tomori, S. Zihlerl (ur.), *Psihijatrija* (str. 229–258). Ljubljana: Litterapicta, Medicinska fakulteta.

Kocmur, M. (2003). Depresija in srčno-žilne bolezni. *Krka v medicini in farmaciji* 24(36), 5–9.

Koprivšek, J. (2006). Depresija in posebne populacijske skupine. *Farmaceutski vestnik*, 57(4), 258–261.

Koprivšek, J. (2007). Depresija pod masko. V *Medicinski razgledi* 46(1), 53–58.

Kores - Plesničar, B. (1997). *Depresije*. Ljubljana: Klinični center, Psihiatrična klinika.

Kores - Plesničar, B. (1999). Najpogosteje uporabljene skupine zdravil. V M. Tomori, S. Zihlerl (ur.), *Psihijatrija* (str. 411–482). Ljubljana: Litterapicta, Medicinska fakulteta.

Kores - Plesničar, B. (2005). Depresija, tesnoba in kronična bolečina. V *Medicinski razgledi* 44(1), 55–60.

Kores - Plesničar, B. (2006). Epidemiologija, etiologija, klinična slika in diagnostika depresije. *Farmaceutski vestnik*, 57(4), 241–244.

Lah, K. (2005). Sočasne bolezni in telesna dejavnost. V *Sočasne bolezni in stanja*. (str. 329–335). Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine.

Lavrenčič, A, in Gužič Salobir, B. (2005). Zdravila za bolnike s koronarno boleznijo. V *Usposabljanje vaditeljev telesne vadbe v Koronarnih društvih in klubih v letih 2000–2005* (str. 29–34). Ljubljana: ZKDKS.

Lamovec, T. (1988). *Priročnik za psihologijo motivacije in emocij*. Ljubljana: Filozofska fakulteta.

Levstik, I. (2004). Fobije. V *Prispevki iz vedenjsko kognitivne terapije* (str. 94–102). Ljubljana: Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo.

Lokar, J. (1994). Akutne in kronične stresne reakcije. V *Prepoznavanje in pomoč ljudem v duševni stiski, Zbornik prispevkov* (str. 38–49). Ljubljana: Republiški strokovni kolegij za psihijatrijo.

Kovačič, I. (2005). Nevrotske, stresne in somatoformne motnje. V *Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene: MKB-*

10: deseta revizija (str. 339 - 349). Ljubljana: IVZ RS – Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

Kovačič, I. (2005). Razpoloženjske (afektivne) motnje. V *Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene: MKB-10: deseta revizija* (str. 332 - 339). Ljubljana: IVZ RS – Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

Milač, B. (1994). Anksioznost in depresija. V M. Kocmur (ur.), *Prepoznavanje in pomoč ljudem v duševni stiski, Zbornik prispevkov* (str. 50–55). Ljubljana: Republiški strokovni kolegij za psihiatrijo.

Petek, D. (2002). Anksioznost in panika. V I. Švab, D. Rotar - Pavlič (ur.), *Družinska medicina* (str. 235–237). Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine.

Podobnik, M., Pokleka, P., in Valenčič, B. (2008). Dejavnosti koronarnih klubov po Sloveniji. V *Kakovostna vseživljenjska rehabilitacija srčno-žilnih bolnikov: zbornik predavanj* (str. 65–69). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji.

Pozuelo, L., Tesar, G., Zhang, J., Penn, M., Franco, K. in Jiang, W. (2009). Depression and heart disease: what do we know, and where are we headed? *Cleveland Clinic Journal of Medicine* 76(1), 59–60. Pridobljeno 1. 2. 2009 iz <http://www.ccjm.org/content/76/1/59.full.pdf+html>.

Rebolj, K. (2006). Bolnik s panično motnjo v ambulanti družinskega zdravnika. V 9 *Schrottovi dnevi, Medicinski razgledi* (str. 29–35). Ljubljana: Medicinski razgledi.

Resman, D. (2003). Kognitivno vedenjska terapija anksioznih in depresivnih motenj pri bolnikih s koronarno boleznijo. *Krka v medicini in farmaciji*, 24 (36), 24–36.

Resman, D. (2005). Zdravljenje psihičnih motenj koronarnih bolnikov. V *Usposabljanje vaditeljev telesne vadbe v Koronarnih društvih in klubih v letih 2000–2005* (str. 55–56). Ljubljana: ZKDKS.

Resman, J. (1996). Uporaba antidepresivov v zdravljenju nevrotskih, stresnih in somatofornih motenj. V *Nevrotske, stresne in somatofornne motnje v splošni medicini in psihiatriji* (str. 126–137). Begunje: Psihiatrična bolnišnica Begunje.

Resman, J. (2006). Klinična slika in telesni pregled bolnika s stabilno angino pectoris. V M. Bunc, I. Gradecki (ur.), *Kronična koronarna bolezen, stabilna angina pectoris, izbrana poglavja*. Novo mesto: Zdravniško društvo Novo mesto.

Rotar - Pavlič, D. (2004). Prevelanca in napovedni dejavniki za razvoj depresije ter generalizirane anksiozne motnje. V *Kakovostna obravnava bolnikov v družinski medicini* (str. 29–33). Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine.

Rozanski, A., Blumenthal, J.A., in Kaplan, J. (27. 4. 1999). Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation*, 99, 2192–2217. Pridobljeno 1. 2. 2009 iz <http://www.circ.ahajournals.org/cgi/content/full/99/16/2192>.

Serec, M. (2008). Depresivnost pri bolnikih po doživetem miokardnem infarktu. *Zdravstveno varstvo*, 47(3), 143–148.

Shawe - Taylor, M. (2001). Razvoj in temeljne osnove kognitivno-vedenjske terapije. *Zdravstveno varstvo* 40 (9/10), 302–305.

Stamos, V. (1996). Fobične, anksiozne in obsesivno-kompulzivne motnje. V *Nevrotske, stresne in somatiformne motnje v splošni medicini in psihiatriji* (str. 25 – 37). Begunje: Psihiatrična bolnišnica Begunje.

Šabovič, M. (2006). Vpliv depresije na bolezni srca in ožilja. V *Depresija in kardiovaskularne bolezni, bolečina pri bolnikih z rakom, dejavniki tveganja za srčnožilne bolezni, osteoporoza, nespečnost, debelost: zbornik predavanj* (str. 3–7). Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine.

Thauvin Mourad, I. (2004). *Bolniki z depresijo in srčnožilnimi boleznimi*. Ljubljana: Servier Pharma.

Tkavec, S., in Simpson Grom, P.A. (2008). *Rehabilitacijska vadba koronarnih bolnikov. V Usposabljanje vaditeljev telesne vadbe v Koronarnih društvih in klubih v letih 2000–2008* (str. 64–66). Ljubljana: ZKDKS.

Torić Gorup, A. (2008). Vloga Zveze koronarnih društev in klubov Slovenije v sekundarni preventivi srčno-žilnih bolezni in rehabilitacije bolnikov, ki so oboleli z boleznijo srca – ocena stanja in aktivnosti v letu 2007. V *Slovenski forum za preventivo bolezni srca in žilja 2008: zbornik prispevkov* (str. 119–123). Ljubljana: Združenje kardiologov Slovenije.

Tratnik E., Kersnik, J. (2005). Sopojavljanje depresivne in anksiozne motnje pri kroničnih boleznih. V *Sočasne bolezni in stanja* (str. 189–194). Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine.

Tomori, M. (1998). Klinična slika depresije in njeno prepoznavanje v ambulanti zdravnika splošne prakse. V *Obravnava depresij v ambulanti zdravnika splošne prakse* (str. 4–10). Novo mesto: Krka.

Vidmar Vengust, M. (2004). Kognitivno vedenjski pristop k depresivni motnji. V *Prispevki iz vedenjsko kognitivne terapije* (str. 211–225). Ljubljana: Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo.

Ziherl, S. (1999). Psihoterapija. V M. Tomori, S. Ziherl (ur.), *Psihijatrija* (str. 381–401). Ljubljana: Litterapicta, Medicinska fakulteta.

Zoeller, R. F. (2007). Physical Activity: Depression, Anxiety, Physical Activity, and Cardiovascular Disease: What's the Connection? *American Journal of Lifestyle Medicine*, 1(3), 175–180. Pridobljeno 3. 2. 2009, iz <http://ajl.sagepub.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/cgi/reprint/1/3/175>.

Zupan Resman, D. (2006). Zdravljenje depresije pri koronarnih bolnikih. V *Depresija in kardiovaskularne bolezni, bolečina pri bolnikih z rakom, dejavniki tveganja za srčnožilne bolezni, osteoporoza, nespečnost, debelost: zbornik predavanj* (str. 16–21). Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine.

Žmitek, A. (2006). Splošna načela zdravljenja z antidepresivi in vloga novega antidepresiva duloksetina. V *Poškodbe rame in boleča rama, tenditisi in druga kirurška stanja roke, hude poškodbe na terenu, anksioznodepresivne motnje, epilepsija, motnje razpoloženja, bolezni ščitnice, uporaba računalnikov in vaje iz oživljanja : zbornik predavanj* (str. 97–102). Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine.

Žunter Nagy, A. M. (1998). Etiologija depresije. V *Obravnava depresij v ambulanti zdravnika splošne prakse* (str. 14–20). Novo mesto: Krka.

Žvan, V. (1999). Razpoloženske (afektivne) motnje. V M. Tomori, S. Ziherl (ur.), *Psihijatrija* (str. 207–227). Ljubljana: Litterapicta, Medicinska fakulteta.

9. PRILOGE

Priloga 1: Anketni vprašalnik

Spoštovani!

Nina Žvanut, absolventka Fakultete za šport v Ljubljani, pišem diplomsko nalogo z naslovom Depresija in anksioznost pri koronarnem bolniku. Prosim vas, da pazljivo preberete vprašanja in upoštevate navodila pri izpolnjevanju vprašalnika. V skladu z 8. členom Zakona o varstvu osebnih podatkov (Uradni list RS št. 86/2004) bodo podatki uporabljeni le za namene diplomske naloge.

Zahvaljujem se vam za sodelovanje!

UPORABA VPRAŠALNIKOV O ANKSIOZNOSTI IN DEPRESIVNOSTI PRI KORONARNIH BOLNIKI

Po podatkih iz literature in kliničnih izkušenj je znano, da imajo koronarni bolniki pogosto anksiozne in depresivne motnje, kar zmanjšuje kakovost njihovega življenja in ovira zdravljenje koronarne bolezni. Z vprašalniki o anksioznih in depresivnih simptomih, ki bi jih izpolnili člani koronarnih klubov, bi dobili objektivne podatke o pogostosti in intenzivnosti psihičnih motenj pri naših bolnikih. Na podlagi dobljenih informacij bi lažje ocenili, kolikšne so potrebe po nudenju psihološke pomoči članom koronarnih klubov. Lažje bi načrtovali aktivnosti in izobraževanja bolnikov in vaditeljev o prepoznavanju in odpravljanju psihičnih motenj. Z vprašalniki bi bilo mogoče tudi spremljati učinkovitost psihološkega zdravljenja.

Dragica Resman, dr. med.,
specialistka psihiatrije,
članica strokovnega sveta ZKDKS

Prosim, da pozorno preberete spodnja vprašanja in obkrožite črko pred izbranim odgovorom oz. odgovor dopišete.

1. Spol:

- a) moški
- b) ženski

2. Leto rojstva_____

3. Zakonski stan:

- a) samski/-a
- b) poročen/-a
- c) ločen/-a
- d) ovdoveli

4. Sedaj živite:

- a) sami
- b) s partnerjem (mož, žena)
- c) z družino

5. Oblika koronarne bolezni:

- a) srčni infarkt
- b) drugo_____

6. Nastop bolezni:

- a) pred 1 letom
- b) pred več kot 1 letom in manj kot 5 leti
- c) pred več kot 5 leti in manj kot 10 leti
- d) pred več kot 10 leti

7. Kako pogosto obiskujete organizirano vodeno vadbo v KKL?

- a) manj kot 1-krat na teden
- b) 1-krat na teden
- c) 2-krat na teden
- d) 3-krat na teden

8. Kako dolgo ste že član KKL?

- a) manj kot 1 leto
- b) 1–5 let
- c) 5–10 let
- d) več kot 10 let

Burnsov kontrolni seznam depresije

Navodilo: Pred vami so vprašanja o težavah, ki jih ima včasih vsak izmed nas. Obkrožite številko, koliko vas je nadlegovala v zadnjem tednu.

0 = sploh ne

1 = malo

2 = zmerno

3 = veliko

1. Žalost: Ste žalostni ali zelo nesrečni?	0	1	2	3
2. Malodušje: Se vam zdi prihodnost brezupna?	0	1	2	3
3. Nizko samospoštovanje: Se počutite brez vrednosti ali mislite, da ste poraženec?	0	1	2	3
4. Manjvrednost: Se počutite manjvredni ali nedorasli drugim?	0	1	2	3
5. Krivda: Postanete kdaj samokritični in sebe krivite za vse?	0	1	2	3
6. Neodločnost: Se težko odločite?	0	1	2	3
7. Razdražljivost ali razočaranje: Ste pogosto ogorčeni ali jezni?	0	1	2	3
8. Izguba zanimanja za življenje: Ste izgubili zanimanje za poklic, konjičke, družino ali prijatelje?	0	1	2	3
9. Izguba motivacije: Se počutite preobremenjeni in se morate prisiliti, da kaj naredite?	0	1	2	3
10. Negativna samopodoba: Mislite, da ste videti stari in neprivlačni?	0	1	2	3
11. Sprememba teka: Ste izgubili tek? Ste preveč ješči ali se prisilno bašete s hrano?	0	1	2	3
12. Motnje spanja: Vas muči nespečnost in težko zaspate? Ste pretirano utrujeni in preveč spite?	0	1	2	3
13. Izguba spolnih želja: Vas spolnost več ne zanima?	0	1	2	3
14. Hipohondrija: Se zelo bojite, da bi zboleli?	0	1	2	3
15. Samomorilni nagibi: Mislite, da ni vredno živeti ali da bi bilo bolje biti mrtev?	0	1	2	3

Burnsov seznam anksioznosti

Navodilo: Pred vami je seznam težav, ki jih ima včasih vsak izmed nas. Obkrožite številko, koliko vas je nadlegovala v zadnjem tednu.

0 = sploh ne

1 = malo

2 = zmerno

3 = veliko

Seznam simptomov

I. ANKSIOZNA OBČUTJA

1. strah, bojazen, vznemirjenost ali skrb	0	1	2	3
2. občutek, da so stvari okoli vas nenavadne, neresnične ali nejasne	0	1	2	3
3. občutek ločenosti od lastnega telesa ali njegovega dela	0	1	2	3
4. nenadni napadi panike	0	1	2	3
5. zle slutnje ali občutja grozeče pogube	0	1	2	3
6. občutja notranje napetosti, vznemirjenost, občutek, da ste na koncu z živci	0	1	2	3

II. ANKSIOZNE MISLI

7. težave z zbranostjo	0	1	2	3
8. vrvenje ali beganje misli	0	1	2	3
9. strah zbujujoča fantazija ali dnevno sanjarjenje	0	1	2	3
10. občutek, da ste na robu obvladovanja	0	1	2	3
11. bojazen, da bi se zlomili ali izgubili razum	0	1	2	3
12. strah pred vrtoglavico ali omedlevico	0	1	2	3
13. strah pred boleznijo, srčnim napadom ali smrtjo	0	1	2	3
14. zaskrbljenost, da bi se osmešili ali bili videti neustrezni	0	1	2	3
15. bojazen pred osamljenostjo, izločenostjo ali zapuščenostjo	0	1	2	3
16. strah pred kritiko in neodobravanjem	0	1	2	3
17. strah, da se bo zgodilo nekaj strašnega	0	1	2	3

III. TELESNI SIMPTOMI

18. nemirno, hitro utripanje in razbijanje srca	0	1	2	3
19. bolečina, občutek pritiska ali tesnobe v prsih	0	1	2	3
20. mravljinca ali odreveneli prsti na rokah in nogah	0	1	2	3
21. stiskanje ali slabost v želodcu	0	1	2	3
22. zaprtost ali driska	0	1	2	3
23. nespečnost in nemirnost	0	1	2	3
24. toge, napete mišice	0	1	2	3
25. potenje, ki ga ne izzove vročina	0	1	2	3
26. stiskanje v grlu (občutek tujka)	0	1	2	3
27. tresenje ali drhtenje	0	1	2	3
28. občutek 'mehkih' kolen	0	1	2	3
29. težave z ravnotežjem, omotičnost, vrtoglavica	0	1	2	3
30. oteženo dihanje, občutek dušenja ali davljenja	0	1	2	3
31. glavoboli, bolečine v tilniku ali hrbtu	0	1	2	3
32. valovi vročine ali mrazenje	0	1	2	3
33. občutek utrujenosti, slabotnosti ali hitre utrujenosti	0	1	2	3