

Uloga zdravih stilova života u tretmanu osoba s depresijom

Mikulić, Dorotea

Undergraduate thesis / Završni rad

2022

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Law / Sveučilište u Zagrebu, Pravni fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:199:707163>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-05**



Repository / Repozitorij:

[Repository Faculty of Law University of Zagreb](#)



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
PRAVNI FAKULTET
STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA

Dorotea Mikulić

ULOGA ZDRAVIH STILOVA ŽIVOTA U TRETMANU
OSOBA S DEPRESIJOM

ZAVRŠNI RAD

Zagreb, 2022.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
PRAVNI FAKULTET
STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA

Dorotea Mikulić

ULOGA ZDRAVIH STILOVA ŽIVOTA U TRETMANU
OSOBA S DEPRESIJOM

ZAVRŠNI RAD

Mentorica: doc. prim. dr. sc. Tihana Jendričko

Komentorica: dr. sc. Lea Skokandić

Zagreb, 2022.

Sadržaj

1. Uvod.....	1
2. Depresija.....	2
2.1.Liječenje depresije.....	3
3. Stilovi života.....	4
3.1.Prednosti intervencija u stilovima života.....	5
4. Zastupljenost teme u socijalnom radu.....	7
5. Fizička aktivnost.....	9
5.1.Djelotvornost intervencija.....	11
5.2.Fizička aktivnost u odnosu na druge oblike tretmana.....	12
5.3.Oblici i intenzitet fizičke aktivnosti.....	13
5.4.Mehanizmi uvođenja fizičke aktivnosti i specifične poteškoće vezane uz depresiju.....	15
6. Prehrana.....	17
6.1.Obrasci prehrane.....	17
6.2.Raspored prehrane.....	18
6.3.Esencijalne hranjive tvari.....	19
7. Socijalne interakcije.....	20
7.1.Kvaliteta socijalnih interakcija	21
8. Upotreba pametnih mobitela i društvenih mreža.....	23
8.1.Izazivanje poteškoća na važnim životnim područjima.....	24
8.2. Priroda upotrebe.....	26
8.3.Preporuke vezane uz reguliranje vremena i načina korištenja.....	27
9. Zaključak.....	27
Literatura.....	30

Uloga zdravih stilova života u tretmanu osoba s depresijom

Sažetak: Kako se broj osoba oboljelih od depresivnog poremećaja povećava, kao i onih koji su pod povećanim rizikom za oboljenje, preporuka je da njihov tretman obuhvaća što raznovrsnije metode liječenja. Važno je jednostavnim i dostupnim metodama utjecati na dugoročna ponašanja, misli i stavove osobe, odnosno na promjenu životnog stila. Osnovni cilj ovog rada je analizirati četiri životna stila čije bi promjene mogle doprinijeti sprječavanju pojave depresije ili ublažavanju negativnih posljedica povezanih s depresijom, a odnose se na fizičku aktivnost, prehranu, socijalne interakcije te upotrebu pametnih telefona i društvenih mreža. Fizička aktivnost i prehrana mogu imati preventivnu ulogu, biti dodatna metoda u obliku dodatka postojećem tretmanu, ali se primjenjivati i kao samostalan tretman. Socijalne interakcije predstavljaju važan dio života svake osobe, a specifičnost socijalnih interakcija osoba s depresijom vidljiva je u većoj važnosti subjektivnog doživljaja i procjene kvalitete interakcije. Ovisno o prirodi i načinu upotrebe, društvene mreže i pametni mobiteli mogu pogoršati depresivne simptome i doprinijeti razvoju poteškoća na drugim važnim područjima života. Iz tog razloga važno je način i vrijeme upotrebe prilagoditi specifičnim ciljevima i karakteristikama osobe.

Ključne riječi: depresija, zdravi stilovi života, tretman

The role of healthy lifestyles in the treatment of persons with depression

Abstract: Due to the increasing number of persons suffering from depression, as well as those who are at particular risk for the disease, it is recommended that their treatment includes various treatment methods. The primary goal of this paper is to analyse four lifestyles which could aid in the prevention of depression or positively contribute to alleviating or inhibiting depressive symptoms, and those are physical activity, diet, social interactions and the use of smartphones and social media. Physical activity and diet may be useful for prevention and treatment, but can also lead to improvements in form of an individual treatment. Social interactions are an important aspect of every persons life. For people with depression it is particularly important to assess the subjective experience and the quality of interactions. Depending on the initial use, social networks and smartphones can worsen depressive symptoms and contribute to the development of difficulties in other important areas of life. For this reason, it is important to adapt the method and time of use to the specific goals and characteristics of the person using them.

Key words: depression, healthy lifestyles, treatment

Izjava o izvornosti

Ja, Dorotea Mikulić pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključiva autorica završnog rada te da u radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova te da se prilikom izrade rada nisam koristila drugim izvorima do onih navedenih u radu.

Dorotea Mikulić, v.r.

1. Uvod

Protekom godina i napretkom čovječanstva u različitim aspektima, došlo je do promjene načina života. Uz urbanizaciju i industrijalizaciju pojavile su se brojne nove bolesti kao što su tuberkuloza ili difterija. Za neke od bolesti je pronađen lijek, neke su nestale no velik dio njih je u današnje doba zamijenjen sa zdravstvenim stanjima kao što je karcinom, stradanja u prometnim nesrećama ili ishemijskim bolestima srca (Mackenbach, 2020.). U skladu s time, smatra se da će do 2030. godine depresija nadmašiti ishemijsku bolest srca kao primarni uzrok tereta bolesti (SZO, 2011., prema Tucci i Moukaddam, 2017.). Međutim, čini se da nije došlo do toliko značajnog povećanja psihičkih bolesti, te rezultati meta-analiza ukazuju na samo blagi porast prevalencije duševnih bolesti kod odraslih (Richter i sur., 2019.). Ipak je važno napomenuti da se predviđa povećanje incidencije depresije, a posebno u kohortama rođenim u kasnijim periodima 20. stoljeća (Klerman i Weissman, 1989., Kovacs i Gatsonis, 1994., WHO, 1999., prema Gullone, 2000.). Psihičke bolesti se odnose na različita stanja psihičkog zdravlja koja utječu na raspoloženje, razmišljanje i ponašanje, a njihov negativan utjecaj vidljiv je na fizičkom zdravlju, društvu, kao i ekonomskom teretu (SZO, 2016., prema Cheah i sur., 2020.). Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (SZO, 2017.), 300 milijuna osoba ima depresiju, što ju čini bolešću s najvećim brojem godina života s invaliditetom (eng. *years lived with disability*) (Bringmann i sur., 2021.). Dakle, iako ne dolazi do značajnog porasta duševnih bolesti, to ne umanjuje značaj potrebe prevencije te njihova adekvatnog tretmana. Naime, psihičke bolesti predstavljaju jedan od značajnih problema današnjice radi velikog broja hospitalizacija, invaliditeta, izgubljene produktivnosti te povećanog rizika samoubojstva (Schmidt, 2007.). Termin **depresija** korišten je za opisivanje čitavog raspona problema mentalnog zdravlja koji mogu varirati od disforičnog raspoloženja do velikog depresivnog poremećaja (APA, 1994., prema Derman i sur., 2010.). Rezultati istraživanja o depresiji upućuju na kombinaciju biopsihosocijalnih faktora te faktora životnog stila (Lopresti, Hood i Drummond., 2013.), odnosno društvenih, okolišnih, psiholoških, ponašajnih, genetskih, hormonalnih, imunoloških, biokemijskih i neurodegenerativnih faktora (Belmaker i Agam, 2008., Maes i sur., 2012., Schotte i sur., 2006., prema Berk i sur., 2013.). Na veći broj navedenih faktora se može utjecati sa životnim stilom (Derman, 2005.,

Jacka, Mykletun i Berk, 2012., Mastorakos i sur., 2005., Southwick, Vythilingam i Charney, 2005., prema Berk i sur., 2013.). Tako bi moglo biti moguće da modifikacije u navedenim područjima mogu postati predmetom praktičnih intervencija pri liječenju depresije. U ovom radu su obrađeni fizička aktivnost, prehrana, socijalne interakcije te korištenje pametnih telefona i društvenih mreža, kao komponente koje sačinjavaju važan aspekt života velikog broja osoba, iako se u literaturi nalazi još mnoštvo mogućih stilova života koji su povezani s mentalnim zdravljem i dobrobiti pojedinca.

2. Depresija

Kada se **depresivni poremećaj** pojavljuje jednom ili kada se prvi put javlja kod neke osobe naziva se **depresivna epizoda**, a ponavljajuća epizoda naziva se **povratni depresivni poremećaj**. Jačina i karakter simptoma određuju njezinu težinu pa tako epizoda može biti blaga, srednje teška ili teška, s i bez psihotičnih simptoma (Begić, 2014.). Depresivnu epizodu obilježavaju sniženo raspoloženje i gubitak interesa za svakodnevne aktivnosti. Osim tih, mogu se javiti i simptomi kao što su zapuštanje vanjskog izgleda, depresivno raspoloženje, otkočena ili usporena motorika, usporeno mišljenje, sniženi nagoni i slično (Begić, 2016.). Teška depresivna epizoda se naziva i **velikom depresijom**, velikom depresivnom epizodom, velikim depresivnim poremećajem, major depresijom (eng. *major depressive disorder*) (Begić, 2014.). Spada u poremećaje raspoloženja ili afektivne poremećaje. Glavni simptom poremećaja raspoloženja je sadržan u samom nazivu, odnosno dolazi do promjene raspoloženja, dok su sekundarna obilježja poremećaji nagona i kognicije. Osobe koje pate od depresije imaju sniženo raspoloženje ili hipotimiju a također se javljaju oskudne emocionalne reakcije, gubitak volje, inicijative, energije i interesa, osjećaj krivnje, smetnje nagona. Ako se osoba nalazi samo u depresivnom stanju, koristi se i naziv unipolarna depresija (Begić, 2014., MKB-10, 1994.). Za postavljanje dijagnoze velikog depresivnog poremećaja, prema MKB-10 (1994.), razmatraju se tipični i drugi simptomi. Tipični simptomi uključuju depresivno raspoloženje, gubitak interesa i zadovoljstava u uobičajenim aktivnostima te smanjena životna energija. Drugi česti simptomi obuhvaćaju poremećaj spavanja, poremećaj teka, poremećaj koncentracije i pažnje, smanjeno samopoštovanje i samopouzdanje, ideje krivnje i

bezvrijednosti, pesimističan pogled na budućnost, ideje o samoozljeđivanju ili samoubojstvu. Liječenje unipolarne depresije ovisi o težini depresivnog poremećaja (Begić, 2016.). Uglavnom se propisana farmakoterapija odnosi na antidepresive, SIPSS (selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina) te anksiolitike, dok je najčešći oblik terapije psihoterapija, analitička ili kognitivno-bihevioralna terapija (KBT). Međutim, 30-ak % bolesnika ne reagira na liječenje ni na jedan od navedenih izbora terapije (Begić, 2016.). Depresija je jedan od vodećih uzroka invaliditeta u svijetu te se očekuje da će do 2030. biti jedan od glavnih uzroka bolesti (Ferrari, Charlson i Norman, 2010., Gabilondo i sur., 2010., SZO, 2017., prema Aguilar-Latorre i sur., 2020.). Osim toga, 80% od svih pacijenata primarne skrbi koji pate od psihijatrijskih poremećaja ima depresivni ili anksiozni poremećaj (Alonso i sur., 2004., Kessler i Bromet, 2013., prema Aguilar-Latorre i sur., 2020.) a depresivni je poremećaj najčešći od svih psihijatrijskih poremećaja općenito (Jakovljević, 2004., prema Begić, 2014.). Spada u vodeće javnozdravstvene probleme zajedno s anksioznim poremećajima te zlouporabom i ovisnošću o supstancama (Kessler i sur., 1994., prema Martinsen i Raglin, 2007.), koje u kombinaciji s mišićno-koštanim bolestima predstavljaju najčešće razloge za bolovanje i invalidske mirovine (Mykletun i sur., 2006., prema Martinsen i Raglin, 2007.). Stoga se očituje potreba definiranja dodatnih mehanizama koji bi nudili holistički pristup, utemeljen u svakodnevnim navikama i onome što je ljudima lako dostupno.

2.1. Liječenje depresije

Porastom depresije dolazi i do porasta osoba koje za liječenje koriste antidepresive. Primjerice, u SAD-u je od 1999. do 2014. postotak osoba koje koriste antidepresive porastao za 64%, a u razdoblju od 2011 do 2014 je otprilike 1 od 8 Amerikanaca starijih od 12 godina uzimalo antidepresive u prethodnom mjesecu, od kojih je ¼ navelo da uzima antidepresive 10 ili više godina. Nadalje, vidljiv je porast farmakološkog tretmana depresije još od 1970-ih (Bringmann i sur., 2021.). Kao najčešći oblici tretmana depresije pojavljuju se već spomenuta psihofarmakologija (Malhi i sur., 2013., prema Berk i sur., 2013.) te psihoterapija (Lampe, Coulston i Berk, 2013., prema Berk i sur., 2013.). U 2015. godini, 80% ljudi koji su se liječili od depresije prepisani su antidepresivi, a 50% je pohađalo psihoterapiju

(Hockenberry i sur., 2019., prema Piotrowski, Lunsford i Gaynes, 2020.). Međutim, mali broj pacijenata postiže remisiju (Bennabi i sur., 2019., Rush i sur., 2006., prema Piotrowski, Lunsford i Gaynes, 2020.), što uz dodatak štetnih učinaka lijekova dovodi do preispitivanja trebaju li se antidepresivi prepisivati odraslima s velikim depresivnim poremećajem (Jakobsen, Gluud i Kirsch., 2020., prema Piotrowski, Lunsford i Gaynes, 2020.). Tri su faktora koja određuju zdravlje ili bolest pojedinca: genetika, slučaj te životni stil. Iako se na prve dvije komponente ne može utjecati, komponenta životnog stila je podložna značajnim promjenama koje mogu imati utjecaj na zdravlje (Martinsen i Raglin, 2007.), a same promjene mogu biti pozitivne ili negativne. Životni stil ima utjecaj na fizičko i mentalno zdravlje te je uz određene promjene u životnim stilovima, primjerice vezanim uz prehranu ili tjelovježbu, moguće prevenirati ili tretirati depresiju. (Martinsen i Raglin, 2007.). Obzirom na to da na mentalno zdravlje utječu i svakodnevna ponašanja, ukazuje se potencijalna potreba razvoja oblika tretmana koji bi mogao služiti kao dodatak osobama koje uzimaju farmakološku terapiju, kao i razvoja smjernica i saznanja koje bi ljudi mogli primijeniti radi prevencije depresije obzirom na to da se razvoj duševne bolesti može spriječiti intervencijama vođenjem zdravog stila života (SZO, 2016., prema Cheah i sur., 2020.). Provedena istraživanja upućuju na pozitivne učinke faktora životnih stilova na smanjenje depresije (Scott i sur., 2008., Yu i sur., 2010., prema Velten i sur., 2014.) te poboljšane samoprocjene mentalnog zdravlja (Chaney i sue., 2007., Hammer i sur., 2009., Rohrer i sur., 2005.).

3. Stilovi života

Polje medicine koje se bavi prevencijom i tretmanom kroničnih bolesti u koje spada i depresija, kroz modifikaciju ponašanja vezanih uz životne stilove naziva se medicina stila života (eng. *lifestyle medicine*) (Piotrowski, Lunsford i Gaynes, 2020.). Neke od glavnih smjernica koje to područje medicine predlaže prilikom rada s osobama s problemima mentalnog zdravlja je da je moguće primijeniti širok raspon različitih strategija za promjenu životnih stilova, koje trebaju biti prilagođene osobi i promjenama koje se nastoje postići, kao i motivaciji i izborima same osobe. Također, za određene životne stilove poželjna je početna procjena pacijenta prije davanja

preporuka obzirom na to da je potrebna veća razina individualizacije programa i preporuka za određene životne stilove (Piotrowski, Lunsford i Gaynes, 2020.).

Stilovi života koji su u ovom radu obrađeni predstavljaju intervencije koje bi mogle proizvesti pozitivne učinke na važnim područjima života, a koje su relativno niskog troška ili besplatne, čime bi osoba mogla postići zdraviji stil života ili jednostavno poboljšanja u onoj mjeri u kojoj smatra prikladnom. Postoje različite definicije zdravih stilova života, ovisno o području u kojem se oni definiraju. Poteškoće u definiranju se očituju u poteškoćama definiranja samog zdravlja. Životni stil općenito, u odnosu na zdravlje se definira kao „okvirni skup ponašanja i stanja, koji obuhvaća tjelesnu veličinu, oblik tijela, prehranu, tjelovježbu i korištenje legalnih i ilegalnih droga“ (Davison i Smith, 1995., prema Kort, 2010.: 800) odnosno kao način življenja koji snižava rizik od ozbiljnih bolesti ili rane smrti, koji pomaže u uživanju više aspekata života osobe te koji pomaže cijeloj obitelji osobe (SZO, 2002.). Zdravi stilovi života su stoga akumulacija pojedinih izbora zdravog stila života, a istraživanja usmjerena na navedeno područje daju holistički pogled zdravlju te preispituju učinke nakupljanja odnosno kumulacije zaštitnih stilova života i ponašanja povezanih s njima (Velten i sur., 2014.). Intervencije u području mentalnog zdravlja bi mogle doprinijeti povećanju efikasnosti u tretmanu depresije obzirom na dvosmjernu vezu između životnog stila i depresije (Lopresti, Hood i Drummond, 2013.).

3.1. Prednosti intervencija u stilovima života

Noviji rezultati istraživanja ukazuju na značajnije smanjenje rizika od depresije i simptoma depresije kada se kombinira veći broj zaštitnih faktora u usporedbi sa smanjenjem rizika do kojeg može doći radi individualnih odnosno zasebnih faktora (Loprinzi, 2014., Ruiz-Estigarribia, 2019., Adjibade i sur., 2018., Sarris i sur., 2020., prema Hershey i sur., 2021.). Nadalje, raste broj dokaza koji upućuju da postoji utjecaj faktora životnog stila na depresiju. Sve se više ističe i preventivni te tretmanski potencijal preporuka vezanih uz životne stilove pri radu s osobama koje pate od depresije (Noordsy, 2019., Sarris, 2013., Walsh, 2011, prema Piotrowski, Lunsford i Gaynes, 2020.). Postoji značajna povezanost između životnih stilova i velikog broja bolesti modernog društva koje uzrokuju najveći morbiditet i mortalitet,

a među njih spada i depresija (SZO, 2020., prema Piotrowski, Lunsford i Gaynes, 2020.). Razmatranjem dodatnih oblika tretmana u pogledu modifikacija životnog stila stavlja se veća odgovornost na pojedinca. Ukoliko promjena bude uspješna i proizvede pozitivne učinke, može povećati osjećaj kontrole i uvjerenja osobe da je sposobna donijeti odluke i provesti ponašanja kojima si samostalno može pomoći. Time se potencijalno može smanjiti osjećaj bespomoćnosti koji često može biti posljedica simptoma depresije. Također bi mogao biti djelotvoran ukoliko povećava osjećaj povjerenja u vlastite sposobnosti. Piotrowski, Lunsford i Gaynes (2020.) navode daljnje koristi usmjeravanja na promjene ponašanja i modifikacije životnog stila, kao što su veća vjerojatnost poboljšanja ishoda mentalnog i tjelesnog zdravlja te smanjenje cjelokupnih troškova medicinskog sustava, a indirektno može doći do širenja zdravih ponašanja i stilova života kroz socijalne mreže. Lattore i suradnici (2021.) naglašavaju važnost promicanja strategija zdravijeg životnog stila u tretmanu depresije iz nekoliko razloga. Većini osoba s depresijom propisuje se farmakološki tretman iako se kod subkliničke, blage i umjerene depresije preporučuju nefarmakološke intervencije (Cujipers i sur., 2009., NCCMH, 2010.). Velikom broju osoba je ograničena dostupnost tretmana uopće (Wittchen i sur., 2011.) Nadalje, potencijalni antidepresivni učinak mogu imati modifikacije životnog stila (Loresti, Hood i Drummond, 2013., Garcia-Toro i sur., 2012., Forsyth, Deane i Williams, 2015.) budući da su početak i održavanje depresije povezani sa brojnim psihološkim i psihosocijalnim faktorima koji su u odnosu sa specifičnim faktorima životnog stila (Hidaka, 2012., Kupfer, Frank i Philips, 2012., Lopresti, Hood i Drummond, 2012.).

Istraživanja pokazuju da čak i jednostavne intervencije kao što je lista specifičnih preporuka vezanih uz prehranu, vježbanje, izlaganje sunčevoj svjetlosti te obrasci spavanja mogu dovesti do značajnih poboljšanja simptoma depresije, povećanja mogućnosti postizanja remisije, smanjenja potrebe za povećanjem doze antidepresivnih lijekova te veće mogućnosti smanjenja doze lijekova u usporedbi s drugom grupom koja je dobila preporuku vezanu uz ista područja (García-Toro, 2012, prema Piotrowski, Lunsford i Gaynes, 2020.). Dakle, i male promjene u životnom stilu mogu dovesti do velikih promjena u učinkovitosti tretmana psihijatrijskih bolesti. Od svih ponašanja odnosno životnih stilova, čini se da je vježbanje tj. fizička aktivnost najcjjenjenija u pogledu etiologije te mogućeg načina

tretmana, no rijetko se koristi u praksi iako postoje dokazi o njihovoj ostvarivosti i prihvaćenosti kod populacije s psihijatrijskim poremećajima (Oealnd, 2010., prema Berk i sur., 2013.). Null i Pennesi (2017.) proučavali su učinke programa modifikacije životnog stila i ponašanja koji se odnosio na strogu, u potpunosti biljnu dijetu, redovito vježbanje te *mindfulness* prakse za smanjenje stresa kod osoba sa srednje teškom ili teškom depresijom. Kod većine sudionika je došlo do značajnog poboljšanja, kod 62% je došlo do velikih poboljšanja ili potpune remisije. Značajno je i da je nakon 6 mjeseci, 78% sudionika navelo kako su uspjeli smanjiti ili u potpunosti eliminirati antidepresive pod nadzorom njihovih liječnika, dok je kod 10% sudionika koji su u prvoj procjeni naveli mala ili nikakva poboljšanja došlo do značajnih poboljšanja u raspoloženju te emocionalnoj dobrobiti.

4. Zastupljenost teme u socijalnom radu

Sama tema zdravih stilova života, kao i njihova uloga u tretmanu osoba s depresijom, njihov potencijalni tretmanski i preventivni učinak, pretežno nije toliko zastupljen u profesiji socijalnog rada, posebno kad se radi samo o Hrvatskoj. Prema Stjepanović, Jendričko i Ostojić (2015.), socijalni radnici imaju važnu ulogu kod u prevenciji stresnih događaja i razvoju depresije te rehabilitaciji. Prevencija se odnosi na potpore i socijalne usluge koje korisnici mogu ostvariti prema Zakonu o socijalnoj skrbi kao što su zajamčena minimalna naknada, naknada za troškove stanovanja itd., u svrhu prevencije egzistencijske ugroženosti koja bi mogla dovesti do pojave depresije. Od socijalnih usluga najznačajnijih za ovu temu autorice navode savjetovanje i pomaganje te psihosocijalna podrška. U literaturi se još mogu pronaći aktivnosti socijalnog radnika kao što su vođenje slučaja, promicanje mentalnog zdravlja, provođenje preventivnih i edukativnih aktivnosti u zdravstvenom sustavu i zajednici, organiziranje kampova za promicanje svjesnosti o važnosti brige o mentalnom zdravlju, procjena potreba stanovnika za programe ili usluge u zajednici itd. (Aviram, 2002., Ornellas, 2014., prema Zlomislić i Laklija, 2018.).

Osim važne uloge u prevenciji, socijalni radnik u psihijatriji sudjeluje u svim etapama liječenja, resocijalizacije ili rehabilitacije i minimaliziranja mogućnosti ponovne pojave duševne bolesti te provodi i psihoedukacijske, savjetodavne i psihoterapijske postupke (Ostojić, 2021.). U rehabilitaciji su socijalni radnici dio

interdisciplinarnog tima koji provodi socioterapijske postupke i priprema pacijenta za povratak u njegovu sredinu te spadaju u skupinu stručnjaka koja provodi psihosocijalne intervencije u ustanovama socijalne skrbi, kao i kratke psihološke intervencije u sustavu socijalne skrbi. U inozemstvu, područja rada psihijatrijskog socijalnog radnika u tretmanu osobe s depresijom su: terapija antidepresivima, psihoedukacija koja obuhvaća informacije o depresiji, prirodi i prognozi bolesti i o važnosti pridržavanja tretmana lijekovima, kognitivna intervencija kao što je vođenje dnevnika misli, intervencije usmjerene na obitelj, primjerice informiranje bliskih članova obitelji o važnim aspektima bolesti i osiguranje bračne terapije (Bora, Deuri i Saha, 2021.). Osim spomenutih intervencija, uspješnima su se pokazale i kognitivno-bihevioralne terapije sa dodatkom rasporeda aktivnosti, treninga vještina rješavanja problema, tehnika opuštanja i slično koje su se također pokazale uspješnima (Gujar, Ali i Sahu, 2020.).

U navedenim slučajevima vidljivo je da se kako u Hrvatskoj, tako i u inozemstvu ne pridaje pozornosti intervencijama u području stilova života prilikom rada s osobama s depresijom te se čini da je ovo područje neistraženo. Važnost ove teme za socijalni rad je vidljiva slaboj istraženosti i slaboj primjenjivosti ovakvih vrsta intervencija, a koje bi mogle, ukoliko se pokažu uspješnima, služiti ljudima kao jedan od alata prevencije, olakšanja ili suzbijanja simptoma. Osim toga, tema je važna i radi ranije navedenih podataka povezanih sa velikim brojem osoba koje pate od depresije i sukladno tome, potrebe unaprjeđenja prakse razmatranjem drugačijih, lako dostupnih i pristupačnih alternativnih oblika tretmana kao mogući dodatak već postojećima. Također je važno spomenuti i da drugi, uobičajeni oblici tretmana depresije kao što su psihoterapija ili terapija lijekovima nisu svim osobama jednako dostupni, niti priuštivi. Nadalje, zdravi stilovi života imaju potencijal za oblikovanje zdravih pojedinaca, za koje je veća vjerojatnost da će tvoriti i stabilne obitelji, u kojima će iste prakse i preporuke moći jednostavnije prenijeti na djecu od najmlađih godina kada ih je najlakše implementirati. Osim toga, čini se da za tretman depresije intervencije u području stilova života bolje prihvaćene od strane javnosti nego medicinske intervencije (Jorm i sur., 1997., Caldwell i Jorm, 2001., Jorm i sur., Jorm i sur., 2005., prema Cesare i King, 2015.). Intervencije u području zdravih stilova života bi možda bile bolje prihvaćene od osoba koje smatraju da će biti

stigmatizirane od strane društva radi duševne bolesti ili radi uzimanja terapije lijekovima.

5. Fizička aktivnost

Fizička aktivnost kao stil života je izuzetno važno područje jer predstavlja jeftinu i sigurnu intervenciju, a donosi pozitivne koristi na području fizičkog i mentalnog zdravlja (Sarris, Kavanagh i Newton, 2008., prema Berk i sur., 2013.). Važno je istaknuti da osobe s poremećajima raspoloženja navode vježbanje kao jednu od strategija samoregulacije koja im najviše pomaže (Parker, Crawford, 2007.) Od 1980-ih godina prepoznata je kao jedan od mogućih instrumenata pri prevenciji duševnih poremećaja te olakšavanja posljedica mentalnog zdravlja (Biddle, Fox i Boutcher, 2000., Faulkner i Taylor, 2005., prema Lindwall i sur., 2013.). Rezultati istraživanja upućuju na važnost fizičke aktivnosti u svakoj životnoj dobi, a redovita fizička aktivnost u djetinjstvu povezana je sa smanjenim rizikom razvoja depresije u odrasloj dobi (Jacka i sur., 2011., prema Berk i sur., 2013.), dok više razine redovite fizičke aktivnosti kod starijih osoba u odrasloj dobi smanjuju rizik razvoja depresije (Pasco i sur., 2011., prema Berk i sur., 2013.). Nadalje, pozitivne promjene u fizičkoj aktivnosti povezane su s pozitivnim promjenama u depresiji, a i povećanje razine fizičke aktivnosti povezano sa smanjenjem simptoma depresije. Zanimljivo je da su u istom istraživanju pojedinci koji su imali veće povećanje razine fizičke aktivnosti od očekivane, doživljavali manje depresivnih simptoma (Lindwall i sur., 2013.). Navedeno je u suprotnosti s rezultatima istraživanja Gao i suradnika (2021.) u kojemu su sudionici s većom razinom fizičke aktivnosti imali najviše razine depresije. Autori smatraju kako bi razlog takvog rezultata mogao biti da fizička aktivnost služi kao mehanizam suočavanja za olakšavanje problema mentalnog zdravlja (Ingledeu, 1998.), stoga je korišten kod osoba koje su već razvile depresiju.

Iako brojna istraživanja upućuju na postojanje povezanosti fizičke aktivnosti i depresije, važno je uzeti u obzir da takva istraživanja ne pokazuju povezanost kroz vrijeme što naravno ne omogućuje zaključivanje o kauzalnosti. U tom pogledu, longitudinalna istraživanja nude bolju mogućnost za donošenje čvršće utemeljenih zaključaka o postojanju povezanosti kroz vrijeme odnosno u barem dvije vremenske točke. Rezultati takvih istraživanja vezanih uz fizičku aktivnost i depresiju ukazuju

kako razina fizičke aktivnosti može biti dobar prediktor psihološkog funkcioniranja u budućnosti (Jonsdottir i sur., 2010., Strawbridge i sur., 2002., Wang i sur., 2002., prema Lindwall i sur., 2013.). Brojna su istraživanja pokazala kako osobe s visokom početnom razinom bavljenja fizičkom aktivnošću imaju značajno smanjen rizik za razvoj depresije u ponovnoj procjeni u odnosu na osobe s niskom razinom aktivnosti. Kod osoba koje su fizički aktivne postoji smanjena vjerojatnost za razvoj depresije (Farmer i sur., 1998., Strawbridge i sur., 2002., prema Martinsen i Raglin, 2007.).

Međutim, kod longitudinalnih istraživanja nije moguće jednoznačno odrediti je li do poboljšanja došlo zbog same fizičke aktivnosti ili su takvi rezultati posljedica nekog drugog faktora. Primjerice, Marleen i suradnici (2008.) ističu mogućnost da su u istraživanju htjele sudjelovati samo osobe koje su i prije imali afinitet prema fizičkoj aktivnosti. Također, rezultati istraživanja u konačnici pokazuju povezanost između komponenti fizičke aktivnosti i depresije koje su odvojene u vremenu što otvara mogućnost da određeni faktor koji je utjecao na ponašanje vezano uz fizičku aktivnost u kasnijim razdobljima utječe i na simptome depresije. Autori ističu i važnost genetske varijacije obzirom da su ponašanje vezano uz fizičku aktivnost i simptomi depresije nasljedne karakteristike, a objašnjavaju od 40% do 50% razlika u anksioznim ili depresivnim simptomima (Boomsma i sur., 2000.) te otprilike 50% do 60% razlika u ponašanju vezano uz fizičku aktivnost (De Moor i sur., 2007., Stubbe i sur., 2006.). Radi navedenih i brojnih drugih argumenata, proveli su istraživanje o povezanosti fizičke aktivnosti i simptoma depresije. Niti jedno testiranje nije potvrdilo hipotezu o kauzalnosti. Potvrđena je povezanost između nižih razina redovitog vježbanja sa višim razinama depresivnih simptoma no povezanost je objašnjena genetskim faktorima odnosno genetskom ranjivošću na nedostatak redovitog vježbanja te rizik za razvoj depresije. Nije poznato o kojim se genima radi, no moguće je da geni uključeni u noradrenergički, serotoninergički, dopaminergički i opioidni sustav istovremeno utječu na regulaciju nagona za vježbanjem te na raspoloženje (Chaouloff, 1997., Dishman, 1997., Dishman i sur., 2006., Goldfarb, 1997.). Stoga je pri planiranju oblika i pojedinosti fizičke aktivnosti izuzetno važno uzeti u obzir i individualne karakteristike svakog pojedinca, s naglaskom i na ispitivanje genetskih faktora koji bi mogli otežati ili olakšati sam tretman.

5.1. Djelotvornost intervencija

Prema nekim istraživanjima fizička aktivnost djelotvornija je kod osoba koje imaju povišeni skor za depresiju (Martinsen i Morgan, 1997, prema Martinsen i Raglin, 2007.). Prvi rezultati primjene kod kliničke depresije zabilježeni su još u prethodnom stoljeću kada su dva izrazito depresivna pacijenta navela pozitivne ishode vježbanja u emocionalnim, kognitivnim i tjelesnim simptomima depresije (Franz i Hamilton, 1905., prema Martinsen i Raglin, 2007.). Kasnija istraživanja također ukazuju na smanjenje depresivne simptomatologije kod osoba s velikim depresivnim poremećajem i distimijom (Lawlor i Hopker, 2009., Greer i Trivedi, 2009., Barbour, Edenfield i Blumenthal, 2007., Collins i Fitterling, 2009., Mead i sur., 2009., Strohle, 2009., Daley, 2008., prema Derman i sur., 2014.). Većina meta-analiza upućuje na korisno bavljenje fizičkom aktivnosti osobama koje imaju depresivne simptome ili ispunjavaju dijagnostičke kriterije za depresiju, u kombinaciji s drugim intervencijama. Derman i suradnici (2014.) navode da psihološke dobrobiti fizičke aktivnosti kod depresivnih pacijenata obuhvaćaju otpuštanje endogenih opioida nakon fizičke aktivnosti visokog intenziteta, kao što su encefalini ili endogeni kanabinoidi koji mogu dovesti do euforije (Dunn i sur., 2005., Morgan, 1985., Dietrich, 2004.). Nadalje, čini se da postoji pozitivan učinak tjelovježbe na neurotransmitere serotonin, noradrenalin i dopamin te na koncentracije prekursora serotonina – triptofana (Chaouloff, 1989., Meeusen, 1995., Greenwood i sur., 2005., Glavin, 1985., Dishman, 1997., Dishman i sur., 2000.). Smatra se kako vježbanje pozitivno regulira poremećaje u radu osovine hipotalamus-hipofiza-nadbubrežna žlijezda (HPA-osi) koji mogu biti prisutni u osoba koje pate od kroničnog stresa ili depresije (Stranahan, Lee i Matson, 2008.). Također se pokazalo kako vježbanje povećava koncentracije moždanog neurotrofnog čimbenika (BDNF-a), vaskularnog endotelnog čimbenika rasta (VEGF) te inzulin sličnog čimbenika rasta (IGF) koji reguliraju neurogenezu (van, 2008., Lucassen i sur., 2010.). Vježbanje može dovesti do pozitivnih promjena sličnih onima izazvanim antidepresivima u anteriornom cingularnom prefrontalnom korteksu (Prakash i sur., 2007.).

5.2. Fizička aktivnost u odnosu na druge oblike tretmana

Martinsen i Raglin (2007.) opisuju istraživanja s nekoliko oblika tretmana. Primjerice, grupa osoba koja je trčala i slijedila program vježbanja s dizanjem utega imala je bolje rezultate u smanjenju depresivnih simptoma od grupe koja je bila na listi čekanja za tretman (Doyno i sur., 1987.). Aerobne vježbe bile su djelotvornije od okupacijske terapije (Martinsen i sur., 1985.). Uspoređivanje djelotvornosti fizičke aktivnosti, vremenski ograničene i vremenski neograničene grupne psihoterapije pokazalo je zanimljiv nalaz da je fizička aktivnost bila jednaka jednom od oblika psihoterapije. U istom istraživanju usporedili su i učinke grupne psihoterapije i meditacije sa tjelovježbom, pri čemu na kraju tretmana nije bilo značajnih razlika. Kasnijom provjerom utvrđeno je da su osobe koje su se bavile fizičkom aktivnosti zadržale postignute pozitivne učinke (Greist i sur., 1979.). Kad se radi o drugim oblicima terapije, pokazala se jednaka učinkovitost kognitivne terapije (Freemont i Craighead, 1987.) i savjetovanja te fizičke aktivnosti (Harris, 1897.). Naposljetku, u nekim istraživanjima se pokazalo kako vježbanje ima antidepresivni učinak koji može biti usporediv sa psihoterapijom ili farmakoterapijom (Lawlor i Hopker, 2001., Blumenthal i sur., 1999., Martinsen, 1994., prema Derman i sur., 2014.).

Istraživanja navode na zaključak da zasebna terapija antidepresivima ili fizičkom aktivnošću te njihova kombinacija imaju iste učinke u konačnici. Pri tome, terapija antidepresivima dovodi do bržeg napretka, dok se kod fizičke aktivnosti ističu djelotvornost te održanje postignutih poboljšanja. Blumenthal i suradnici (1999., prema Martinsen i Raglin, 2007.) usporedili su učinke vježbanja, antidepresiva te njihovu kombinaciju kod osoba koje pate od velikog depresivnog poremećaja u dobi od 60 godina ili više. Osobe koje su uzimale antidepresive imale su brže poboljšanje simptoma, međutim nakon 12 tjedana kod svih grupa je zabilježeno poboljšanje, bez značajnih razlika. Deset mjeseci od završetka tretmana, osobe koje su se bavile fizičkom aktivnosti su zadržale poboljšanja, a osobe koje su bile fizički aktivne barem 50 minuta jednom tjedno su imale dvostruko manje relapsa u usporedbi s osobama koje se nisu bavile fizičkom aktivnosti. (Blumenthal i sur., 2000., prema Martinsen i Raglin, 2007.). Ukoliko farmakološki tretman nije učinkovit, kao jedna od mogućih alternativa mogao bi biti duži period vježbanja. Mather i suradnici

(2002., prema Martinsen i Raglin, 2007.) navode da je u skupini osoba kod kojih terapija antidepresivima nije bila djelotvorna, nakon 10 tjedana vježbanja 55% sudionika pokazalo smanjenje depresivnih simptoma od 30% na rezultatima pri testiranju depresije, u usporedbi sa 33% sudionika u grupi koja je pohađala zdravstvene edukacije. Potrebno je uzeti u obzir i činjenicu da mnogi antidepresivi te ostali lijekovi koje uzimaju osobe koje pate od depresije mogu imati nuspojave kao što su umor, mučnina ili pospanost, no istraživanja pokazuju da zdrave osobe mogu vježbati kada se vježbanje i lijekovi prilagođavaju pod nadzorom liječnika (Martinsen i Stanghelle, 1997., prema Martinsen i Raglin, 2007.).

5.3. Oblici i intenzitet fizičke aktivnosti

Postoje različiti oblici fizičke aktivnosti koji variraju u intenzitetu. Pregledom rezultata određenih istraživanja ističe se važnost vođenja računa o određenim faktorima prilikom propisivanja oblika i intenziteta fizičke aktivnosti. Primjerice, povećanje trajanja ili intenziteta programa dovodi do toga da se sudionici slabije pridržavaju programa te većom stopom odustajanja od istraživanja (Bucksworth i Dishman, 2002., prema Martinsen i Raglin., 2007). Nadalje, manja je vjerojatnost da će osoba nastaviti s određenim ponašanjem ukoliko je aktivnost prezahtjevna. Usporedbom učinaka džogiranja i hodanja kod osoba s depresivnim poremećajem, u procjeni nakon 6 mjeseci, pokazalo se da je većina osoba koja je džogirala prestala s tom aktivnošću, dok osobe koje su samo hodale su i nakon 6 mjeseci ostale aktivne. Osim toga, važno je uzeti u obzir da kod osoba sa anksioznim i depresivnim poremećajima često dolazi do smanjene mišićne snage, izdržljivosti te kapaciteta za fizički rad u usporedbi s općom populacijom (Martinsen, 1989., prema Martinsen i Raglin, 2007.) Moguće je da je potrebno ulagati veće razine napora za izvršavanje fizičke aktivnosti, što dodatno može smanjiti motivaciju za započinjanje ali i za nastavak aktivnosti. Na temelju ovih rezultata može se zaključiti da je važno odabrati program vježbanja i fizičku aktivnost koja odgovara osobnim preferencijama osobe te razini napora koju je u mogućnosti i spremna uložiti. Na taj način je moguće i povećati vjerojatnost pridržavanja programa zbog percepcije o tome da te promjene nisu prezahtjevne i zahtijevaju pretjeranu količinu angažmana. Istovremeno je moguće i povećati vjerojatnosti postizanja dugoročnijih promjena. Posebno se kod

osoba s depresijom kojima je smanjena motivacija očituje velika prednost implementacije malih, ali održivih promjena koje s vremenom mogu prerasti u veće.

Istraživanja upućuju na povezanost učinka vježbanja i njegove učestalosti, odnosno da redovito vježbanje umjerenog do srednjeg intenziteta dovodi do pozitivnijih rezultata (Berk i sur. 2013.). Statistički je značajno smanjenje depresivnih simptoma kod osoba s visokom potrošnjom energije (Dunn i sur., 2005.). Značajno veći utjecaj u smanjenju simptoma depresije ima vježbanje visokog intenziteta u odnosu na vježbe niskog intenziteta pri čemu porast snage uslijed vježbi visokog intenziteta može biti direktno povezan sa smanjenjem simptoma depresije. (Singh i sur., 2013., prema Berk i sur., 2013.) U istraživanju koje su proveli Dunn i suradnici (2005.), odrasli ispitanici su izvodili anaboličke vježbe visokog intenziteta sa 80% maksimalne snage. Smanjenje depresivnih simptoma je također veće kod osoba koje vježbaju od 3 do 5 puta tjedno s tjednom potrošnjom energije od otprilike 17,5 kcal tjedno, što bi se moglo odrediti kao srednji ili viši intenzitet, u usporedbi s osobama koje se bave fizičkom aktivnošću niskog intenziteta te imaju tjednu potrošnju energije od 7 kcal/kg/tjedno. Ovo istraživanje pokazuje da pridržavanje javnozdravstvenih preporuka o primjerenj količini vježbanja može biti učinkovito prilikom rada s pacijentima koji imaju depresiju (Dunn i sur., 2005.) Općenito pravilo je otprilike tjedna potrošnja kalorija od oko 17,5 kcal/kg, što je u praksi okvirno 30 minuta lagane šetnje dnevno. (Pate i sur., 1995., prema Martinsen i Raglin, 2007.) Kliničke smjernice preporučuju procjenu fizijatra prije nego što se započne s aktivnošću. Aktivnost bi se trebala sastojati od umjerenj do intenzivne aerobičke vježbe u trajanju od 30 do 60 minuta u učestalosti od otprilike 4 do 6 dana u tjednu (Khan i sur., 2009., Daley, 2008., prema Berk i sur., 2013.).

Martinsen i Raglin (2007.) navode nekoliko istraživanja u kojima su uspoređeni različiti oblici fizičke aktivnosti te je procijenjena njihova djelotvornost. Kada se uspoređuju trčanje i dizanje utega pri tretmanu depresije, oba oblika su učinkovita te nema značajnih razlika između njih (Doynj i sur., 1987.) Džogiranje i hodanje oboje mogu dovesti do pozitivnih učinaka kod osoba s depresivnim poremećajima (Bucksworth i Dishman, 2002.) Aerobni i anaerobni programi također oboje dovode do značajnog smanjenja simptoma depresije (Martinsen i sur., 1989.) Berk i

suradnici (2013.) navode moguće alternativne oblike vježbanja, kao što su joga ili Tai Chi. Rezultati nekoliko istraživanja ukazuju na značajno smanjenje simptoma kod sudionika koji su se bavili različitim vrstama joga u usporedbi s osobama koje su primjerice dobivale elektrostimulativnu terapiju ili nisu dobivale nikakvu terapiju (Pilkington i sur., 2005.). Tai Chi može biti dobar za stariju populaciju zbog manje zahtjevnosti takvog oblika fizičke aktivnosti (Chou, 2003, prema Irwin, Olmstead i Motivala, 2008.) Zabilježeni su njegovi pozitivni psihički i tjelesni učinci, kao i smanjenje depresivnih simptoma (Wang i sur., 2010.) Ukoliko je moguće, poželjno je da se fizička aktivnost izvodi u grupi, pošto predstavlja priliku za socijalnu interakciju. Istraživanja također ukazuju da su aktivnosti koje se izvode u grupi više povezane sa smanjenjem simptoma depresije u usporedbi s aktivnostima koje se izvode samostalno (Werneck i sur., 2021., prema Hershey i sur., 2022.). Navedene spoznaje mogle bi se primijeniti u obliku dodatka savjetodavnom i terapijskom dijelu rada s osobama s depresijom. Osim toga, ukoliko se prilikom razgovora s korisnicima primijeti da postoji rizik od razvoja depresije, mogao bi im se preporučiti neki oblik fizičke aktivnosti kao prevencija. Prilikom davanja preporuka bilo bi dobro dati što konkretnije upute, kako bi se spriječilo da se korisnici ne bave fizičkom aktivnošću zbog neznanja ili nedovoljne upoznatosti, kao i potencijalna opasnost od ozljede. Primjerice, bilo bi dobro korisnicima savjetovati da se u početku bave fizičkom aktivnošću lakšeg intenziteta te da progresivno povećavaju intenzitet i učestalost bavljenja fizičkom aktivnošću, kako bi se izbjeglo odustajanje.

5.4. Mehanizmi uvođenja fizičke aktivnosti i specifične poteškoće vezane uz depresiju

Naposljetku je važno uzeti u obzir da neovisno o tome što su osobe svjesne pozitivnih učinaka fizičke aktivnosti ili bilo koje druge komponente životnog stila, sama svijest o pozitivnim učincima ne mora dovesti, i često ne dovodi do pridržavanja bilo kojeg ponašanja koje ima pozitivne učinke. Primjerice, mnogo pušača je svjesno štetnih učinaka pušenja na zdravlje no i dalje biraju ostati pušači ili imaju poteškoće s odvikavanjem. Dodatna poteškoća kod osoba koje pate od depresije se pojavljuje zbog toga što je mnogo takvih osoba neaktivno ili slabo aktivno te nemaju motivacije promijeniti svoj životni stil. Prilikom propisivanja

fizičke aktivnosti za pacijente s depresijom postoji nekoliko preporuka koji mogu rezultirati boljim ishodima sa pridržavanjem programa (Derman i sur., 2014.). Preporučuje se individualiziran i strukturiran program vježbanja koji će se nadzirati, kako bi se umanjila mogućnost nepridržavanja programa radi psiholoških barijera pacijenta, primjerice straha. Također je moguće da se pacijenti ne pridržavaju tretmana zbog simptoma depresije kao što su umor ili osjećaj bezvrijednosti koji im otežavaju izvođenje vježbi u usporedbi s osobama koje nemaju depresiju. Stoga se preporuča postavljanje realističnih očekivanja i ciljeva na samom početku programa vježbanja. Nadalje, preporuča se nadziranje te ohrabivanje pacijenta prilikom postizanja manjih ciljeva radi potencijalnog povećanja samopouzdanja pa time i veće vjerojatnosti pridržavanja programa. Veću vjerojatnost pridržavanja programa ohrabivanjem pacijenta moguće je postići i programom vježbanja u grupi, putem socijalnih interakcija sa trenerom i sa osobama u grupi. Naposljetku, važno je da stručna osoba koja radi s depresivnim pacijentom bude svjesna mogućih nuspojava lijekova, kao što je umor, a posebno njihovog otežavajućeg učinka na pridržavanje programa vježbanja (Derman i sur., 2014.). Kao jednu od mogućnosti uvođenja tjelovježbe u tretman osoba sa depresijom, Procahaska i DiClemente (1986., prema Martinsen i Raglin, 2007.) predlažu tehniku koju nazivaju *treatment matching*. U toj tehnici bilo koja promjena ponašanja u smjeru pridržavanja rasporeda vježbanja treba biti prilagođena motivacijskom stupnju pojedinca, čime se omogućava prilagođavanje programa preprekama i uvjetovanjima koji su specifični za pojedinca. Individualna prilagodba se omogućava pomoću psiholoških upitnika ili pažljivog intervjuiranja. Može se provoditi i kod pojedinaca koji tek počinju s fizičkom aktivnošću. Kod osoba koje se već pridržavaju određenog programa vježbanja moguće je ponovno definiranje ciljeva kako bi se fizička aktivnost implementirala u životni stil same osobe. Martinsen i Raglin (2007.) naglašavaju da bi se to moglo postići bilo kakvom aktivnošću u kojoj osoba uživa te koja joj pruža osjećaj postignuća.

6. Prehrana

Rezultati istraživanja pokazuju povezanost između depresije i određenih ponašanja povezanih s prehranom. Ta ponašanja odnose se na nezdrave obrasce prehrane,

nezdrave načine kontroliranja težine, prejedanje i lošiji izbor hrane, povećan unos ugljikohidrata, slatke hrane ili hrane koje sadržava šećer, visok energetski unos te visok postotak energije dobivene iz masti (Mikolajczyk, EI, Maxwell, 2009., Cohen i sur., 2002., Gershon, 2004., prema Derman i sur., 2014.). Međutim, veza između prehrane i depresije nije u potpunosti jasna, odnosno teško je odrediti dovodi li depresija do lošijih prehrambenih navika koji dodatno mogu pogoršati stanje ili loša prehrana može indirektno doprinijeti razvoju depresije. U skladu s time, Jacka i suradnici (2010.) ističu da bi prehrana mogla doprinijeti patogenezi depresije, a s druge strane to može dovesti do promjena u apetitu i brige o sebi čime mentalna bolest, neadekvatna prehrana i nedostatak hranjivih tvari otežavaju simptome bolesti. Berk i suradnici (2013.) navode kako rezultati određenih istraživanja ne potvrđuju takvu obrnutu kauzalnost. Primjerice, pokazana je obrnuta povezanost pridržavanja obrasca mediteranske dijeta i rizika od razvoja depresije u razdoblju od 4 godine. (Sanchez-Villegas, 2009.). Potrebno je provesti dodatna istraživanja radi utvrđivanja kompleksne veze i međusobnog utjecaja simptoma depresije i posljedica nezdrave prehrane.

6.1. Obrasci prehrane

Literatura ukazuje na moguće doprinose Mediteranske prehrane, posebno kad se radi o depresiji. Mediteranska dijeta odnosi se na prehranu karakteriziranu visokim unosom biljnih proizvoda, povrća, voća, orašastih proizvoda, mahunarki i neprerađenih žitarica, visokog unosa masti uglavnom od maslinova ulja te umjerenom do niskom količinom ribe, mesa i mliječnih proizvoda, dodanih šećera i vina uz obroke (Willet i sur., 1995., Russo i sur., 2021., Willet i sur., 2019., Trichopoulou i sur., 2014., prema Hershey i sur., 2021.). Takva vrsta prehrane ima zaštitna svojstva zbog povećane koncentracije antioksidansa, visokog unosa sirove hrane, niže proizvodnje oksidansa povezanih s kuhanjem te povećanog unosa vlakana (Ghiselli i sur., 1997., prema Lopresti i sur., 2013.).

Nekim istraživanjima utvrđena je povezanost određenih skupina hrana i obrazaca prehrane sa prevalencijom depresije, smanjenjem odnosno povećanjem simptoma depresije te vjerojatnošću pojave depresivnih poremećaja. Na temelju rezultata moguće je izdvojiti nekoliko skupina i obrazaca prehrane koji bi mogli biti

djelotvorni za smanjenje simptoma depresije i vjerojatnosti pojave depresije. Kao pozitivne preporuke vrste i načini prehrane koje bi trebalo prakticirati izdvajaju se: visok unos niskokalorične hrane kao što su zelene salate, pečena piletina i riba, mlijeko s niskim udjelom masti, hladne žitarice (Jeffery i sur., 2009, prema Berk i sur., 2013.), škrobno korjenasto povrće (Peet i Horrobin, 2002., prema Martinsen i Raglin, 2007.), nemasne bjelančevine, orašasti plodovi, sjemenke i druga zdrava masti i ulja (Derman i sur., 2014.) Nadalje, preporuča se pridržavanje prehrane koja se sastoji od cjelovitih zrna, povrća, voća, riže i proizvoda od soje (Weng i sur., 2011., prema Berk i sur., 2013.). S druge strane, negativne preporuke odnose se na izbjegavanje visokog unosa visokokalorične slatke hrane (Jeffery i sur., 2009, prema Berk i sur., 2013.), mliječnih proizvoda i rafiniranih šećera (Peet i Horrobin, 2002., prema Martinsen i Raglin, 2007.), nezdrave i prerađene hrane (Weng i sur., 2011., prema Berk i sur., 2013.) te zapadnog obrasca prehrane koji se sastoji od pizze, čipsa, hamburgera, bijelog kruha, šećera, itd. (Jacka i sur., 2010.).

Praktične prehrambene preporuke za pacijente s depresijom odnose se na postizanje optimalnog zdravlja i dobrobiti za što je između ostalog važno održavanje zdrave tjelesne težine te pridržavanje zdrave i uravnotežene prehrane. Cilj bi trebao biti poboljšanje pacijentove cjelokupne prehrane na način da se potiče prehrana koja uključuje sve nutrijente potrebne za postizanje i održavanje zdravlja te sprječavanje bolesti. Suplementacija može biti opravdana u specifičnim slučajevima no preporuča se cjelovita i uravnotežena prehrana kroz koju se dobivaju svi bitni nutrijenti te se trenutno ne preporuča predlaganje suplemenata općoj populaciji u tu svrhu. Kod bolesnika s metaboličkim sindromom važno je da liječnik prilagodi intervenciju dodatnim izazovima s kojima se ti pacijenti nose (Derman i sur., 2014.)

6.2. Raspored prehrane

Gao i suradnici (2021.) navode da je uz sastav prehrane važan i raspored prehrane. Pri tome se najviše ističu učestalost obroka općenito, učestalost konzumacije odnosno preskakanja doručka te vrijeme u kojem osoba konzumira hranu. Utvrđena je negativna povezanost učestalosti obroka s depresivnim simptomima (Gao i sur., 2012., Fulkerson i sur., 2004., Kaplan i sur., 1984.), kao i učestalosti doručka sa depresivnim poremećajima (Zhu i sur., 2019., Miki i sur., 2019., Lee i sur., 2017., Xu

i sur., 2016.). Veći rizik za razvoj depresivnih simptoma imaju osobe koje preskaču doručak češće od jednom tjedno u odnosu na osobe koje doručkuju svaki dan, a moguće objašnjenje za takve nalaze je utjecaj visoke razine kortizola i promjene u cirkadijurnom satu (Miller, Maletic i Raison, 2009., Tahara i Shibata, 2016., Boyce i Barriball, 2010.). Kad se gleda važnost pojedinog obroka, čini se da je najbitniji doručak, budući da preskakanje ručka i večere nije značajno povezano s depresijom. Naposljetku, konzumacija obroka i grickalica tijekom noći pozitivno je povezana sa depresijom. Na to upućuju i rezultati istraživanja u kojima su viši stupanj depresije imale osobe sa sindromom noćnog jedenja (eng. *Night Eating Syndrome*) koje su konzumirale grickalice tijekom noći (Gluck, Geliebter i Satov, 2001., Lee i Shin, 2019., Guentcheva i sur., 2020.). Iz navedenih rezultata kao glavne preporuke mogu se navesti određivanje primjerene učestalosti jedenja obroka odnosno izbjegavanje samo jednog obroka na dan. Nadalje, važno je da osoba doručkuje ukoliko je u mogućnosti te da ako već mora preskočiti obrok u danu, manji rizik predstavlja preskakanje ručka ili večere. Naposljetku, preporučuje se izbjegavanje konzumacije grickalica i obroka tijekom noći - sve navedeno zapravo nalikuje relativno prirodnom, uobičajenom i predvidljivom rasporedu prehrane. Pridržavanje takvoga rasporeda bi moglo imati i indirektno prednosti, primjerice uspostavljanje strukture i predvidljivosti u tom aspektu života. Osim toga, dobra regulacija ovog aspekta je poželjna jer je prehrana nužan i ponavljajući dio svakog dana.

6.3. Esencijalne hranjive tvari

Jedna od važnih komponenti prehrane su i plodovi mora zbog omega-3 masnih kiselina. Martinsen i Raglin (2007.) navode da osobe koje pate od depresivnih poremećaja imaju nizak unos omega-3 masnih kiselina (Parker i sur., 2006.) te dodavanje omega-3 postojećoj terapiji poboljšava ishode kod osoba s velikim depresivnim poremećajem (Nemetz, Stahl i Belmaker, 2002.). Derman i suradnici (2014.) navode mogućnost postojanja kauzalne veze između omega-3 polinezasićenih masnih kiselina (PUFA) (eng. *Omega-3 polyunsaturated fatty acids*) te depresije zbog toga što je dosljedno utvrđena njihova povezanost kroz različita istraživanja i populacije. Dva najvažnija sastojka PUFA su eikosapentaenska (EPA) i dokozaheksaenska kiselina (DHA). Čini se da EPA može dovesti do poboljšanja kao

dodatak postojećoj terapiji antidepresivima (Peet i Horrobin, 2002.) ili kod dječje depresije (Nemets i sur., 2006.). Nije se pokazalo da dovodi do poboljšanja kao samostalna terapija kod odraslih (Marangell i sur., 2003., prema Martinsen i Raglin, 2007.), no bila je učinkovita samostalno ili u kombinaciji s DHA (Derman i sur., 2014).

Mikro i makronutrijenti također čine važnu komponentu prehrane jer se smatra da mogu utjecati na raspoloženje (Benton i Donohoe, 1999., prema Derman i sur., 2014.). Naime, postoji povezanost psihičkih simptoma te nedostatka određenih vitamina. Pretpostavlja se da ugljikohidrati imaju utjecaj na poboljšanje raspoloženja zbog povećane sinteze serotonina te kratkotrajno ublažavaju simptome depresije. Taj utjecaj je samo kratkoročan te je mala vjerojatnost da je ta pretpostavka ispravna zbog toga što mala količina proteina može suzbiti postignuti efekt poboljšanja raspoloženja (Mikolajczyk, EI i Maxwell, 2009., Benton i Donohoe, 1999., prema Derman i sur., 2014.). Naposljetku, važna je dostatnost esencijalnih hranjivih tvari u prehrani kao što su riblja ulja, folat, magnezij i cink zbog njihove povezanosti s depresijom ili rizikom od razvoja depresije. Navedene hranjive tvari čine sastavnice zdrave prehrane te ih se može pronaći u zelenom lisnatom povrću, mahunarkama, cjelovitim zrnima te ribi. (Berk i sur., 2013.).

7. Socijalne interakcije

Socijalne interakcije imaju važnu ulogu u etiologiji emocionalnih problema te problema mentalnog zdravlja. Stoga nisu iznenađujući podaci kako je veća vjerojatnost razvoja simptoma depresije kod osoba se osjećaju usamljeno ili izolirano, koje navode nisku razinu socijalne potpore i doživljavaju poteškoće u vezama. (Chen i Feeley, 2009., prema Santini i sur., 2020.). Nezelek, Imbrie i Glenn (1994.) navode kako su u etiologiju i održavanje depresije uključeni interpersonalni nemir i niska razina socijalne integracije. Nadalje, depresija je povezana sa socijalnom izolacijom, niskom razinom socijalne potpore i nezadovoljavajućim bračnim odnosima (Brown i Harris, 1978., Cole, Lazarick i Howard, 1987., Youngren i Lewinsohn, 1980.). Naposljetku, percipirana socijalna izolacija i socijalna nepovezanost kao oblici socijalne izolacije, su oboje povezani sa simptomima depresije (Santini i sur., 2020.).

Moguće je izdvojiti nekoliko značajki socijalnih interakcija koje su u većoj mjeri prisutne kod osoba s depresijom, kao što problematičnije i manje nagrađujuće socijalne interakcije (Barnett i Gotlib, 1988., prema Nezlek, Hampton i Shean, 2000.), doživljaj veće razine neugode prilikom interakcija, češće su nesuglasice sa osobama iz socijalne mreže (Gotlib, 1986., prema Nezlek, Hampton i Shean, 2000.), češće su u partnerskim odnosima obilježenima okrivljavanjem, kritiziranjem, lošom komunikacijom, dominacijom, smanjenom emocionalnom uključenosti te nedostatkom intimnosti (Coyne i DeLongis, 1986., House, Umberson i Landis, 1988., prema Nezlek, Imbrie i Glenn, 1994.).

7.1. Kvaliteta socijalnih interakcija

Usporedbom rezultata istraživanja socijalnih interakcija i socijalnih kontakata osoba s depresijom te osoba bez depresije, uočljivo je kako u dobivenim podacima ne postoje razlike u primjerice broju interakcija ili ljudi s kojima stupaju u kontakt, već se razlike očituju u drugačijem subjektivnom doživljaju tih interakcija osoba s depresijom, koji je pretežno negativniji. Bitno je napomenuti da se nezadovoljstvo interakcijama ponajviše iskazivalo u odnosima s osobama iz bliže okoline kao što su prijatelji, članovi obitelji i partneri. Nezlek, Hampton i Shean (2000.) navode kako osobe s depresijom interakcije procjenjuju manje ugodnima, smatraju da imaju manje utjecaja u interakcijama. Također doživljavaju manje intimnosti u socijalnim interakcijama, što se odnosi na interakcije s prijateljima, članovima obitelji te romantičnim partnerima no ne i na interakcije s kolegama ili strancima. Zanimljivo je da u ovom istraživanju osobe s depresijom imaju istu razinu socijalne aktivnosti kao i osobe bez depresije po sva tri parametra, odnosno nije bilo razlike u broju interakcija tijekom dana, vremenu provedenom u interakciji te broju ljudi s kojima su stupili u kontakt taj dan. Navedeno se kosi s pretpostavkom da su osobe s depresijom sklone socijalnoj izolaciji, iako socijalna izolacija ne ulazi niti jedan od kriterija za dijagnozu depresije. Slične rezultate dobili su Nezlek, Imbrie i Glenn (1994.) koji su utvrdili istu količinu društvenog kontakta kod sudionika koji su imali depresiju i onih koji nisu. Međutim, sudionici s depresijom su kontakte s određenim bliskim osobama procijenile kao manje nagrađujućima. Nepostojanje povezanosti depresije i socijalne aktivnosti je objašnjivo i razmatranjem kvalitete samih socijalnih interakcija te

subjektivnog doživljaja pojedinca. U skladu s time, Marangoni i Ickes (1989.:97) navode da su „kvalitativna razmatranja važnija od kvantitativnih razmatranja u posredovanju odnosa između varijabli društvene mreže i iskustva usamljenosti.“ Dodatno, čini se da je percipirana socijalna potpora bolji pokazatelj ishoda mentalnog zdravlja od pokazatelja strukture mreže kao što je naprimjer veličina socijalne mreže. (Santini i sur., 2020). Međutim, populacija starijih osoba s depresijom specifična je po tome što je uloga veličine socijalne mreže veća nego kod ostalih populacija. Starije osobe s depresijom koje se osjećaju usamljeno češće imaju manje socijalne mreže, no utjecaj male društvene mreže na depresiju postoji kod onih koji su usamljeni. S druge strane, kod osoba koje nisu bile depresivne usamljenost je više povezana s bračnim statusom nego s veličinom društvenih mreža. Zanimljivo je i da je kod tih osoba velika socijalna mreža bila povezana s većom učestalosti depresije. (Domenech-Abella i sur., 2017.). Santini i suradnici (2020.) predlažu jedan oblik praktičnog rada i prevencije prilikom rada sa starijim odraslim osobama u socijalnoj i gerontološkoj skrbi na način da se više usmjeri na individualnu procjenu u kojoj mjeri su njihove potrebe za socijalnim interakcijama i potporom zadovoljene. Takva procjena bi omogućila identificiranje rizičnih pojedinaca te prevenciju afektivnih problema i problema mentalnog zdravlja. U socijalnom radu bi se ove spoznaje mogle primijeniti na način da se s korisnicima u adolescentskoj, srednjoj odrasloj i odrasloj dobi više usmjerava na kvalitetu socijalnih interakcija s osobama iz bliže okoline umjesto na veličinu socijalne mreže. S druge strane, upravo kod starijih osoba je važnija njihova procjena veličine socijalne mreže te osjećaja usamljenosti.

Iz navedenih podataka ističe se dodatna važnost subjektivnog doživljaja interakcija u kojima pojedinac sudjeluje te odnosa koje ima s drugim ljudima. Kod osoba s depresijom životni stil vezan uz socijalne interakcije na prvi pogled može izgledati nepromijenjenim te jednakim kao kod osoba bez depresije. Međutim, za dobivanje cjelovite slike važno se usmjeriti prvenstveno na aspekte vezane uz doživljaje i percepciju pojedinca, umjesto isključivo na objektivne pokazatelje kao što je broj interakcija. To opet upućuje na važnost usmjeravanja na dvije važne komponente odnosa. Prva i očekivana komponenta je sam odnos ili razrješavanje poteškoće koja se pojavila u odnosu sa drugom osobom. Druga komponenta proizlazi iz dosad

navedenih spoznaja i odnosi se na razumijevanje i razrješavanje negativnih doživljaja osobe koji su vezani uz interakcije s ljudima općenito.

8. Uporaba pametnih telefona i društvenih mreža

Za razliku od ostalih životnih stilova koji spadaju u primarne potrebe svakog pojedinca, uporaba pametnih telefona i društvenih mreža te životni stil osobe povezan s navedenim, drugačiji je i još uvijek prilično nov fenomen. Iako uporaba pametnih telefona i društvenih medija ne predstavlja primarnu potrebu pojedinca, njihova sve veća prisutnost u svakodnevnom životu dovodi do toga da ih se ipak percipira kao primarne potrebe. Takvo zapažanje je vidljivo primjerice u izjavama odraslih vlasnika pametnih mobitela od kojih je polovica izjavila da „ne bi mogli živjeti“ bez njega (Piotrowski, Lunsford i Gaynes, 2020.). Osim toga, specifičnost ovog životnog stila očituje se i u tome što nije moguće dati jedinstvenu preporuku o prikladnom načinu, vremenu te učestalosti korištenja. Sveprisutnost i rastuća važnost pametnih mobitela i društvenih mreža u životima ljudi vidljiva je u podacima o broju osoba koje ih posjeduju. Piotrowski, Lunsford i Gaynes (2020.) navode da je u 2019. godini 81% odraslih i 92% mlađih odraslih u Americi posjedovalo pametni mobitel, dok je na razini cijelog svijeta medijalna stopa posjedovanja pametnog mobitela iznosila 59% u 2017. godini. Otprilike polovina svih ljudi u 39 različitih zemalja je koristila društvene mreže (Poushter, Bishop i Chwe, 2020.). Uz velik broj prednosti koje dolaze s pametnim mobitelima i društvenim mrežama, isti autori naglašavaju širok raspon mogućnosti za njihovu štetnu i pretjeranu uporabu. Velik broj istraživanja ukazuje na povezanost depresije s uporabom pametnih mobitela i društvenih mreža. Pronađena je pozitivna korelacija između intenziteta uporabe pametnog mobitela i depresije kod studenata na sveučilištu (Demirci, Akgonul i Apkinar, 2015.), dok su u istraživanju na 2000 odraslih osoba sudionici s najvišim kvartilom ukupnog vremena provedenog na društvenim mrežama imali značajno veći rizika za razvoj depresije u usporedbi sa sudionicima s najnižim kvartilom vremena provedenog na društvenim mrežama (Lin, i sur., 2017.). Čini se da je težina depresije povezana sa problematičnom uporabom pametnih mobitela (Elhai i sur., 2017.).

8.1. Izazivanje poteškoća na važnim životnim područjima

Caplan (2003.) navodi kako kod osoba koje pate od različitih vrsta psihosocijalnih problema, a time i depresije, postoji veća vjerojatnost preferencije socijalne interakcije na internetu i na mrežama od interakcije licem u lice. To s druge strane može dovesti do kompulzivne upotrebe mreža te pretjerane interakcije isključivo putem mreža, izazivajući probleme na poslu, kod kuće ili u drugim područjima života dodatno pogoršavajući već postojeće probleme.

Važno je napomenuti i utvrđena povezanost pretjerane upotrebe pametnih mobitela s lošijom tjelesnom spremnošću, mišićno-koštanim bolovima, poteškoćama sa spavanjem te smanjenjem društvenih interakcija u stvarnom životu odnosno licem u lice (Elhai, Levine i Hall, 2019, prema Luns., Demirci, Akgonul i Akpinar, 2015.). Dakle, uz direktnu vezu sa samom depresijom, uporaba pametnih mobitela i društvenih mreža može indirektno doprinijeti poteškoćama i kod ostalih životnih stilova osobe. Primjerice, ukoliko osoba pretjerano koristi društvene mreže i pametni mobitel, to može dovesti do izolacije i zanemarivanja aktivnosti važnih za psihološko zdravlje pojedinca (Elhai, Levine i Hall, 2019.). Pokazalo se i da je korištenje elektroničkih medija po noći povezano s poteškoćama sa spavanjem i simptomima depresije (Lemola i sur., 2014., prema Demirci, Akgonul i Akpinar, 2014.). Drugi način izazivanja poteškoća sa spavanjem je ako osoba koristi mobitel u vrijeme predviđeno za spavanje ili je osobi teže zaspati zbog emitiranja plave svjetlosti od ekrana (Elhai i sur., 2017., Strickland, 2020.), što može potisnuti lučenje melatonina i odgoditi započinjanje sna (Higuchi i sur., 2003., prema Demirci, Akgonul i Akpinar, 2015.). Osim toga, problematična upotreba interneta može dovesti do promjena u arhitekturi sna na način da smanjuje REM san (eng. *rapid eye movement*), sporovalni san (eng. *slow-wave sleep*) te učinkovitost sna (Dworak i sur., 2007., Higuchi i sur., 2005., prema Demirci, Akgonul i Akpinar, 2015.).

Postoji nekoliko načina na koje pretjerana upotreba mobitela i društvenih mreža može doprinijeti pogoršanju simptoma depresije. Primack i suradnici (2017.) navode kako je moguće doživljavanje osjećaja isključenosti i viktimizacije ukoliko osobe na društvenim mrežama putem objava vide kako njihovi prijatelji provode vrijeme bez njih. Osim poteškoća na važnim područjima života, ističu se štetni učinci rastuće socijalne usporedbe koja je omogućena društvenim mrežama, a koja ujedno

predstavlja jedan od najznačajnijih načina na koji društvene mreže mogu doprinijeti pojavljivanju simptoma depresije (Berryman, Ferguson i Negy, 2018., Strickland, 2020., Woods i Scott, 2016.). Također, mogu izazvati osjećaje zavidnosti te formiranje uvjerenja da drugi imaju bolji, sretniji i uspješniji život (Lin i sur., 2016.).

Studenti su posebno rizična populacija kad se radi o pretjeranoj upotrebi društvenih mreža i pametnih mobitela. Takva uporaba na prvoj godini fakulteta može biti prediktor depresije u nadolazećim godinama (Yao i sur., 2013., prema Mofatteh, 2020.). Također, čini se da su studenti s ovisnošću o internetu i koji pretjerano koriste društvene mreže uglavnom na prvoj godini fakulteta što može dovesti do smanjene prilagodbe na fakultet te formiranje socijalne mreže (Yao i sur., 2013., Li i sur., 2019., prema Mofatteh, 2020.). Demirci, Akgonul i Akpinar (2015.) ističu da je rizičan čimbenik što studenti na fakultetu provode gotovo 9 sati dnevno na mobitelu (Roberts, Yaya i Manolis, 2014.), a moguć faktor povećane uporabe je što imaju priliku samostalno regulirati svoje vrijeme bez restrikcija od strane roditelja (Fossum i sur., 2014.). Isti autori su u svom istraživanju utvrdili kako su kod studenata koji pretjerano koriste pametni mobitel zabilježene veće razine depresije u odnosu na studente koji koriste pametni mobitel u manjoj mjeri. Osi toga, utvrdili su višu razina uporabe i lošu kvalitetu sna kao prediktore depresije. Svi ovi rezultati upućuju na važnost prevencije, organiziranja edukacija i informiranje studenata. Posebno se to odnosi na studente prve godine fakulteta, kako bi se spriječilo narušavanje njihova funkcioniranja zbog neznanja o potencijalnim štetnim posljedicama pretjerane upotrebe društvenih mreža i pametnih mobitela, kao i smanjen učinak na akademskom polju te u konačnici veći broj odraslih s depresijom ili rizikom od depresije ukoliko se štetna ponašanja ne zaustave.

8.2. Priroda upotrebe

Kad se promatra povezanost uporabe pametnih mobitela i društvenih mreža te mentalnog zdravlja i specifično depresije, čini se da postoji dvosmjerna veza između depresije i neugodnih osjećaja te načina uporabe pametnih mobitela i društvenih mreža. Specifičan način na koji osoba koristi pametni mobitel i društvene mreže može dovesti do negativnijih ishoda te do depresije, a s druge strane postojanje depresije kod pojedinca može promijeniti prirodu tj. način uporabe. Prema

Piotrowski, Lunsford i Gaynes (2020.), iako su učestalost i trajanje upotrebe važni faktori, još veću važnost predstavlja priroda uporabe tehnologije pojedinca (Berryman, Ferguson i Negy, 2018., Elhai, i sur., 2017., Strickland, 2020.). Odnosno, važno je upotrebljava li se pametni telefon pretežno u svrhu socijalizacije, primjerice za poruke, pozive te općenito za direktnu komunikaciju s drugim osobama, obzirom na to da su te aktivnosti povezane s dobrobiti osoba koje ih provode (Berryman, Ferguson i Negy, 2018., Elhai i sur., 2017.). Pri tome je veća vjerojatnost da će takav način korištenja omogućiti povećanje socijalnog kapitala osobe te smanjenje osjećaja usamljenosti (Burke i Kraut, 2016., Marche, 2020.). S druge strane, javlja se osjećaj nepovezanosti i depresije ukoliko je osoba sklona pasivnoj konzumaciji društvenih mreže primjerice „skrolanjem“ (eng. *scrolling*) i ne koristi ih za interakciju s drugim ljudima (Marche, 2020., Verduyn i sur., 2015.). Međutim, ukoliko osoba ima depresiju, veća je vjerojatnost da će tehnologiju upotrebljavati za pasivnu konzumaciju odnosno čitanje vijesti i zabavu, što dodatno može doprinijeti socijalnom povlačenju (Elhai i sur., 2017.). Suprotno tome, osobe koje nemaju depresiju češće iskorištavaju pozitivne značajke mobitela i društvenih mreža za ustanovljenje i održavanje socijalnih veza s drugima. Osim toga, štetnim učincima uporabe mobitela i društvenih mreža mogu doprinijeti i specifične poteškoće koje su karakteristične za depresiju, kao što su veća sklonost ruminaciji što može dovesti do razvoja stalne potrebe za potvrđivanjem koju osoba nastoji podmiriti konstantnim provjeravanjem obavijesti, poruka i na slične načine (Elhai, Tiamiyu i Weeks, 2018.). Također, smanjena aktivnost kod depresije može smanjiti i vjerojatnost sudjelovanja u socijalnim interakcijama lice u lice što bi moglo potaknuti pokušaj pronalaženja tih interakcija na društvenim mrežama radi potrebe za validacijom (Lin i sur., 2016., Caplan, 2002.).

8.3. Preporuke vezane uz reguliranje vremena i načina korištenja

Nije moguće odrediti primjeren univerzalan način, kao ni ostale pojedinosti korištenja mobitela i društvenih mreža. Iz tog razloga bitno je razvijanje djelotvornih mehanizama i strategija koje osobama mogu pomoći u nošenju s pretjeranom upotrebom interneta, kao i u određivanju vremena, učestalosti i načina korištenja

pametnih mobitela i društvenih mreža, tako da najbolje odgovara njihovim potrebama, životnim okolnostima te ciljevima. Za postizanje te svrhe čine se prikladnima strategije bazirane na *mindfulness*-u iz razloga što omogućavaju uvid u trenutni obrazac upotrebljavanja tehnologije, pozitivne i negativne aspekte tog obrasca te utjecaj na mentalno zdravlje. Takva vrsta razumijevanja se čini kao dobar temelj za prilagođavanje upotrebe tehnologije vlastitim idealima i prioritetima. Osim navedene, preporučuju se strategije poboljšanja emocionalne regulacije kao što su vještine tolerancije na nevolje kako bi osobe naučile procesirati negativne emocije vezane uz pretjeranu upotrebu tehnologije umjesto da ih izbjegavaju (Elhai i sur., 2018., Piotrowski, Lunsford i Gaynes, 2020.). Dakle, navedene strategije su više usmjerene na regulaciju emocija i misli povezanih uz upotrebu tehnologije. Moguć je i nešto drugačiji pristup, kao što su strategije jednostavnog ograničavanja količine vremena provedenog na mobitelu i društvenim mrežama. Kod studenata koji su ograničili upotrebu društvenih mreža na 30 minuta dnevno, u usporedbi sa studentima koji su nastavili koristiti društvene mreže kao i uobičajeno, imali su značajno smanjenje usamljenosti depresije (Hunt i sur., 2018., Piotrowski, Lunsford i Gaynes, 2020.). Nadalje, Brailovskaia i suradnici (2020.) pokazali su kako smanjenje uporabe Facebooka doprinosi promjenama u životnom stilu. Kod sudionika je utvrđeno kontinuirano povećanje učestalosti bavljenja fizičkom aktivnostima, a do najvećeg povećanja je došlo u mjesecima nakon eksperimentalnog perioda.

9. Zaključak

Depresija predstavlja jedan od vodećih javnozdravstvenih problema (Kessler i sur., 1994., prema Martinsen i Raglin, 2007.), uzroka invaliditeta - sve većeg ekonomskog (SZO, 2016., prema Cheah i sur., 2020.). i financijskog tereta (Mykletun i sur., 2006., prema Martinsen i Raglin, 2007.) uz pretpostavku da će biti jedna od glavnih uzroka bolesti do 2030. godine (Ferrari, Charlson i Norman, 2010., Gabilondo i sur., 2010., SZO, 2017., prema Aguilar-Latorre i sur., 2020.). Istovremeno dolazi do porasta farmakološkog tretmana depresije, posebno antidepresiva iako se preispituje opravdanost njihova prepisivanja određenim skupinama (Jakobsen, Gluud i Kirsch, 2020., prema Piotrowski, Lunsford i Gaynes, 2020.) i stupnjevima depresije (Cuijpers i sur., 2009., NCCMH, 2010., prema Aguilar-Latorre i sur., 2021.).

Potrebno je liječiti ovu sve prisutniju bolest zbog negativnih posljedica na samog pojedinca, ali i na cjelokupno društvo. Kao potencijalni dodatak postojećem tretmanu depresije bilo bi dobro razmotriti zdrave stilove živote zbog njihova relativno niskog troška, jednostavnosti i dostupnosti. Niz istraživanja ukazuje na pozitivne učinke intervencija u tom području (García-Toro, 2012., prema Piotrowski, Lunsford i Gaynes, 2020., Null i Pennesi, 2017., Loresti, Hood i Drummond, 2013., Forsyth, Deane i Williams, 2015.). Od svih životnih stilova, fizička aktivnost je najistraženija te se pokazalo da može biti djelotvorna intervencija koja doprinosi smanjenju depresivnih simptoma (Lawlor i Hopker, 2009., Greer i Trivedi, 2009., Barbour, Edenfield i Blumenthal, 2007. i sur., Collins i Fitterling, 2009., Mead i sur., 2009., Strohle, 2009., Daley, 2008., prema Derman i sur., 2014.), a čini se da su njihovi učinci dugoročni (Blumenthal i sur., 2000., prema Martinsen i Raglin, 2007.). Važno je odabrati primjeren intenzitet vježbanja kako bi se izbjeglo odustajanje (Bucksworth i Dishman, 2002., prema Martinsen i Raglin, 2007.) no istovremeno dovoljno velik za postizanje pozitivnih učinaka (Singh i sur., 2005., prema Martinsen i Raglin, 2007.). Program je potrebno prilagoditi individualnim karakteristikama, genetskim varijacijama i ciljevima osobe, uzimajući u obzir specifične prepreke koje bi mogle proizaći iz depresije i njenih simptoma (Derman i sur., 2014.). Nadalje, kad se radi o prehrani i njenim modifikacijama, važno je obratiti pozornost na samu vrstu odnosno obrazac prehrane, kvalitetu i dostatnost nutrijenata važnih za održavanje zdravlja te primjeren raspored prehrane. Kad se radi o vrsti prehrane tj. dijeti, ističu se koristi mediteranske prehrane (Lopresti i sur., 2013.) te općenito cjelovite i raznovrsne prehrane sa svim potrebnim nutrijentima (Derman i sur., 2014.) uz izbjegavanje visokokalorične, slatke i prerađene hrane (Jacka i sur., 2010., Jeffery i sur., 2009, prema Berk i sur., 2013.). Osim toga je važan i unos esencijalnih hranjivih tvari kao što su riblja ulja, folat, magnezij i cink (Berk i sur., 2013.) U pogledu socijalnih interakcija, brojna istraživanja upućuju na negativne ishode nedostatnosti kvalitete ili količine socijalnih interakcija koji mogu biti povezani i s depresijom (Chen i Feeley, 2009., prema Santini i sur., 2020., Brown i Harris, 1978., Cole, Lazarick i Howard, 1987., Youngren i Lewinsohn, 1980., prema Nezelek, Imbrie i Glenn, 1994). Kod procjene socijalnih interakcija osoba s depresijom posebno su važni percipirana izolacija i percipirana socijalna potpora,

koji mogu biti bolji pokazatelji ishoda mentalnog zdravlja nego objektivniji indikatori (Santini i sur., 2013.), pošto je u nekim istraživanjima utvrđena ista razina socijalne interakcije osoba s i bez depresije, no s više negativnih doživljaja od strane depresivnih osoba (Nezlek, Hampton i Shean, 2000., Nezlek, Imbrie i Glenn 1994.). Posljednji analiziran životni stil je uporaba pametnih mobitela i društvenih mreža čiji je nagli porast vidljiv u posljednjih nekoliko godina. Nemogućnost regulacije ovog životnog stila može se negativno odraziti i na neka druga važna životna područja, primjerice na spavanje (Elhai i sur., 2017., Strickland, 2020., prema Piotrowski, Lunsford i Gaynes, 2020.), fizičku spremnost ili interakcije licem u lice (Elhai, Levine i Hall, 2019., Demirci, Akgonul i Apkinar, 2015.). Pri tome ishodi upotrebe uvelike ovise o prirodi upotrebe pojedinca te o tome imaju li osobe depresiju, što mijenja njihov način korištenja povećanjem vjerojatnosti pasivne konzumacije sadržaja koja dodatno može doprinijeti pogoršanju simptoma depresije (Elhai, Tiamiyu i Weeks, 2018., Caplan 2003, prema Piotrowski, Lunsford i Gaynes, 2020.). Upotreba u socijalizacijske svrhe doprinosi povećanju dobrobiti i socijalnog kapitala (Berryman, Ferguson i Negy, 2018., Elhai, i sur., 2017., Strickland, 2020., prema Piotrowski, Lunsford i Gaynes, 2020.). Preporuke za regulaciju ovog područja mogu se odnositi na samoregulaciju pojedinčevih emocija i misli (Elhai sur., 2018., Piotrowski, Lunsford i Gaynes, 2020.) ili jednostavno smanjenje vremena provedenog na mobitelu ili mrežama (Hunt i sur., 2018., Brailovskaia i suradnici 2020.).

1. Aguilar-Latorre, A., Navarro, C., Olivan-Blanquez, B., Gervilla, E., Botaya, R.M., Calafat-Villalonga, C., Garcia-Toro, M., Boira, S. & Serrano-Ripoll, M.J. (2020). Effectiveness and cost-effectiveness of a lifestyle modification programme in the prevention and treatment of subclinical, mild and moderate depression in primary care: a randomised clinical trial protocol. *BMJ Open*, *10*(12). Posjećeno 1.7.2022. na mrežnoj stranici BMJ Journals: <https://bmjopen.bmj.com/content/10/12/e038457>
2. Brailovskaia, J., Strose, F., Schillack, H. & Margraf, J., (2020). Less Facebook use – More well-being and a healthier lifestyle? An experimental intervention study. *Computers in Human Behavior*, *108*. Posjećeno 15.6.2022. na mrežnoj stranici: <https://www.kli.psy.ruhr-uni-bochum.de/klipsy/public/margraf%20Journals%20with%20Peer-Review/Brailovskaia,%20Stroese,%20Schillack,%20&%20Margraf,%202020.pdf>
3. Begić, D. (2014.) *Psihopatologija*, drugo, dopunjeno i obnovljeno izdanje. Zagreb: Medicinska naklada.
4. Begić, D., Jukić, V. & Medved, V. (2016). *Psihijatrija*. Zagreb: Medicinska naklada.
5. Berk, M., Sarris, J., Coulson, C.E. & Jacka, F.N. (2013). Lifestyle management of unipolar depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *127*(443), 38-54.
6. Bora, D., Deuri, S.P. & Saha, A. (2021.) Psychiatric Social Work Intervention with a Woman with Depression: A Case Report from Assam. *The International Journal of Indian Psychology*, *9*(2), 1015-1022.
7. Caplan, S.E. (2003). Preference for Online Social Interaction: A Theory of Problematic Internet Use and Psychosocial Well-Being. *Communication Research*, *30*(6), 625-648.
8. Cesare, P., & King, R. (2015.) Social Workers' Beliefs about the Interventions for Schizophrenia and Depression: A Comparison with the Public and Other Health Professionals – an Australian Analysis. *British Journal of Social Work*, *45*, 1750-1770.

9. Cheah, Y.K., Azahadi, M., Phand, S.N. & Manaf, N.H.A. (2020). Sociodemographic, Lifestyle, and Health Factors Associated With Depression and Generalized anxiety Disorder Among Malaysian Adults. *Journal of Primary Care & Community Health, 11*, 11-8.
10. Demirci, K., Akgonul, M. & Akpınar, A. (2015). Relationship of smartphone use severity with sleep quality, depression and anxiety in university students. *Journal of Behavioral Addictions, 4*(2), 85-92.
11. De Moor, M., Boomsma, D.I., Stubbe, J.H., Willemsen, G., de Gaus, J.C. (2008). Testing Causality in the Association Between Regular Exercise and Symptoms of Anxiety and Depression. *Arch Gen Psychiatry, 65*(8), 897-905.
12. Derman, E.W., Whitesman, S., Dreyer, M., Patel, D.N., Nossel, C., Schweltnus, M.P. (2010). Healthy lifestyle interventions in general practice: Part 12: Lifestyle and depression. *South African Family Practice, 52*(4), 271-275.
13. Domenech-Abella, J., Lara, E., Rubio-Valera, M., Olaya, B., Moneta, M.V., Rico-Uribc, L.A., Ayuso-Mateos, J.L., Mundo, J. & Haro, J.M. (2017.) Loneliness and depression in the elderly: the role of social network. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 52*, 381-390.
14. Gao, C., Sun, Y., Zhang, F., Zhou, F., Dong, C., Ke, Z., Wang, Q., Yang, Q. & Sun, H. (2021). Prevalence and correlates of lifestyle behavior, anxiety and depression in Chinese college freshman: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Sciences, 8*, 347-353.
15. Gujar N.M., Ali, A. & Sahu, K.K. (2020.) Psychiatric social work intervention with a person with severe depression based on cognitive behavioural case work approach: A case study. *Indian Journal of Psychiatric Social Work, 11*(1), 36-42.
16. Gullone, E. (2000). The Biophilia Hypothesis and Life in the 21st Century: Increasing Mental Health or Increasing Pathology? *Journal of Happiness Studies, 1*(3), 293-322.
17. Hershey, M.S., Sanchez-Villegas, A., Sotos-Prieto, M., Fernandez-Montero, A., Pano, O., Lahortiga-Ramos, F., Martinez-Gonzalez, M.A. & Ruiz Canela,

- M. (2021). The Mediterranean Lifestyle and the Risk of Depression in Middle-Aged Adults. *Journal of Nutrition*, 152(1), 227-234.
18. Jacka, F., Pasco, J., Mykletun, A., Williams, L.J., Hodge, A.M., O'Reilly, S.L., Nicholson, G.C., Kotowicz, M.A. & Berk, M. (2010). Association of Western and Traditional Diets With Depression and Anxiety in Women. *The American Journal of Psychiatry*, 167, 1-7.
19. Korp, P. (2010.) Problems of the Healthy Lifestyle Discourse. *Sociology Compass*, 4/9, 800-810.
20. Lee, E. & Kim, Y. (2019.) Effect of university students' sedentary behavior on stress, anxiety, and depression. *Wiley Online Library: Perspectives in Psychiatric Care*, 55(4).
21. Lindwall, M., Gerber, M., Jonsdottir, I., Borjesson, M. & Ahlborg, G. (2013). The Relationships of Change in Physical Activity With Change in Depression, Anxiety and Burnout: A Longitudinal Study of Swedish Healthcare Workers. *Health Psychology*, 33(11).
22. Lopresti, A.L., Hood, S.D. & Drummond, P.D. (2013). A review of lifestyle factors that contribute to important pathways associated with major depression: Diet, sleep and exercise. *Journal of Affective Disorders*, 148(1), 12-27.
23. Mackenbach, J.P. (2020). *A History of Population Health: Rise and Fall of Disease in Europe*. Boston: Brill
24. Martinsen, E.W., Raglin, J.S. (2007). Themed Review: Anxiety/Depression: Lifestyle Medicine Approaches. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 1(3), 159-166.
25. MKB-10 (1994). *Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema: MKB-10 - deseta revizija*. Zagreb: Medicinska naklada.
26. Mofatteh, M. (2021). Risk factors associated with stress, anxiety, and depression among university undergraduate students. *AIMS Public Health*, 8(1), 36-65.
27. Nezlek, J.B., Imbrie, M. & Shean, G.D. (1994). Depression and Everyday Social Interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(6), 1101-1111.

28. Nezelek, J.B., Hampton, C.P. & Shean, G.D. (2000). Clinical Depression and Day-to-Day Social Interaction in a Community Sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(1), 11-19.
29. Null, G. & Pennesi, L. (2017). Diet and lifestyle intervention on chronic moderate to severe depression and anxiety and other chronic conditions. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 29, 189-193.
30. Ostojić, D. (2021). *Uloga socijalnog radnika u psihijatriji* (Power Point prezentacija). Posjećeno 3.9.2022. na mrežnoj stranici Pravnog fakulteta: https://www.pravo.unizg.hr/scsr/kppsr/predmet/socpsi_d/predavanja_i_prezentacije
31. Piotrowski, M.C., Lunsford, J. & Gaynes, B.N. (2020). Lifestyle psychiatry for depression and anxiety: Beyond diet and exercise. *Wiley Online Library: Lifestyle Medicine*, 2(1).
32. Richter, D., Wall, A., Bruen., A. & Whittington, R., (2019). Is the global prevalence rate of adult mental illness increasing? Systematic review and meta-analysis. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 140(5), 393-407.
33. Santini, Z.I., Jose, P.E., Cornwell, E.Y., Koyanaggi, A., Nielsen, L., Hinrichsen, C., Meilstrup, C., Madsen, K.R. & Koushede, V. (2019). Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): a longitudinal mediation analysis. *Lancet Public Health*, 5(1), 62-70.
34. Schmidt, C.W. (2007). Environmental Connections: A Deeper Look into Mental Illness. *Environmental Health Perspectives*, 115(8), 404-410.
35. Stjepanović, M., Jendričko, T. & Ostojić, D. (2015). Uloga socijalnog radnika u socioterapijskim i psihoterapijskim postupcima kod osoba s rizikom razvoja depresije uzrokovane stresnim životnim događajima. *Socijalna psihijatrija*, 43(1), 36-43.
36. Svjetska zdravstvena organizacija (2002.) *Healthy Living: What is a healthy lifestyle?* Posjećeno 31.8.2022. na mrežnoj stranici Svjetske zdravstvene organizacije: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/108180/EUR_ICP_LVNG_01_07_02.pdf

37. Tucci, V. & Moukaddam, N. (2017.) We are the hollow men: The worldwide epidemic of mental illness, psychiatric and behavioral emergencies and its impact on patients and providers. *Journal of Emergencies, Trauma, and Shock*, 10(1), 4-6.
38. Velten, J., Lavellee, K.L., Scholten, S., Meyer, A.H., Zhang, X., Scheider, S. & Margraf, J. (2014). Lifestyle choices and mental health: a representative population survey. *BMC Psychology* 2, 58.
39. Zlomislić, D. & Laklija, M. (2018). Uloga socijalnih radnika zaposlenih na odjelima psihijatrije i čimbenici koji utječu na njihovu spremnost na uključivanje u superviziju. *Ljetopis socijalnog rada*, 26(1), 107-133.