

# Bolniki z motnjami razpoloženja v lekarni

Mihaela Tršinar

**POVZETEK:** Farmacevti se pri vsakodnevem delu zelo pogosto srečujejo z bolniki z motnjami razpoloženja zaradi naraščajoče prevalence teh motenj med prebivalstvom. Motnje razpoloženja, še posebno velike depresivne motnje, so eden izmed najpomembnejših vzrokov za samomor, zato je zgodnje odkrivanje in ustrezno zdravljenje depresij pomembna naloga vseh zdravstvenih delavcev na primarni ravni zdravstvenega varstva. Farmacevti v lekarnah sodelujejo pri preventivi, prepoznavanju nediagnosticiranih motenj razpoloženja in med aktivnim zdravljenjem s svetovanjem o pravilni in varni uporabi zdravil. Dobro sodelovanje med vsemi izvajalci oskrbe duševnega bolnika pripomore k optimalnim izidom zdravljenja bolnikov z motnjami razpoloženja.

## 1 Uvod

Duševne motnje prizadenejo skoraj vsakega šestega prebivalca na svetu. Prepoznavanje duševnih bolezni je pomembna naloga zdravstvenih delavcev na primarni ravni zdravstvenega varstva. Najpogostejše duševne motnje so motnje razpoloženja in tesnoba, ki velikokrat potekajo sočasno. Tako je neizogibno dejstvo, da se farmacevti v lekarni pri vsakodnevem delu srečujejo z duševnimi bolniki. Med obiskovalci lekarn v Veliki Britaniji so opazili naslednjo porazdelitev duševnih bolnikov:

- med 5000 obravnavanimi bolniki v lekarni je 750 bolnikov z duševnimi motnjami (500 žensk, 250 moških), ki imajo naslednje znake duševnih bolezni:
- 130 znake generalizirane anksioznosti (70 žensk, 60 moških),
- 300 znake anksioznosti in depresije (200 žensk, 100 moških),
- 500 znake depresije (300 žensk, 200 moških),
- 250 nediagnosticirane znake depresije,
- osem letno jih načrtuje samomor,
- eden naredi samomor vsaki dve leti (1).

Depresijo je možno diagnosticirati na primarni ravni zdravstvenega varstva. Antidepresivno zdravljenje, ki vključuje zdravila in strukturirane oblike psihoterapije, je učinkovito pri 60 do 80 % bolnikov. Vendar je po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) take obravnave deležnih manj kot 25 % depresivnih bolnikov, v nekaterih državah celo manj kot 10 %. Ovire za učinkovito zdravljenje predstavljajo pomanjkanje sredstev, izobraženih izvajalcev in socialna stigmatizacija duševnih bolezni (2). Motnje razpoloženja, še posebno velika depresija in bipolarni motnje, so povezane s približno 60 % samomorov, in kar eden izmed 20 bolnikov z veliko depresijo naredi samomor (1, 3). Zato je SZO posvetila 10. september preventivi samomorov in dala pobude za dejavnosti na globalni, regionalni in nacionalni ravni za boljše odkrivanje in zdravljenje depresij, za izobraževanje bolnikov, družinskih članov, zdravstvenih delavcev in ostalih izvajalcev oskrbe duševnih bolnikov in za destigmatizacijo depresivnih bolnikov (2). SZO je prepoznala vlogo farmacevta kot aktivnega člana zdravstvenega tima predvsem pri izboljšanju zdrav-

ljenja duševnih bolezni z zdravili. Pravilna uporaba zdravil igra pri zdravljenju motenj razpoloženja osrednjo vlogo. Kar precej je dokazov o nepravilni uporabi zdravil; še posebno pri starostnikih, ki so še bolj občutljivi za neželene učinke zdravil, kot so kardiotsičnost, zmedenost in sedacija. Psihosocialne težave, neželeni učinki zdravil in zapoznel nastop učinka antidepresivov so pomembni vzroki za bolnikovo neupoštevanje navodil pri zdravljenju depresij. Poleg tega sta prisotni še soobolevnost in polifarmacija, ki vodita v zaplete pri zdravljenju in v medsebojne učinke med zdravili. Svetovanje ob izdaji zdravil in organizirano vodenje bolnikovega zdravljenja v projektih farmaceutske skrbi lahko izboljšajo sodelovanje pri bolnikih, ki začnejo z antidepresivnim zdravljenjem (4).

## 2 Vloga farmacevta v zdravstvenem timu pri oskrbi bolnika z duševnimi boleznimi

Dobro sodelovanje med vsemi izvajalci oskrbe duševnega bolnika je najpomembnejši dejavnik za doseganje optimalnih izidov zdravljenja duševnih bolnikov (5). Farmacevt se lahko vključuje v zdravljenje duševnih bolnikov na ravni javnih lekarn in bolnišnic ali pa sodeluje pri načrtovanju nacionalne politike zdravstvenega varstva za duševne bolnike (6).

### 2.1 Vloga farmacevta v preventivi duševnih bolezni

Farmacevti lahko delujejo v promociji duševnega zdravja na številne načine:

- priskrbijo informativne lističe o pomenu zagotavljanja duševnega zdravja,
- dajejo navodila o zdravem načinu življenja, poudarjajo pomen telesne vadbe in zdrave prehrane in zmernost v pitju alkoholnih pijač,
- ustvarjajo zdrave delovne razmere v lekarni, da preprečijo preobremenjenost osebja in poskrbijo za lastno duševno zdravje (6).

Preglednica 1: Možna področja delovanja farmacevta pri oskrbi duševnih bolnikov v javni lekarni (6).

| Področja delovanja                      | Naloge farmacevta                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| preventiva                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• zavedanje pomembnosti težav, povezanih z duševnim zdravjem</li> <li>• pomoč pri destigmatizaciji duševnih bolezni</li> <li>• promocija zdravega načina življenja</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| prepoznavanje nediagnosticirane bolezni | <ul style="list-style-type: none"> <li>• prepoznavanje simptomov bolezni in napotitev bolnika k zdravniku</li> <li>• prepoznavanje težav z duševnim zdravjem kot posledice neželenih učinkov zdravil ali pri bolnikih z drugimi boleznimi</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| med aktivnim zdravljenjem               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• pomoč pri izboljšanju sodelovanja pri jemanju zdravil</li> <li>• prepoznavanje neželenih učinkov zdravil in medsebojnega delovanja med zdravili, vključno z zdravili brez recepta</li> <li>• pregled celotne terapije z zdravili</li> <li>• spremljanje izidov zdravljenja</li> <li>• dajanje informacij o zdravlilih in ostalih terapijah</li> <li>• promocija učinkovitega zdravljenja na podlagi z dokazi podprtih smernic</li> <li>• povezava s preostalimi nosilci oskrbe duševnega bolnika, da se omogoči neprekinjena oskrba</li> <li>• prepoznavanje znakov ponovitve bolezni</li> </ul> |
| podpora bolniku, družinam ali skrbnikom | <ul style="list-style-type: none"> <li>• informiranje o lokalnih in nacionalnih službah, skupinah za samopomoč, telefonskih linijah za pomoč</li> <li>• sodelovanje v skupinah za bolnike in skrbnike v centrih za pomoč ali v skupinah za samopomoč</li> <li>• razdeljevanje pisnega gradiva – informativnih lističev, knjižic</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

## 2.2 Vloga farmacevta pri prepoznavanju nediagnosticiranih motenj razpoloženja

### 2.2.1 Prepoznavanje simptomov bolezni in napotitev bolnika k zdravniku

Kot najbolj dostopni zdravstveni delavci imajo farmacevti edinstveno vlogo pri prepoznavanju bolnikov z depresijo in skupaj z ostalimi »usmerjevalci« (svojci, zdravniki, medicinskimi sestrami, socialnimi delavci, šolniki, duhovniki, osebjem, zaposlenim v zaporih) prispevajo k zgodnjemu odkrivanju samomorilne ogroženosti (7). Po nekaterih podatkih splošni zdravniki odkrijejo samo 30 do 50 % bolnikov z depresijo (1, 6). Kadar bolnik želi zdravilo za lajšanje psihičnih težav, kot so potrnost, brezvoljnost in malodušje, farmacevt svetuje obvezen obisk pri zdravniku in odsvetuje samozdravljenje z zdravili naravnega izvora (8). Diagnoza motenj razpoloženja je zahteven postopek tudi za zdravnika, saj imajo bolniki poleg dveh osnovnih znakov, to sta pretežno depresivno razpoloženje v zadnjih 14 dneh ter izguba zadovoljstva in zanimanja za prijetne stvari, še druge čustvene in telesne znake, kot so utrujenost, pomanjkanje energije, motnje koncentracije, nespečnost ali pretirana zaspanost, povečanje ali zmanjšanje apetita, težave v spolnosti, misli na samomor (1, 9). Naloga farmacevta je le prepoznavanje znakov motenj razpoloženja in njihovega časa trajanja. Morebitna vprašanja naj bodo nevsiljiva, nesugestivna in odprta, da bolnik pove o sebi čim več sam. Farmacevt lahko oceni tudi splošni vtis, ki ga naredi bolnik, njegovo urejenost in vedenje. Bolnika naj opogumi, naj čim prej poišče pomoč in ustrezno zdravljenje pri zdravniku. Farmacevt se mora zavedati, da je treba depresijo, ko se pojavi, zdraviti ne glede na vzrok, ki je depresijo sprožil, npr. stresna situacija ali jemanje nekaterih zdravil (iatrogena depresija), in ne glede na stopnjo izraženih simptomov. Nezdravljena depresija vodi v stopnjevanje znakov in poveča tveganje za samomor (10).

### 2.2.2 Prepoznavanje težav z duševnim zdravjem kot posledice neželenih učinkov zdravil ali pri bolnikih z drugimi boleznimi

Farmacevt je še posebno pozoren na prepoznavanje znakov depresije pri bolnikih, ki jemljejo določena zdravila in so zboleli za nekaterimi telesnimi boleznimi.

Seznam zdravil, ki povzroči simptome, podobne depresiji, je obsežen. Med najpomembnejšimi zdravili so: blokatorji receptorjev beta, rezerpin, kortikosteroidi, peroralni kontraceptivi, metotreksat, dakarbazin, vinblastin, interferon, antiepileptiki (fenitoin, karbamazepin, fenobarbiton), zdravila za zniževanje holesterola (pravastatin, lovastatin, holestiramin), antibiotiki (cikloserin, dapson, amfotericin B), antagonisti H<sub>2</sub> (cimetidin, famotidin, ranitidin), antipsihotiki (fenotiazini, butirofenoni, tioksanteni) (11).

Duševne bolezni se dvakrat pogosteje pojavljajo pri bolnikih s telesnimi boleznimi (1). Depresije se zelo pogosto pojavljajo pri bolnikih s srčno-žilnimi boleznimi, endokrinimi motnjami (hipo- in hipertireoidizem, sladkorna bolezen, Cushingov sindrom, hipo- in hipertireoidizem), rakom, kronično bolečino. Še posebno ogrožena skupina so zaradi številnih bolezni in polifarmacije starostniki (1, 11).

## 2.3 Vloga farmacevta med aktivnim zdravljenjem

### 2.3.1 Pomoč pri izboljšanju sodelovanja pri jemanju zdravil

Farmacevti v lekarnah imajo bogato znanje o zdravlilih in izvajajo pomembno vlogo v informiranju in svetovanju o varni uporabi zdravil ter s tem prispevajo k sodelovanju pri jemanju zdravil. Kljub pravilni diagnozi in predpisani terapiji je jemanje antidepresivov v prvih treh mesecih zdravljenja komaj 33-odstotno, po nekaterih podatkih pa kar

50 % bolnikov prekine zdravljenje pred pričakovanim optimalnim časom zdravljenja, ki večinoma znaša 4 do 9 mesecev. Sodelovanje je še manjše, kadar se zahteva sprememba načina življenja ali opustitev škodljivih navad. Najpogostejši razlogi za prekinitev zdravljenja so: neželeni učinki zdravil, kasen nastop učinkovanja zdravil, odpor do jemanja zdravil, depresija sama kot dejavnik neupoštevanja navodil, pomanjkljiva komunikacija med bolnikom in zdravnikom, socialna stigma, pomanjkljivo informiranje in izobraževanje bolnika, pomanjkljiva socialna podpora, zahteve po prekinitvi kajenja ali potreba po shujšanju, pojav drugih bolezni (12, 13). Po nekaterih podatkih je boljše počutje v 50 % in občutek, da zdravila ne potrebujejo več, v 56 % povzročilo prekinitev zdravljenja (10). Posledice nejemanja zdravil so resne: od popolne neuspešnosti zdravljenja, kroničnega poteka, zapletov in visokih stroškov dodatnega zdravljenja do odsotnosti z dela in nesposobnosti za opravljanje ostalih življenjskih aktivnosti (5).

Opravljenе so bile številne raziskave o tem, kako izboljšati sodelovanje pri jemanju antidepresivov in katere metode so uspešnejše.

V večini primerov samo z izobraževanjem bolnikov (ustno informiranje o neželenih učinkih, prebiranje splošnih informativnih lističev in osebnih informativnih lističev) niso dosegli želenih rezultatov.

Bolj uspešna je bila tako imenovana »kolaborativna« oskrba bolnikov, ki je vključevala še udeležbo medicinskih sester in telefonske klice na dom (5).

V raziskavi, ki so jo naredili v Veliki Britaniji, so želeli ovrednotiti vlogo farmacevta pri zdravljenju depresivnih bolnikov. Pojav neželenih učinkov zdravil je pogosto razlog za prekinitev zdravljenja, še posebej, če dobi bolnik od farmacevta informacijo, da so neželeni učinki zelo redki. Ko se pojavijo, so bolniki presenečeni, napačno si razlagajo, da zdravilo zanje ni primerno, in se odločijo za prekinitev zdravljenja. Nekateri bolniki pričakujejo takojšen nastop delovanja zdravil, nekakšno čudežno izboljšanje, in so razočarani nad potekom in časom zdravljenja, še posebej, če s procesom zdravljenja niso bili seznanjeni že na začetku. Ob izdaji zdravila ima farmacevt pomembno vlogo, da bolnika ponovno informira o zdravilu in poteku zdravljenja. Znano je, da si bolniki ob postavitvi diagnoze pri zdravniku zapomnijo le malo informacij, saj je depresija pri nekaterih povezana tudi z zmanjšano sposobnostjo pomnjenja in koncentracije (13). Farmacevt bolnika seznani z dejstvom, da lahko pričakuje izboljšanje šele po štirih do osmih tednih zdravljenja. 67 % bolnikov se dobro odzove na prvi izbrani antidepresiv, preostali pa na antidepresive drugega izbora. Najprej lahko pričakujejo izboljšanje spanja, nato manj upočasnjenosti in utrujenosti, postopno povečanje aktivnosti in po dveh do štirih tednih tudi izboljšanje depresivnega razpoloženja (10). Najpogostejša ovira za komunikacijo med bolnikom in farmacevtom je pomanjkanje zasebnosti ob izdaji zdravil. Depresija je povezana s socialno stigmatom, zato bi bolniku morali zagotoviti več zasebnosti (ločen prostor). Pomanjkanje časa in neplačevanje projektov farmacevtske skrbi dodatno ovirata razvoj aktivne vloge farmacevta v procesu zdravljenja duševnih bolnikov. Tega se zavedajo tudi v drugih državah. V Veliki Britaniji so uvedli storitev konkordanca in svetovanje pri zdravljenju duševnih bolezni, ki jo izvajajo farmacevti, plačajo pa zavarovalnice. Ovira za učinkovito svetovanje je lahko tudi individualno pomanjkljivo znanje in

pomanjkanje samozvesti farmacevta ter njegovo nelagodje in nezadostno obvladovanje veščin komunikacije (13).

### 2.3.2 Farmacevtovo posredovanje ob pojavu neželenih učinkov antidepresivov

Farmacevti morajo dobro poznati neželene učinke zdravil in njihov klinični pomen. Pri telesno zdravih bolnikih so neželeni učinki manj pomembni. Bolj pomembni so pri starostnikih, ki so še posebno občutljivi za ortostatsko hipotenzijo, sedacijo in kardiotsičnost. Zato so zanje primernejši selektivni zaviralci ponovnega prevzema serotonina (SSRI) in moklobemid kot triciklični antidepresiv (TCA), ki imajo tudi zelo izražene antiholinergične učinke. Na splošno povzročajo SSRI manj neželenih učinkov, se pa po njihovem pojavljanju med seboj precej razlikujejo, zato je treba pri izbiri zdravila upoštevati tudi bolnikovo soobčutljivost (10, 14).

Farmacevtovo posredovanje ob pojavu neželenih učinkov

a) Gastrointestinalne motnje: anoreksija, navzeja, driska, dispepsija, zmanjšanje apetita in telesne mase

- Svetuje jemanje zdravila med jedjo, če ni drugače predpisano.
- Po posvetu z zdravnikom svetuje postopno zmanjševanje odmerka (neželeni učinki, odvisni od odmerka).
- Bolnika pouči, da neželeni učinki običajno izginejo v 10 do 14 dneh.
- Bolnika opogumi, naj obvesti zdravnika, če bo nastopila stalna driska, navzeja ali če bo prišlo do značilne izgube telesne mase.
- Bolnika pouči, kako pomembni sta za vzdrževanje telesne mase uravnotežena prehrana in redna telesna vadba.

b) Spodbujajoči, aktivirajoči učinki

- Svetuje postopno povečevanje odmerka.
- Svetuje jemanje zdravila zjutraj, razen če ima zdravilo sedativni učinek.
- Bolnika opogumi, naj obvesti zdravnika, če se bodo pojavile motnje gibanja, nemir in agitacija.

c) Glavobol

- Po posvetu z zdravnikom svetuje postopno zmanjševanje odmerka.
- Svetuje uporabo nenarkotičnih analgetikov (paracetamola, ibuprofena, naproksena).
- Svetuje obisk pri zdravniku in morebitno zamenjavo zdravila (15).

Pri vseh SSRI obstaja verjetnost poslabšanja migrenskih glavobolov (10).

č) Motnje v spolnosti

- Svetuje obisk pri zdravniku in morebitno zamenjavo zdravila.

Eden od pogostejših razlogov za prekinitev zdravljenja so motnje v spolni funkciji, ki jih povzročajo venlafaksin, TCA in med SSRI predvsem paroksetin (10, 14).

d) Hipomanija in manija

- Svetuje obisk pri zdravniku.

Ob spremembah razpoloženja obstaja nevarnost samomora. Če zmanjšanje odmerka SSRI ne odpravi hipomanije, je treba v zdravljenje uvesti stabilizator razpoloženja.

e) Odtegnitveni sindrom (anksioznost, nemir, znojenje, driska, delirij, manija)

- Bolnika pouči, da ne sme nenadno prekiniti zdravljenja.
- Po posvetu z zdravnikom svetuje postopno zmanjševanje odmerkov (en teden ali več) (15).

### 2.3.3 Farmacevtovo posredovanje ob pojavu interakcij med zdravili

Obseg interakcij med psihotropnimi zdravili predstavlja velik problem tako za zdravnike pri predpisovanju zdravil kot tudi za farmacevte ob njihovi izdaji. Zato bi v vsakdanji praksi nujno potrebovali računalniški program, ki bi bil popoln in učinkovit in zdravnika in farmacevta ne bi obremenjeval z nepotrebnimi informacijami (16).

Farmacevtovo posredovanje ob izdaji zdravil, usmerjeno v preprečevanje interakcij

- Farmacevt postane strokovnjak za zdravila, ki se pogosto predpisujejo.
- Posebno pozornost nameni zdravilom z ozko terapevtsko širino (npr. litij, TCA).
- Pripravi si tabele, članke, knjige in računalniške programe za pomoč pri vsakdanjem delu.
- Pripravi osebne kartice zdravil, ki vsebujejo seznam vseh zdravil na recept in brez recepta (zdravila rastlinskega izvora, prehranska dopolnila), ki jih jemljejo posamezni bolniki.

Danes se največ predpisujejo SSRI, ki veljajo za dokaj varna zdravila,

vendar pa je treba upoštevati nekatere interakcije z drugimi zdravili, ki so klinično pomembne (17). Zelo nevaren zaplet, ki je posledica sočasnega jemanja dveh zdravil, ki prek različnih mehanizmov vzpodbujata centralne učinke serotonina, je serotoniniski sindrom. Zanj so značilni: tremor, povečan mišični tonus, halucinacije, hipertermija, tahikardija, hipo- ali hipertenzija, lahko tudi srčno-žilni kolaps in smrt (9, 11). Zaradi pogostega predpisovanja nesteroidnih protivnetnih zdravil (NSAR) sočasno s SSRI strokovnjaki opozarjajo, da je treba biti pozoren na morebitne znake krvavitev iz prebavil. Sproščanje serotonina iz trombocitov je pomembno za hemostazo. Po nekaterih podatkih se je nevarnost za krvavitve iz prebavil ob sočasnem jemanju SSRI in NSAR povečala za 3,6-krat (18).

## 2.4 Podpora bolnikom, družinam ali skrbnikom

Težave z duševnim zdravjem so redko enostavne. Navadno so kompleksne in dolgotrajne in zahtevajo sodelovanje številnih izvajalcev in organizacij. Nekateri bolniki z motnjami razpoloženja so odvisni od pomoči družinskih članov, prijateljev ali skrbnikov. Ob izdaji zdravil morajo farmacevti tudi njim dati bistvene informacije o zdravilih in poteku zdravljenja ter jim, če so tudi sami v stiski, predlagati, naj poiščejo pomoč v centrih in društvih za pomoč bolnikom z duševnimi motnjami. S predavanji in svetovanjem o pravilni in varni uporabi zdravil lahko farmacevti aktivno sodelujejo v omenjenih centrih in društvih in koordinirajo oskrbo bolnikov z zdravili.

*Preglednica 2: Klinično pomembne interakcije SSRI z zdravili (17, 19).*

| Zdravilne učinkovine      | Možni učinek                                    | Čas, ko nastopi interakcija     | Priporočila in opozorila                                                               |
|---------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| SSRI + TCA                | povečan učinek TCA                              | kadar koli                      | Spremljati antiholinergične učinke in zmanjšati odmerek TCA. Izogibati se kombinaciji. |
| SSRI + selegelin ali MAOI | hipertenzivna kriza, serotoniniski sindrom      | takoj po odmerku                |                                                                                        |
| SSRI + tramadol           | povečana nevarnost krčev, serotoniniski sindrom | kadar koli                      | Opazovati bolnika, če se pojavijo znaki serotoniniskega sindroma.                      |
| SSRI + šentjanževka       | serotoniniski sindrom                           | kadar koli                      | Izogibati se kombinaciji.                                                              |
| SSRI + triptani           | serotoniniski sindrom                           | možno takoj po začetnem odmerku | Izogibati se, če je možno; pri bolniku spremljati znake serotoniniskega sindroma       |

MAOI – zaviralci encima monoaminooksidaze (MAO)

triptani – naratriptan, rizatriptan, sumatriptan, zolmitriptan

## 3 Sklep

Farmacevti v lekarnah se morajo zavedati, da s svojim načinom svetovanja in odnosom do bolnikov z motnjami razpoloženja zelo vplivajo na bolnikovo doživetje bolezni in na njihovo sodelovanje pri jemanju zdravil. Negativna naravnost, ki se kaže kot nelagodje in boječ odnos v komunikaciji z bolnikom, vodi v neučinkovito in pomanjkljivo zdravstveno storitev. Zato je potrebno kontinuirano izobraževanje farmacevtov na področju duševnih bolezni in komunikacije, saj to pripomore k pozitivni naravnosti farmacevtov do duševnih bolnikov in izboljša kakovost pri zagotavljanju bolnikovih potreb po informacijah v zvezi z zdravljenjem in zdravili. Farmacevti morajo pri obravnavi bolnikov z motnjami razpoloženja prevzeti aktivnejšo vlogo z razvojem projektov farmacevtske skrbi za duševne bolnike.

## 4 Literatura

1. [www.pjonline.com/editorial/20010224/education/feature.html](http://www.pjonline.com/editorial/20010224/education/feature.html)
2. [www.who.int/mental\\_health/management/depression/](http://www.who.int/mental_health/management/depression/)
3. Mann JJ, Apter A, Bertolote J et al. Suicide Prevention Strategies. JAMA 2005; 294: 064-74.
4. Bell S, McLachlan AJ, Aslani P et al. Community pharmacy services to optimise the use of medications for mental illness: a systematic review. Aust New Zealand Health Policy 2005; 7 (2): 29.
5. Verouwen AC, Bakker A, Katon WJ et al. Improving adherence to antidepressants: a systematic review of interventions. 2003;64(12): 1415-20.
6. Practice Guidance on the Care of People with Mental Health Problems. Royal Pharmaceutical Society of Great Britain. London, september 2000.

7. Mirjanič M, Zorko M, Marušič A. Samomor je preprečljiv! Kaj pa v Sloveniji? JAMA-SI 2006; 14(2): 55-56.
8. Frankič D. Zagotavljanje kakovosti lekarniških storitev pri samozdravljenju. Farm Vestn 2002; 53:155-160.
9. Žvan V. Razpoloženske (afektivne) motnje. In Psihijatrija. Litterapicta: Medicinska fakulteta, Ljubljana 1999: 207-216.
10. Grolegar U. Izbira antidepresiva za zdravljenje depresivne motnje. Krka Med Farm 2003; 24 (36): 37-45
11. Filaković P. Terapija depresija kod bolesnika s komorbiditeom. Medicus 2004. 13 (1): 59-67.
12. Rouff G. A method that dramatically improves patient adherence to depression treatment. 2005; 54(10): 846-52.
13. Garfield S, Smith F, Francis SA, From black clouds to lighter grey: how pharmacists can help in depression. The Pharmaceutical Journal. 2004; 272: 576-77.
14. Uzun. S, Kozumplik O, Mimica N in ostali. Nuspojava antidepresiva i interakcije s lijekovima iz drugih skupin. Medicus 2004; 13 (1): 69 -75.
15. Antai-Otong D. Adverse drug reactions associated with antipsychotics, antidepressants, and mood stabilizers. Nurs Clin North Am. 2003;38 (1):161-76.
16. Sandson NB, Armstrong SC, Cozza KL. An overview of psychotropic drug-drug interactions. Psychosomatics 2005; 46(5): 464-94.
17. Ament PW, Bertolino JG, Liszewski JL. Clinically significant drug interactions. 2000; 61(6):1745-54.
18. www.thomsonhc.com
19. Izzo AA. Herb-drug interactions: an overview of the clinical evidence. Fundam Clin Pharmacol. 2005; 19(1):1-16.