

ПЕРЦЕПЦИЈА КВАЛИТЕТА ЖИВОТА И СОЦИЈАЛНЕ ПРИЛАГОЂЕНОСТИ БОЛЕСНИКА СА РЕКУРЕНТНОМ ДЕПРЕСИЈОМ

Жана СТАНКОВИЋ¹, Гордана НИКОЛИЋ-БАЛКОСКИ¹,
Љубица ЛЕПОСАВИЋ¹, Љиљана ПОПОВИЋ²

¹Институт за психијатрију, Клинички центар Србије, Београд;

²Институт за ендокринологију, дијабетес и болести метаболизма, Клинички центар Србије, Београд

КРАТАК САДРЖАЈ

Увод Депресија, најприсутнији психијатријски ентитет у клиничкој пракси, праћена је значајним умањењем социјалних и професионалних функција. Она се такође често јавља и као пратећа компликација других психијатријских поремећаја и разних соматских болести.

Циљ рада Циљ рада био је да се испита субјективна перцепција квалитета живота и социјалног прилагођавања, интензитет депресивне симптоматологије, као и степен корелације интензитета депресивне симптоматологије, квалитета живота и социјалног прилагођавања болесника са дијагнозом рекурентне депресије. Податке о групи оболелих од депресије требало је упоредити са налазима добијеним у групи болесника са дијабетесом и групи здравих особа.

Метод рада У испитивање је било укључено 45 испитаника оба пола, старости од 18 до 60 година, подељених у три групе од по 15 испитаника. Експериментална група је обухватала болеснике са дијагнозом рекурентне депресије у ремисији (*DSM-IV*). Прву контролну групу сачињавали су болесници са дијагнозом дијабетес мелитуса тип 2, док је друга обухватала здраве особе. Инструменти процене су били: Беков упитник за процену степена депресивности (*BDI*), скала личног оцењивања друштвеног прилагођавања (*SASS*) и скала процене квалитета живота (*WBQ*).

Резултати Приликом поређења налаза експерименталне групе са подацима добијеним анализама контролне групе здравих особа, уочене су значајне разлике средњих вредности скорова на скалама *BDI* и *WBQ* (*ANOVA, Mann Whitney; p<0,01*). До сличних резултата се дошло и међусобним упоређењем налаза двеју контролних група (*p<0,02*). Значајан степен инверзне корелације средњих вредности скорова на скалама *BDI* и *SASS* уочен је приликом испитивања вршених на контролној групи болесника са дијабетесом, док су се код свих испитаних група те вредности нашле заступљене на скалама *BDI* и *WBQ* (Спирманов коефицијент корелације рангова, *p<0,01*).

Закључак Међу припадницима групе болесника са рекурентном депресијом запажен је драстичан пад квалитета живота и знатно већи интензитет депресивне симптоматологије него што је то случај међу испитаницима из групе здравих особа, а, сем тога, и значајан степен инверзне корелације интензитета депресивности и квалитета живота.

Кључне речи: квалитет живота; друштвено прилагођавање; рекурентна депресија; резидуални симптоми; дијабетес

УВОД

Не постоји чврст консензус у погледу дефинисања квалитета живота. Отуда је тешко конструисати методе оцењивања квалитета живота, приступачне како самим болесницима, тако и њиховим породицима, ширем окружењу и медицинском особљу. Једну од најприхваћенијих и у медицинској литератури најчешће цитираних дефиниција квалитета живота дао је Шипер (*Schipper*) [1], који га одређује као болесникову перцепцију о утицају болести и одговарајуће терапије на његову физичку и радну способност, психолошко стање, социјалну комуникацију и соматско здравље. Квалитет живота се, дакле, базира на перцепцији самог болесника, у виду субјективне процене здравственог стања. Но, услед тешкоћа у комуникацији са болесницима, као и због преклапања извесних психијатријских симптома (на пример симптома депресије), процес процена квалитета живота ментално оболелих је комплекснији него у случајевима соматских поремећаја. Ипак, значај личног доживљаја психичких тегоба потврђен је у истраживањима која су указала да је самопроцена психопатологије значајнији предиктор субјективне процене квалитета живота од процене клиничара [2].

Поремећаји расположења (којима припада и рекурентна депресивна поремећај или униполарна депре-

сија, карактеристичан по појави две или више епизода *major* депресије) представљају важан медицински проблем, пошто су праћени појавом дисфункционалности, погоршањем квалитета живота, као и повећањем стопе морбидитета и морталитета, узрокованих изостанком адекватног лечења [3]. Према проценама Светске здравствене организације, број оболелих од депресије у свету никад није мањи од 120 милиона, при чему је међу њима двоструко више жена него мушкараца [4]. Депресивни поремећаји представљају велико оптерећење за друштво, често веће од тешкоћа које прате хроничне соматске болести. Њихов значај није само у њиховој учесталости, већ и у дуготрајности, повратном карактеру, повезаности са другим болестима, пропратним трошковима и последицама по породицу и друштво [5]. Једногодишња преваленца депресивног поремећаја у популацији старијих од 18 година креће се од 6.3% до 11.3%, у зависности од процедуре испитивања [6].

Озбиљност проблема депресије могуће је сагледати тек узимањем у обзир збирних показатеља утицаја болести на квалитет живота. Најчешће кориштен од свих збирних показатеља је *DALY* – збир година живота коригован у односу на несобност (*DALY – Disability Adjusted Life Years*), који се добија тако што се од укупног броја година живота одузме збир година лишених превременом смрћу (ен-

гл. *YLL – Years of Life Lost*) и година „здравог“ живота изгубљених због неспособности (енгл. *YLD – Years Lost due to Disability*) [7]. Депресија је, према резултатима студије глобалног оптерећења болестима, у 2000. години била на четвртном месту по заступљености у свету, са 4,5% свих *DALY*, док се у популацији особа узраста од 15 до 45 година нашла на другом месту [8]. Процењује се да ће 2020. године депресија (са 5,7% свих *DALY*) заузети друго место по учесталости узроковања болести у свету [9].

Заступљеност дијабетеса достиже епидемијске размере у многим деловима света. Подаци из референтне литературе указују на то да је стопа депресије у популацији болесника са дијабетесом два до три пута већа него иначе. Депресивна симптоматологија се појављује код око 30% болесника са дијабетесом, а *major* депресија код 10% болесника [10]. Депресија је и у популацији болесника са овом болешћу присутнија код жена [11]. Упркос значају који депресија има за ток дијабетеса, овај поремећај се правилно дијагностикује и лечи тек у 25% случајева [12]. Депресија се појављује и као фактор ризика за развој типа 2 дијабетеса и може убрзати настанак компликација изазваних овом болешћу [13]. Истраживања су показала да је код болесника са коморбидитетом ова два хронична поремећаја стопа развода већа, па и да ови болесници живе у лошијим социоекономским условима [14]. Присуство депресије код оболелих од дијабетеса праћено је и субоптималном контролом основне болести, лошијим исходом [15] и већим трошковима лечења [16]. Велика заступљеност депресивне симптоматологије у овој популацији болесника праћена је честим појавама клиничких симптома дијабетеса, независних у односу на гликорегулацију [17]. Бројна истраживања су показала да дијабетес значајно утиче на квалитет живота болесника. Скорови на скалама квалитета живота постају нижи услед истовременог деловања основне болести и неког другог (соматског или психичког) обољења, насталог као њена компликација или пак као коморбидитет [18].

За разлику од болесника са дијабетесом, код оболелих са дијагнозом депресије се функционална неспособност развија раније у односу на почетак болести, чије се трајање знатно продужава уколико се адекватно не лечи [19].

ЦИЉ РАДА

Циљ рада је било испитивање субјективне перцепције квалитета живота и социјалног прилагођавања, интензитета депресивне симптоматологије и степена корелације ова два параметра код болесника са дијагнозом рекурентне депресије. Такође, ове параметре је требало поредити са одговарајућим величинама добијеним испитивањима групе болесника са дијагнозом дијабетеса и групе здравих особа.

МЕТОД РАДА

Истраживањем је било обухваћено 45 испитаника оба пола, старости од 18 до 60 година. Испитани-

ци су били разврстани у три групе од по 15 испитаника. Експерименталну групу (група А) чинили су болесници са дијагнозом рекурентног депресивног поремећаја, у ремисији у тренутку испитивања. За дијагнозу рекурентног депресивног поремећаја користили смо *DSM-IV* дијагностичке критеријуме [20]. Сви болесници били су у фази примене продуженог третмана различитим облицима антидепресивне фармакотерапије. Прву контролну групу (група В) сачињавали су болесници са дијагнозом дијабетес мелитуса тип 2, са почетком у одраслом добу. Они су раније били подвргавани вишегодишњем третману оралним антидијабетицима или инсулином, а, уз то, карактерисало их је и одсуство података у анамнези о ранијем дијагностиковању и лечењу депресије или каквог другог психичког поремећаја. У експерименталној и првој контролној групи био је једнак број болесника лечених амбулантно и оних са предходним искуством стационарног лечења. Другу контролну групу (група С) чиниле су здраве особе.

Болесници са дијагнозама других психичких или соматских болести насталих коморбидитетом или компликацијом основне болести нису били укључени у испитивање због могућег утицаја тих обољења на испитивање варијабле. Из истраживања су такође били изостављени испитаници старији од 60 година, пошто би геријатријске депресије праћене већом стопом опадања когнитивних способности (адитивни ефекат старијег животног доба и депресије на когнитивно функционисање) и растом мултиплог соматског морбидитета могле да имплицирају дијагностику, терапију, ток и исход самог поремећаја [21].

Сви учесници у овом испитивању су имали очуван (коригован) вид и слух, и бар најнижи ниво школског образовања – основну школу.

Испитивање је обављено на Институту за психијатрију и Институту за ендокринологију, дијабетес и болести метаболизма Клиничког центра Србије у Београду.

Инструменти процене

Беков упитник за процену степена депресивности (*Beck Depression Inventory – BDI*) [2] састоји се од 21 питања са четири понуђених одговора степенаних вредностима од 0 до 3. Квантификовање депресије се може постићи одређивањем пет њених степена. Најнижи ступањ омеђен је скоровима 0 и 9, и предочава стање без депресивности, док је највиши у распону вредности од 30 до 63 и указује на изражену депресивност. Процена стања односи се на недељу која је претходила испитивању и на дан његовог спревођења. Уколико постоји претпоставка оболелости од депресије, такав се вид процене може применити и на непсихијатријске болеснике, као и на здраву популацију.

Скалу личног оцењивања друштвеног прилагођавања (*Social Adaptation Self-Evaluation Scale – SASS*) [23] чини 21 питање и четири могућности одговора на свако од њих, степеноване бодовањем од 0 до 3 поена. Овом скалом се испитује понашање и субјективна перцепција различитих професионалних и ван-професионалних (слободних) активности и поро-

дичних релација. Опсег вредности код здраве популације је од 35 до 52 поена.

Скала квалитета живота (*The Psychological General Well-Being Scale – WBQ*) [24] је упитник који обухвата 10 питања са четири понуђених одговора, степенованих вредностима од 0 до 3. Статистичка анализа резултата добијених овим истраживањем вршена је применом χ^2 -теста, Фишеровог теста, Студентовог *t*-теста ($p \leq 0,05$), једнофакторске анализе варијанси (*ANOVA*; $p \leq 0,05$), и Спирмановог коефицијента корелације рангова ($p \leq 0,05$).

РЕЗУЛТАТИ

Демографске карактеристике болесника из све три испитиване групе (пол, старост, образовање, запосленост, брачни статус, деца) представљене су на табели 1.

Статистичка компарација демографских параметара (χ^2 -тест, Фишеров тест и *ANOVA*) показала је да нема значајних разлика између испитиваних група ($p > 0,05$).

Клиничке карактеристике основне болести (дужина болести, хоспитално лечење и хередитет) групе болесника са рекурентном депресијом и контролне групе болесника са дијабетесом представљене су на табели 2.

Статистичка компарација клиничких параметара (χ^2 -тест, Студентов *t*-тест) показала је да нема значајних разлика између ове две групе испитаника ($p > 0,05$).

У табели 3 приказане су средње вредности скорова на скалама *BDI* (интензитет депресије), *SASS* (друштвена прилагођеност) и *WBQ* (квалитет живота) свих трију група испитаника. У групи болесника са рекурентном депресијом средња вредност скорана

скала *BDI* била је највећа (19,2±11,6). Нешто мања средња вредност скорана добијена је од резултата контролне групе болесника са дијабетесом (18,8±11,2), а најмања у контролној групи здравих особа (9,1±5,2).

ТАБЕЛА 2. Клиничке карактеристике групе болесника са рекурентном депресијом и контролне групе болесника са дијабетесом.
TABLE 2. Clinical characteristics of the patients with recurrent depression and the controls with diabetes.

Параметар Parameter	Рекурентна депресија Recurrent depression (n=15)	Дијабетес мелитус тип 2 Type 2 diabetes mellitus (n=15)
Дужина болести (године) Duration of disease (years)	12.3±6.9	11.7±7.0
Болничко лечење Hospital treatment	Да Yes	11 (73%)
	Не No	4 (27%)
Хередитет Heredity	Да Yes	6 (40%)
	Не No	10 (33%)

ТАБЕЛА 3. Средње вредности скорана *BDI*, *SASS* и *WBQ* за све три групе испитаника.

TABLE 3. Mean values of score *BDI*, *SASS* and *WBQ* of all three groups of subjects.

Скале Scales	Рекурентна депресија Recurrent depression (n=15)	Дијабетес мелитус тип 2 Type 2 diabetes mellitus (n=15)	Здраве особе Healthy individuals (n=15)
<i>BDI</i>	19.2±11.6	18.8±11.2	9.1±5.2
<i>SASS</i>	35.5±8.1	38.7±8.4	41.7±5.9
<i>WBQ</i>	13.2±6.3	17.2±4.9	21.9±4.0

ТАБЕЛА 1. Демографске карактеристике свих група испитаника.

TABLE 1. Demographic characteristics of all groups of subjects.

Параметар Parameter	Рекурентна депресија Recurrent depression (n=15)	Дијабетес мелитус тип 2 Type 2 diabetes mellitus (n=15)	Здраве особе Healthy individuals (n=15)
Пол Sex	Мушки Male	5 (33%)	7 (47%)
	Женски Female	10 (67%)	8 (53%)
Старост (године) Age (years)	50.5±10.7	47±11.7	48.5±8.4
Школско образовање Level of education	Основна школа Primary school	3 (20%)	5 (33%)
	Средња школа High School	8 (53%)	7 (47%)
	Виша школа University	4 (27%)	3 (20%)
Запосленост Employment status	Да Yes	10 (67%)	8 (53%)
	Не No	5 (33%)	7 (47%)
Брачни статус Marital status	У браку Married	8 (33%)	11 (73%)
	Сами Single	7 (33%)	4 (27%)
Деца Children	Да Yes	14 (93%)	12 (80%)
	Не No	1 (7%)	3 (20%)

Статистичком компарацијом средњих вредности скорова свих група испитаника на скали *BDI* утврђено је да између њих постоји значајна разлика (*ANOVA-Kruskal Wallis*: $\chi^2=9,9$; $p<0,01$), нарочито изразита упоређењем групе оболелих од рекурентне депресије са контролном групом здравих особа (*Mann Whitney*: $U=41,5$; $p<0,01$), као и међусобним поређењем двеју контролних група (*Mann Whitney*: $U=55$; $p<0,02$). Између групе болесника са рекурентном депресијом и контролне групе болесника са дијабетесом није било значајних разлика (*Mann Whitney*: $U=98,5$; $p>0,05$).

У групи болесника са рекурентном депресијом средња вредност скор на скали *SASS* (социјална прилагођеност) била је најмања ($35,5\pm 8,1$) и на граници опсега нормалности (35-52). Већа је била у контролној групи болесника са дијабетесом ($38,7\pm 8,4$), а највећа у контролној групи здравих особа ($41,7\pm 5,9$). Статистичка компарација средњих вредности скор на скали *SASS* није показала значајне разлике између наведених група (*ANOVA*, $p>0,05$).

У групи болесника са рекурентном депресијом средња вредност скор на скали *WBQ* (квалитет живота) била је најмања ($13,2\pm 6,3$). У контролној групи болесника са дијабетесом била је већа ($17,2\pm 4,9$), док је највећа забележена у контролној групи здравих особа ($21,9\pm 4,0$).

Статистичком компарацијом средњих вредности скорова на скали *WBQ* утврђена је статистички релевантна разлика између резултата различитих група испитаника (*ANOVA-Kruskal Wallis*: $\chi^2=9,6$; $p<0,01$), и то: између групе болесника са рекурентном депресијом и контролне групе здравих особа (*Mann Whitney*: $U=53$; $p<0,05$), као и између две контролне групе (*Mann Whitney*: $U=43,5$; $p<0,01$). Значајна одступања се нису испојила упоређењем резултата групе болесника са рекурентном депресијом са подацима добијеним од контролне групе болесника са дијабетесом (*Mann Whitney*: $U=102$; $p>0,05$).

Степен корелације средњих вредности скорова на скалама *BDI* и *SASS* (Спирманов коефицијент корелације рангова, $p\leq 0,05$) статистички је изразито значајан ($r=-0,6$; $p<0,01$) у контролној групи болесника са дијабетесом (инверзна корелација). У осталим групама испитаника ова корелација није била статистички значајна ($p>0,05$).

Степен корелације средњих вредности скорова на скалама *BDI* и *WBQ* (Спирманов коефицијент корелације рангова, $p\leq 0,05$) веома је статистички значајан ($p<0,01$) у свим испитиваним групама (у групи болесника са рекурентном депресијом $r=-0,740$; у контролној групи болесника са дијабетесом $r=-0,680$; у контролној групи здравих особа $r=-0,777$) (инверзна корелација).

ДИСКУСИЈА

Резултати добијени овим испитивањем показали су да у експерименталној групи болесника са рекурентном депресијом (група *A*) и контролној групи болесника са дијабетесом (група *B*) постоји знатно већи интензитет депресивне симптоматологије у односу

на групу здравих особа. Резултати групе *A* и *B* квантитативно су се одразили скоровима на *BDI* скали, који су степен депресивности у њима заступљен оквалитиковали као благ до умерен. Овакав налаз добијен у групи *A* може се објаснити тиме што и након редукције депресивне симптоматологије код одређеног броја болесника са дијагнозом депресивног поремећаја остаје присутан извесан степен резидуалних симптома. Они представљају фактор ризика за појаву релапса, а могу да се испоје и као продромални симптоми нове епизоде болести [25]. Откривање депресивности у групи *B* такође је веома битно, будући да се ради о болесницима код којих депресија раније није била дијагностикована и да подаци из литературе указују да је депресивна симптоматологија присутна код око 30% болесника са дијабетесом [10]. Налаз је значајан и због тога што може предупредити компликације дијабетеса настале услед нелечења депресије [13].

Скорови на скали друштвене прилагођености показали су да су испитаници из све три групе добро прилагођени условима и средини у којој живе. Добра прилагођеност испитаника експерименталне групе може да се објасни вишегодишњим трајањем болести, које је, могуће, уз искуство понављаног флукутирања симптома (погоршања и побољшања), могло да услови делимичну адаптацију болесника на симптоме депресије и успешније прилагођавање условима живота. Постојање инверзне корелације интензитета депресије и друштвеног прилагођавања у групи пацијената са дијабетесом последица је непрепознате (од стране болесника, али и од стране стручњака) и нелечене депресије.

Резултати истраживања указали су на значајан пад квалитета живота испитаника из експерименталне групе и контролне групе болесника са дијабетесом. Скала *WBQ* је – насупрот Бековој скали за процену депресивности, спецификованој за сам поремећај, депресију – лествица баланса афекта. Међутим, првих пет питања на скали *WBQ* тичу се присуства депресивности код испитаника, те је њихово основно расположење у стању да битно утиче на резултат. Оваквим околностима дају се објаснити подједнако ниске процене квалитета живота болесника из експерименталне групе и *B* контролне групе (испитаници из група *A* и *B* манифестовали су исти степен депресивности на *BDI* скали).

Резултати овог истраживања показали су да у групи болесника са рекурентном депресијом, као и у обе контролне групе, постоји значајна инверзна корелација интензитета депресивне симптоматологије и квалитета живота ($p<0,01$). Они су у складу са резултатима других истраживања ове корелације и указују на то да се пад квалитета живота оболелих од депресије може упоредити са истом појавом која прати и соматске болести [26].

Присуство резидуалне депресивне симптоматологије значајан је фактор погоршања радног функционисања, социјалне адаптације и квалитета живота [15]. Исто тако, интензитет депресивне симптоматологије у битној мери одређује ниво функционалне и радне неспособности [27]. Ипак, постоје јасни докази да ефикасан третман депресије умањује функционалну неспособност [28].

Судећи по подацима расположивима у референтној литератури, психијатријски параметри који одређују субјективну процену квалитета живота су – уз интензитет депресије – вербална интелигенција и ниво социјалног прилагођавања и подршке. Отуда се да уочити мултидимензионалност квалитета живота, незаобилазна у сваком разматрању и одређивању стратегија третмана [29]. У савременим клиничким студијама процени квалитета живота призната је пресудна важност међу параметарима ефикасности примењене терапије. Она може да укаже на квалитет ремисија, исход и ток самог поремећаја, нарочито уколико је он хроничан, како је то у случају рекурентне депресије.

ЗАКЉУЧАК

У групи болесника са рекурентном депресијом уочен је значајан пад квалитета живота и сигнификантно већи интензитет депресивне симптоматологије него у групи здравих особа, као и изражен степен инверзне корелације интензитета депресивне симптоматологије и квалитета живота.

ЛИТЕРАТУРА

- Schipper H, Clinch J, Powell J. Definitions and conceptual issues. In: Spilker B, editor. Quality of life assessments in clinical trials. New York: Raven Press; 1990. p.11-25.
- Lasalvia A, Ruggeri M, Santolini N. Subjective quality of life: its relationship with clinician-rated and patient-rated psychopathology. The South-Verona Outcome Project 6. *Psychother Psychosom* 2002; 71(5):275-84.
- Jonas BS, Brody D, Roper M, Narrow WE. Prevalence of mood disorders in a national sample of young American adults. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003; 38:618-24.
- World Health Organization. The World Health Report 2002. Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Geneva, World Health Organization; 2002. Also available at: <http://www.who.int.whr>.
- World Health Organization. The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva, World Health Organization; 2001. Also available at: <http://www.who.int.whr>.
- Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51:18-9.
- Murray CJL, Lopez AD, Mathers CD, Stein C. The Global Burden of Disease 2000 project: aims, methods and data sources. Geneva: World Health Organization; 2001 (GPE Discussion Paper No 36). Also available at: <http://www.who.int/evidence>.
- Mathers CD, Stein C, Ma Fat D, et al. Global Burden of Disease 2000: Version 2 methods and results. WHO; 2002.
- Murray CJL, Lopez AD. Assessing Health Needs: the Global Burden of Disease Study. In: Detels R, et al, editors. Oxford Textbook of Public Health. 4th ed. Vol 1. New York: Oxford University Press; 2002. p.243-52.
- Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care* 2001; 24:10069-78.
- Lloyd CE, Brown FJ. Depression and diabetes. *Curr Women Health Rep* 2001; 2(3):188-93.
- Rubin RR, Ciechanovski P, Egede LE, Lin EH, Lustman PJ. Recognizing and treating depression in patients with diabetes. *Curr Diab Rep* 2004; 4(2):119-25.
- Musselman DL, Betan E, Larsen H, Phillips LS. Relationship of depression to diabetes types 1 and 2: epidemiology, biology, and treatment. *Biol Psychiatry* 2003; 54(3):317-29.
- Centers for Disease Control and Prevention. Serious psychological distress among persons with diabetes – New York City, 2003. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2004; 53(46):1089-92.
- Ciechanowski PS, Katon WJ, Russo JE. Depression and diabetes: Impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs. *Arch Intern Med* 2000; 160:3278-85.
- Finkel EA, Bray JW, Chen H, et al. Prevalence and costs of major depression among elderly claimants with diabetes. *Diabetes Care* 2003; 26:415-20.
- Lustman JP, Griffith SL, Clouse ER, Cryer EP. Psychiatric illness in diabetes mellitus. Relationship to symptoms and glucose control. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 1986; 174(12):736-42.
- Lloyd A, Phil M, Sawyer W, Stat C, Hopkinson P. Impact of long-term complications on quality of life in patients with type 2 diabetes not using insulin. *Value in Health* 2001; 4(5):392-400.
- Cronin-Stubbs D, de Leon CF, Beckett LA, Field TS, Glynn RJ, Evans DA. Six-year effect of depressive symptoms on the course of physical disability in community-living older adults. *Arch Intern Med* 2000; 160:3074-80.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual. 4th ed, revised (DSM-IV). Washington, DC: APA; 1994.
- Wesnes K A, Simpson P M, Christmas L, Anand R, McClelland G R. The effect of moclobemide on cognition. *J Neural Transm* 1989; 28(Suppl):91-102.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4:561-71.
- Bosc M, Dubini A, Polin V. Development and validation of a social functioning scale, the social adaptation self-evaluation scale. *Eur Neuropsychopharmacol* 1997; 7(Suppl):57-70.
- The WHO (Ten) Well-Being Questionnaire. In: Per Bech, editor. The Bech, Hamilton and Zung Scales for Mood Disorders: Screening and Listening. 2nd revised ed. Springer-Verlag Berlin-Heidelberg-New York; 1996. p.38.
- Fawcett J, Barkin RL. Efficacy issues with antidepressants. *J Clin Psychiatry* 1997; 58(6):32-9.
- Pyne JM, Patterson TL, Kaplan RM, Gillin JC, Koch WL, Grant I. Assessment of the quality of life of patients with major depression. *Psychiatr Serv* 1997; 48(2):224-30.
- Rytsala HJ, Melartin TK, Leskela US, Sokero TP, Lestela-Mielonen PS, Isometsa ET. Functional and work disability in major depressive disorder. *J Nerv Ment Dis* 2005; 193(3):189-95.
- Lin EH, VonKorff M, Russo J, et al. Can depression treatment in primary care reduce disability: a stepped care approach. *Arch Fam Med* 2000; 9:1052-8.
- Corrigan PW, Buican B. The construct validity of subjective quality of life for the severely mentally ill. *J Nerv Ment Dis* 1995; 183(5):281-5.

PERCEPTION OF QUALITY OF LIFE AND SOCIAL ADJUSTMENT OF PATIENTS WITH RECURRENT DEPRESSION

Žana STANKOVIĆ¹, Gordana NIKOLIĆ-BALKOSKI¹, Ljubica LEPOSAVIĆ¹, Ljiljana POPOVIĆ²

¹Institute of Psychiatry, Clinical Center of Serbia, Belgrade; ²Institute of Endocrinology, Diabetes and Metabolic Disorders, Clinical Center of Serbia, Belgrade

INTRODUCTION Depression is the most commonly present psychiatric entity in clinical practice, accompanied by significant impairment of both social and professional functioning. In addition, depression frequently develops as complication of other psychiatric disorders and various somatic diseases.

OBJECTIVE To investigate subjective perception of quality of life and social adjustment, severity of depressive symptoms as well as level of correlation of severity of depressive symptoms and quality of life and social adjustment of patients with recurrent depression in comparison to the group of patients with diabetes and healthy subjects.

METHOD The study included 45 subjects of both sexes, ranging from 18 to 60 years of age, divided in three groups of 15 subjects each. The experimental group comprised the patients diagnosed with recurrent depression in remission (DSM-IV), one control group was consisted of patients diagnosed with Type 2 Diabetes mellitus and another one comprised healthy subjects. The instruments of assessment were: The Beck Depression Inventory- BDI, The Social Adaptation Self-evaluation scale - SASS, The Psychological General Well-Being Scale - WBQ.

RESULTS Significant difference of both BDI and WBQ scales was found between the experimental and the control group of healthy subjects (ANOVA, Mann Whitney; $p \leq 0.01$), as well as

between two control groups ($p \leq 0.02$). The level of inverse correlation of mean score values of BDI and SASS scales was significant in the control group of patients with diabetes while such levels of BDI and WBQ scales (Spearman correlation coefficient, $p < 0.01$) were found in all groups of our study.

CONCLUSION In the group of patients with recurrent depression, significant decline of quality of life and significantly higher severity of depressive symptoms were present in comparison to the group of healthy subjects as well as significant level of inverse correlation of severity of depressive symptoms and quality of life.

Key words: quality of life; social adjustment; recurrent depression; residual symptoms; diabetes

Žana STANKOVIĆ
Institut za psihijatriju
Klinički centar Srbije
Pasterova 2, 11000 Beograd
Tel.: 011 683 093, 011 3635 077, 011 3618 444 / lokal 2090
Faks: 011 645 543
E-mail: zanas@arkayu.net, doctorzana@yahoo.com