

Depresija kod djece i adolescenata

Krušec, Lora

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:199:482872>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-09-14**



Repository / Repozitorij:

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



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
PRAVNI FAKULTET
STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA

Lora Krušec

DEPRESIJA KOD DJECE I ADOLESCENATA

ZAVRŠNI RAD

Zagreb, 2022.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
PRAVNI FAKULTET
STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA

Lora Krušec

DEPRESIJA KOD DJECE I ADOLESCENATA

ZAVRŠNI RAD

Mentorica: doc. dr. sc. Draženka Ostojić
Komentorica: dr. sc. Ines Rezo Bagarić

Zagreb, 2022.

Sadržaj

1. Uvod.....	1
2. Etiologija depresije.....	2
3. Klinička slika depresije.....	6
4. Komorbidna stanja depresije kod djece i adolescenata.....	13
5. Postavljanje dijagnoze depresije kod djece i adolescenata.....	14
6. Liječenje djece i adolescenata oboljelih od depresije.....	16
7. Prevencija depresije kod djece i adolescenata.....	17
8. Aktivnosti socijalnog radnika u skrbi za djecu i adolescente oboljelih od depresije.....	20
9. Zaključak.....	23
Popis tablica.....	24
Literatura.....	24

Depresija kod djece i adolescenata

Sažetak:

Depresija je vrlo česti poremećaj koji se sve više pojavljuje kod djece i adolescenata. Procjenjuje se da je, zajedno s anksioznošću, depresija prisutna kod čak 54,8% mladih u Republici Hrvatskoj. Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje razlikuje nekoliko vrsta depresivnih poremećaja s različitim emocionalnim, tjelesnim, kognitivnim i bihevioralnim simptomima. Najčešći simptomi depresije kod djece i adolescenata su tuga, loše raspoloženje, žalost i razdražljivost. Depresija se često javlja u kombinaciji s drugim poremećajima; poremećaji prehrane, anksiozni poremećaji, poremećaji ponašanja. Nastanak depresije može se pripisati različitim biološkim, psihološkim, kognitivnim, bihevioralnim ili obiteljskim, odnosno socijalnim elementima. Osim samog djeteta, u dijagnosticiranju depresije važnu ulogu imaju i roditelji ili osobe bliske djetetu. U liječenju se koriste različiti pristupi; farmakoterapija te psihoterapija te su česte kombinacije istih. Važno je kroz razvijanje vještina kod mladih što ranije početi raditi na otpornosti sa svrhom ublažavanja posljedica depresije. Socijalni radnik ima vrlo važnu ulogu u prevenciji i tretmanu depresivnih poremećaja djece i adolescenata, provođenjem brojnih institucionalnih i izvaninstitucionalnih postupaka iz svoje nadležnosti.

Ključne riječi: depresija, djeca, adolescenti, tretman, prevencija, socijalni radnik

Depression in children and adolescents

Abstract:

Depression is a very common disorder that is increasingly appearing in children and adolescents. It is estimated that, together with anxiety, 54.8% of young people in the Republic of Croatia have symptoms of depression. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders distinguishes several types of depressive disorders with different emotional, physical, cognitive, and behavioral symptoms. The most common symptoms of depression in children and adolescents are sadness, low mood, sorrow and irritability. Depression often occurs in combination with other disorders; eating disorders, anxiety disorders, behavioral disorders. The onset of depression can be attributed to various biological, psychological, cognitive, behavioral, family or social elements. In addition to the child himself, the parents or people close to the child also play an important role in the diagnosis of depression, whose information also plays a major role in the clinical assessment. Different approaches are used in treatment; pharmacotherapy and psychotherapy and the combinations. It is important to build resilience through strengthening different skills in young people, in order to soothe the consequences of depression. Social worker has a very important role in the prevention and treatment of depressive disorders in children and adolescents, by carrying out numerous institutional and extra-institutional procedures within their jurisdiction.

Key words: depression, children, adolescents, treatment, prevention, social worker

Izjava o izvornosti

Ja, Lora Krušec pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog rada te da u radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova te da se prilikom izrade rada nisam koristio/-la drugim izvorima do onih navedenih u radu.

Ime i prezime: Lora Krušec

Datum: 7.9.2022.

1. Uvod

Svjetska zdravstvena organizacija definira mentalno zdravlje kao “stanje dobrobiti u kojem pojedinac ostvaruje svoje potencijale, može se nositi s normalnim životnim stresom, može raditi produktivno i plodno te je sposoban pridonositi zajednici” (World Mental Health Report, 2022.) Dakle, mentalno se zdravlje ne objašnjava samo kao nepostojanje bolesti, već kao pozitivno međudjelovanje različitih osobnih, psihičkih i socijalnih čimbenika. Mentalno zdravlje pomaže nam u svladavanju svakodnevnog stresa, ostvarenju potencijala i povećanju produktivnosti, aktivnom sudjelovanju u zajednici, dok pod negativnim utjecajem različitih osobnih i okolinskih faktora može biti znatno narušeno (Ledinski Fičko i sur., 2017.) Pa tako npr. nasilje, tjelesne, odnosno somatske bolesti, sve dinamičnije promjene u društvu, socijalna izolacija i različiti drugi čimbenici utječu na zdravlje i kvalitetu života (Ledinski Fičko i sur., 2017.) Pandemija i potresi donijeli su velike promjene i izazove u društvu zbog čega se sve više pažnje počelo posvećivati brizi i zaštiti mentalnog zdravlja svih ljudi, a posebice djece i mladih koji se smatraju najranjivijom skupinom u društvu. Prema izvještaju UNICEF-a “On My Mind: promoting, protecting and caring for children’s mental health“ (2021), prema podacima iz 2019. godine, učestalost mentalnih poremećaja za djevojčice i dječake u Europi između desete i devetnaeste godine života je 16,3%, dok učestalost na globalnoj razini iznosi 13,2%. Dakle, oko devet milijuna djece i mladih u dobi od deset do devetnaest godina u Europi živi s nekim mentalnim poremećajem (The state of the world’s children, 2021.) Podaci za Hrvatsku pokazuju da je učestalost mentalnih poremećaja za istu dobnu skupinu 11,5%, odnosno oko 49 272 djece i mladih te se navodi razlika obzirom na spol pri čemu je učestalost kod dječaka veća (12,1%), nego kod djevojčica (10,9%) (The state of the world’s children, 2021.) Samoubojstvo je u Europi drugi najčešći uzrok smrti među mladima između petnaeste i devetnaeste godine života te se procjenjuje da su dnevno izgubljena tri života zbog samoubojstva. Dakle, gotovo 1200 djece i adolescenata u dobi od petnaest do devetnaest svake godine počinu samoubojstvo. U projektu provedenom tijekom veljače i ožujka 2021. godine, istraživao se utjecaj pandemije i potresa na

mentalno zdravlje djece i mladih u Zagrebu. Roditeljima je preko online aplikacije dano da ispune upitnik i zabilježe opažanja o svojoj djeci te se pokazalo da je većina djece na neki način negativno zahvaćena pandemijom kroz osobno iskustvo ili iskustvo bliskih osoba (Buljan Flander i sur., 2021.) Podaci su pokazali da je anksiozna i/ili depresivna simptomatologija prisutna kod 1 od 10 ispitane djece te se pokazao veći rizik kod djevojčica. Osim toga, kod 74% djece zabilježen je strah od neuspjeha, kod 48% djece osjećaj tuge i praznine, 47% zabrinutosti za sigurnost članova obitelji te kod 39% djece strah od boravka samo kod kuće (Buljan Flander i sur., 2021.)

Navedeni podaci govore o velikoj zastupljenosti depresivnosti među mladima, a posebice u posljednjih nekoliko godina kada smo suočeni s velikim promjenama u društvu. Informiranost o depresiji, rano prepoznavanje depresivnih simptoma te pravodobna intervencija čimbenici su koji bi mogli znatno pridonijeti smanjenju učestalosti ovog poremećaja kod mladih. U ovome radu obuhvatit će se različiti aspekti depresije kod djece i adolescenata, ali i depresije kao poremećaja općenito. Prikazat će se izabrane vrste depresije i njezini najčešći simptomi pri čemu će se isti usporediti između djece i odraslih. Nadalje, bit će opisani dijagnostički postupci, tretman depresije, njezini mogući uzroci, načini njezine prevencije te uloga socijalnog rada u skrbi djece i adolescenata oboljelih od depresije.

2. Etiologija depresije

Mnogo je teorija koje iz svoje znanstvene perspektive nude određene ideje o mogućim uzrocima depresije. S obzirom na kompleksnost i slojevitost samog poremećaja, uzroci mogu biti mnogobrojni te nerijetko predstavljaju kombinaciju različitih genetskih, bioloških, psihosocijalnih i drugih okolinskih čimbenika.

Biološki čimbenici uključuju genetsko nasljeđe, biokemijske teorije i neurofiziološke teorije. Biokemijske teorije istražuju uzroke depresije u proučavanju neurotransmitera i hormonske neravnoteže. Istraživanja pokazuju da kod osoba oboljelih od depresije dolazi do određenih promjena u aktivnostima neurotransmitera

pa je tako dokazano smanjenje aktivnosti neurotransmitera serotonina, dopamina i noradrenalina (Boričević Maršanić i sur., 2020.)

Neurofiziološke teorije govore o utjecaju naslijeđenih ili stečenih patoloških promjena u mozgu na pojavu psihopatoloških fenomena (Vulić - Prtorić, 2004.) Mjereći moždane aktivnosti elektroencefalogramom (EEG) primijetile su se smetnje uspavljanja, česta buđenja tokom noći i rana jutarnja buđenja kod osoba s dijagnozom depresije (Vulić - Prtorić, 2004.)

Što se tiče genetskih etioloških čimbenika, depresija kod roditelja ili rođaka povećava rizik pojave depresije kod djece (Kocijan Hercigonja i Hercigonja Novković, 2004.) Istraživanja o genetskim uzrocima pokazala su da se kod djece veliki depresivni poremećaj javlja ranije ako je depresivnost prisutna kod njihovih roditelja. Utvrđeno je da su djeca imala 14 puta veći rizik pojave velikog depresivnog poremećaja i to prije 15. godine života ukoliko su im roditelji dijagnosticirani depresivnim poremećajem prije dobi od 20 godina (Weissman i sur., 1987., prema Vulić - Prtorić, 2004.) U Dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje, peto izdanje, navodi se da je nasljednost depresivnog poremećaja oko 40% (DSM -5). Istraživanja blizanaca pokazuju da je kod jednojajčanih blizanaca stupanj podudaranja depresije u 76% slučajeva, a ukoliko su blizanci razdvojeni 67%, što ukazuje na važnost utjecaja nekih drugih okolinskih čimbenika. Kod dvojajčanih blizanaca stupanj podudaranja depresije je u 19% slučajeva (Kocijan Hercigonja i Hercigonja Novković, 2004.)

Osim genetskih čimbenika koji objašnjavaju određeni aspekt obiteljskog utjecaja na nastanak depresije, Kurtović (2012.) navodi kako je uzrok, ali i oporavak od depresije uvjetovan i drugim obiteljskim faktorima kao što su to obiteljski sukobi, podrška u obitelji, roditeljski stil odgoja i slično. Važni faktori rizika pojave depresije su bračni sukobi i razvod roditelja (Petersen i sur., 1993.) Djeca često postanu dio roditeljskih sukoba; nekada ih roditelji uključuju, a nekada se ona sama umiješaju (Jenkins i sur., 1989., prema Kurtović, 2012.) U takvim situacijama djeca uglavnom imaju osjećaj krivnje ili su mišljenja da su ona osobno odgovorna za roditeljske sukobe, a posebice ako je sadržaj sukoba vezan uz dijete (Fosco i Grynych, 2010., prema Kurtović 2012.) Također, istraživanje Keresteš i sur. (2019.) pokazalo je da je kvaliteta trenutne privrženosti adolescenata prema roditeljima povezana s

anksioznošću i depresijom. Pokazalo se da adolescenti koji su naveli lošiju kvalitetu trenutne privrženosti roditeljima, imaju više razine anksioznosti i depresije (Keresteš i sur., 2019.)

Psihološki procesi također imaju velik utjecaj u etiologiji depresije kod djece i adolescenata. Negativne slike i mišljenja o vlastitom tjelesnom izgledu mogu dovesti do pojave depresivnih poremećaja i poremećaja prehrane (Attie i Brooks Gunn, 1992., prema Petersen i sur., 1993.), a na nastanak depresije može utjecati i nisko samopouzdanje (Renouf & Harter, 1990., prema Petersen i sur., 1993.) Vulić - Prtorić navodi tri psihoanalitičke teorije važne za tumačenje depresije; Freudova teorija unutrašnje ljutnje, Bibringova teorija niskog samopoštovanja i Blattova teorija privrženosti i autonomije. Freudova teorija unutrašnje ljutnje povezuje nastanak depresije s osjećajima ljutnje i agresije. Zbog regresije na neke ranije faze razvoja u kojima kod pojedinca još nisu razvijene razlike između doživljavanja sebe i drugih, osoba koja je doživjela gubitak internalizira osjećaje koje osjeća zbog gubitka (npr. osjećaj ljutnje) te ih usmjerava prema sebi u obliku samomržnje i samoagresije (Vulić - Prtorić, 2004.) Takvim reakcijama i većem riziku za razvoj depresije, Freud navodi, sklonije su osobe koje u oralnoj fazi života nisu od strane primarnih skrbnika imale adekvatno zadovoljene potrebe ili su skrbnici bili previše popustljivi (Vulić - Prtorić, 2004.) Bibringova teorija niskog samopoštovanja govori o osobama kod kojih postoji nesrazmjer između idealne i realne slike o sebi zbog čega se razvija osjećaj vlastite bespomoćnosti što posljedično kasnije kod osobe može dovesti do smanjenja samopoštovanja te do depresije (Vulić - Prtorić, 2004.) U teoriji niskog samopoštovanja, navode se strogoća i kritike roditelja u ranom djetinjstvu kao mogući razlog za razvoj nerealne slike o sebi (Vulić - Prtorić, 2004.) Blattova teorija razlikuje dvije moguće situacije povezane s odnosom roditelja i djeteta; prva je doživljeno pretjerano zanemarivanje, ili s druge strane pretjerana popustljivost, a druga je pretjerano kritiziranje (Vulić - Prtorić, 2004.) U situacijama u kojima se javi neki gubitak ili napuštanje od bliske osobe, djeca mogu postati vrlo osjetljiva i ranjiva te ovisno o vrsti odnosa s roditeljima, razviti određene simptome depresije (Vulić - Prtorić, 2004.)

Kognitivne teorije u razvoju depresivnog raspoloženja važnu ulogu vide u povećanoj sposobnosti doživljavanja, odnosno razmišljanja o sebi i o svojoj

budućnosti (Petersen i sur., 1993.) Beckova kognitivna teorija objašnjava kako osoba razvija depresivne obrasce mišljenja koji se pojavljuju u određenim stresnim situacijama, a izražavaju se kroz depresivni kognitivni trijas; negativan stav prema sebi, budućnosti i prema svijetu koji osobu okružuje (Gregurek, 2004.) Uz Beckovu kognitivnu teoriju, važne su još i teorije naučene bespomoćnosti i beznadnosti. Seligmanova teorija bespomoćnosti nastanak depresije veže uz prethodne traume i iskustva nad kojima osoba nije imala nadzor kad su se pojavile i zbog njih u svim sličnim, budućim situacijama očekuje da jednako tako neće imati kontrolu (Vulić - Prtorić, 2004.) Atribucijska teorija bespomoćnosti nastanak depresije objašnjava korištenjem tzv. depresivnog atribucijskog stila koji se sastoji od atribucija koje osoba koristi kako bi objasnila određene životne situacije koje mu se događaju. Dakle, kada osoba negativnu životnu situaciju objašnjava određenim negativnim atribucijama, može doći do pojave depresivnosti. Teorija beznadnosti u objašnjavanju etiologije depresije nadopunjuje teoriju bespomoćnosti. Ona definiira tri kognitivna stila koji mogu dovesti do depresivnosti; težnja pojedinca da negativne situacije objašnjava stabilnim globalnim uzrocima, mišljenje da takve situacije imaju poražavajuće posljedice, te vrednovanje sebe nedoraslim i neadekvatnim u takvim situacijama (Kurtović, 2007.)

Bihevioralne teorije uzroke depresivnosti nalaze u socijalnim vještinama, vanjskim podražajima te učenju. U teoriji socijalnih vještina Petera Lewinsona ključ razvoja simptoma depresivnosti leži u nedostatku socijalnih vještina i pozitivnih potkrepljenja u međuljudskim odnosima. Kada se dijete ne uključuje u različite vršnjačke ili druge aktivnosti zbog nerazvijenih ili neadekvatnih socijalnih vještina, manjka mu pozitivnih potkrepljenja koje može dobiti iz istih što može potencirati rizik razvoja depresivnih simptoma. Teorija samokontrole Lynn Rehm kod objašnjenja etiologije depresije navodi neprilagođenost i limitiranost u načinima suočavanja sa stresom (Vulić - Prtorić, 2004.)

3. Klinička slika depresije

Depresivni poremećaji čine skupinu poremećaja koji su okarakterizirani različitim emocionalnim, kognitivnim, bihevioralnim i tjelesnim odrednicama (Vulić - Prtorić, 2004.) Simptomi pojedinačno ne predstavljaju postojanje depresije kao psihičkog poremećaja, već su važni njihovi obrasci međusobne povezanosti (Hautzinger, 2002) te mnogo drugih čimbenika koji kada se promatraju zajedno, mogu biti klinički relevantni. Dakle, osjećaji poput tuge, ljutnje, bezvoljnosti, nedostatka energije, iako česti simptomi u depresivnim poremećajima, mogu biti dio normalne reakcije ljudi na određene životne situacije kao npr. kod gubitka bliske osobe ili neuspjeha na poslu (Hautzinger, 2002.) Međutim, kada takva reakcija svojim intenzitetom i trajanjem ne odgovara značenju gubitka ili neuspjeha te se pojavljuju i drugi povezani neugodni osjećaji, može se raditi o patološkom stanju depresivnog poremećaja (Vulić - Prtorić, 2004.) Depresivni se poremećaji, kao i ostali psihički poremećaji, mogu promatrati i biti prisutni kod ljudi na različite načine i svaka osoba ih može doživljavati drugačije.

Važnost prepoznavanja depresije u najranijoj dobi povezan je s prevencijom različitih problema i teškoća u odrasloj dobi. Ukoliko se depresija ne prepozna i ne liječi na vrijeme, može imati negativne posljedice na zdravstveno stanje osobe, njezin akademski uspjeh, kriminalno ponašanje te različite interpersonalne teškoće (Kovacs i sur., 2001., prema Kurtović, 2012.), a važno je spomenuti i povezanost velikog depresivnog poremećaja s povećanim rizikom suicida (American Psychiatric Association, 2004., Kozarić - Kovačić i Jendričko, 2004.) Razlozi neprepoznavanja depresije kao poremećaja mogu se objasniti činjenicom da većina djece teže opaža svoje osjećaje i potrebe te ih teže verbalno izražava (Vulić - Prtorić, 2004.) Problem također može biti u pouzdanosti podataka koje daju djeca, a vezani su uz trajanje problema, intenzitet i njegovo mijenjanje (Vulić - Prtorić, 2004.) Zbog mogućih nedostataka verbalnog izražavanja osjećaja, djeca svoje probleme mogu pokazivati kroz određena ponašanja koja roditelji ili učitelji ne prepoznaju uvijek kao zabrinjavajuća (Vulić - Prtorić, 2004.) Nadalje, kliničke slike i dijagnostičke značajke depresivnih poremećaja slične su kod obuhvaćene su u dva velika klasifikacijska sistema - Međunarodna klasifikacija bolesti - 10 (MKB - 10) i

Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje (DSM - 5). Vrlo je bitno razumijeti da se pojedinačni simptomi koji su navedeni u spomenutim klasifikacijama kod djece i adolescenata mogu javiti kao dio normalnog razvoja te pojava tih simptoma može biti posljedica njihove slabije prilagodbe i reakcije na određene situacije ili prepreke koje se javljaju tijekom procesa odrastanja (Vulić - Prtorić, 2004.) No, s druge je strane potrebno biti oprezan i biti svjestan ponašanja koja nisu uobičajena te koja ometaju svakodnevno funkcioniranje (Vulić - Prtorić, 2004.) Još jedan razlog neprepoznavanja depresivnog poremećaja može biti taj da primarna slika depresije može biti sakrivena zbog naoko neobjašnjivih tjelesnih simptoma kao što su to npr. poremećaji prehrane, tjeskoba, problemi u školi, pad školskog uspjeha, zlouporaba različitih supstanca ili problema u ponašanju (Thapar i sur., 2012.)

Petersen i sur. (1993.) navode tri pristupa klasifikacije adolescentne depresije: 1. depresivno raspoloženje; 2. depresivni sindromi i 3. klinička depresija. Svaka se navedena razina može koristiti u drugačije svrhe te odražava različite razine depresivnih pojava (Petersen i sur., 1993.) Depresivno raspoloženje veže se uz doživljene osjećaje tuge ili žalosti u različitim periodima života koji se mogu javiti kao odgovor osobe na određenu životnu situaciju, kao npr. gubitak bliske osobe i mogu trajati kratko ili dulje vremensko razdoblje na neodređeno vrijeme (Petersen i sur., 1993.) Često se veže s drugim neugodnim osjećajima kao što su krivnja, strah, gađenje ili ljutnja (Watson i Kendall, 1989., prema Petersen i sur., 1993.) te se na ovoj razini ne radi cjelokupna analiza problema osobe, već promatraju samo znakovi depresivnog raspoloženja (Vulić - Prtorić, 2004.) Za razliku od depresivnog raspoloženja, depresivni sindromi čine skupinu emocija i ponašanja koja se obično pojavljuju zajedno po nekom već unaprijed određenom obrascu (Petersen i sur., 1993.) te se oni promatraju u kontekstu ostalih misli, ponašanja i emocija (Vulić - Prtorić, 2004.) Klinička depresija, odnosno razina depresivnih poremećaja uključuje skupove simptoma ili sindroma koji s obzirom na svoj oblik, težinu i trajanje znatno utječu na svakodnevno funkcioniranje osobe (Vulić - Prtorić, 2004.) Osim povezanosti simptoma, važno je da postoje i informacije o određenim uzročnim i drugim faktorima kako bi se postiglo bolje razumijevanje stanja te kako bi se mogao predvidjeti klinički tijek i posljedice razvoja poremećaja (Vulić - Prtorić, 2004.)

Prethodno spomenute klasifikacije; Međunarodna klasifikacija bolesti - 10 (MKB - 10) i Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje (DSM - 5) definiraju vrste depresivnih poremećaja pri čemu se u Dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje navode sljedeći poremećaji: disruptivni poremećaj regulacije raspoloženja, veliki depresivni poremećaj (uključujući veliku depresivnu epizodu), perzistentni depresivni poremećaj (distimija), premenstrualni disforični poremećaj, depresivni poremećaj raspoloženja prouzročen psihoaktivnom tvari/lijekom, depresivni poremećaj zbog drugog zdravstvenog stanja, drugi specificirani depresivni poremećaj i nespecificirani depresivni poremećaj. Međunarodna klasifikacija bolesti - 10 (MKB - 10) u poglavlju Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja te odjeljku Poremećaja raspoloženja navode: maniju, bipolarni afektivni poremećaj, depresiju, povratni depresivni poremećaj, perzistirajući poremećaji raspoloženja te ostale i nespecificirane poremećaje raspoloženja.

S obzirom na razvoj i tijek, kod djece i adolescenata se može javiti; disruptivni poremećaj regulacije raspoloženja, veliki depresivni poremećaj te perzistentni depresivni poremećaj (distimija) koji su definirani u DSM - 5 klasifikaciji pa će se shodno tome u ovome radu posebna pažnju usmjeriti na njih.

Za disruptivni poremećaj disregulacije raspoloženja karakteristični su teški, verbalni ili neverbalni izljevi bijesa koji se pojavljuju tri ili više puta tjedno te nisu razmjerni situaciji. Između epizoda izljeva bijesa, pojavljuje se kronično razdražljivo ili ljutito raspoloženje u trajanju kroz veći dio dana te je vidljivo od strane drugih osoba iz djetetovog okruženja. Također, važno je da navedeni izljevi bijesa nisu dosljedni stupnju razvoja djeteta. Za dijagnozu ovog poremećaja, spomenuti kriteriji moraju biti prisutni kod osobe 12 ili više mjeseci te moraju biti prisutni u dva od tri okruženja (škola, kuća, među vršnjacima) ili u slučaju većeg intenziteta izljeva bijesa, barem u jednom navedenom okruženju. Dijagnoza ovog poremećaja postavlja se između 6. i 18. godine života te bi se temeljem procjene ili anamneze kriteriji morali pojaviti prije 10. godine života djeteta. Disruptivni poremećaj disregulacije raspoloženja prelaskom djeteta u odraslu dob potencira rizik od nastanka unipolarnog depresivnog poremećaja i/ili anksioznih poremećaja. Što se tiče rodni razlika i dobi razvoja ovog poremećaja, on je češći kod muškog spola te se češće javlja u dječjoj

dobi, u odnosu na adolescenciju. Djeca dijagnosticirana disruptivnim poremećajem disregulacije raspoloženja mogu imati teškoća u svim ranije navedenim okruženjima; u školi se mogu javiti problemi sa školskim uspjehom, a odnosi u obitelji te s vršnjacima su teško narušeni (Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, peto izdanje, 2014.)

Nadalje, veliki depresivni poremećaj uključuje jednu ili više velikih depresivnih epizoda za koje je važno da traju u razdoblju od minimalno dva tjedna u kojem su simptomi prisutni svakodnevno i to veći dio dana. Za to razdoblje, kao glavni kriteriji dijagnoze navode se depresivno raspoloženje i gubitak zanimanja ili uživanja kao subjektivna opažanja, ali i opažanja okoline osobe. Depresivno raspoloženje obuhvaća osjećaj tuge, beznada, ispraznosti, iako je za djecu i adolescente moguća prisutnost i razdražljivog raspoloženja, dok se gubitak zanimanja iskazuje npr. u gubitku interesa za hobije. Osim spomenutih kriterija, navode se i dodatni kriteriji: 1. velike promjene u tjelesnoj težini; gubitak ili dobivanje tjelesne težine, 2. smetnje spavanja; nesanica ili pretjerano spavanje, 3. psihomotorne promjene; nemir ili s druge strane usporenost pokreta, govora i sl., 4. umor i iscrpljenost, 5. osjećaj bezvrijednosti ili krivnje, 6. smanjena sposobnost razmišljanja, koncentriranja ili donošenja odluka te 7. suicidalna razmišljanja ili pokušaji suicida. Ulaskom u pubertet, vjerojatnost prve pojave velikog depresivnog poremećaja značajno se povećava te su žene, s početkom rane adolescencije, suočene s čak 1,5 do 3 puta višom stopom od muškaraca (Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, peto izdanje, 2014.)

Kriteriji za perzistentni depresivni poremećaj (distimija) uključuju depresivno raspoloženje koje traje veći dio dana te prisutnost barem dva od sljedećih simptoma: 1. slab apetit ili prejedanje, 2. nesanica ili hipersomnija, 3. gubitak energije ili umor, 4. nisko samopoštovanje, 5. slaba koncentracija ili teškoće u donošenju odluka te 6. osjećaj beznadnosti. Depresivno raspoloženje kod odraslih osoba mora trajati u vremenskom periodu od najmanje dvije godine, dok je kod djece i adolescenata, jednako kao i kod velikog depresivnog poremećaja, moguće razdražljivo raspoloženje i to u trajanju od najmanje godinu dana. Razvoj perzistentnog depresivnog poremećaja vidljiv je već tijekom djetinjstva i adolescencije te je kod rane dijagnoze poremećaja velika vjerojatnost da bi se uz njega mogli javiti i drugi

poremećaji - poremećaji ličnosti i poremećaji uzimanja psihoaktivnih tvari (Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, peto izdanje, 2014.)

Unatoč sličnim dijagnostičkim kriterijima definiranim u MKB - 10 i DSM - 5 klasifikaciji, mogu se vidjeti određene razlike u simptomima depresivnih poremećaja između odraslih i djece te u vremenskom razdoblju njihovog pojavljivanja. Određeni se simptomi kod djece i adolescenata manifestiraju na drugačiji način u usporedbi s odraslima.

Emocionalni simptomi kod djece i adolescenata uključuju osjećaj tuge, utučenosti, ispraznosti, dosade, gubitak spontanosti, nagle promjene raspoloženja, simptome anksioznosti, osjećaj ljutnje i razdražljivosti. Uz navedene simptome, kao najčešći simptomi depresije kod djece i adolescenata spominju se disforija i anhedonija. Disforija je negativno raspoloženje za koje je specifičan osjećaj manje vrijednosti, dok je anhedonija odsutnost ugođe i nesposobnost uživanja u aktivnostima u kojima je osoba do tad uživala. Osjećaj žalosti javlja se i kod djece i adolescenata te se ponekad može javiti zajedno s osjećajem ljutnje i razdražljivosti. Za razliku od nekih poremećaja ponašanja kod kojeg djeca ljutnju usmjeravaju prema van, kod depresivnih poremećaja djeca su sklona ljutnju usmjeravati prema sebi. Simptomi anksioznosti koji se mogu javiti zajedno s ostalim navedenim simptomima depresije uključuju; pretjeranu zbuđenost i razmišljanje o prošlim neuspjesima, somatske pokazatelje anksioznosti i sl. (Vulić - Prtorić, 2004.)

Kognitivni simptomi uključuju: negativnu percepciju sebe i svijeta oko sebe, gubitak interesa, suicidalne misli, teškoće u donošenju odluka i koncentraciji, probleme u svladavanju gradiva i ispunjavanju školskih obaveza, a kao najčešći simptomi navode se nisko samopoštovanje, osjećaj beznadnosti i osjećaj bespomoćnosti. Nisko samopoštovanje navodi se kao glavni i najčešći simptom depresivnosti kod djece i adolescenata, a ono se može razviti zbog loše komunikacije i odnosa u obitelji, pritisaka roditelja ili osoba iz djetetove okoline na ispunjenje nekih nerealnih ciljeva i slična negativna stimuliranja i situacije. Osjećaj bespomoćnosti razvija se kad dijete, zbog osjećaja manjka kontrole nad događajima koji se događaju u njegovom životu, ili zbog npr. čestog kritiziranja od strane roditelja ili osoba iz njegove okoline, nauči da njegovo ponašanje ili sposobnosti nisu dovoljne dobre (Vulić - Prtorić, 2004.)

Za tjelesne simptome karakteristične su smetnje spavanja; insomnija, česta noćna buđenja, prijevremena buđenja, hipersomnija), teškoće obavljanja svakodnevnih aktivnosti, promjene u prehrani; smanjenje ili povećanje apetita što rezultira promjenama u tjelesnoj težini, glavobolje i bolovi te umor i manjak energije. Nabrojani simptomi nisu isključivi samo za depresivne poremećaje, već su česti pokazatelji i nekih drugih poremećaja i problema u djetinjstvu i adolescenciji (Vulić - Prtorić, 2004.)

Bihevioralni simptomi, odnosno promjene u ponašanju podrazumijevaju psihomotorni nemir; nemogućnost mirnog sjedenja, koračanje, čupkanje ili trljanje kože, odjeće ili drugih predmeta), usporenost ; usporeni govor, razmišljanje te pokreti tijela, socijalno povlačenje, odbacivanje od obitelji, bliskih osoba ili vršnjaka, probleme u obiteljskim interakcijama i školskom okruženju te agresivno ponašanje i izljevi bijesa. Agresivno ponašanje i izljevi bijesa mogu dovesti do teškoća u interakciji djeteta s drugima pa se njegovi socijalni kontakti mogu smanjiti te dovesti do povlačenja. Socijalno povlačenje može rezultirati time da se dijete osjeća usamljeno ili odbačeno od okoline, a time se može smanjiti njegovo samopoštovanje i samovrednovanje (Vulić - Prtorić, 2004.)

U tablici 2.3.1. prikazane su razlike u kliničkoj slici depresije između odraslih i djece.

Tablica 2.3.1. Razlike u kliničkoj slici depresije kod odraslih i djece

Simptomi depresije	
Odrasli	Djeca i adolescenti
Smanjeno, depresivno raspoloženje	Razdražljivost, iritabilnost, ljutnja i izljevi bijesa, hirovitost, povećana plačljivost
Smanjen interes i uživanje u aktivnostima	Gubitak interesa za igru i sport, osjećaj dosade, izbjegavanje ranije ugodnih aktivnosti
Veliki gubitak ili porast težine	Poteškoće u postizanju razvojno prikladne težine, kod adolescenata povećanje težine i pretjerano jedenje

Nesanica ili prekomjerno spavanje	Promjene u obrascima spavanja i uspavljivanja, rano jutarnje buđenje ili odbijanje buđenja ujutro općenito
Psihomotorna retardacija ili agitacija	Problemi mirovanja i mirnog sjedenja, neprestano koračanje ili izražena usporenost tijela i pokreta
Umor ili gubitak energije	Neprestani umor, osjećaji "lijenosti" i "smanjene energije"
Smanjena sposobnost donošenja odluka i koncentracije	Pad školskog uspjeha, smanjena motivacija i sposobnost koncentracije, česti izostanci u školi
Nisko samopoštovanje, osjećaj krivnje	Samokritičnost, osjećaj beznadnosti, tvrdnje "nitko me ne voli, svi me mrze, glup sam"
Povratne ideje o suicidu ili suicidalno ponašanje	Česta razmišljanja, pričanja i pisanja o smrti, radnje poput davanja svojih stvari i igraćaka, autodestruktivno ponašanje, bijeg od kuće, problemi u interakciji s vršnjacima i članovima obitelji, pritužbe o tjelesnim simptomima; glavobolje, gastrointestinalni simptomi, bolovi u mišićima i kostima

Izvor: Boričević Maršanić i sur., 2016.

Zbog dinamike razvoja, za svaki period odrastanja specifični su drugačiji simptomi. Kod predškolske djece se tako mogu primijetiti pretjerani osjećaj krivnje, anhedonija, pretjerani umor i smanjenje kognitivnih sposobnosti (Luby, 2009.) Također, kod djece su vidljive i somatske promjene; promjene u težini, bolovi u glavi i trbuhu (Kocijan Hercigonja i Hercigonja Novković, 2004.) Uz navedeno, kod depresivne djece javljaju se anksiozne reakcije u obliku fobija i separacijske anksioznosti, tužno i bezizražajno lice, žalost, poremećeni socijalni kontakti (npr. dijete ne uspostavlja kontakt očima s odraslim osobama) (Vulić - Prtorić, 2004.) Adolescenti iskazuju nešto drugačije simptome te je kod njih češće povećano spavanje, povećanje apetita, osjetljivost na odbijanje te umor i nedostatak energije (Rudan i Tomac, 2009.), a česta su i suicidalna razmišljanja te zloupotreba droge i alkohola (Kocijan Hercigonja i Hercigonja Novković, 2004.)

U Tablici 2.3.2. prikazane su razlike u simptomatologiji depresije počevši od najranije dobi; djece do 3. godine života i predškolske djece pa sve do djece u školskoj dobi te adolescencije.

Tablica 2.3.2. Simptomatologija depresije tijekom odrastanja

Djeca do 3. godine života	Predškolska djeca	Djeca u školskoj dobi	Adolescenti
Separacijska anksioznost i teškoće vezivanja, problemi sa spavanjem i hranjenjem, tužno ili bezizražajno lice, iritabilno ili hiperaktivno ponašanje, usporenost tjelesnih pokreta, ekspresija ili govora	Iritabilno i hirovito ponašanje, tužno lice, plač ili odsutstvo smijeha, problemi sa spavanjem, hranjenjem, mokrenjem ili stolicom, anhedonija, oskudni kontakt, smanjeno samopoštovanje, poteškoće s koncentracijom, izljevi bijesa i destruktivnost	Razdražljivost, hirovitost, smanjeni socijalni kontakti, problemi s prehranom i smetnje spavanja, problemi učenja, školske fobije, odbijanje odlaska u školu, poteškoće u koncentraciji i gubitak interesa, somatski problemi, suicidalna razmišljanja, neveselost i plačljivost, nisko samopoštovanje, problemi u ponašanju	Anhedonija, smetnje spavanja i problemi s hranjenjem, suicidalna razmišljanja, zloupotreba droga i alkohola, promiskuitetno ponašanje, anksiozni simptomi i socijalno povlačenje, poteškoće u koncentraciji, beznadnost, krivnja, apatija, depresivno opisivanje sebe i tmurno raspoloženje, slab školski uspjeh, sniženo samopoštovanje

Izvor: Boričević Maršanić i sur., 2016.

Iz ovog prikaza vidljivo je da su neki simptomi češći i javljaju se u svakoj razvojnoj dobi, dok su neki specifični za određeno razdoblje. Tako se smetnje spavanja, poteškoće u prehrani i razdražljivo ponašanje kao simptomi depresije mogu javiti kroz cijelo odrastanje, dok su npr. suicidalna razmišljanja, problemi u ponašanju karakteristični za kasniju dob, odnosno kod školske djece i adolescenata. Smanjeno samopoštovanje simptom je koji se može javiti već kod predškolske djece te se može opaziti sve do adolescencije.

4. Komorbidna stanja depresije kod djece i adolescenata

Depresivni poremećaji često se istodobno pojavljuju zajedno s drugim poremećajima i bolestima. Između 40% i 70% djece i adolescenata kojima je dijagnosticirani neki od depresivnih poremećaja ima istodobno dijagnozu nekog

drugog psihičkog poremećaja, dok 20% do 50% ima čak dvije ili tri takve dijagnoze (Rudan i Tomac, 2009.) Prema DSM - 5 najvišu stopu i najveći spektar komorbiditeta od svih definiranih depresivnih poremećaja ima disruptivni poremećaj disregulacije simptoma. Djeca dijagnosticirana disruptivnim poremećajem disregulacije simptoma pokazuju široki spektar poremećaja ponašanja, raspoloženja, tjeskobe, a i simptoma iz područja autizma (DSM - 5). Uz veliki depresivni poremećaj moguće je da se jave panični poremećaji, opsesivno - kompulzivni poremećaj, anoreksija nervoza, bulimija nervoza, granični poremećaj ličnosti i poremećaji vezani uz kozumiranje psihoaktivnih tvari. Kod perzistentnog depresivnog poremećaja rizik za komorbiditet je veći nego kod velikog depresivnog poremećaja te ga se veže uz anksiozne poremećaje i poremećaje uzimanja psihoaktivnih tvari. Posljedice komorbiditeta očituju se u većem riziku od ponavljanja epizoda, duljem trajanju depresivne epizode, lošijem odgovoru na terapiju, pojavi drugih medicinskih problema, većem broju pokušaja suicida te u manjem korištenju medicinske skrbi (Rudan i Tomac, 2009.)

5. Postavljanje dijagnoze depresije kod djece i adolescenata

Osim roditelja, koji imaju vrlo važnu ulogu u uočavanju određenih poteškoća kod djeteta, Beirão i sur. (2020.) navode da su ključne osobe u prepoznavanju psihičkih i ostalih zdravstvenih problema najčešće pružatelji primarne zdravstvene zaštite. Oni su obično, uz roditelje ili skrbnike, prvi kontakt s djetetom kada se pojave određene poteškoće te je njihova uloga detektiranja problema važna za ranu dijagnozu depresije, a shodno tome i njezino liječenje (Beirão i sur., 2020.) Za dijagnosticiranje depresivnosti vrlo je važno provođenje kliničkog intervjua kod kojeg se uzimaju raznovrsni podaci od roditelja ili skrbnika, kao npr. povijest obiteljskih zdravstvenih poteškoća (Rudan i Tomac, 2009.) Uz navedeno, od roditelja se traže podaci o razvoju djeteta, njegovom temperamentu, stresnim događajima koji su mogli imati utjecaj, a važno je ispitati i njihovo tumačenje djetetova problema te njihovu volju za sudjelovanjem u procesu (Vulić - Prtorić, 2004.) Osim roditelja, potrebno je prikupiti podatke i od strane učitelja, socijalnih radnika, defektologa, i

drugih stručnih ili nestručnih osoba iz okoline djeteta koji bi mogli pružiti relevantne informacije. Uz intervju s roditeljima, provode se intervjui s djecom i adolescentima tijekom kojih se uz mjerne skale kojima se dobivaju informacije o samim simptomima, uzimaju i informacije o određenim rizičnim faktorima; procjena suicidalnosti, laka dostupnost oružja ili lijekova i sl. (Rudan i Tomac, 2009.) Također, zbog velikog komorbiditeta kod depresije vrlo je važno napraviti laboratorijske pretrage kako bi se otklonili drugi medicinski uzroci depresije (npr. zlouporaba lijekova) (Rudan i Tomac, 2009.) Vulić - Prtorić utvrđuje šest faza u provedbi psihološke procjene depresivnosti djeteta. Prva faza uključuje procjenu rizika samoozljeđivanja i suicida. Kozarić - Kovačić i Jendričko (2004.) kao čimbenike rizika od suicida definiraju sljedeće: suicidalna razmišljanja, planiranja ili intencije, pristup različitim sredstvima za počinjenje suicida, zloupotreba sredstava ovisnosti, prisutstvo psihotičnih simptoma, imperativnih halucinacija ili težeg oblika anksioznosti, prethodni pokušaji suicida, obiteljska anamneza ili izloženost suicidu. Sljedeća faza u psihološkoj procjeni jest procjena djetetove ugroženosti pri kojoj se utvrđuje postoji li fizičko, seksualno ili emocionalno zlostavljanje ili zanemarivanje djeteta u njegovoj bliskoj okolini (Vulić - Prtorić, 2004.) Ove dvije faze su radi zaštite djeteta ključne i rade se prije ostalih faza. Nadalje slijedi faza kliničke procjene simptoma depresivnosti. Mnogo je mjernih skala kojima se procjenjuju i detektiraju simptomi depresije kod djece i adolescenata, a najviše korištena je Skala depresivnosti za djecu (CDI – Child Depression Inventory, Kovacs, 1981., prema Ajduković i sur., 2007.) Uz ovu skalu, koriste se i Skala depresivnosti za djecu i adolescente - SDD (Vulić - Prtorić, 2003.), Skala depresivnosti Centra za epidemiološke studije (CES - D Center for Epidemiological Studies Depression Scale, Weissman i sur., 1980.), Reynoldsove skale depresivnosti za djecu i adolescente (RCDS - Reynolds Child Depression Scale, i RADS - Reynolds Adolescent Depression Scale, Reynolds, 1998.), Revidirana verzija Skale procjene depresivnosti za djecu (CDRS - R Children's Depression Rating Scale - Revised, Overholser i sur., 1995.) i Lista označavanja djetetova ponašanja (CBCL - Child Behaviour Checklist, Achenbach i Edelbrock, 1983., prema Achenbach i McConaughy, 1997) (Vulić - Prtorić, 2004.)

Child Depression Inventory (CDI), odnosno Skala depresivnosti za djecu (naziv kojeg je počela koristiti Živčić (1992.)), prilagođena je verzija Beckove skale depresivnosti za odrasle (BDI) (Ajduković i sur., 2007.) Beckova skala depresivnosti za odrasle sastoji se od 27 čestica kojima se ispituju kognitivni, afektivni i bihevioralni simptomi depresije te se kod svake čestice ispituje intenzitet pojave određenog simptoma depresije (Ajduković i sur., 2007.) Nakon faze kliničke procjene simptoma depresije radi se diferencijalna dijagnostika, procjena rizičnih i zaštitnih faktora te procjena uvjeta za planiranje tretmana.

6. Liječenje djece i adolescenata oboljelih od depresije

Liječenje depresije kod djece i adolescenata te odabir odgovarajuće vrste terapije ovisi o mnogobrojnim faktorima vezanim uz samu kliničku sliku, ali i različite okolinske faktore na strani djeteta, odnosno adolescenta ili na strani njegove obitelji. Metode tretmana su različite te se nerijetko preklapaju i međusobno kombiniraju.

Psihofarmakoterapija u liječenju depresije se kod djece i adolescenata razlikuje od odraslih. Zbog razvojnih i fizioloških faktora dječjeg organizma (npr. djetetova težina, metabolizam jetre i sl.), prilikom propisivanja odgovarajućih lijekova u obzir se moraju uzeti i psihološki faktori (Kocijan Hercigonja i Hercigonja Novković, 2004.) Pritom se misli na davanje informacija djetetu o uzimanju lijekova te na informaciju o djelovanju lijekova (Kocijan Hercigonja i Hercigonja Novković, 2004.) Kriteriji za odabir lijekova su, između ostalog, dob djeteta te drugi razvojni čimbenici koji bi mogli utjecati na djelovanje lijeka (Kocijan Hercigonja i Hercigonja Novković, 2004.) Najčešće se koriste antidepresivi te stabilizatori ponašanja. Učinak antidepresiva razlikuje se kod djece i adolescenata u odnosu na odrasle te ono može imati negativne efekte zbog čega je važno biti oprezan te procijeniti omjer koristi i rizika primjene takvih lijekova (<https://djecja-psihijatrija.hr/lijecenje-depresije-mladih/>). Kada počne terapija antidepresivima potrebna je kontrola psihijatra jednom tjedno u četiri tjedna, a nakon toga svaka dva tjedna u narednom mjesecu ili češće ako se pojave određeni problemi. Također,

potrebno je obratiti se liječniku ako tijekom uzimanja lijekova dođe do pogoršanja depresije, javljanja suicidalnih misli ili pokušaja suicida, izražene napetosti, nemira ili razdražljivosti, napadaja panike, smetnja u spavanju, agresivnog ponašanja ili nekih dugih promjena kod djeteta (<https://djecja-psihijatrija.hr/lijecenje-depresije-mladih/>).

Nadalje, uz farmakoterapiju, liječenje depresije uključuje i biopsihosocijalni pristup koji podrazumijeva različite tehnike psihoterapijskog rada koji može biti individualan i grupni. Individualne tehnike obuhvaćaju terapiju igrom, psihoterapijske tehnike, kognitivnu i bihevioralnu terapiju. Terapija igrom usmjerena je djeci mlađe životne dobi kojoj zbog manjka verbalnog izražavanja takav način pristupa najviše odgovara (Kocijan Hercigonja i Hercigonja Novković, 2004.) Ovakva terapija može ujedno biti individualnog i grupnog karaktera. Psihoterapijske tehnike bave se odnosima te se primjenjuju kod djece u dobi 6 - 12 godina. Često se tijekom terapije upotrebljavaju lutke, pričanje priča, crtanje i sl. U bihevioralnoj terapiji naglasak je na podražajima koje dijete prima u svojoj okolini te je cilj terapije da dijete shvati odluke i događaje koji predstavljaju neka negativna iskustva. Kognitivna terapija česta je u radu s adolescentima te se radi na tome da adolescent nauči nove obrasce razmišljanja kojima može utjecati na promjenu negativne slike o sebi (Kocijan Hercigonja i Hercigonja Novković, 2004.)

Uz individualnu terapiju u posljednje vrijeme razvija se i grupna terapija. Posebnost grupne terapije leži u ulozi samog terapeuta koji u grupi gdje se nalaze korisnici različitih vrsta ili razina depresivnosti, ima izazov uključiti sve prisutne u grupu te balansirati koheziju grupe kako bi se razvila prihvaćenost i osjećaj pripadnosti kod sudionika (Gregurek, 2004.) Jedan od oblika grupne terapije je i obiteljska terapija kojoj je cilj uključiti roditelje u sam proces pri čemu je fokus na poboljšanju obiteljskih odnosa (Kocija Hercigonja i Hercigonja Novković, 2004.)

7. Prevencija depresije kod djece i adolescenata

Usmjerenost na smanjenje rizika i promicanje zaštitnih čimbenika u vidu zaštite djece i adolescenata koji su u većem riziku od nastanka depresije čini osnovni

cilj prevencije depresije. Prevencija je važna radi sprječavanja, odgađanja početka depresije ili ublažavanja njezinih posljedica (Thapar i sur., 2012.) Osim smanjenja utjecaja depresije na samu osobu i njegovu obitelj, prevencija sprječava nastanak drugih mogućih poremećaja ili bolesti koje se mogu javiti uz depresiju (Beirão i sur., 2020.) Prevencija depresije, prema Beirão i sur. (2020.) može se podijeliti u tri kategorije; univerzalna koja se odnosi na grupu djece i adolescenata općenito, selektivna koja je vezana uz djecu i adolescente koji su u riziku od razvoja depresivnosti te indicirana koja je usmjerena osobama koje već imaju razvijene simptome depresije.

Univerzalna prevencija uključuje različite preventivne programe pa je tako u Republici Hrvatskoj bila važeća Nacionalna strategija zaštite mentalnog zdravlja za razdoblje 2011. - 2016. čiji ciljevi su bili: promocija vještine roditeljstva i rane intervencije, razvijanje strategija suočavanja sa stresom posebice za djecu s razvijenim mentalnim bolestima, promicanje i razvoj programa za prevenciju nasilja, unapređenje ranog dijagnosticiranja i intervencija te potpora obitelji (Ledinski Fičko i sur., 2017.) Jedan od ciljeva Strateškog okvira razvoja mentalnog zdravlja 2022. - 2030. je unapređenje mentalnog zdravlja koji obuhvaća mjere kao što su to provedba psihosocijalnih intervencija u obiteljima, školama, na radnom mjestu i sl., kako bi se radilo na otpornosti na stres, unapređenje i jačanje socijalnih i emocionalnih vještina, unapređenje skrbi mentalnog zdravlja u prenatalnoj i postnatalnoj brizi, provođenje edukacija o mentalnom zdravlju u vrtićima i školama i sl. (Ministarstvo zdravstva, 2022.)

Što se tiče selektivnih intervencija, programi kojima se razvijaju vještine interpersonalne komunikacije i programi usmjereni poticanju pozitivnog razmišljanja pokazali su se učinkovitima u smanjenju anksioznosti i depresije (Beirão i sur., 2020.) U Republici Hrvatskoj razvijena je velika mreža različitih centara i udruga čiji je cilj kroz veliki spektar radionica promovirati mentalno zdravlje djece i mladih, ali i odraslih. Vezano uz navedeno, Psihološki centar TESA provodi Ciklus radionica komunikacijskih vještina za učenike s ciljem jačanja slike o sebi, samopoštovanja i unapređenja vještina komunikacije kao što su to učenje asertivnosti i nenasilnog rješavanja sukoba (<https://www.tesa.hr/ciklus-radionica-komunikacijskih-vjestina-za-ucenike-no-bullying-2/>). Također, projekt "Lego školica" Udruge za kreativni

socijalni rad koji djeci i mladima koji pokazuju poremećaje u ponašanju i funkcioniranju, kroz kreativne načine pruža učenje određenih kreativnih vještina te potiče razvoj drugih kvaliteta (<https://www.uksr.hr/provedeni-projekti/lego-skolica>). Još jedan primjer radionice pruža Centar Sirius koji provodi psihoedukativne radionice s različitim temama; Tko sam ja? - definiranje i izgradnja vlastitog identiteta, Razvoj samopoštovanja i samopouzdanja, Odnosi s drugima i sl. (<https://centar-sirius.hr/projekt-zdravo-odrastanje-provedene-aktivnosti/>).

U indiciranim intervencijama koje su usmjerene djeci i adolescentima s razvijenim simptomima depresije naglasak je na psihoedukacijama i programima razvoja vještina s ciljem svladavanja problema u interpersonalnim odnosima i sukoba uloga (Beirão i sur., 2020.)

Za osmišljavanje i provođenje programa prevencije važno je poznavanje postojećih rizičnih faktora koji su već ranije opisani u poglavlju o etiologiji depresije. Jednako tako, uz faktore rizika vrlo su bitni i zaštitni faktori koji u novonastalim uvjetima mogu pridonijeti uspješnom prevladavanju ili lakšoj adaptaciji istima. Vulić - Prtorić (2004.) navodi kako su rizični i zaštitni faktori dva pola na jednoj dimenziji te navodi primjer samopoštovanja pri čemu visoko samopoštovanje definira kao snažan zaštitnički faktor, dok nisko samopoštovanje definira kao rizični faktor u nastanku depresije. Također objašnjava da kod jednog poremećaja ili ponašanja neki faktor može predstavljati rizik, dok kod nekog drugog poremećaja ili ponašanja jednaki faktor može biti u funkciji zaštite. Kao primjer navodi se pretjerana samokontrola koja kod delinkvencije mladoj osobi pruža oblik zaštite, dok se kod anksioznih poremećaja, zajedno s određenim somatskim reakcijama, promatra kao rizik (Vulić - Prtorić, 2004.)

Nadalje, određeni faktori mijenjaju svoju funkciju ovisno o dobi mladih osoba pa tako npr. loše susjedstvo može biti čimbenik u razvoju poremećaja samo kod mlađe djece, ali ne i starije (Loeber i sur., 1998., prema Vulić - Prtorić, 2004.) Razlikuju se osobni zaštitni faktori koji se dijele na biološke i psihološke te okolinski zaštitni faktori koji obuhvaćaju obiteljske i roditeljske faktore te faktore koji su vezani uz sam tretman. Biološki faktori su dobro fizičko zdravlje te česte fizičke aktivnosti, dok su psihološki faktori razvijeni načini suočavanja, optimistični atribucijski stil, visoko samopoštovanje, visok stupanj inteligencije i tome slično.

Obiteljski i roditeljski okolinski faktori uključuju razvijenu sigurnu privrženost između roditelja i djeteta, autoritativni i zajednički odgoj roditelja, zadovoljstvo roditelja u braku, shvaćanje problema koje dijete ima i drugi (Vulić - Prtorić, 2004.) Zaštitni faktori vezani uz tretman djeteta jesu postojanje podrške samoj obitelji od strane njihove socijalne mreže, prethodno iskustvo u suočavanju sa sličnim situacijama, prepoznavanje, priznavanje i sudjelovanje u rješavanju problema od strane roditelja te dobra komunikacija i suradnja sa stručnjacima (Vulić - Prtorić, 2004.)

8. Aktivnosti socijalnog radnika u skrbi za djecu i adolescente oboljelih od depresije

Uloga socijalnog rada u brizi i zaštiti mentalnog zdravlja odraslih i mladih je velika i obuhvaća promociju mentalnog zdravlja, prevenciju mentalnih poremećaja, potporu rehabilitaciji, oporavku i socijalnom uključivanju te promicanje ljudskih prava i uklanjanje stigmatizacije i diskriminacije (Kletečki Radović, 2021.)

Preventivna djelatnost velikim je dijelom uređena Zakonom o socijalnoj skrbi koji, osim navođenja djelatnosti socijalnog rada i dužnosti socijalnih radnika, definira prava i usluge koje se mogu ostvariti u sustavu socijalne skrbi (Stjepanović, 2015.) Dakle, Zakon o socijalnoj skrbi razlikuje prava koja osoba može ostvariti u obliku novčanih naknada te usluge u obliku aktivnosti socijalnih radnika kojima je cilj poboljšanje kvalitete života. Osobama kojima je narušeno mentalno zdravlje u velikom su riziku od siromaštva zbog čega im je potrebna financijska, ali i socijalna pomoć (Kletečki Radović, 2021.) Svrha novčanih naknada je financijska pomoć osobama u lošoj materijalnoj situaciji, odnosno onima koji nemaju dovoljno vlastitih sredstava za podmirenje osnovnih životnih potreba. S obzirom na povezanost stresnih događaja uzrokovanih financijskim poteškoćama i pojave depresivnih epizoda, novčane naknade mogu djelomično prevenirati pojavu depresije (Stjepanović, 2015.) Neke su novčane naknade direktno usmjerene djeci i adolescentima dok su određene usmjerene na same roditelje ili obitelj te imaju posredan utjecaj na djecu i adolescente. Pa tako na primjer djetetu polazniku osnovne škole i djetetu i mlađoj punoljetnoj osobi polazniku srednje škole priznaje naknada

za osobne potrebe u iznosu od 50% osnovice ukoliko koristi pravo na smještaj ili organizirano stanovanje, a vlastitim приходima ne može zadovoljiti osnovne životne potrebe. Djeca i adolescenti imaju pravo i na jednokratnu naknadu, naknadu za redovito studiranje, plaćanje troškova smještaja u učeničkom domu te doplatak za pomoć i njegu (Zakon o socijalnoj skrbi, NN 18/2022.)

S druge strane, socijalne usluge obuhvaćaju: "... aktivnosti namijenjene prepoznavanju, sprječavanju i rješavanju problema i poteškoća pojedinaca i obitelji te poboljšanju kvalitete njihova života u zajednici." Prema novom Zakonu o socijalnoj skrbi definirano je petnaest socijalnih usluga, od kojih je za djecu i adolescente najvažnije spomenuti psihosocijalno savjetovanje kojim se kroz terapijski odnos korisniku pomaže smanjiti ili otkloniti teškoće u svakodnevnom funkcioniranju ili u prevladavanju kriznih događaja. Zatim psihosocijalna podrška kojom se nastoje poboljšati različite kognitivne, funkcionalne ili socijalne vještine i osnažiti korisnika. Važno je spomenuti i ranu razvojnu podršku kojoj je cilj djeci kojoj je utvrđen određeni razvojni rizik ili razvojne teškoće, pružiti stručnu pomoć i podršku (Zakon o socijalnoj skrbi, NN 18/2022.)

U socijalnom radu vrlo je važan koncept osnaživanja i podrške korisnicima. Osnaživanje je proces u kojem socijalni radnik korisniku s poteškoćama mentalnog zdravlja pruža podršku kako bi prepoznao vlastite resurse, potencijale i snage u ostvarivanju svojih ciljeva ili aktivnom sudjelovanju u svojoj zajednici. Razlikuje se individualno osnaživanje pri čemu je fokus na pojedincu te "kolektivno" ili "društveno" osnaživanje putem kojeg se promoviraju određene društvene promjene i vrijednosti kao što su to npr. deinstitucionalizacija, jačanje resursa organizacija, jačanje socijalnih usluga u zajednici i sl. Primjer individualnog osnaživanja je izrada individualnog plana koji izrađuje socijalni radnik u suradnji s korisnikom i koji služi da bi se postigao određeni korisniku važan cilj. U individualnom planu definiraju se ciljevi, procjenjuju korisnikove potrebe i snage, resursi, znanja, iskustva i sl. te se odabiru potrebne zdravstvene ili socijalne usluge sukladne cilju. Uloga socijalnog radnika je koordinirati i evaluirati sam proces te pružati podršku i pomoć korisniku tijekom provođenja plana, odnosno oporavka (Kletečki Radović, 2019.) U socijalnom radu s djecom razlikuje se više vrsta individualnih planova pri čemu postoji individualni plan za dijete, plan sigurnosti djeteta kojim se štiti tjelesni

integritet djeteta, individualni plan srbi kojim se uređuju mjere za boravak djeteta u alternativnoj skrbi djeteta te tzv. paralelni ili rezervni plan koji razrađuje mjere koje će se poduzeti ukoliko se individualnim planom ne postignu planirani rezultati (Urbanc, 2016.)

Socijalni radnik u psihijatrijskoj ustanovi kao dio multidisciplinarnog tima stručnjaka ima važnu ulogu u procesu liječenja i rehabilitacije osoba oboljelih od psihičkih poremećaja. Kod hospitalizacije pacijenta, socijalni radnik u razgovoru s oboljelim, njegovom obitelji te drugim službama i institucijama (škola, centar za socijalnu skrb, policija i sl.) saznaje bitne podatke o korisniku kao što su npr. podaci o obitelji, radnom statusu i obrazovanju i dr. (Zlomislić i Laklija, 2019., prema Ostojić, 2012.) Također, socijalni radnik u suradnji s centrom za socijalnu skrb i drugim nadležnim institucijama, ovisno o potrebama korisnika, osigurava zaštitu njegovih prava (Zlomislić i Laklija, 2019.) Nadalje, u fazi rehabilitacije socijalni radnik provodi određene socioterapijske postupke kojima je svrha oboljelog integrirati u vlastito liječenje te kroz različite aktivnosti raditi na njegovoj socijalnoj prilagodbi u društvenu ili obiteljsku sredinu (Ružić i sur., 2009.) Aktivnosti koje se mogu provoditi s oboljelim su: terapijska zajednica, radna i okupacijska terapija, učenje socijalnih vještina, rekreacija, glazboterapija, ples, filmterapija i mnogi drugi slični individualni ili grupni postupci (Ružić i sur., 2009). S mlađom djecom češće se provode terapije igrom i crtežom, a s adolescentima individualna psihoterapija ili grupna terapija (<https://djecja-psihijatrija.hr/lijecenje-depresije-mladih/>). Važno je spomenuti problem nedostatka socijalnih radnika u zdravstvenom sustavu.

Osim u zdravstvu, socijalni radnici ključni su i u obrazovnom sustavu gdje se njihova uloga sastoji u prevenciji mentalnog zdravlja djece i adolescenata te ranom otkrivanju psihičkih poremećaja. Socijalni radnik u školi može kroz različite aktivnosti s djecom promovirati mentalno zdravlje, pravodobno intervenirati u slučaju da otkrije razvojni poremećaj i u suradnji s ostalim stručnjacima u školi, obitelji djeteta ili adolescenta te različitim relevantnim ustanovama (npr. centrom za socijalnu skrb) osigurati potrebnu zaštitu i podršku. Žganec (1996.) navodi tri razine djelovanja socijalnog radnika u školi. Prva se razina odnosi na rad u školu gdje socijalni radnik radi u timu stručnjaka koji zajedno prepoznaju i rješavaju probleme učenika te drugih problema u obrazovnom radu (Žganec, 1996.) Druga

razina se odnosi na poticanje i ostvarivanje suradnje škole i lokalne zajednice, dok se treća odnosi na obitelj učenika pri čemu se upoznavanjem obiteljskog sustava utječe na rješavanje problema učenika (Žganec, 1996.) Iako postoji potreba za socijalnim radnicima u obrazovanju, njihova zaposlenost u školama vrlo je mala.

9. Zaključak

Dinamičan način života, sve veći broj okolinskih stresora izazvanih modernim načinom života, a i aktualne velike promjene u društvu izazvane pandemijom i potresima, imale su negativni utjecaj na mentalno zdravlje ljudi, a posebice mladih. Učestalost mentalnih poremećaja kod mladih u dobi od deset do devetnaest godina je 16,3% pri čemu se anksioznost i depresija navode kao najčešći poremećaji. Depresivni poremećaji manifestiraju se kroz četiri osnovne skupine simptoma: bihevioralni, emocionalni, kognitivni i tjelesni te su kod djece i adolescenata najčešći osjećaj tuge, žalosti, bezvoljnost, neraspoloženje pri čemu je bitno da se javljaju duži vremenski period i u jačem intenzitetu. Simptome depresije kod djece i adolescenata važno je prepoznati da bi se spriječio nastanak različitih problema i teškoća u kasnijoj životnoj dobi. Uz depresiju često se istodobno javljaju i neki drugi poremećaji: poremećaji ponašanja, poremećaji prehrane, poremećaji vezani uz uzimanje psihoaktivnih tvari te anksiozni poremećaji. Uzroci depresije mogu se pronaći u različitim osobnim i okolinskim čimbenicima pa se tako spominju genetske teorije, teorije privrženosti, teorije naučene bespomoćnosti i beznadnosti, atribucijske teorije, teorije socijalnih vještina i druge. Liječenje depresije kod djece i adolescenata mora biti sveobuhvatno i uključivati različite pristupe: terapija lijekovima, psihoterapija, socioterapija i druge. Uz postojanje rizičnih faktora u nastanku depresije, jednako tako postoje i zaštitni faktori koji mogu spriječiti pojavu depresije kod mladih ili ublažiti njezine posljedice. Profesija socijalnog rada ima vrlo važnu ulogu u promociji, prevenciji te tretmanu svih psihičkih poremećaja, uključujući depresivne poremećaje kod djece i adolescenata, kroz svoj rad u zdravstvu, školstvu te različitim drugim institucionalnim i izvaninstitucionalnim oblicima u zajednici

Popis tablica

1. Tablica 2.3.1. Razlike u kliničkoj slici depresije kod odraslih i djece 12
2. Tablica 2.3.2. Simptomatologija depresije tijekom odrastanja 13

Literatura

1. Ajduković, M., Rajhvajn, L., Sladović Franz, B. (2007). Značenje Ljestvice depresivnosti za djecu u procjeni mentalnog zdravlja djece i adolescenata u javnoj skrbi. *Socijalna psihijatrija*, 35(3), 107-118.
2. Američka psihijatrijska udruga (2014). Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, peto izdanje. Jastrebarsko: Naklada Slap.
3. Beirão, D., Monte, H., Amaral, M., Longras, A., Matos, C., i Villas-Boas, F. (2020). Depression in adolescence: a review. *Middle East Current Psychiatry*, 27(1).
4. Boričević Maršanić, V., Zečević, I., Ercegović, N., Paradžik, Lj. I Grgić, V. (2016). Sva lica dječje depresije. *Paediatrica Croatica*, 60 (1), 119-125.
5. Buljan Flander, G., Mikloušić, I., Redžepi, G., Selak Bagarić, E. i Brezinščak, T. (2021). Rezultati probira mentalnog zdravlja djece u Zagrebu. Grad Zagreb.
6. Centar Sirius (2015). Projekt “Zdravo odrastanje” – provedene aktivnosti. Posjećeno 29.8.2022. na mrežnoj stranici Centra Sirius: <https://centar-sirius.hr/projekt-zdravo-odrastanje-provedene-aktivnosti/>
7. Gregurek, R. (2004). Psihoterapija depresija. *Medicus*, 13(1), 95 - 100.
8. Hautzinger, M. (2002). Depresija. Jastrebarsko: Naklada Slap.
9. Keresteš, G., Rezo I. i Ajduković, M. (2019). Links between attachment to parents and internalizing problems in adolescence: The mediating role of adolescents' personality. *Current Psychology*, (1046-1310).
10. Kletečki Radović, M. (2021). Socijalni rad u zaštiti mentalnog zdravlja. U L. Mužinić Marinić, *Psihijatrija u zajednici* (201 - 222). Zagreb: Pravni fakultet Zagreb.

11. Kocijan Hercigonja, D. i Hercigonja Novković, V. (2004). Depresija kod djece. *Medicus*, 13(1), 89 - 93.
12. Kozarić - Kovačić, D. i Jendričko, T. (2004). Suicidalnost i depresija. *Medicus*, 13(1), 77 - 87.
13. Kurtović A. (2012). Uloga obitelji u depresivnosti adolescenata. *Klinička psihologija*, 5, 37-58.
14. Ledinski Fičko S. i sur. Promocija mentalnog zdravlja i prevencija mentalnih poremećaja kod djece i adolescenata. *JAHS*. 2017; 3(1): 61-72
15. Luby, J. L. (2009). Early Childhood Depression. *American Journal of Psychiatry*, 166(9), 974–979.
16. Nacrt strateškog okvira razvoja mentalnog zdravlja 2022. – 2030. (2022). Zagreb: Ministarstvo zdravstva.
17. Petersen, A. C., Compas, B. E., Brooks - Gunn, J., Stemmler, M., Ey, S. i Grant, K. E. (1993). Depression in Adolescence. *American Psychologist*, 48(2), 155 - 168.
18. Psihijatrijska bolnica za djecu i mladež (2014). Liječenje depresije mladih. Posjećeno 28.8.2022. na mrežnoj stranici Psihijatrijske bolnice za djecu i mladež: <https://djecja-psihijatrija.hr/lijecenje-depresije-mladih/>
19. Rudan, V. i Tomac, A. (2009). Depresija u djece i adolescenata. *Medicus*, 18(2), 173 - 179.
20. Ružić, K., Medved, P., Dadić - Hero, E. i Tomljanović, D. (2009). Rehabilitacija u psihijatriji - socioterapija. *Medicina*, 45(4), 338 - 343.
21. Stjepanović, M., Jendričko, T. i Ostojić, D. (2015). Uloga socijalnog radnika u socioterapijskim i psihosocijalnim postupcima kod osoba s rizikom razvoja depresije uzrokovane stresnim životnim događajima. *Socijalna psihijatrija*, 43(1), 0 - 43.
22. Sva lica dječje depresije i kako je prevladati? (2020). Zagreb: Grad Zagreb, Poliklinika za zaštitu djece i mladih Grada Zagreba.
23. Tesa (2022). Ciklus radionica komunikacijskih vještina za učenike (No bullying). Posjećeno 29.8.2022. na mrežnoj stranici Tese: <https://www.tesa.hr/ciklus-radionica-komunikacijskih-vjestina-za-ucenike-no-bullying-2/>
24. Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D.S. i Thapar, A.K. (2012). Depression in adolescence. *Lancet*, 379, 1056 - 1067.

25. Udruga za kreativni socijalni rad (2022). Lego školica. Posjećeno 29.8.2022. na mrežnoj stranici Udruge za kreativni socijalni rad: <https://www.uksr.hr/provedeni-projekti/lego-skolica>
26. United Nations Children's Fund, The State of the World's Children 2021: On My Mind – Promoting, protecting and caring for children's mental health, UNICEF, New York, October 2021
27. Urbanc, K. (2016). *Teorijski i vrijednosni temelji individualnog planiranja. (Power Point prezentacija)*. Posjećeno 20.9.2022. na mrežnoj stranici Pravnog fakulteta: <https://www.pravo.unizg.hr/trazilica?sq=individualno+planiranje>
28. Vulić - Prtorić, A. (2004). *Depresivnost u djece i adolescenata*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
29. Zakon o socijalnoj skrbi. *Narodne novine*, br. 18/2022.
30. Zlomislčić, D. i Laklija, M. (2019). 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.
31. Žganec, N. (1996). Ima li mjesta za socijalne radnike u novoj hrvatskoj školi? *Ljetopis socijalnog rada*, 3(1), 125 - 132.
32. World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization; 2022.