

Obiteljski odnosi osoba oboljelih od depresivnog poremećaja

Galeković Mikić, Nikolina

Undergraduate thesis / Završni rad

2024

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:199:276155>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-12**



Repository / Repozitorij:

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



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
PRAVNI FAKULTET
STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA

Nikolina Galeković Mikić

**OBITELJSKI ODNOSI OSOBA OBOLJELIH OD
DEPRESIVNOG POREMEĆAJA**

ZAVRŠNI RAD

Zagreb, 2024.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
PRAVNI FAKULTET
STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA

Nikolina Galeković Mikić

**OBITELJSKI ODNOSI OSOBA OBOLJELIH OD
DEPRESIVNOG POREMEĆAJA**

ZAVRŠNI RAD

Mentorica: izv.prof.dr.sc. Tihana Jendričko

Komentor: prof.dr.sc. Zoran Šućur

Zagreb, 2024.

Sadržaj

1. UVOD	1
1.1. <i>Depresivni poremećaj</i>	1
1.2. <i>Obitelj</i>	2
1.3. <i>Značaj obiteljskih odnosa u razvoju depresivnog poremećaja</i>	4
2. RAZVOJ DEPRESIVNOG POREMEĆAJA U DJETINJSTVU I ADOLESCENCIJI	4
2.1. <i>Postporođajna depresija</i>	4
2.2. <i>Teorija privrženosti</i>	6
2.3. <i>Depresivni poremećaj u adolescenciji</i>	9
3. OBITELJSKI ODNOSI I DEPRESIVNI POREMEĆAJ	15
3.1. <i>Model otpornosti</i>	15
3.2. <i>Depresivni poremećaj u starijoj životnoj dobi</i>	17
3.3. <i>Suicid</i>	18
4. ULOGA OBITELJI U LIJEČENJU DEPRESIVNOG POREMEĆAJA	19
4.1. <i>Psihodinamska terapija</i>	20
4.2. <i>Socioterapija</i>	20
5. ZAKLJUČAK	22
6. LITERATURA	24

Obiteljski odnosi osoba oboljelih od depresivnog poremećaja

Sažetak:

Postoji sve veći interes za istraživanjem uloge socijalne okoline u razvoju ličnosti pojedinca. Funkcionalni obiteljski odnosi pridonose održavanju mentalnog zdravlja i konstruktivnijem suočavanju sa stresnim događajima. Rane interakcije roditelja i djeteta utječu na stvaranje privrženosti. Nemogućnost majke u zadovoljavanju djetetovih potreba u prvim godinama života nepovoljno utječe na kasniji emocionalni razvoj djeteta. Nesigurni oblici privrženosti predstavljaju rizik za razvoj depresivnog poremećaja kao što su doživljen stvaran gubitak roditelja ili odbacivanje od strane roditelja. U adolescentskoj dobi obiteljske interakcije utječu na pojavu i tijek depresivnog poremećaja, a zlostavljanje i zanemarivanje su posebno rizični čimbenici. Roditeljsko odbacivanje potiče razvoj depresivnog poremećaja putem utjecaja na samopoštovanje, a najveću ulogu u razvoju depresivnog poremećaja ima nedostatak brižnosti i potpore roditelja. Otporna obitelj je ona u kojoj postoji visoka emocionalna povezanost i poticajno okruženje za razvoj pojedinca, a odnosi s bliskom obitelji i socijalna podrška bliskog okruženja su zaštitni čimbenik za mentalno zdravlje. Kod osoba starije životne dobi važna je percipirana podrška od obitelji jer su vulnerabilniji za razvoj depresivnog poremećaja zbog brojnih životnih promjena. Socijalni rad naglašava važnost ulogu okoline u funkcioniranju pojedinca te educira i uključuje članove obitelji u proces liječenja pojedinca.

Ključne riječi: obitelj, depresivni poremećaj, privrženost, otpornost, podrška

Family relationships of people suffering from depressive disorder

Abstract:

There is increased interest for studying role of social environment in development of individual's personality. Functional family relationships have important role in maintaining mental health and coping with stressful events. Early interactions between parent and child are important for building attachment. Mother's failure in responsive caregiving in first years has negative influence on child's emotional development. Death of parent and rejection by parents can result with insecure attachment which has important role in developing depressive disorder. Family interactions influence on development of adolescent's depressive disorder especially through child abuse and neglect. Parental rejection is predictor of depression through influence on self respect. Important risk factors for developing depressive disorder are lack of support and attention. Resilient family is family with high level of emotional connection and stimulating environment for growth. Connection with close family and social support are protective factors for mental health. Older people are more sensitive for developing depressive disorder because of numerous life changes and the level of perceived support are for them important protective factor. Social work promotes an important role of environment in individual's functioning. Social workers educate and involve patient's family members in treatment process for depressive disorder.

Key words: family, depressive disorder, attachment, resilience, support

Izjava o autorstvu rada

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

Ime i prezime: Nikolina Galeković Mikić

Datum: 10.09.2024

1. UVOD

1.1. Depresivni poremećaj

Svjetska zdravstvena organizacija je definirala mentalno zdravlje kao stanje dobrobiti u kojem pojedinac ostvaruje svoje potencijale, može se nositi sa životnim stresom te je sposoban pridonositi zajednici (WHO, 2001., prema Božičević i sur., 2012.). Mentalno zdravlje je važan socijalni kapital koji omogućuje održavanje međuljudskih odnosa, potiče samopouzdanje i doživljaj pripadnosti zajednici (Štrkalj Ivezić, 2022.). Svi sektori (zdravstveni, socijalni, obrazovni) su odgovorni za unapređenje i održavanje mentalnog zdravlja te zadovoljavanje potreba u tom području (Štrkalj Ivezić, 2022.). Temelj zdravlja se razvija od prenatalne dobi i ranog djetinjstva, ali u odrasloj dobi u velikoj mjeri ovisi o socijalnoj podršci, uvjetima izgradnje obitelji te svakodnevnim životnim uvjetima (Čivljak, 2020.). Poremećaji raspoloženja spadaju među najčešće psihijatrijske poremećaje, a karakterizirani su ozbiljnim promjenama raspoloženja te uzrokuju poremećaje u životnim aktivnostima pojedinca (Čivljak, 2020.). Obilježeni su osjećajima depresije ili euforije te su u težim slučajevima praćeni psihotičnim obilježjima (Silić, 2020.). Raspoloženje definiramo kao trajni emocionalni ton koji oblikuje svijet koji nas okružuje za razliku od osjećaja koji je subjektivno stanje s pozitivnim ili negativnim predznakom i emocijom koja se pojavljuje kao reakcija na događaj (Silić, 2020.). Depresivni poremećaj je jedan od poremećaja raspoloženja, a tipični simptomi su mu sniženo raspoloženje, manjak energije te smanjena aktivnost (Karlović, 2017.). Osobe koje boluju od depresivnog poremećaja suočavaju se sa smetnjama spavanja, promjenama u apetitu, osjećajem krivnje i psihomotornom neaktivnošću (Karlović, 2017.). Prilikom postavljanja dijagnoze važno je procijeniti podatke dobivene iz anamneze (Silić, 2020.). U anamnezi se nalaze podaci o simptomima povlačenja od obitelji, vegetativnim znakovima (nesanica, gubitak na težini ili dobivanje na težini, umor), anhedoniji (Silić, 2020.). Također se ispituje psihički status putem općeg izgleda (plačljivost, psihomotorna usporenost), govora (tih, bez spontanosti), sadržaja misli (beznađe, krivnja), teškoća u koncentraciji, prosudbi (Silić, 2020.). Postoje i diferencijalne dijagnoze depresivnih poremećaja koje ih razlikuju s

obzirom na trajanje, vrijeme pojavljivanja ili etiologiju (Živković i sur., 2020.). Neki od njih su veliki depresivni poremećaji, perzistirajući depresivni poremećaj, depresivni poremećaj prouzročen psihoaktivnim tvarima ili zbog drugog zdravstvenog stanja te nespecificirani depresivni poremećaji (Živković i sur., 2020.). Važnu ulogu u psihološkoj procjeni depresivne epizode ima klinički intervju u kojem se prikupljaju osnovni podaci, podaci o obitelji, odrastanju, školovanju, socijalnim interesima te aktualnim smetnjama (Bogović Dijaković, 2020.). Klinički intervju nam dokazuje da je u sagledavanju cjelokupne zdravstvene slike osobe važno proučiti obiteljske odnose i podršku u obitelji koji mogu biti korisni u utvrđivanju etiologije i planiranju terapije. Depresija se različito manifestira ovisno o životnoj dobi, ali značajno utječe na cjelokupno socijalno funkcioniranje te je prisutan pad kapaciteta oboljelih za skrb o sebi i obitelji (Ostojić, 2023.). Kada govorimo o spolnim razlikama, depresivni poremećaj je nešto češći kod žena nego kod muškaraca (Čivljak, 2020.). Hormonalni faktori u reproduktivnom ciklusu povećavaju osjetljivost žena, a čest okidač za depresivne simptome je i postpartalni period (Degmečić, 2020.). Depresija je kod žena više vezana uz socijalne čimbenike (kontakt s članovima obitelji, razina izolacije, pripadnost društvenoj zajednici), a kod muškaraca s kroničnom bolesti (Čivljak, 2020.). Ove rezultate je potrebno pažljivo interpretirati s obzirom da su muškarci skloniji drugačijem nošenju sa stresom, a tako i sa simptomima depresivnog poremećaja, a čest način suočavanja je ovisnost o alkoholu (Karlović, 2017.).

1.2. Obitelj

Socijalni odnosi predstavljaju skup međuljudskih interakcija u kojima sudjelujemo u životu, Mogu biti funkcionalni, ali i nefunkcionalni. Kod kvalitetnih socijalnih odnosa koji doprinose psihološkoj dobrobiti i socijalnom razvoju pojedinca prisutna je visoka razina socijalne podrške. Socijalna podrška omogućava osobi efektivnije suočavanje sa stresnim situacijama, prevenira osjećaj usamljenosti i povećava osjećaj vrijednosti i samopoštovanja. Percipirana socijalna podrška je važan zaštitni faktor u razvoju depresivnog poremećaja (Santini i sur., 2015.). Jedan od najvažnijih puteva prijenosa socijalne podrške je obitelj. Obitelj je primarna društvena zajednica i temeljna institucija

društva koja ima vitalnu važnost za svakog čovjeka (Nimac, 2010.). Obiteljski odnosi su specifični u usporedbi s drugim socijalnim odnosima s obzirom na osjećaj solidarnosti, dijeljenje istih vrijednosti te poštivanje istih normi (Nimac, 2010.). Obitelj je sustav koji se temelji na interakciji između članova, a način funkcioniranja obitelji proizlazi iz povezanosti potreba svakog člana te uklopljenosti u širu socijalnu okolinu (Brajša Žganec i Hanzec, 2015.). Funkcionalni obiteljski odnosi se očituju kroz emocionalnu povezanost, njegovanje dobrobiti svakog člana i rješavanje problema na zadovoljavajuć način (Walsh, 2003.). Obitelj je temelj na kojeg se pojedinci oslanjaju u stresnim životnim situacijama te je prirodno da od članova obitelji očekujemo pomoć pri rješavanju izazovnih problema, emocionalnu podršku i zajedničko dijeljenje vremena u kojem se oslobađamo brige. Kada govorimo o javnozdravstvenim problemima, u njihovom definiranju veliki doprinos daje socijalna medicina. Socijalna medicina naglašava da na zdravstveno stanje osobe utječe više čimbenika od same osobne odgovornosti, a jedni od značajnih su društvene okolnosti koje su definirane položajem obitelji u kojoj je osoba odrasla (Čivljak, 2020.). Obitelj je socijalna sredina u kojoj dijete oblikuje stavove o sebi i okolini i formira prve stavove, iskustva i navike (Zloković i Lukajić, 2016.). Socijalne odrednice mentalnog zdravlja (obiteljsko okruženje, lokalna zajednica) mogu djelovati kao zaštitni ili rizični čimbenik za razvoj psihičkih poremećaja, ali također mogu biti podloga za iniciranje rane intervencije i uspješnost iste (Čivljak, 2020.). Zdrava obitelj je ona u kojoj roditelj ili skrbnik djetetu tijekom razvoja pružaju podršku i pažnju dok se ne osamostali i uključuju dijete u izvanobiteljske organizacije u kojima stječe životna iskustva (Wagner Jakab, 2008.). Obiteljski odnosi su u interakciji sa socijalnim, gospodarskim, odgojno-obrazovnim, političkim sustavom koji mogu biti izvor teškoća, ali i izvor podrške prilikom suočavanja obitelji sa stresnim okolnostima (Zloković i Lukajić, 2016.). Pojedinaac je dio obitelji, ali je odgovoran i za njeno održavanje, a utjecaj obitelji na razvoj osobe je snažan čak i kada nije neposredno vidljiv (Wagner Jakab, 2008.).

1.3. Značaj obiteljskih odnosa u razvoju depresivnog poremećaja

Postoje mnogi modeli koji definiraju ulogu obiteljskih odnosa u razvoju, liječenju i prevenciji depresivnih poremećaja. Bowlby kroz teoriju privrženosti i separacije smatra kako rani interpersonalni odnosi utječu na razvoj ličnosti (Jendričko, 2020.). Stanje depresije prema Bowlbyju je produžetak ustrajnih iskustva žalosti za koje osoba osjeća da ih ne može promijeniti te vulnerabilnost za depresiju potječe iz ranih iskustava nesigurne privrženosti (Jendričko, 2020.). Anaklitička psihopatologija također govori o deprivirajućem, nekonzistentnom ili pretjerano udovoljavajućem roditeljstvu i narušenim ranim bliskim odnosima (Jendričko, 2020.). Model otpornosti naglašava kako razvojna okolina ima važnu ulogu u zaštiti od depresije i naučene bespomoćnosti (Jendričko, 2020). Jedni od važnih čimbenika za razradu teorijskih pristupa o ulozi obiteljskih odnosa u depresivnim poremećajima su socijalni čimbenici. Različiti pristupi različito definiraju važnost svakog socijalnog čimbenika, a najčešće proučavani su obiteljski odnosi, sudjelovanje u lokalnoj zajednici, socijalni odnosi na radnom mjestu i u obrazovnoj ustanovi te osjećaj pripadnosti u društvenim zajednicama u kojima pojedinac provodi svoje vrijeme i planira aktivnosti. Socijalni čimbenici se pojavljuju od prenatalne dobi pa sve do starije životne dobi. U ovom preglednom radu predstaviti ću osnovne teorijske pristupe koji objašnjavaju značaj obiteljskih odnosa za prevenciju, razvoj i liječenje depresivnog poremećaja.

2. RAZVOJ DEPRESIVNOG POREMEĆAJA U DJETINJSTVU I ADOLESCENCIJI

2.1. Postporođajna depresija

Brojne studije usmjerile su se na proučavanje utjecaja majčinog mentalnog zdravlja na psihički razvoj djece. Studije pokazuju porast prevalencije depresije u prvom tromjesečju trudnoće od 7% te preko 12% u drugom i trećem tromjesečju (Aukst Margetić, 2020.). Otežano je dijagnosticiranje depresivnog poremećaja u trudnoći jer se njegovi simptomi preklapaju sa simptomima trudnoće npr. umor, smetnje koncentracije, problemi spavanja (Aukst Margetić, 2020.). Kod žena koje boluju od depresivnog

poremećaja i prije trudnoće, čest je prestanak uzimanja lijekova za liječenje depresivnog poremećaja što je povezano sa stopom relapsa od 68% (Aukst Margetić, 2020.). Odabran način liječenja depresivnog poremećaja u trudnoći je najčešće psihoterapija s obzirom da uzimanje antidepresiva može prouzročiti opasnost od fetalnih malformacija, a potpuni prestanak liječenja nepovoljno utječe na razvoj fetusa (Aukst Margetić, 2020.). U nekim istraživanjima je pronađena povezanost prijevremenog porođaja i niske porođajne težine s razvojem depresije ili brojem depresivnih epizoda, dok ostali smatraju da je niska porođajna težina prediktor depresivnog poremećaja samo kod osoba ženskog spola koje su tijekom djetinjstva imale rizične okolišne čimbenike (Čivljak, 2020.). Već u prenatalnom razdoblju postoje čimbenici rizika za razvoj depresije kao što su majčina izloženost stresu, manjak empatije od strane partnera i obitelji te nedovoljna praktična pomoć (Čivljak, 2020.).

Nakon rođenja djeteta, moguć je razvoj postporođajne depresije. Postporođajna depresija javlja se do prve godine djetetova života, a najčešći simptomi su osjećaj bespomoćnosti, osjećaj krivnje, iscrpljenost, niska tolerancija na frustracije, socijalna povučенost (Beck, 2001.). Majke mogu razviti osjećaj udaljenosti od djeteta zbog kojeg se razvija i osjećaj krivnje ili mogu razviti veliki strah za dijete. Izloženije riziku su majke koje imaju nefunkcionalan bračni odnos, kojima je trudnoća bila neželjena/neplanirana te koje imaju nisku razinu socijalne podrške (Beck, 2001.). Postporođajna depresija utječe na majčinu razinu energije, dostupnost i pravodobno reagiranje na djetetove potrebe te mogu osjećati smanjenu privrženost djetetu (Lyons-Ruth, 2002.). Bureau je u svome istraživanju potvrdio povezanost postporođajne depresije s depresivnim simptomima djeteta u osmoj godini života, ali i u adolescentskom razdoblju (Bureau i sur., 2009.). S obzirom da je majka osoba s kojom je dijete najbližije u prvoj godini života i čija mu je briga najpotrebnija, smatra se da nemogućnost adekvatnog reagiranja majke na djetetove potrebe može negativno utjecati na kasniji psihički i emocionalni razvoj. Djeca koja su odvojena od majke mogu razviti depresivne simptome u najranijem razdoblju života, a oni su nemogućnost reagiranja na poticaje u okruženju, učestalo plakanje, poremećaji spavanja i hranjenja (Lyons-Ruth,

2002.). Kao zaštitni čimbenici su istaknuti partnerova podrška te ako postporođajna depresija traje kraće od šest mjeseci (Lyons-Ruth, 2002.). U suočavanju majke s postporođajnom depresijom također je važna podrška bliske obitelji te poticanje spremnosti na traženje stručne potpore.

2.2. Teorija privrženosti

John Bowlby je proučavao rane interakcije roditelj-dijete te njihov učinak na razvoj vulnerabilnosti za psihološke smetnje (Jendričko, 2020.). Bowlby je razvio teoriju privrženosti i separacije koja ističe da kroz obrasce privrženosti rani interpersonalni odnosi utječu na razvoj ličnosti (Jendričko, 2020.). Potrebu djece za roditeljima povezoao je s njihovom potrebom za hranom te je istaknuo kako značajnije odvajanje ili gubitak roditelja ima učinak psihološke traume za dijete (Ajduković i sur., 2007.). Stvaranju rane veze s roditeljem pogoduje sustav djetetovog ponašanja koji imaju za cilj potaknuti brigu za dijete kao što su smijanje, plakanje i vizualni kontakt (Ajduković i sur., 2007.). Stvara se relativno trajna emocionalna veza koja utječe na emocionalno i socijalno funkcioniranje tijekom cijelog života (Smojver-Ažić, 2020.). Arieti i Bemporad također govore o blagoj i teškoj depresiji kao posljedici iskustava u djetinjstvu i razlikama u tipovima ličnosti (Jendričko, 2020.). Smatraju kako negativna iskustva u djetinjstvu vode maladaptivnim kognitivnim procesima koji stvaraju vulnerabilnost za razvoj depresije (Jendričko, 2020.). Razlikuju više tipova ličnosti. Ličnost koja se temelji na dominantnom drugom svoju vrijednost temelji na dobivanju potvrde, smisla života od druge osobe (Jendričko, 2020.). Dominantan drugi je obično roditelj ili član obitelji, a ako osobe ne dobiju gratifikaciju to rezultira osjećajem krivnje, depresije i bespomoćnosti (Jendričko, 2020.). Dominantnog drugog možemo izgubiti zbog ambivalentnog ili odbacujućeg roditelja, ali i zbog smrti roditelja ili razvoda. S obzirom da se osoba oslanja na potvrdu važne osobe i nije sigurna u vlastita postignuća i procjene kada izgube dominantnog drugog osjećaju se izgubljeno i nesigurno vezano uz daljnje ciljeve u životu. Također postoje ličnosti koje se oslanjaju na postizanje ciljeva te depresija slijedi kada nepostignut cilj vodi do osjećaja besmislenog života (Jendričko, 2020.). Ličnost kod koje je depresija konstantna ne razvija bliske odnose te negira bilo

kakav oblik poštovanja i potvrde (Jendričko, 2020.). Sam razvoj ličnosti ovisi o najranijim iskustvima te o kvaliteti brige roditelja o djetetu u prvim godinama života. Kvaliteta brige je osnova formiranja privrženosti te je svrha stvaranje figure privrženosti koja je sigurna baza iz koje dijete istražuje svijet i okolinu (Smojver-Ažić, 2020.). Reakcije roditelja na dijete u ranoj razvojnoj dobi ključni su u formiranju unutarnjeg radnog modela, slike sebe i slike drugih. Unutarnji radni model može biti pozitivan i negativan (Ajduković i sur., 2007.). Kod pozitivnog radnog modela roditelje doživljavamo dostupnima i punim razumijevanja, a sebe smatramo vrijednim i sposobnim, dok kod negativnog unutarnjeg modela smatramo kako smo bezvrijedni i bespomoćni te da prijeteći, odbacujući roditelji ne razumiju naše potrebe (Ajduković i sur., 2007.). Sigurna privrženost je povezana sa zdravim razvojem djeteta (Jendričko, 2020.). Dijete u roditeljima pronalazi pažnju i dostupnost, a svijet doživljavaju kao sigurno mjesto (Jendričko, 2020.). Izbjegavajuća privrženost je rezultat odbijanja od roditelja i djeca se osjećaju zanemareno, dok kod ambivalentne privrženosti roditelji pokazuju brižnost jedno vrijeme, a ostatak vremena zanemaruju dijete što kod djeteta uzrokuje osjećaj straha, napetosti i bespomoćnosti (Jendričko, 2020.). Svi oblici privrženosti utječu na kasnije formiranje djetetovih odnosa prema sebi i drugima i reagiranja na različite situacije. Tri tipa iskustava u djetinjstvu kreiraju vulnerabilnost za depresiju: neuspjeh u ostvarivanju sigurnog odnosa s roditeljskim figurama bez obzira na ustrajnost, osjećaj nevoljenosti uz očekivanje da će i vršnjaci prema njima biti odbacujući te djeca koja su doživjela stvaran gubitak roditelja (Jendričko, 2020.). Bowlby smatra kako vulnerabilnost za depresivni poremećaj potječe iz nesigurne privrženosti u kojima dijete doživljava određeni gubitak voljene osobe ili strah od privremenog ili trajnog gubitka roditeljske figure (Jendričko, 2020.). Dijete gubitak roditeljske figure doživljava kao stresni događaj, što utječe na neurološki razvoj i razvoj psihičkih poremećaja (Beatson, 2003.). Proces žalovanja najčešće je vezan za smrt bliske osobe te postoje različiti načini suočavanja s takvom situacijom. U većini situacija, žalovanje je prirodan proces koji ne vodi razvoju depresivnog poremećaja, ali kod pojedinih osoba može biti okidač za razvoj ili relaps depresivnog poremećaja. Slično tome, djeca s nesigurnim oblicima privrženosti ambivalentnog ili odbacujućeg

roditelja doživljavaju kao gubitak figure koja bi trebala predstavljati ljubav i privrženost što može rezultirati internaliziranim problemima u ponašanju u budućem razvoju (Jendričko, 2020.). Djeci su u ovom razdoblju roditelji potrebni za regulaciju emocija te što je roditelj više spreman adekvatno pomoći djetetu u postizanju utjehe to će biti izvjesniji razvoj sigurne privrženosti (Spruit i sur., 2019.). Oblici privrženosti također utječu na razinu kvalitete naših odnosa u odrasloj dobi i mogućnost formiranja funkcionalnih partnerskih i socijalnih odnosa. Djeca koja su razvila nesigurnu privrženost u odrasloj dobi imaju poteškoće u stvaranju i održavanju funkcionalnih socijalnih odnosa te doživljavaju manjak socijalne podrške što može utjecati na razvoj simptoma depresivnog poremećaja (Spruit i sur., 2019.). Kao što postoji povezanost između odbacujućeg ili ambivalentnog roditeljstva i razvoja depresivnog poremećaja kod djece, u brojnim istraživanjima uočeno je da depresivni poremećaj roditelja može utjecati na razvoj nesigurne privrženosti kod djece (Lyons-Ruth i sur., 2002.). Istraživanja su pokazala kako roditelji mogu pokazivati dva različita obrasca ponašanja, a to su neprijateljski obrazac i bespomoćnost koju odražava manjak pozitivnih i poticajnih ponašanja što rezultira različitim dezorganiziranim načinima ponašanja djeteta (Lyons-Ruth i sur., 2002.). Djeca su u riziku zbog nasljednosti depresivnog poremećaja, stresnih životnih okolnosti te disfunkcionalnog ponašanja roditelja (Herring i Kaslow, 2002.). Kao rezultat toga dijete može iskusiti kognitivnu, emocionalnu, socijalnu vulnerabilnost na koju također utječu osobine ličnosti djeteta te funkcionalan odnos s roditeljem koji ne boluje od depresivnog poremećaja što se ističe kao zaštitni čimbenik (Herring i Kaslow, 2002.). Depresivni poremećaj utječe na majčinu dostupnost i osjetljivost na potrebe djeteta, ali postoje čimbenici koji mogu biti u međuodnosu s utjecajem depresivnog poremećaja roditelja na razvoj privrženosti djeteta, kao što su stresni životni događaji i manjak socijalne podrške zbog kojih je teško dokazati izravnu povezanost (Lyons- Ruth i sur., 2002.). Uzimajući u obzir te čimbenike, depresivni poremećaj roditelja se ne treba promatrati kao isključivi uzrok oblikovanja nesigurne privrženosti kod djeteta, već kao čimbenik koji može pridonjeti takvom ishodu (Lyons-Ruth., 2002.). Roditelji koji boluju od depresivnog poremećaja suočavaju se s osjećajima bezvrijednosti, smanjenim samopouzdanjem i gubitkom interesa te samim

time to otežava njihovu mogućnost adekvatne skrbi o djetetu. Imaju poteškoće u svakodnevnim aktivnostima, ali i otežanu prilagodbu na novonastalu situaciju rođenja djeteta. Proživljavaju različite osjećaje te im je potrebna intenzivnija obiteljska podrška u pružanju skrbi djetetu te stručna pomoć i pridržavanje preporučenog načina liječenja depresivnog poremećaja.

2.3. Depresivni poremećaj u adolescenciji

Adolescencija je jedno od najizazovnijih razdoblja u životu zbog brojnih emocionalnih i fizičkih promjena, promjena u očekivanjima te razdoblje stvaranja temelja za prelazak u svijet odraslih. Adolescencija je pokušaj prilagodbe na nova unutarnja i vanjska stanja te se adolescenti počinju osjećati drugačije od toga kako su se osjećali u djetinjstvu što ih dodatno zbunjuje (Sujoldžić i sur., 2007.). U adolescenciji se događaju kognitivne promjene koje rezultiraju samostalnim oslanjanjem na vlastite misli, formiranjem vlastitih stavova te razvijanje autonomnog funkcioniranja (Sujoldžić i sur., 2007.). Adolescenti stvaraju “nov” odnos s roditeljima zbog manjeg oslanjanja na vodstvo roditelja i shvaćanja kako roditelji nisu savršeni (Sujoldžić i sur., 2007.). Tragaju za novim osobama s kojima se mogu identificirati te razvijaju potrebu za pripadanjem socijalnim grupama i razvijanjem odnosa s vršnjacima (Sujoldžić i sur., 2007.). Adolescenti se suočavaju s psihološkim stresom zbog školskih zadataka, problema s vršnjacima, ali i zbog konfliktnih odnosa u obitelji ili razvoda roditelja (Sujoldžić i sur., 2007.). Adolescentima treba pomoći prilikom ovladavanja stresom jer inače stresni događaji mogu dovesti do internaliziranih i eksternaliziranih problema u ponašanju (Sujoldžić i sur., 2007.). Većina stresnih iskustava u adolescenciji su neizbježna i prirodna kao što su potreba dobivanja potvrde od vršnjaka, rastanci, donošenje važnih odluka o budućem školovanju i budućem životu (Sujoldžić i sur., 2007.). Roditelji su često nespremni i nesigurni kada trebaju reagirati na određene teškoće adolescenata te nisu sigurni u ispravan način pružanja podrške što kod njih izaziva zabrinutost (Sujoldžić i sur., 2007.). Konfliktni odnosi u obitelji i nesklad dovode do povećanja rizika za razvoj psihičkih poremećaja, a izloženost većem broju rizika predstavlja još veću opasnost (Čivljak, 2020.). Karakteristike obitelji utječu na pojavu, razvoj, tijek

depresije kod adolescenata, a djeca koja su bila zanemarivana ili zlostavljana imaju veći rizik za razvoj depresivnog poremećaja (Čivljak, 2020.). Adolescenti su zbog životnih promjena često skloni promjenama u raspoloženju, ali treba biti oprezan u prepoznavanju simptoma koji prelaze osjećaje koji su prirodni za adolescentsko razdoblje. Kod dijagnosticirane depresije potrebno je određeno vrijeme trajanja simptoma, osjećaji utječu na normalno funkcioniranje kod kuće ili u školi te se neugodni osjećaji ne mogu ublažiti (Sujoldžić i sur., 2007.). Najčešći znakovi depresije kod adolescenata su osjećaji bezrazložne krivnje, gubitak zanimanja za aktivnosti u kojima je adolescent nekada uživao, prestanak druženja s prijateljima, problemi u školi, zlouporaba psihoaktivnih tvari, slaba higijena, problemi s autoritetom te pretjerane reakcije na kritiku (Sujoldžić i sur., 2007.). Adolescenti često imaju teškoće u izražavanju svojih osjećaja, a roditelji ih pogrešno tumače ili ih ne mogu razumijeti zbog čega adolescenti ostaju zakinuti u potrebnoj podršci (Sujoldžić i sur., 2007.). Glavni zadatak roditelja je prepoznavanje znakova koji upućuju da je adolescentu potrebna stručna pomoć te poticanje razgovora o teškoćama kako bi pokazali zainteresiranost za djetetove brige (Sujoldžić i sur., 2007.). Adolescenti koji imaju simptome depresivnog poremećaja izražavaju sniženu razinu privrženosti roditeljima i manju dostupnost roditelja (Herring i Kaslow, 2002.). Depresija u adolescenciji može biti objašnjena putem nasljednosti (vulnerabilnost za psihičke poremećaje u obitelji), putem kognitivnog, emocionalnog i socijalnog funkcioniranja (Spruit i sur., 2019.).

U prevenciji i suočavanju s depresivnim poremećajem u adolescenciji važnu ulogu ima roditeljski stil. Roditeljski stil je emocionalna klima unutar koje se odvijaju roditeljski postupci te o njemu ovisi kako će dijete prihvatiti roditeljske postupke (Čudina-Obradović i Obradović, 2003.). Autoritaran roditeljski stil obilježen je strogim nadzorom i velikim zahtjevima, a manjkom topline i potpore (Čudina-Obradović i Obradović, 2003.). Najvažnije je postavljanje granica i pravila za čije kršenje se djeca često kažnjavaju zbog čega postaju povučena, bojažljiva i sklona promjenama raspoloženja (Čudina-Obradović i Obradović, 2003.). U autoritativnom roditeljskom stilu roditeljska uloga je savjetodavna, a ne kontrolorska te su djeca slobodna u

izražavanju mišljenja i istraživanju okoline jer se pravila objašnjavaju uz prisutnu toplinu i potporu (Čudina-Obradović i Obradović, 2003.). Autoritativni roditeljski stil povezan je s funkcionalnim obiteljskim odnosima i sigurnošću djeteta te je zaštitni čimbenik u prevenciji i suočavanju s psihičkim poremećajima. U permisivnom roditeljskom stilu roditelji djetetu daju veliku slobodu bez strukturiranih pravila te je prisutna visoka razina topline i potpore (Čudina-Obradović i Obradović, 2003.). Djeci nedostaje strukturiranost granica zbog čega su često izgubljena u oblikovanju vlastitog ponašanja. Djeca su nesigurna i ne snalaze se u granicama zbog čega može doći do razvoja impulzivnog ponašanja (Čudina-Obradović i Obradović, 2003.). Indiferentni roditelji emocionalno odbacuju djecu te nemaju vremena brinuti se za njih zbog čega su djeca neuspješna u socijalnim kompetencijama i pokazuju oblike neprihvatljivog ponašanja (Čudina-Obradović i Obradović, 2003.). Djeca indiferentnih roditelja su prepuštena sama sebi te ne mogu računati na roditeljsku podršku u savladavanju adolescentskih promjena, a roditelji često nisu upućeni u osnovne informacije o tome što se s djetetom događa. Toplina i postavljanje granica su važni u predškolskoj i školskoj dobi, ali u adolescenciji se povećava važnost uravnoteženosti moći kroz uključivanje djece u zajedničko donošenje odluka te poticanje na oblikovanje vlastitih stavova (Čudina-Obradović i Obradović, 2003.). U istraživanjima je zaključeno da je autoritativan roditeljski stil povezan sa socijalnim kompetencijama i visokim samopoštovanjem zbog visoke razine topline i nadzora te odsustva strogog kažnjavanja (Čudina-Obradović i Obradović, 2003.). Autoritarni i permisivni roditeljski stil povezani su sa slabom psihosocijalnom prilagodbom, slabijim školskim uspjehom, a indiferentni s različitim devijantnim ponašanjima (Čudina-Obradović i Obradović, 2003.). Iako je adolescencija razdoblje mijenjanja odnosa s roditeljima i povećanje usmjerenosti razvijanju vlastitih stavova, roditelji i dalje ostaju važni u životu adolescenta. U adolescenciji se povećava utjecaj vršnjaka na adolescenta, ali bez obzira na to depresivnost adolescenata je više povezana s odnosima s roditeljima i roditeljskim stilom, nego s odnosom s vršnjacima (Kurtović, 2012.). Kao najvažniji prediktori za razvoj depresivnog poremećaja u adolescenciji su kritični, zlostavljajući, hladni, perfekcionistački roditelji, odbacivanje i psihološka kontrola majki te gruba disciplina

očeva (Kurtović, 2012.). Najveći doprinos razvoju depresivnog poremećaja ima nedostatak topline, brižnosti i potpore roditelja, a ne strogost i kritičnost roditelja (Kurtović, 2012.). Emocionalno hladni roditelji uskraćuju adolescentu ono što mu u tom razdoblju najviše treba, a to je mogućnost oslanjanja na roditelje kada su mu potrebni (Kurtović, 2012.). Bez obzira što u adolescenciji roditelji više nemaju ulogu savršenog uzora s kojima se adolescent želi identificirati, ljubav i pažnja su mu i dalje potrebni. Psihološka kontrola također nepovoljno utječe na mentalno zdravlje adolescenata, a ona se očituje kroz manipuliranje osjećajima, izazivanje osjećaja krivnje, prijetnje i ucjene (Kurtović, 2012.). U razdoblju adolescencije povećana je osjetljivost na različite događaje te su postupci roditelja koji ih posramljuju ili izazivaju neopravdanu odgovornost posebno ugrožavajući za njihov razvoj (Kurtović, 2012.). Depresija može biti povezana s roditeljskim odgojnim stilom izravno ili putem različitih mehanizama. Istraživanja koja potvrđuju izravan odnos upućuju na to da se adolescenti ne mogu odvojiti od svoje obitelji te zbog toga izloženost nepovoljnim obiteljskim odnosima dovodi do kroničnih problema (Kurtović, 2012.). U ovom objašnjenju ipak mogu postojati posredni čimbenici kao što je osjećaj adolescenta da se ne može osloniti na roditelje koji je značajno povezan s depresivnošću (Kurtović, 2012.). Depresivno ponašanje kćeri može se objasniti majčinom submisivnošću te dovodi do uvjerenja u funkcionalnost depresivnog ponašanja (Kurtović, 2012.). U obiteljima sa sukobima žena može depresivno ponašanje koristiti kako bi izbjegla supružnikovu agresivnost (Kurtović, 2012.). Prisutnost djeteta prilikom takvog sukoba može dovesti do uvjerenja kako će izbjeći negativne posljedice ukoliko razvije depresivno ponašanje ili da će podršku od bliskih ljudi dobiti jedino ako se ponaša povučeno. Na razvoj depresivnog poremećaja utjecaj ima i kognitivni stil kojeg adolescent razvije. Kognitivni stil se razvija pod utjecajem ponašanja roditelja te je utvrđena povezanost samoponižavajućih izjava i samookrivljavanja djeteta s kriticizmom roditelja (Kurtović, 2012.). U ovom razdoblju događa se i razvoj samopoimanja koje se sastoji od procjenjivanja sebe na temelju toga kako mislimo da nas drugi procjenjuju te samoatribucije koja je procjenjivanje sebe temeljem vlastitog ponašanja i posljedica ponašanja (Kurtović, 2012.). U adolescenciji samopoimanje i osjećaj samoefikasnosti ovisi o autonomiji koju

roditelji daju svojoj djeci (Kurtović, 2012.). Pružanje mogućnosti istraživanja svijeta dovode do osjećaja samoefikasnosti, ali i povećava povjerenje između djeteta i roditelja (Kurtović, 2012.). U adolescenciji je za prevenciju depresivnog poremećaja važno omogućiti adolescent steći povjerenje u vlastite mogućnosti te iskusiti samostalno obavljanje zadataka uz vlastitu odgovornost što kasnije dovodi do više razine samopouzdanja. Trogodišnjim istraživanjem ustanovljeno je kako je majčina psihološka kontrola povezana s negativnim atribucijskim stilom djeteta te da uskraćivanje ljubavi potiče samookrivljavanje djeteta i tim putem razvija negativni atribucijski stil (Garber i Flynn, 2001., prema Kurtović, 2012.). Također je ustanovljeno kako pojedinci s povijesti depresivnog poremećaja i kvalitetnijom majčinom brigom manje usmjeravaju pažnju na negativne podražaje kada su u neugodnom raspoloženju nego pojedinci s povijesti depresivnog poremećaja i slabijom kvalitetom majčine brige (Ingram i Ritter, 2000., prema Kurtović, 2012.). Najvažnija istraživanja u ovom području su ona koja povezuju roditeljski stil i depresivnost uz posredujuću ulogu kognicija (Kurtović, 2012.). Roditelji koji pred dijete stavljaju nedostižne standarde potiču perfekcionizam zbog kojeg djeca sebe vide kao nekompetentne, neuspješne i postavljaju stroge kriterije za dokazivanje vlastite vrijednosti (Kurtović, 2012.). Također se pokazalo kako roditeljsko odbacivanje potiče razvoj depresivnog poremećaja kod adolescenta utjecajem na samopoštovanje (Garber i sur., 1997., prema Kurtović, 2012.). Na temelju roditeljskog odbacivanja i emocionalne nedostupnosti adolescent zaključuje kako nije vrijedan ljubavi te kako ne može biti prihvaćen u obiteljskoj i socijalnoj okolini što negativno utječe na njegovo samopoštovanje i samoprihvatanje sebe. Nemogućnost razvoja samopoštovanja narušava psihičko funkcioniranje, ali i socijalnu dostupnost drugima. Adolescent zbog negativnog mišljenja o samome sebi i nemogućnosti razvijanja prihvaćenosti u obiteljskoj okolini podložniji je razvoju depresivnih simptoma. Negativne povratne informacije o školskom uspjehu adolescenta također djeluju na njegovo viđenje sebe kao što i rigidnost roditelja dovodi do razvijanja nefunkcionalnih strategija suočavanja s problemima (Kurtović, 2012.). Dijete koje vidi sebe kao nepouzdanog i nesposobnog u suočavanju s problemima može koristiti samoozljeđivanje, a posljedično to može dovesti i do razvoja suicidalnosti. Još jedna

važna vještina koja se stječe u razdoblju adolescencije je sposobnost emocionalne regulacije. Roditeljsko sudjelovanje u proučavanju emocija adolescenta te podrška pri prepoznavanju i regulaciji emocija dovodi do razvoja sposobnosti emocionalne regulacije (Gottman i sur., 1997., prema Kurtović, 2012.). Prije suočavanja s neugodnim situacijama, važno je prepoznati emocije koje vežemo za tu situaciju i koje povećavaju razinu doživljenog stresa (Kurtović, 2012.). Emocionalna regulacija nam omogućuje utvrditi emociju, ali i zaključiti kako ona utječe na naše funkcioniranje te kako ju možemo objasniti, prihvatiti i upotrijebiti u suočavanju sa stresnom situacijom (Kurtović, 2012.). Adolescenti često doživljavaju odbijanje i raspad prvih ljubavnih veza zbog čega se mogu osjećati usamljeno i povrijeđeno te je važno da roditelj prepozna osjećaje djeteta, ali i da mu pomogne u objašnjavanju situacije i regulaciji osjećaja vezanih uz tu situaciju kako ne bi razvio simptome depresivnog poremećaja zbog neznanja o konstruktivnim načinima suočavanja. Osim što adolescent nailazi na psihološke promjene u funkcioniranju, tako nailazi i na promjene u socijalnom funkcioniranju i razvijanju socijalnih interakcija. Temelj za oblikovanje načina socijalnog funkcioniranja i sklapanja odnosa se stvara u obitelji i temelji se na interakcijama koje adolescent doživljava u njoj. Roditelji čiji se odnos s djetetom temelji na uzajamnosti uče dijete reciprocitetu u socijalnim odnosima, dok ograničavajući roditelji izazivaju agresivno ili drugo nefunkcionalno ponašanje djeteta u socijalnim odnosima (Kurtović, 2012.). Kvaliteta odnosa s roditeljima može i posredno utjecati na razvoj depresivnosti adolescenta putem oblikovanja socijalnih očekivanja u interakciji s vršnjacima (Liu, 2006., prema Kurtović, 2012.). Ako s roditeljima imamo zdrav odnos obilježen uzajamnošću i podrškom veća je vjerojatnost da ćemo takve odnose razviti i s vršnjacima te će nam oni postati još jedan izvor podrške. Ako nemamo priliku naučiti temelje podržavajućih socijalnih odnosa u obitelji, najčešće izostaje i socijalna podrška vršnjaka te je otežano sklapanje prijateljstva, a manjak i nedostupnost socijalne podrške predstavlja rizičan čimbenik za razvoj depresivnog poremećaja. Odnosi s roditeljima mogu predstavljati i zaštitne čimbenike u prevenciji i liječenju depresivnog poremećaja. Jedna od najvažnijih dimenzija roditeljstva je razina podrške. Podrška se odnosi na izražavanje odobravanja i ljubavi, a pažljivost na poticanje djece da pričaju o osjećajima

dok ih roditelji pažljivo slušaju (Kurtović, 2012.). Takvo ponašanje je povezano s višom razinom zadovoljstva životom, boljim školskim uspjehom, samopoštovanjem i samoefikasnošću (Kurtović, 2012.). Roditelji koji pokazuju uvjerenje kako je dijete sposobno napraviti određene zadatke te mu pomažu s visokom razinom ljubavi i prihvaćanja pripremaju ga za buduće izazove u životu kojima će dijete znati pristupiti na isti takav način. Responzivnost je također važna karakteristika roditeljstva, a odnosi se na odgovaranje na djetetove potrebe (Kurtović, 2012.). Takvo ponašanje uči djecu toleranciji, empatiji i iskustvu da mogu zadovoljiti svoje potrebe kroz odnose s drugima (Kurtović, 2012.). Iako manje naglašavano, vodstvo je također važno u roditeljstvu. Svakom roditelju koji iskreno brine o svom djetetu je važno znati s kim provodi vrijeme i gdje ga provodi. Vodstvo potiče psihosocijalnu prilagodbu, bolje akademsko postignuće i socijalnu kompetentnost (Kurtović, 2012.). Za svakog roditelja je također važno znati što može napraviti u slučaju prepoznavanja depresivnih simptoma kod djeteta. Prepoznati simptome depresivnog poremećaja mogu kroz otvorenu komunikaciju s djetetom o osjećajima ako je adolescent u stanju opisati ono s čim se suočava, ali također je važno potražiti stručnu pomoć ili se savjetovati s nastavnicima (Sujoldžić i sur., 2006.).

3. OBITELJSKI ODNOSI I DEPRESIVNI POREMEĆAJ

3.1. Model otpornosti

Otpornost se definira kao sposobnost nošenja sa stresom uz očuvanje normalnog psihološkog i fizičkog funkcioniranja (Jendričko, 2020.). To je proces adaptacije u suočavanju s tragedijom, prijetnjom ili značajnim uzrocima prijetnje (Jendričko, 2020.).

Osim individualne otpornosti, važna je i otpornost obitelji u kontekstu utjecaja na psihičko zdravlje pojedinca. Otpornost obitelji definira se kao sposobnost obitelji za kompetentno funkcioniranje kada je izložena riziku ili krizi te da iz tog procesa izađe ojačana i s više resursa (Ferić i sur., 2016.). Otpornost nije stabilna i ovisi o osobnim i obiteljskim karakteristikama, razini rizika kojeg određena situacija predstavlja za obitelj i okolnostima u kojima se obitelji nalazi u vrijeme pojave rizika (Ferić i sur., 2016.).

Prilikom sagledavanja razine rizika potrebno je proučiti predstavlja li rizik za obitelj uobičajnu situaciju ili je prisutna povećana razina rizika kao npr. kod izloženosti traumatskim događajima tijekom rata (Ferić i sur., 2016.). Rizik također može biti kratkotrajan ili dugotrajan, a može doći i do kumulacije rizika tijekom različitih faza obitelji (Ferić i sur., 2016.). Tijekom pojave rizika važno je obratiti pažnju na čimbenike otpornosti koji pomažu obitelji održati svoje funkcioniranje u kriznim situacijama. Čimbenici otpornosti na individualnoj razini su učinkovite strategije nošenja sa stresom, sposobnost kontrole emocija, a na obiteljskoj razini podržavajuće interakcije, kognitivno stimulirajuće okruženje, stabilni prihodi (Ferić i sur., 2016.). Otporna obitelj je ona u kojoj postoji visoka emocionalna povezanost uz podržavanje samostalnosti pojedinaca, prilagodljivost u definiranju pravila i uloga, stvaranje poticajnog okruženja za razvoj i podrška pri rješavanju problema (Ferić i sur., 2016.). Navedeni zaštitni čimbenici utječu na razvoj otpornosti vezanoj uz depresivni poremećaj. Otpornost je prediktor mentalnog zdravlja, ali i uspješnijeg suočavanja s psihičkim poremećajima. Čimbenici otpornosti u području mentalnog zdravlja su odnosi s bliskom obitelji i socijalna podrška bliskog okruženja (Jendričko, 2020.). Obitelji koji su izložene traumatskim iskustvima imaju veću vjerojatnost da će članovi obitelji imati simptome depresivnog poremećaja ako nemju visoku razinu obiteljske i individualne otpornosti. Kada se obitelj suočava s neuspjehom u razvoju otpornosti njezini članovi nisu u mogućnosti pružiti podršku jedni drugima te je moguća pojava konfliktnih odnosa i sukoba. Sukobi imaju negativan učinak na emocionalnu stabilnost pojedinaca te vode destruktivnim načinima suočavanja s kriznom situacijom. Osobe koje boluju od kroničnih tjelesnih bolesti često boluju i od psihičkih bolesti od kojih je najčešća depresija (Vidrih, 2020.). Prilikom prve reakcije bolesnika na kroničnu bolest važna je potpora obitelji kako se bolesnik ne bi osjećao sam u teškoj situaciji (Vidrih, 2020.). Također je obitelj važna i kod opažanja simptoma depresivnog poremećaja jer oni često prođu neopaženo s obzirom da se osjećaji tuge očekuju tijekom borbe s kroničnom bolesti (Vidrih, 2020.). Saznanje obitelji o dijagnosticiranoj kroničnoj bolesti ili psihičkom poremećaju pojedinca također može predstavljati kriznu situaciju. O odnosima u obitelji i stupnju emocionalne povezanosti ovisi hoće li obitelji i na koji način pružiti svom članu podršku ili će izbjegavati

razgovor o teškoći zbog straha ili neznanja o načinima pružanja podrške. Ako članovi obitelji osobe koja boluje od depresivnog poremećaja razviju obiteljsku otpornost putem stvaranja podržavajućeg okruženja pomoći će pojedincu u stvaranju njegove individualne otpornosti i samim time utjecati na proces liječenja.

3.2. Depresivni poremećaj u starijoj životnoj dobi

Starija dob predstavlja novo razdoblje u životu osobe te se najčešće događaju brojne promjene u životnom okruženju i funkcioniranju. Neke od tih brojnih promjena mogu biti smrt supružnika, veće odvajanje od ostalih članova obitelji, rijetka komunikacija s prijateljima i otežano sklapanje prijateljstva, smještaj u dom za starije osobe, zdravstveni problemi, samački život. Sve to mogu biti rizični čimbenici za razvitak simptoma depresivnog poremećaja. Doživljaj stvarnog gubitka bliske osobe potiče razmišljanje o prolaznosti života, ali i sužava socijalnu mrežu te povećava rizik za razvoj depresivnog poremećaja. Prilikom suočavanja s takvim situacijama važna je individualna otpornost pojedinca, ali i percipirana podrška članova bliske socijalne mreže (Mimica i Kušan Jukić, 2013.) Od depresije boluje 10 do 15% osoba starije životne dobi te je ona najčešći duševni poremećaj u starijoj životnoj dobi (Mimica i Kušan Jukić, 2013.). Depresija često ostaje nedijagnosticirana jer se depresivnost opisuje kao prirodna reakcija na starenje i sve promjene koje dolaze sa starenjem (Mimica i Kušan Jukić, 2013.). Kod osoba starije životne dobi pojavljuju se specifični simptomi kao što su pritužbe na bolove, poteškoće u pamćenju, doživljaj krivnje i beskorisnosti, histrionsko ponašanje (Mimica i Kušan Jukić, 2013.). U starijoj dobi može doći do osjećaja beskorisnosti jer više nismo u mogućnosti pomagati članovima obitelji putem praktične podrške u kućanskim poslovima ili ostalim fizičkim zadacima. Članovi obitelji otežano pronalaze načine sudjelovanja starijih osoba u zadacima obitelji, a da su prilagođeni fizičkom stanju osobe. Zbog toga starije osobe često ostaju po strani pilikom zajedničkog rada na obiteljskim zadacima te se osjećaju izostavljeno. Povećan rizik za razvoj depresije u starijoj dobi predstavljaju psihički, ali i socijalni čimbenici. Neki od psiholoških rizika su nisko samopoštovanje, pasivno ovisne ličnosti, gubitak kapaciteta za prisnost, a socijalni rizici su stresni životni događaji, žalovanje,

usamljenost, nizak socio-ekonomski status (Mimica i Kušan Jukić, 2013.). Istraživanja pokazuju kako sama dostupnost bližnjih nije toliko važna koliko osobni doživljaj bliskosti (Mimica i Kušan Jukić, 2013.) U užurbanom životu članovi obitelji su više posvećeni poslovnim aktivnostima te kvaliteta obiteljskog života pati. Rijetko posjećuju osobe starije životne dobi koje se zbog toga mogu osjećati usamljeno i doživjeti gubitak bliskosti s osobama koje su im najvažnije. Pozitivni događaji u obitelji mogu predstavljati zaštitni čimbenik kao što je rođenje unučeta (Mimica i Kušan Jukić, 2013.). Kod osoba starije životne dobi povećava se stopa suicida (Makarić i sur., 2018.). Depresivni simptomi se kod njih zanemaruju, a 97% osoba koje su počinile suicid su bolovale od nekog poremećaja raspoloženja (Makarić i sur., 2018.). Ovi podaci pokazuju kako je osobama starije životne dobi potrebno posvetiti stručnu pažnju, ali i provesti intervencije obiteljske podrške i savjetovanja o načinima pružanja podrške osobama starije životne dobi kako bi vodili ispunjen život bez obzira na brojne promjene s kojima se suočavaju. Obiteljska podrška je također potrebna osobi starije životne dobi i tijekom liječenja od depresivnog poremećaja kako bi im pomogli ponovno razviti osjećaje samoefikasnosti, samopouzdanja i prihvaćanja koji su tijekom vremena zbog stresnih životnih situacija izgubljeni. Negiranje problema osoba starije životne dobi i izostanak podrške dovodi do pogoršavanja simptoma pa i do otežanog postizanja uspješnog liječenja.

3.3. Suicid

Suicid je autoagresivan čin i fatalno samoozljeđujuće ponašanje koje dovodi do posljedice svjesnog oduzimanja vlastitog života (Brečić i Makarić, 2020.). Suicid je deseti najčešći uzrok smrti u svijetu, a oko 90% osoba koje su počinile suicid su imale neki od psihičkih poremećaja (Brečić i Makarić, 2020.). Stopa suicida se povećava kod osoba starijih od 60 godina, osobito kod osoba koje boluju od tjelesnih poremećaja, depresije i anksioznosti (Brečić i Makarić, 2020.). Suicid je dio multifaktorske etiologije te postoje različite podjele rizičnih faktora (Brečić i Makarić, 2020.). Dvije trećine osoba koje su počinile suicid su imale neki od depresivnih poremećaja te su proživljavale veliku depresivnu epizodu (Brečić i Makarić, 2020.). Suicidalnost se

razvija kroz određeno vrijeme u interakciji osobnih faktora i faktora stresne situacije uz djelovanje distalnih i proksimalnih čimbenika rizika (Brečić i Makarić, 2020.). Distalni čimbenici rizika su rana traumatska iskustva, zanemarivanje od strane roditelja, zlostavljanje, a proksimalni su psihički poremećaji te zlouporaba psihoaktivnih tvari (Brečić i Makarić, 2020.). Kod osoba se rizik za suicid može primijetiti kroz upozoravajuće znakove kao što su izrada plana izvršenja suicida, osjećaj bespomoćnosti, socijalno povlačenje, nesanica, ambivalencija (Brečić i Makarić, 2020.). Kao što događaji u obitelji mogu predstavljati rizične ili zaštitne čimbenike za razvoj depresivnog poremećaja, tako ti isti događaji mogu biti posredni čimbenici rizika za počinjenje suicida kod osobe koja boluje od depresivnog poremećaja. Jedni od najvažnijih protektivnih čimbenika su prisutnost djece u obitelji, osjećaj odgovornosti spram obitelji, socijalna podrška, trudnoća, vještina nošenja sa stresom (Brečić i Makarić, 2020.). Rizični čimbenici za suicidalno ponašanje su prethodni pokušaji suicida, sklonost impulzivnom ponašanju, maladaptivni obrasci nošenja sa stresom, socijalna izoliranost, traumatska iskustva u djetinjstvu (Brečić i Makarić, 2020.). Kada imamo obiteljsku podršku i osjećaj odgovornosti prema članovima obitelji imamo vanjski poticaj za uspjeh u liječenju i uvijek se možemo sjetiti povezanosti s bliskim osobama i koliko nam one znače. Kod osoba koje nemaju obitelj ili imaju konfliktne odnose unutar obitelji povećava se stanje beznađa i vulnerabilnosti koje može dovesti do suicida ukoliko osoba nema usvojene vještine suočavanja sa stresnim situacijama.

4. ULOGA OBITELJI U LIJEČENJU DEPRESIVNOG POREMEĆAJA

Uz farmakoterapiju psihoterapija je čest pristup liječenju akutnih depresivnih epizoda i kroničnih oblika depresije (Gelo, 2020.). U terapiji se mogu koristiti kognitivne i bihevioralne metode (Gelo, 2020.). Bihevioralnim strategijama je cilj povećati osjećaj samoučinkovitosti, a kognitivnim učenje prepoznavanja kognitivnih distorzija koje odražavaju negativnu automatsku misao (Gelo, 2020.). Osobe koje boluju od depresivnog poremećaja razvijaju sheme koje se odnose na to kako ih nitko nikada neće iskreno voljeti ili da koliko god se trudili nikada neće postići uspjeh te minimiziraju pozitivna objašnjenja za stresni događaj (Gelo, 2020.).

4.1. Psihodinamska terapija

Tijekom psihodinamske terapije važno je prepoznati ulogu ranih obiteljskih iskustava u razvoju poremećaja. Psihodinamska terapija naglašava kako se prošlost ponavlja u sadašnjosti te da se razočaranja u trenutnim vezama mogu usporediti s problemima u primarnoj obitelji (Gelo, 2020.). U odnosu između terapeuta i pacijenta događa se transfer i kontratransfer te stvaranje prošlih odnosa u sadašnjem odnosu s terapeutom (Gelo, 2020.). Cilj psihodinamske terapije je stjecanje uvida u obrambene mehanizme koji su nepovoljni za pojedinca, ali i u značaju ranih gubitaka za funkcioniranje u odnosima (Gelo, 2020.). Bazični konflikti u odnosima su formirani od osobnih želja od drugih, percipirane reakcije drugih na te želje te reakcije osobe na tu zamišljenu reakciju (Gelo, 2020.). Rani gubitci mogu biti gubitak roditeljske figure, neuspjeh u stvaranju privrženosti, nemogućnost udovoljavanja željama roditelja zbog čega pojedinac stvara obrazac u odnosima koji se temelji na tome da nikada nikome neće biti dovoljan.

4.2. Socioterapija

Socijalni radnik je član tima u terapiji osoba oboljelih od poremećaja raspoloženja te je odgovoran za socijalne intervencije (Zlomislić i Laklija, 2018.). Prilikom hospitalizacije pacijenta socijalni radnik prikuplja osnovne informacije o pacijentu (o obitelji, radnom, socijalnom statusu) te surađuje s drugim institucijama i omogućuje pacijentu ostvarivanje njegovih prava iz različitih sustava (Ostojić, 2012., prema Zlomislić i Laklija, 2018.). Socijalni radnik osigurava vanbolnički prihvrat osobe nakon otpusta te pruža podršku osobi u daljnjem liječenju (Zlomislić i Laklija, 2018.). Socijalni radnik također provodi socioterapijske postupke (Zlomislić i Laklija, 2018.). Socijalni rad naglašava ulogu okoline (odnosa, socijalne mreže, kulture) u funkcioniranju pojedinca (Mošić Pražetina, 2020.). Svi ljudi se ponašaju sukladno kontekstu u kojem žive te gubitak ravnoteže u jednom dijelu funkcioniranja utječe i na druge aspekte funkcioniranja (Mošić Pražetina, 2020.). Okolinske čimbenike je važno istražiti u liječenju jer dopunjavaju pacijentovu realnost (Mošić Pražetina, 2020.). Okolinski čimbenici nam mogu objasniti zašto se osoba ponaša na određen način i doživljava

određene emocije. Nepovoljne okolnosti pogoršavaju stanje pacijenta kroz gubitak važnih životnih uloga, socijalnu izolaciju ili nemogućnost ostvarivanja socijalnih očekivanja (Mošić Pražetina, 2020.). U okolini su vrlo važne obiteljske intervencije te je kod depresivnog poremećaja obiteljska psihoedukacija o depresiji povezana s duljim vremenom do relapsa (Gelo, 2020.). Bitno je da obitelj bude upoznata sa simptomima depresivnog poremećaja i zaštitnom ulogom obitelji kako bi mogli razumijeti kroz što osoba prolazi i kako joj pružiti podršku u liječenju (Gelo, 2020.). Socioterapija je pristup liječenju poremećaja raspoloženja koji naglašava važnost socijalne dimenzije i poboljšanja u socijalnim odnosima kao način postizanja uspjeha u liječenju (Mošić Pražetina, 2020.). Njeno temeljno uvjerenje je da utjecajem izvana možemo doći u dodir s unutarnjim osjećajem blagostanja te da se do značajne promjene može doći mijenjanjem ponašanja u okruženju (Mošić Pražetina, 2020.). U terapijskoj grupi članovi slobodno komentiraju kako se osjećaju s drugim članovima, terapeutom, vanjskim svijetom te je važno da sama grupa bude poticatelj promjene stvaranjem podržavajuće atmosfere (Mošić Pražetina, 2020.). Za sudjelovanje u socioterapiji je važna motivacija te je za ove terapijske grupe učinkovitije da u njima sudjeluju pacijenti s različitim poremećajima raspoloženja kako atmosfera ne bi bila homogena, ali je važno da imaju zajedničko iskustvo npr. depresivnog stanja (Mošić Pražetina, 2020.). Kod osoba koje boluju od depresivnog poremećaja značajno je čuti kako ih drugi članovi grupe vide jer ih oni često vide uspješnijima nego što oni sami sebe doživljavaju (Mošić Pražetina, 2020.). U socioterapiji se utječe na osvještavanje pacijenta o vlastitoj odgovornosti za vlastiti život te ih se treba poticati da za sebe odaberu ono što je najbolje (Mošić Pražetina, 2020.). Socijalni radnik je ključni identifikator poveznice obiteljskih odnosa i depresivnog poremećaja kod pacijenta. Socijalni rad nam u psihijatriji pomaže u objašnjavanju kako socijalni aspekti funkcioniranja koji se sastoje od obiteljskih i drugih socijalnih odnosa utječu na prevenciju, razvoj, uspjeh liječenja pacijenta te ističe važnost uključivanja obitelji i planiranja socijalnih intervencija. Socijalni radnik sudjeluje u individualnom radu, grupnom radu i u radu s obitelji te uvijek sagledava posljedice okolinskog stresa koje nadilaze osobne kapacitete nošenja sa stresnim situacijama (Mošić Pražetina, 2020.). Socijalni radnik sudjeluje i u

dijagnostičko-terapijskoj procjeni putem izrade psihosocijalne procjene koja se sastoji od aktualne situacije pacijenta, obiteljske i socijalne pozadine, ponašanja, psihofizičkog stanja, dosadašnjeg liječenja i dostupne podrške u liječenju (Mošić Pražetina, 2020.). Za planiranje smjera i načina liječenja važno je istražiti sve ove aspekte funkcioniranja pojedinca te ponuditi najučinkovitiji izbor liječenja. Poremećaji raspoloženja člana obitelji utječu na funkcioniranje obitelji u cijelosti te različito utječu na stupanj obiteljske povezanosti. Prilikom liječenja obitelj nam također može biti izvor informacija o ozbiljnosti određene situacije te s obitelji možemo provjeriti naše sumnje o povratku bolesti ili poboljšanju/pogoršanju načina funkcioniranja pacijenta (Mošić Pražetina, 2020.). Usprkos čestom ispitivanju uloge socijalnog radnika u psihijatriji, smatram kako je socijalni rad profesija koja omogućava napredovanje socijalnog pristupa koji pomaže bolje razumjeti pojedinca, ali i stvoriti okolinske uvjete za unapređenje socijalnog i ekonomskog statusa putem ostvarivanja socijalnih prava i usluga i pružanja podrške obitelji i pojedincu u razvijanju podržavajućeg odnosa kako bi stvorili uvjete za izvanbolničko liječenje pacijenta.

5. ZAKLJUČAK

Mentalno zdravlje sve više postaje cjelokupni socijalni problem, a ne samo osobna stvar pojedinca. Na mentalno zdravlje osim osobina ličnosti, utječu i socijalni odnosi i društveni uvjeti u kojima pojedinac odrasta. Od prenatalnog razdoblja pa sve do starosti obitelj ima važnu ulogu u životu pojedinca. Već u prenatalnom razdoblju stresni događaji kroz koje majka prolazi mogu utjecati na kasnije mentalno zdravlje djeteta (Čivljak, 2020.). Važno je da majka ima i praktičnu i psihološku podršku obitelji. Nakon rođenja djeteta roditelji dobivaju potpuno novu ulogu te su potrebne brojne prilagodbe u životu, a rizični socijalni čimbenici kao što je nedostatak socijalne podrške ili nizak socioekonomski status mogu utjecati na način prihvaćanja nove uloge. U najranijim godinama života temeljem odnosa privrženosti formira se djetetov unutarnji radni model koji je osnova zasnivanja svih odnosa u životu i uvjerenja o sebi i o drugima (Ajduković i sur., 2007.). Sigurna privrženost povezana je s pozitivnim razvojnim ishodima, dok različiti oblici nesigurne privrženosti povećavaju vulnerabilnost za razvoj depresivnog

poremećaja (Jendričko, 2020.). Traumatska iskustva u djetinjstvu povezana su s razvojem depresivnog poremećaja, od kojih se ističe stvaran gubitak roditelja, konstantno odbacivanje od strane roditelja, nemogućnost zadovoljenja roditeljskih zahtjeva unatoč ustrajnim pokušajima (Jendričko, 2020.). Nesigurna privrženost povezana je s razmišljanjima kako nikada nismo dovoljno dobri te osoba nikad nije zadovoljna postignutim rezultatima, uz teškoće u stvaranju i održavanju socijalnih odnosa. Upravo to nezadovoljstvo samim sobom i odnosima smanjuje spremnost za traženje podrške i mogućnost dobivanja iste te uz posredne čimbenike povećava mogućnost za razvoj depresivnog poremećaja. U adolescenciji dolazi do promjene odnosa s roditeljima, želje za prihvaćanjem od strane vršnjaka te emocionalnih i fizičkih promjena. Način suočavanja s promjenama ovisi o adolescentu, ali i okolinskim uvjetima. U tom razdoblju je važan roditeljski stil. Autoritativan roditeljski stil koji je obilježen visokom razinom emocionalne povezanosti, ali i nadzorom predstavlja zaštitni čimbenik u preveniranju razvoja depresivnog poremećaja. Važno je da adolescent zna kako se roditeljima uvijek može obratiti, ali i da roditelji pokazuju zainteresiranost za aktivnosti adolescenta. Kada roditelj prepozna simptome depresivnog poremećaja kod adolescenta, važno je razgovarati s njime te biti spreman na traženje stručne podrške. Članovi obitelji koji proživljavaju traumatske događaje imaju veću vjerojatnost za razvijanje simptoma depresivnog poremećaja ako nemaju razvijenu obiteljsku otpornost. U otpornoj obitelji postoji visoka emocionalna povezanost, poticaji za razvoj pojedinca te jasno definirana pravila koja se mogu izmijeniti zajedničkim dogovorom (Ferić i sur., 2016.). Osobe starije životne dobi mogu biti posebno vulnerabilne za razvoj depresivnog poremećaja ukoliko uz nedostatnu individualnu otpornost dožive stresne događaje koji su česti u starijoj životnoj dobi kao što je npr. smrt supružnika. Za osobe starije životne dobi važan je osobni doživljaj podrške članova obitelji za preveniranje razvoja i liječenje depresivnog poremećaja. Obitelj predstavlja čimbenik rizika ili čimbenik zaštite ovisno o životnom putu svakog pojedinca te je prisutna od samih početaka razvoja depresivnog poremećaja pa i do liječenja. Pacijent je u središtu, ali na njega utječu brojni okolinski uvjeti koji se ne mogu negirati. Važno je da pacijent shvati kako su iskustva iz djetinjstva utjecala na razvoj depresivnog poremećaja u sadašnjosti, ali i

educiranost obitelji o simptomima depresivnog poremećaja. Pomoću obitelji prati se napredak pojedinca te osigurava izvanbolničko liječenje stvaranjem uvjeta za takvo liječenje u obitelji i okolini. Profesija socijalnog rada je važna u naglašavanju važnosti okolinskih uvjeta za dobrobit pacijenta te je ravnopravan član tima u psihijatrijskim ustanovama koji surađuje s drugim ustanovama prilikom ostvarivanja prava pacijenta te ostvarivanje kontakta s obitelji što daje cjelokupnu sliku o pacijentu i povećava uspjeh liječenja.

6. LITERATURA

1. Ajduković, M., Kregar Orešković, K. i Laklija, M. (2007). Teorija privrženosti i suvremeni socijalni rad. *Ljetopis socijalnog rada*, 14(1), 59-91.
2. Aukst Margetić, B. (2020). Liječenje afektivnih poremećaja u trudnoći i dojenju. U D. Karlović, V. Peitl, A. Silić (ur.), *Poremećaji raspoloženja* (str. 103-118). Zagreb: Naklada Slap.
3. Beatson, J. i Taryan, S. (2003). Predisposition to depression: the role of attachment. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(2), 219-225.
4. Beck, C.T. (2001). Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing research*, 50(5), 275-285.
5. Bogović Dijaković, A. (2020). Psihodijagnostika poremećaja raspoloženja. U D. Karlović, V. Peitl, A. Silić (ur.), *Poremećaji raspoloženja* (str. 119-133). Zagreb: Naklada Slap.
6. Brajša Žganec, A. i Hanzec, I. (2015). Obiteljski odnosi i psihosocijalna prilagodba djece u cjelovitim i jednoroditeljskim obiteljima. *Klinička psihologija*, 8(2), 139-150.
7. Brečić, P. i Makarić, P. (2020). Suicidalnost u afektivnim poremećajima. U D. Karlović, V. Peitl, A. Silić (ur.), *Poremećaji raspoloženja* (str. 143-156). Zagreb: Naklada Slap.

8. Bureau, J.F., Easterbrooks, M.A. i Lyons-Ruth, K. (2009). Maternal depressive symptoms in infancy: Unique contribution to children`s depressive symptoms in childhood and adolescence? *Development and psychopatology*, 21(2), 519-537.
9. Čivljak, M. (2020). Socijalni i javnozdravstveni čimbenici u poremećajima raspoloženja. U D. Karlović, V. Peitl, A. Silić (ur.), *Poremećaji raspoloženja* (str. 63-73). Zagreb: Naklada Slap.
10. Čudina-Obradović, M. i Obradović, J. (2003). Potpora roditeljstvu: izazovi i mogućnosti. *Revija za socijalnu politiku*, 10(1), 45-68.
11. Degmečić, D. (2020). Specifičnosti poremećaja raspoloženja u žena. U D. Karlović, V. Peitl, A. Silić (ur.), *Poremećaji raspoloženja* (str. 195-206). Zagreb: Naklada Slap.
12. Ferić, M., Maurovič, I. i Žižak, A. (2016). Izazovi istraživanja otpornosti obitelji. *Kriminologija & socijalna integracija*, 24(1), 3-25.
13. Gelo, J. (2020). Psihoterapija poremećaja raspoloženja. U D. Karlović, V. Peitl, A. Silić (ur.), *Poremećaji raspoloženja* (str. 377-395). Zagreb: Naklada Slap.
14. Herring, M. i Kaslow N.J. (2002). Depression and attachment in families: a child-focused perspective. *Fam process*, 41(3), 494-518.
15. Jendričko, T. (2020). Psihološke osnove afektivnih poremećaja. U D. Karlović, V. Peitl, A. Silić (ur.), *Poremećaji raspoloženja* (str. 47-61). Zagreb: Naklada Slap.
16. Karlović, D. (2017). Depresija: klinička obilježja i dijagnoza. *Medicus*, 26(2), 161-165.
17. Kocijan Hercigonja, D. i Hercigonja Novković, V. (2004). Depresija kod djece. *Medicus*, 13(1), 89-93.
18. Kurtović, A. (2012). Uloga obitelji u depresivnosti adolescent. *Klinička psihologija*, 5(1-2), 37-58.

19. Lyons-Ruth, K., Lyubchik, A., Wolfe, R. i Bronfman, E. (2002). Parental depression and child attachment: hostile and helpless profiles of parent and child behavior among families at risk. U Goodman, S.H. i Gotlib, I.H. (Ur.), *Children of depressed parents: Mechanisms of risk and implications for treatment* (str. 89-120). Washington: American Psychological Association.
20. Mimica, N. i Kušan Jukić, M. (2013). Depresija u osoba starije životne dobi: specifičnosti kliničke slike i smjernice za liječenje. *Medix*, 106(1), 213-218.
21. Mošić Pražetina, I. (2020). Socioterapija poremećaja raspoloženja. U D. Karlović, V. Peitl, A. Silić (ur.), *Poremećaji raspoloženja* (str. 397-422). Zagreb: Naklada Slap.
22. Nimac, D. (2010). Nemogućnosti tradicijske obitelji u suvremenom društvu. *Obnovljeni život*, 65(1), 23-35.
23. Santini, Z.I., Koyanagi, A., Tyrovolas, S. i Haro J.M. (2015). The association of relationship quality and social networks with depression, anxiety and suicidal ideation among older married adults: Findings from a cross-sectional analysis of the Irish Longitudinal Study of Ageing. *Journal of Affective Disorders*, 179(1), 134-141.
24. Silić, A. (2020). Psihopatologija poremećaja raspoloženja. U D. Karlović, V. Peitl, A. Silić (ur.), *Poremećaji raspoloženja* (str. 11-23). Zagreb: Naklada Slap.
25. Stjepanović, M., Jendričko, T. i Ostojić, D. (2015). Uloga socijalnog radnika u sociotrapijskim i psihosocijalnim postupcima kod osoba s rizikom razvoja depresije uzrokovane stresnim životnim događajima. *Socijalna psihijatrija*, 43(1), 36-43.
26. Smojver-Ažić, S. (2020). Teorijski i empirijski opis privrženosti. U Tatalović-Vorkapić, S. (Ur.), *Psihologija privrženosti i prilagodba u dječjem vrtiću* (str. 21-58). Rijeka: Sveučilište u Rijeci.
27. Spruit, A., Goos, L., Weenink, N., Rodenburg, R., Niemeyer, H., Stams, G.J. i Colonesi, C. (2019). The relation between attachment and depression in children and

- adolescents: A multilevel meta-analysis. *Clinical child and family psychology review*, 23(1), 54-69.
28. Sujoldžić, A., Rudan, V. i De Lucia, A. (ur.). (2006). *Adolescencija i mentalno zdravlje*. Zagreb: Institut za antropologiju.
29. Štrkalj Ivezić, S. (2022). Mentalno zdravlje u zajednici. *Epoha zdravlja*, 15(1), 9-11.
30. Vidrih, B. (2020). Poremećaji raspoloženja u tjelesnih bolesnika. U D. Karlović, V. Peitl, A. Silić (ur.), *Poremećaji raspoloženja* (str. 223-245). Zagreb: Naklada Slap.
31. Vučić, B. i Ekić, S. (2015). Utjecaj depresivnog roditelja na razvoj djeteta. *Časopis za primijenjene zdravstvene znanosti*, 1(2), 139-143.
32. Walsh, F. (2004). Family resilience: A framework for clinical practice. *Family process*, 42(1), 1-18.
33. Wagner Jakab, A. (2008). Obitelj-sustav dinamičnih odnosa u interakciji. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 44(2), 119-128.
34. Zloković, J. i Lukajić, A. (2016). Osnaživanje obitelji kroz poticanje pozitivnih odnosa i obiteljske kohezije. *Zbornik Odseka za pedagogiju*, 25(1), 7-22.
35. Zlomislíč, D. i Laklija, M. (2018). Uloga socijalnih radnika zaposlenih na odjelima psihijatrije i čimbenici koji utječu na njihovu spremnost na uključivanje u superviziju. *Ljetopis socijalnog rada*, 26(1), 107-133.
36. Živković, M., Marinović, P. i Mihaljević-Peješ, A. (2020). Diferencijalna dijagnoza poremećaja raspoloženja. U D. Karlović, V. Peitl, A. Silić (ur.), *Poremećaji raspoloženja* (str. 83-102). Zagreb: Naklada Slap.

