

# Dječja depresivnost kroz prizmu socijalnog rada

---

**Pelc, Lucija**

**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:199:590647>

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

*Download date / Datum preuzimanja:* **2025-01-19**



*Repository / Repozitorij:*

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



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU**  
**PRAVNI FAKULTET**  
**STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA**

**Lucija Pelc**

**DJEČJA DEPRESIVNOST KROZ PRIZMU**  
**SOCIJALNOG RADA**

**ZAVRŠNI RAD**

**Zagreb, 2022.**

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU**  
**PRAVNI FAKULTET**  
**STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA**

**Lucija Pelc**

**DJEČJA DEPRESIVNOST KROZ PRIZMU**  
**SOCIJALNOG RADA**

**ZAVRŠNI RAD**

**Doc. dr. sc. Tihana Jendričko, dr.med.**

**Doc. dr. sc. Koraljka Modić Stanke**

**Zagreb, 2022.**

## Sadržaj

1. Uvod.....	1
2. Depresija.....	1
2.1. Klasifikacija poremećaja.....	2
2.2. Teorijska podjela i etiologija.....	4
2.3. Prevalencija.....	5
3. Simptomatologija .....	6
3.1. Simptomi u različitim razvojnim fazama života.....	7
4. Dijagnostika i diferencijalna dijagnoza.....	12
5. Odnos roditelj-dijete u kontekstu razvoja depresivnog ponašanja.....	14
6. Suicidalnost djece i mladih oboljelih od depresivnog poremećaja.....	15
7. Promjene mentalnog zdravlja uslijed pandemije COVID-19.....	16
8. Liječenje djece i mladih oboljelih od depresivnog poremećaja.....	18
8.1. Psihoedukacija.....	19
8.2. Psihoterapija.....	20
8.3. Farmakoterapija.....	21
8.4. Duhovnost i religioznost.....	22
8.5. Važnost pomažuće profesije socijalnog rada.....	22
9. Zaključak.....	24
10. Literatura.....	26
11. Popis tablica.....	30
12. Popis slika.....	30

## Dječja depresivnost kroz prizmu socijalnog rada

*U ovom će se radu obrađivati tematika depresivnog poremećaja pri čemu će se obuhvatiti tematska područja prevalencije, kliničke slike i simptomatologije, diferencijalne dijagnostike te mjernih instrumenata koje se koriste u suvremeno doba. Navest će se karakteristike pojavnosti ovog psihičkog poremećaja s obzirom na razvojno razdoblje u kojem se javlja s posebnim naglaskom na rano djetinjstvo, predškolsko i školsko doba te razlike između pojavnosti u djetinjstvu i odrasloj dobi. Uz to, obradit će se tematika roditeljskog odnosa i suicidalnosti kao važnih komponenti kada se govori o temi depresije. Na kraju će biti navedeni oblici liječenja, odnosno terapije uz isticanje važnosti pomažućih profesija kroz te procese.*

Ključne riječi: depresija, dječja depresivnost, psihoterapija, socijalni rad

## Children's depression through the prism of social work

*Depression is the main topic of this work, including the thematic areas of prevalence, clinical picture and symptomatology, differential diagnosis and measuring instruments used in modern times. The characteristics of the occurrence of this psychological disorder will be stated with the regard to the developmental period in which occurs, with special emphasis on early childhood, preschool and school age and differences between the occurrence in childhood and adulthood. In addition, the topics of parental relationship and suicidality will be discussed as important components when talking about depression. At the end, forms of treatment and therapy will be listed, emphasizing the importance of helping professions through these processes.*

Key words: depression, child depression, psychotherapy, social work

## **Izjava o izvornosti**

Ja, \_\_\_Lucija Pelc\_\_\_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 koristila drugim izvorima do onih navedenih u radu

Ime i prezime: \_Lucija Pelc\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

## 1. Uvod

Mentalno zdravlje predstavlja se kao *mainstream* pojam pa se shodno tome i pojam psihičkih poremećaja sve više koristi u svakodnevnom govoru. Budući da se o brizi za mentalno zdravlje govori sve više, ne može čuditi činjenica da je populacija sve osjetljivija na temu mentalnih oboljenja, odnosno psihičkih poremećaja. To ukazuje da se javnost sve više informira i educira o ovom području. Ipak, poremećaji raspoloženja dugo su vremena bili istraživani samo u kontekstu poremećaja odraslih osoba, zbog čega su ovakve pojave, iako rjeđe u djece i adolescenata, dugo godina bile zanemarene (Rudan i Tomac, 2009.). S obzirom na povećanje zastupljenosti ovog poremećaja kod djece i mladih, tendencija je na usmjeravanju obrazovanja prosvjetnih djelatnika pa tako i socijalnih radnika kako bi svoja znanja usmjerili na prepoznavanje simptoma depresije (WHO, 2022.).

Veliki depresivni poremećaj se javlja kod sve više pojedinaca čime postaje najzastupljeniji psihički poremećaj (Hrvatsko psihijatrijsko društvo, 2020.). Razmišljajući o asocijacijama vezanim uz pojam depresije, zanimljiv je podatak kako se ovaj pojam, osim u psihologiji i psihijatriji koristi u još nekoliko znanstvenih disciplina uvijek označavajući „nešto“ ispod uobičajene razine. Tako u ekonomiji označava razdoblje koje dolazi neposredno nakon gospodarske krize, u astronomiji položaj nebeskog tijela ispod vodoravne ravnine, u geografiji potonulo tlo ili uleknuće te u meteorologiji područje niskog tlaka, poznatije kao ciklona (Leksikografski zavod Miroslav Krleža, 2021.). Naglasak na različitoj uporabi istog pojma u posve drugačijim područjima, označava ključni element depresije koji se može opisati kao **sníženost** psihofizičke aktivnosti pojedinca u kliničkoj depresiji o čemu će više biti riječi u nastavku ovog rada.

## 2. Depresija

Depresija je pojam koji se često koristi kao inačica za opis stanja tuge ili neraspoloženosti u svakodnevnom govoru, ali predstavlja ozbiljan mentalni poremećaj. Sama riječ depresija (lat. *deprimere*) prevodi se kao utisnuti, potisnuti ili pogurati prema dolje, a poznata je i kao veliki depresivni poremećaj (engl. *Major Depressive Disorder*) (Lepeduš i sur., 2017., Ledić i sur., 2019.). Prvo spominjanje depresije vuče korijenje još iz Ebersovog papirusa (3000 godina prije nove ere) gdje

su poremećaji raspoloženja podijeljeni i opisani kao depresivni poremećaj i bipolarni poremećaj (Karlović, 2017.). Svjetska zdravstvena organizacija (1992., prema Ledić i sur., 2019.) predviđala je da će depresija postati drugi vodeći javnozdravstveni problem te da će do 2020. postati najčešći psihički poremećaj. Trenutno u Europi 120 milijuna ljudi boluje od nekog oblika mentalnog poremećaja, dok je 322 milijuna oboljelih od depresije u cijelom svijetu (Hrvatsko psihijatrijsko društvo, 2020.). Navedene brojke pokazuju kako je ovo jedan od gorućih problema današnjice što naravno dokazuju i podaci da je depresija trenutno najčešći psihički poremećaj (Hrvatsko psihijatrijsko društvo, 2020.).

### *2.1. Klasifikacija*

U svijetu se koristi DSM-5 klasifikacija koja predstavlja dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje Američke psihijatrijske asocijacije koji je u skladu s MKB-10 Svjetske zdravstvene organizacije u kojima su propisani kriteriji za postavljanje dijagnoze mentalnih poremećaja. Depresija, odnosno depresivni poremećaj pripada skupini poremećaja raspoloženja u koji se svrstavaju i bipolarni poremećaj te ciklotimični poremećaj. Prema DSM-5 (Američka psihijatrijska udruga, 2014.) skupina Depresivnih poremećaja se dijeli na Veliki depresivni poremećaj, Perzistentni depresivni poremećaj, Disruptivni poremećaj deregulacije raspoloženja, Premenstrualni disforični poremećaj, Depresivni poremećaj prouzročen psihoaktivnim tvarima/lijekom, Depresivni poremećaj zbog drugog zdravstvenog stanja ili Drugi specificirani ili nespecificirani depresivni poremećaj. Iz same kategorizacije dijagnoza, vidljivo je kako se poremećaji istog spektra razlikuju u tri područja: vremenu i uzroku pojave te trajanju. Kao najčešći poremećaji koji se javljaju kod djece i adolescenata, detaljnije će biti objašnjen veliki depresivni poremećaj, perzistentni depresivni poremećaj te disruptivni poremećaj deregulacije raspoloženja.

Veliki depresivni poremećaj obuhvaća jednu ili više depresivnih epizoda u trajanju od najmanje dva tjedna koje su popraćene žalosnim i razdražljivim raspoloženjem uz gubitak interesa i zadovoljstva u gotovo svim aktivnostima (anhedonija) uz prisutnost najmanje pet simptoma: promjena apetita sa značajnim



gubitkom ili povećanjem tjelesne težine<sup>1</sup>, nesanica ili hipersomnija gotovo svakog dana, psihomotorna agitacija ili retardacija, umor ili gubitak energije, osjećaj bezvrijednosti i/ili velike i neodgovarajuće krivnje, smanjena sposobnost mišljenja, koncentracije i neodlučnosti te povratno razmišljanje o smrti ili ponavljajuće suicidalne ideje (Američka psihijatrijska udruga, 2014.).

Perzistentni depresivni poremećaj (distimija) predstavlja kronično iritabilno ili depresivno raspoloženje koje traje veći dio dana ili više dana. Depresivno je raspoloženje prisutno je u periodu od godine dana uz pojavnost barem dva simptoma: slab apetit ili pretjerano uzimanje hrane, nesanica ili hipersomnija, gubitak energije ili umor, sniženo samopoštovanje, gubitak koncentracije ili teškoće u donošenju odluka te osjećaj beznadnosti (Američka psihijatrijska udruga, 2014.). Mimica i suradnici (2004.) navode kako je klinička slika ovog poremećaja takva da vrlo rijetko ili gotovo nikada ne postane toliko teška da zadovolji kriterij za ponavljani depresivni poremećaj blage ili umjerene težine.

Disruptivni poremećaj deregulacije raspoloženja (DMDD<sup>2</sup>) javlja se kao perzistentna, teška, kronična te nesukladna razdražljivost u razvojnoj dobi djeteta, a manifestira se izljevima bijesa. Simptomi moraju biti prisutni barem tri puta tjedno u periodu od godine dana u bar dva okruženja. Osim navedenog, simptomi se manifestiraju kao razdražljivo, ljuto, kronično i perzistentno raspoloženje koje se javlja između epizoda izljeva bijesa gotovo svaki dan ili veći dio dana uočljivo od strane ljudi iz djetetovog okruženja. Ovaj se poremećaj pojavljuje prije 10.godine života djeteta (ne javlja se kod djece mlađe od 6.godina), odnose u obitelji karakterizira poremećenost, a prisutan je i školski neuspjeh djece. U daljnjim razdobljima prisutno je i suicidalno promišljanje ili čak pokušaj suicida uz ostala opasna ponašanja (Američka psihijatrijska udruga, 2014.).

Ledić i suradnici (2019.) u svom radu navode tri vrste podjele depresivnog poremećaja s obzirom na kliničku sliku i tijek bolesti te na temelju etiologije. S obzirom na kliničku sliku i klasifikaciju bolesti, DSM-5 dijeli poremećaje na

---

<sup>1</sup> Kod djece se očituje kao nepostizanje očekivanog razvoja tjelesne težine za predviđenu/ trenutnu dob

<sup>2</sup> Disruptive Mood Dyregulation Disorder

melankolične i nemelankolične, a MKB-10 na depresiju sa somatskim poremećajima i depresiju bez somatskih poremećaja. Poznatija podjela depresivnog poremećaja s obzirom na kliničku sliku dijeli depresivni poremećaj na: blagu depresivnu epizodu (F32.0), srednje tešku depresivnu epizodu (F32.1), tešku depresivnu epizodu bez psihotičnih simptoma (F32.2), tešku depresivnu epizodu sa psihotičnim simptomima (F32.3), ostale depresivne epizode (F32.8) te nespecificirane depresivne epizode (F32.9) (Lepeduš i sur., 2017.). Ranije spomenuti poremećaji raspoloženja kao krovni pojam, a s obzirom na tijek bolesti, depresiju dijele na unipolarnu depresiju (postojanje samo depresije), unipolarnu maniju (postojanje samo manije) te bipolarni poremećaj.

## *2.2. Teorijska podjela i etiologija*

Kompleksnost mentalnog oboljenja u vidu depresivnog poremećaja dovela je do toga da su se razvile mnogobrojne različite teorije koje pokušavaju pronaći uzroke samog oboljenja te sukladno tome svaka objašnjava nastanak sa svog gledišta. Glavna podjela teorija odnosi se na biološke i psihosocijalne teorije (Lepeduš i sur., 2017.). Biološke se teorije detaljnije dijele na genetičke, biokemijske i neurofiziološke, a kao uzroke depresije navode: genetiku, neuroendokrine faktore, poremećaje spavanja, neurokemijske faktore i neuroanatomske promjene (Kučukalić, 2011., prema Ledić i sur., 2019.). Istraživanja na blizancima pokazuju prisutnost depresije u monozigota u 76% slučajeva i 19% kod dizigota, a ako su monozigoti razdvojeni, prisutnost se smanjuje na 67% što ukazuje na utjecaj okruženja kod samog nastanka depresije (Kocijan Hercigonja i Hercigonja Novković., 2004.). Biokemijske teorije polaze od pretpostavke da se uzroci depresije nalaze u biokemijskim procesima koji sudjeluju u samom razvoju poremećaja, a neurofiziološke se oslanjaju na tvrdnju da su poremećaji posljedica naslijeđenih ili stečenih promjena mozga. S druge strane, psihosocijalne se teorije dijele na psihoanalitičke, kognitivne i bihevioralne, te teorije (stresnih) životnih događaja.

Psihoanalitičari smatraju da je depresija „rezultat gubitka fantaziranog objekta ljubavi“, a bihevioralne teorije objašnjavaju nastanak depresivnog poremećaja u onim slučajevima u kojima su prisutni neadekvatni i nedostatni pozitivni stimulansi koji posljedično dovode do osjećaja odbačenosti i nevoljenosti (Kocijan Hercigonja i Hercigonja Novković, 2004.:91). Kognitivno-distorzijske teorije u svojoj tezi navode

kako negativan pogled na svijet, *self* i budućnost utječu na razvoj depresije, a životne (stresne) teorije kako je uzrok nastanka u ponašanju roditelja (maritalnim problemima, nasilju, agresivnosti, odbacivanju i sl.) (Kocijan Hercigonja i Hercigonja Novković, 2004.) o čemu će detaljnije biti riječ u daljnjim poglavljima.

Kao što je bilo ranije navedeno kroz opise danih teorija, depresija nema pojedinačan uzrok, već nastaje kao rezultat niza interakcija različitih faktora od kojih su najvažniji biološki, psihološki i okolinski. Genetika je najvažniji biološki faktor, a nasljednost iznosi između 40 i 65% (Ledić i sur., 2019.). Uz navedeno, važno je spomenuti kako dijete kojem roditelj(i) ima(ju) dijagnozu depresivnog poremećaja imaju povećan rizik od razvoja istog poremećaja. Birmaher i suradnici (1996., prema Boričević Maršanić i sur., 2016.) te Zalsman i suradnici (2006., prema Boričević Maršanić i sur., 2016.) navode kako se psihološki faktori odnose na karakteristike temperamenta, negativni kognitivni stil, deficit socijalnih vještina te naučenu bespomoćnost. Okolinski su čimbenici sadržani u teoriji stresnih događaja koja je navedena ranije, a odnosi se na obiteljsku disfunkcionalnost.

### 2.3. Prevalencija

Životna prevalencija depresije iznosi od 1 do 19%, a podaci o pojavnosti kazuju kako svaka 5. žena i svaki 10. muškarac barem jednom u životu dožive jednu epizodu depresije (Karlović, 2017.). Podaci i rezultati istraživanja pokazuju kako se depresija češće javlja kod žena u odnosu na muškarce počevši od puberteta pa nadalje. Prema podacima Hrvatskog psihijatrijskog društva (2020.) Hrvatska ima jednu od najviših stopa prevalencije depresije u Europi. Ako se detaljnije osvrne na rezultate prevalencije depresije kod djece i adolescenata, podaci su različiti. Kocijan Hercigonja i Hercigonja Novković. (2004.) navode kako je incidencija depresije kod predškolske djece 0,9%, školske djece 1,9% te 4,7% kod adolescenata, dok Ledić i suradnici (2019.) navode da je prevalencija kod dječaka i djevojčica podjednaka te iznosi 2% te se taj omjer udvostručava u adolescenciji na omjer 1:2 (u korist djevojaka). Autori Kocijan Hercigonja i Hercigonja Novković (2004.) kao i Ledić i suradnici (2019.) navode kako je ustaljena tvrdnja da približno 5-10% djece ima simptome depresije.

Važno je istaknuti kako se pri procjeni prevalencije u obzir trebaju uzeti faktori različite populacije (npr. pedijatrijska populacija, pacijenti u bolnici) na kojima se

provode procjene što dovodi do razlika u konačnim rezultatima (Kocijan Hercigonja i Hercigonja Novković, 2004.). Osim spomenute razlike, iste su izraženije i kod djece koja imaju glavobolje u odnosu na one koje ih nemaju (Ling i sur., 1970., prema Kocijan Hercigonja i Hercigonja Novković., 2004.).

### **3. Simptomatologija**

Interes za ovim područjem nije postojao oduvijek jer je bilo uvriježeno mišljenje kako je depresivni poremećaj „rezerviran“ samo za odrasle (Ledić i sur., 2019.). Ipak, autori Rudan i Tomac (2009.) te Lečić-Toševski (2012., prema Ledić i sur., 2019) navode kako je od 1940-ih svaka nova generacija u većem riziku od oboljevanja u odnosu na prethodnu te da se poremećaj pojavljuje na sve mlađem uzrastu. Međutim, meta analiza Costella i suradnika (2006., prema Boričević Maršanić i sur., 2016.) pokazala je kako nema dokaza o povećanoj prevalenciji depresije kod djece i adolescenata u zadnjih 30 godina, a povećanu brojku objašnjavaju povećanom svjesnošću o samom poremećaju. Dodatan poticaj zanimanju za ovo područje omogućili su europski dječji psihijatri koji su 1971. godine prvi puta priznali depresiju kao poremećaj sa značajnom učestalošću kod djece i adolescenata (Malumquist, 1971., prema Boričević Maršanić i sur., 2016.). Dječju depresiju Ledić i suradnici (2019.:121) opisuju kao „heterogeni proces s različitim kliničkim manifestacijama“, a klinički simptomi, kao što je spomenuto ranije, mogu biti dio normalnog razvoja svakog djeteta te ako nestanu nemaju za posljedicu disfunkcionalnost ponašanja zbog čega se ono ne bi smjelo promatrati kao dokaz psihopatologije (Vulić-Prtorić i Sorić, 2001.).

Vulić-Prtorić (2004.) ispade bijesa, strahove i enureze naziva ekvivalentima depresije. U određenim razvojnim fazama određena stanja mogu djelovati kao depresija pa tako zlostavljanje i separacijska anksioznost kod predškolaraca mogu biti zamijenjeni depresijom, različitim anksioznim poremećajima u školskoj dobi te konzumacijom alkohola i droga ili čak početkom shizofrenije u adolescenciji (Kocijan Hercigonja i Hercigonja Novković, 2004.). Stresni životni događaji kao što su razvod roditelja, izdvajanje djeteta iz obitelji, nasilničko ponašanje u obitelji i slično mogu biti okidači pojave depresivnih simptoma. U ovim je situacijama vrlo važna uloga socijalnog radnika koji će, sumirajući svoja znanja o učinku ovakvih situacija, usmjeriti svoju pažnju, ali i pažnju stručnjaka oko djeteta na uočavanje simptoma

depresije. Kod djece je depresija često prikrivena somatskim smetnjama u vidu boli u trbuhu ili glavi, osjećajem tuge, usporenim pokretom, osamljenošću, negativnim opisima sebe ili promjenama u tjelesnoj težini i budnosti/pospanosti (Kocijan Hercigonja i Hercigonja Novković. (2004.). U sljedećim poglavljima slijedi detaljniji pregled simptoma ovisno o dobi djeteta kod kojeg se depresija javlja.

Tablica 3.1.

*Simptomi depresije ovisno o djetetovoj dobi*

UZRAST	SIMPTOMI
Dijete do 3 godine (anaklitička depresija)	Tužno ili bezizražajno lice, oskudno plakanje, iritabilnost, usporena motorika ili hiperaktivnost, nesudjelovanje u igri, problemi hranjenja i spavanja, problemi vezivanja te separacijski strah
Predškolska dob	Iritabilnost, hirovitost, tužan izraz lica, odsutnost osmijeha, plačljivost, izljevi bijesa, siromaštvo kontakata, nesudjelovanje u igri ili destruktivnost, anhedonija, problemi hranjenja i spavanja
Školska dob	Iritabilnost, plačljivost, hirovitost, neveselost, siromaštvo socijalnih kontakata, opadanje interesa, nisko samopoštovanje, smetnje koncentracije i problemi učenja, somatske smetnje, nezadovoljstvo životom te suicidalne misli
Adolescencija	Tmurno raspoloženje, anhedonija, depresivno opisivanje sebe, problemi hranjenja i spavanja, osjećaj beznadnosti i krivnje, socijalno povlačenje, smetnje koncentracije, anksiozni sindromi, zlouporaba supstanci, promiskuitet, suicidalnost

Izvor: Ledić i suradnici (2019.:80)

Karakteristični simptomi za djecu i adolescente (tablica 3.1.) odnose se na ljutnju, anksioznost, teškoće učenja, sklonost samoozljeđivanju, prkos i neposluh (Boričević Maršanić i sur., 2016.). Chiarello i Orvaschel (1995., prema Vulić-Prtorić, 2004.) navode kako su teškoće u interakciji s drugima najkonzistentnije obilježje depresije u svim dobnim skupinama.

### 3.1. *Simptomi u različitim razvojnim fazama života*

Podaci istraživanja pokazuju kako je incidencija depresije u ranom djetinjstvu najmanja i iznosi tek oko 1%, (Lebedina Manzoni, 2007.), međutim to ne znači da tako

mala djeca ne mogu imati simptome depresije. Ipak, u ranom djetinjstvu, govor djece nije razvijen u tolikoj mjeri da mogu iskomunicirati kako se osjećaju ili što im konkretno nije po volji zbog čega se stručnjaci više oslanjaju na tjelesne simptome i ponašajne reakcije koji prikrivaju depresiju. Vujnović (2015.) navodi kako depresija u ranom djetinjstvu na djecu ne mora nužno utjecati tako da oni izgledaju tužno zbog čega se sam poremećaj prepoznaje teže, ali će dijete, na pitanje vrlo vjerojatno reći da se osjeća tužno. Vulić-Prtorić (2004.) navodi kako se depresivnost u obliku dijagnostičke kategorije, odnosno poremećaja može dijagnosticirati tek nakon dobi od 2 do 3 godine. Glavni simptomi koji karakteriziraju razdoblje ranog djetinjstva navedeni su u tablici (3.1.), a autori naglašavaju iritabilnost kao najčešću promjenu raspoloženja.

Uz enurezu, u ovom se razvojnem periodu može javiti enkopreza te noćni strahovi. Prema Boričević Maršanić i suradnicima (2016.) depresivna djeca na frustriranost reaguju ispadima ljutnje te reaguju na najmanju provokaciju. Vrlo sličan podatak dobila je Luby (2009.) u svom istraživanju kroz primjer četverogodišnjakinje<sup>3</sup> koja je na manje frustracije reagirala ljutnjom i/ili tugom koja je često trajala satima. Uz to, iako je bila uključena u igru s drugom djecom, doimala se nezainteresirano, tiho i povučeno. Iako je depresija u ranom djetinjstvu empirijski potvrđena, nedostaju smjernice za tretman i liječenje iste. Ipak, ovdje je važno naglasiti kako ključnu ulogu u primjećivanju promjene raspoloženja i obrascima ponašanja imaju upravo roditelji/skrbnici, odgajatelji i pedijatri (Luby, 2009.).

Simptomi depresije u predškolsko doba ne razlikuju se u velikoj mjeri u odnosu na one simptome koji su karakteristični za rano djetinjstvo. Također, slabija je uporaba govora u komuniciranju i davanju informacija zbog čega su prilikom dijagnoze vrlo važni neverbalni znakovi (facijalne ekspresije, pokreti tijela i pažnja) (Kocijan Hercigonja i Hercigonja Novković, 2004.). Također, česti su tjelesni simptomi u vidu bolova, ali i umor i vrtoglavica koji su prisutni u gotovo 70% slučajeva (Goodyear, 1996., prema Boričević Maršanić i sur., 2016.). Isti autor navodi kako dolazi do anhedonije, ali i da dijete stječe dobno primjerene socijalne vještine. Kazdin (1998.,

---

<sup>3</sup> Iako je glavna podjela simptoma depresije na razdoblje do 3 godine i predškolsko doba, prema navodima roditelja u spomenutom istraživanju, simptomi depresije su se počeli javljati prije 3. rođendana djevojčice zbog čega je prikazan ovaj primjer

prema Mišćević, 2007.) navodi kako djeca mogu doživjeti depresiju slično kao i odrasli, ali su simptomi prikriveni nekim drugim psihopatološkim stanjima kao što su fobije zbog čega se još naziva i maskirnom depresijom. Unatoč tome što iritabilnost i u ovom razdoblju predstavlja značajan simptom, Luby (2009.) je u svom istraživanju ( $N=75$ ) došla do podataka da petoro djece predškolske dobi nije zadovoljilo kriterije za veliki depresivni poremećaj kada se simptom iritabilnosti ostavio po strani. Ovaj podatak implicira da razdražljivost, odnosno iritabilnost nije ključna zamjena za tugu. Iako u tablici (3.1.) nije navedena suicidalnost i većina autora smatra da suicidalne namjere nisu simptomi depresije ovog razdoblja, Shaffi i Shaffi (1992., prema Borićević Maršanić i sur., 2016.) u svom su istraživanju istaknuli kako se autodestruktivno ponašanje može pronaći kroz primjere jakog udaranja glavom, gutanja opasnih predmeta ili griženja samog sebe.

Djeca školskog uzrasta mogu verbalno izražavati stanja koja osjećaju, a opisuju ih kao tugu, razdražljivost ili dosadu (Borićević Maršanić i sur., 2016.). Simptomi su u ovoj fazi uočljiviji jer su djeca češće sama, imaju slabe socijalne kontakte, prisutno je opadanje interesa za aktivnosti i/ili hobije koji su im ranije bili zanimljivi ili zabavni, često se doživljavaju vrlo negativno zbog čega su prisutne suicidalne misli i različite fobije. Borićević Maršanić i suradnici (2016.) navode kako su u ovoj fazi češći komorbiditeti s problemima u ponašanju, kriminalitetom i zlouporabom supstanci kod roditelja<sup>4</sup>, a sam tijek poremećaja je sličan onom kod poremećaja u ponašanju. Rjeđe će pak biti zastupljena visoka obiteljska zaokupljenost depresijom zbog čega dolazi do multigeneracijskog širenja iste što posljedično vodi ponavljanju prisutnosti samog poremećaja u adolescenciji i odrasloj dobi. Shaffi i Shaffi (1992., prema Borićević Maršanić i sur., 2016.) navode kako se u predškolskom i školskom razdoblju depresija može prepoznati i u sadržajima u kojima je dijete okupirano igrama s temom neuspjeha, uništavanjem, frustracijom, krivnjom, samokritiziranjem i smrću.

Prema podacima Vulić-Prtorić (2007., prema Ledić i sur., 2019.) oko 10 do 20% školske djece ima probleme anksioznosti, depresije i izolacije, a roditelji kao i učitelji teško prepoznaju te simptome. U ovom se razdoblju dijagnoza depresije postavlja rijetko, a kao razloge za to Vulić-Prtorić (2004.) navode kako djeca nisu u

---

<sup>4</sup> Pojava zlouporabe supstanci kod roditelja povezana je s komorbiditetima depresije

mogućnosti objasniti, opisati i verbalizirati ono što osjećaju te da su roditelji i učitelji loši procjenjivači. Drugi razlog koji navodi autorica je visok stupanj komorbidnosti depresije s ostalim mentalnim poremećajima. Podaci istraživanja pokazuju da 40-70% djece uz depresiju ima još neki poremećaj (Vulić-Prtorić, 2004.), a njih 20-50% uz depresiju ima dva ili više poremećaja u komorbiditetu (Mišćević, 2007.). Istraživanja Mišćević (2007.) i Zelebrz (2020.) pokazuju kako se djevojčice i dječaci ne razlikuju po intenzitetu doživljene depresivnosti, ali postoji značajna razlika s obzirom na dob, odnosno razred jer učenici sedmog i osmog razreda iskazuju višu razinu depresivnosti u odnosu na učenike petog i šestog razreda.

Najviše dostupnih istraživanja na temu pojavnosti depresije i djece usmjereno je upravo na populaciju adolescenata. Nekoliko je razloga za to, ali ključan se faktor odnosi na čestinu pojavnosti ovog poremećaja u razvojnoj fazi adolescencije. Osim simptoma koji su navedeni u tablici (3.1.) važno je objasniti kako je klinička slika depresije u adolescenata maskirana različitim oblicima odstupanja u ponašanju, često u obliku konzumacije droga i alkohola, kršenju normi i nepoštivanju autoriteta (Kocijan Hercigonja i Hercigonja Novković. 2004.). Uz to, razvojem apstraktnog mišljenja i postupnim sazrijevanjem, adolescenti su skupina koja će na razumljiviji način elaborirati ono što osjećaju ili što ih muči. Samim time, ali i uz proces identifikacije koji je ključan dio ove faze, adolescenti mogu poimati svoje viđenje svijeta/okoline/sebe na drugačiji način od onoga kako to rade djeca stoga će i davati različite opise svoga stanja. Adolescenti imaju atipične simptome kao što su hipersomnija, povećanje apetita i letargija, a osjetljivi su na odbacivanje (Rudan i Tomac, 2009.).

Govoreći o razlici doživljaja depresije, u ovoj razvojnoj fazi u odnosu na ostale, važno je spomenuti da postoji mišljenje kako je depresivnost značajno učestalija u adolescenciji nego u djetinjstvu te da se u ovoj fazi događa svojevrsni obrat u doživljaju kod djevojaka i mladića (Vulić-Prtorić i Sorić, 2001.). Ranije je navedeno kako ne postoje razlike u spolu u zastupljenosti depresije, ali do te razlike dolazi u razdoblju adolescencije tako da je poremećaj zastupljeniji kod djevojaka u odnosu na mladiće. Prema podacima Hrvatskog psihijatrijskog društva (2020.) isti se trend nastavlja i u odrasloj dobi. Wenar (2002., prema Mišćević, 2007.) ukazuje da se depresivni poremećaj češće javlja u adolescenciji te da više od 40% adolescenata



izjavljuje kako doživljavaju snažan osjećaj patnje. Isto potvrđuje i Vulić-Prtorić (2004.) činjenicom da u adolescenciji dolazi do četverostrukog povećanja depresivnog raspoloženja i poremećaja u usporedbi s ranim djetinjstvom.

Kazdin (1998., prema Mišćević, 2007.) navodi kako se termin maskirne depresije koristi kako bi se naglasilo da djeca mogu doživjeti depresiju kao i odrasli. Autor naglašava kako je ona u njihovom slučaju prikrivena simptomima nekih drugih psihopatoloških stanja kao što su fobije. Štoviše, Kocijan Hercigonja i Hercigonja Novković (2004.) navode kako se neki karakteristični simptomi mijenjaju s dobi, a zbog same kompleksnosti ovog poremećaja kod djece simptomi koji ukazuju na depresiju često ostaju neprepoznati ili ih se pripisuje određenoj razvojnoj fazi djeteta. Kao što je ranije spomenuto, depresija dječje dobi slična depresiji odrasle dobi s promjenama u 4 područja: raspoloženju (tužno lice, plač), motivaciji (gubitak interesa za igru), tjelesnom i motoričkom funkcioniranju (nejasne somatske tegobe) te spoznaji (očekivanje neuspjeha).

Tablica 3.2.

*Razlike u kliničkoj slici depresije kod odraslih i djece*

ODRASLI	DJECA I ADOLESCENTI
sniženo, depresivno raspoloženje	iritabilno, hirovito raspoloženje, ljutnja, izostanak doživljaja sreće, povećana plačljivost
smanjeni interesi i uživanje u ranije ugodnim aktivnostima	osjećaj dosade, gubitak interesa za igru i sport, napuštanje ranije ugodnih aktivnosti
značajan gubitak ili porast tjelesne težine	nemogućnost postizanja razvojno očekivane težine (djeca), prejedanje (adolescenti)
nesanica ili prekomjerno spavanje	prekomjerni obrasci spavanja i/ili uspavljivanja, odbijanje jutarnjeg buđenja
psihomotorna retardacija ili agitacija	poteškoće mirovanja, stalno koračanje ili naglašena usporenost a oskudnim spontanim pokretima
umor ili gubitak energije	stalan umor, osjećaj „niske energije“
nisko samopoštovanje, osjećaj krivnje	bježanje od kuće, izjave „nitko me ne voli“, „svi me mrže“, „glup sam“, samokritičnost

Izvor: Ledić i sur. (2019.:80)

Ledić i suradnici (2019.) naglašavaju kako se simptomi depresije u djece razlikuju u odnosu na one u odraslih osoba (tablica 3.2). Isti autori navode da se simptomi depresije kod djece razlikuju od onih kod odraslih osoba što je dijete mlađe. Glavna razlika simptoma kod odraslih i djece jesu veća učestalost osjećaja krivnje i učestaliji pokušaji samoubojstva kod djece i adolescenata (Davidson i Neale, 1999., prema Lebedina Manzoni, 2003.). Ipak, postoje neke sličnosti simptoma koji se javljaju neovisno o dobi osobe, a predstavljaju karakteristične simptome u vidu anhedonije, problema sa spavanjem, umora, sniženog raspoloženja i osamljenosti, tj. promjene raspoloženja te promjene opće aktivnosti, nagona i mišljenja. Beardslee i Podorefsky (1988., prema Kocijan Hercigonja i Hercigonja Novković, 2004.) kazuju kako u nizu istraživanja podaci pokazuju povezanost depresije odraslih osoba s ponižavanjem i emocionalnim zlostavljanjem u djetinjstvu. Ovaj podatak implicira važnost okruženja, pogotovo onog obiteljskog za razvoj mentalnih poremećaja, a time i područje rada profesionalnih pomagača koji se vode krilaticom „najboljeg interesa djeteta“ pri čemu se naravno, naglasak stavlja na zaštitu djetetovih prava i interesa.

#### **4. Dijagnostika i diferencijalna dijagnoza**

Dijagnosticiranje depresivnog poremećaja izazovno je ne samo kod odraslih osoba, već i kod djece budući da simptomi (o kojima govori prethodno poglavlje) koreliraju s promjenama u ponašanju koja se javljaju kao očekivane za pojedini razvojni period djeteta (Filipovčić-Grčić, 2014.). Vulić-Prtorić (2004.) navodi kako je jedan od najvećih problema u psihodijagnostici upravo depresivnost u djece i adolescenata jer je klinička slika izuzetno heterogena. Osim ovog izazova, depresija se izrazito često javlja u komorbiditetu s nekim drugim psihičkim poremećajima, iako se može javiti i kao samostalna bolest. Vulić-Prtorić (2004.:189) naglašava kako je komorbiditet „kao pravilo, a ne izuzetak“. Kocijan Hercigonja i Hercigonja Novković (2004.) navode kako se umjesto dijagnoze depresije često postavlja dijagnoza poremećaja u ponašanju zbog čega je iznimno bitan multidisciplinarni postupak same dijagnoze. Također, Kos (2016., prema Ledić i sur., 2019.) navodi kako liječnici opće prakse ne prepoznaju gotovo 70% depresivnih poremećaja što rezultira neliječenom depresijom. Sam se proces dijagnoze sastoji od liječničkog pregleda, laboratorijskih testova te psihološke evaluacije (Filipovčić-Grčić, 2014.).

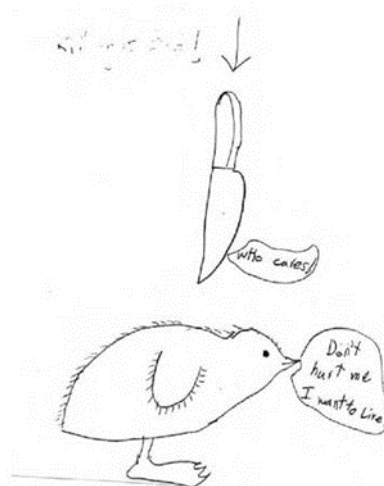
Detaljnije navedeno, dijagnostičku procjenu u prvom redu uključuje **klinički intervju** (s djetetom, roditeljem/skrbnikom ili nekim drugim izvorom informacija). Nadalje, **primjena dijagnostičkih instrumenata i mjernih skala** pri čemu ovdje valja istaknuti (CDI) Skalu depresivnosti za djecu, (CDS) Dječju skalu depresije, Skalu samoprocjene, Reynoldovu skalu depresivnosti za djecu te (SDD) Skala depresivnosti za djecu i adolescente (Ajduković i sur., 2007.). Sljedeći čimbenik dijagnostičke procjene je i **procjena suicidalnosti, prisutnost potencijalnih rizičnih čimbenika** (predisponirajućih, percipirajućih i održavajućih), **procjena komorbidnih stanja** te **fizički pregled i laboratorijske pretrage** (Boričević Maršanić i sur., 2016.). Kocijan Hercigonja i Hercigonja Novković (2004.) navode kako postoje lažne depresivne slike, odnosno najčešća stanja koja mogu djelovati kao depresija, a odnose se na: AIDS, TBC, disfunkciju štitnjače, dijabetes, različite cerebrovaskularne incidente, epilepsiju, influencu, encefalitis, infekcioznu mononukleozu i druge. Ipak, Ledić i suradnici (2019.) navode kako su glavni komorbiditeti depresije vezani za anksiozni poremećaj u prvom redu jer se događa preklapanje poremećaja u gotovo 50% slučajeva (Davidson i Neale, 1999., prema Miščević, 2007.), zlouporabu sredstava ovisnosti, ADHD te poremećaje osobnosti i teškoće učenja.

Slika 4.1. i 4.2.

Primjer crteža za iskazivanje emocija i stavova: tuga (4.1.) i suicidalnost (4.2.)



**Figure 7.24**  
Sad and Lonely Princess



**Figure 6.11**  
"Chick: 'Don't hurt me, I want to live.' Knife: 'Who cares!'"

Izvor: Silver (2005.:68, 114)

U gore navedenim slikama (4.1. i 4.2.) dan je primjer kako se u radu s djecom na osnovi slika i opisa koje djeca daju, pomoću istih tih slika prepoznaju određeni rizici, u ovom slučaju prisutnost usamljenosti, tuge i suicidalnosti te agresivnog ponašanja. Autorica ove zbirke kroz različite crteže i priče, testirajući načine rješavanja problema i određenih situacija, na neki način, otvara put ka djetetovim emocijama i stavovima prema sebi. Ovakav je pristup prikladan za djecu koja imaju poteškoća s izražavanjem ili imenovanjem emocija, a omogućava da stručnjak preko simboličkih prikaza sazna o djetetovom doživljaju sebe i svijeta oko sebe procjenjujući rizik od suicida, nasilnog i agresivnog ponašanja, depresivnih simptoma i slično.

## **5. Odnos roditelj-dijete u kontekstu razvoja depresivnog ponašanja**

Pravovremeno uočavanje i prepoznavanje simptoma depresije u djetinjstvu prevenira sam razvoj u odrasloj dobi jer prema istraživanju Luby (2009.) djeca koja su u dobi od 4 do 10 godina imala simptome, dvije godine kasnije su ih imali manje, dok je četvrtina onih bez simptoma, kasnije imala neke. Poznato je da su djeca roditelja oboljelih od depresije u većem riziku od obolijevanja u odnosu na onu djecu čiji roditelji nemaju dijagnozu depresije. Ako se usmjerimo na određeno razdoblje u kojem se javljaju prvi simptomi depresije kod djece roditelja oboljelih od depresije, taj period počinje već u dobi novorođenčeta. Istraživanja pokazuju kako depresija nastaje kao rezultat loših odnosa roditelj-dijete, pogotovo odnosa majka-dijete (Kocijan Hercigonja i Hercigonja Novković, 2004.). Field (1992., prema Wenar, 2003.) je u svom istraživanju došao do rezultata da dojenčad depresivnih majki razvija depresivni stil već u dobi od 8 mjeseci te ako traje duže od 12 mjeseci negativno utječe na intelektualni rast i razvoj. No, ako se majka liječi i oporavi, dijete će se također oporaviti.

Ruter (1990., prema Kurtović, 2012.) te Sander i McCarthy (2005., prema Kurtović, 2012.) navode kako depresija majke doprinosi smanjenju majčine osjetljivosti na potrebe i signale djeteta, na smanjenje roditeljskih vještina suočavanja i rješavanja problema, narušavanju discipliniranja djeteta te jačanju obiteljskih sukoba doprinosi depresija u majke. Depresija prisutna kod oboljele majke povećava izražavanje samog negativnog efekta majke prema djetetu. Field (2000., prema Luby, 2010.) iznosi podatak kako novorođenče majke oboljele od depresije iskazuju više

negativnih u odnosu na pozitivne podražaje u interakciji sa svojim skrbnikom. Također, majčina depresija utječe na sam tijek depresije kod djece „pojačavajući“ ju od rane do predškolske dobi, ali ne i kasnije (Radke-Yarrow i sur., 1992., prema Wenar, 2003.). Ipak, predškolarci čiji roditelj(i) ima(ju) depresiju, češće pokazuju kognitivne i emocionalne probleme pogotovo u području separacije (Kocijan Hercigonja i Hercigonja Novković, 2004.). Iste autorice navode kako se kod djece školske dobi čiji roditelj(i) ima(ju) depresiju traže pažnju, hiperaktivni su, imaju problema s enurezom i rivalitetom u grupi. Sheeber i suradnici (2007., prema Kurtović, 2012.) dobili su rezultat da je depresivnost adolescenta jače povezana s odnosom s roditeljima nego odnosom s vršnjacima, iako su u tom periodu odnosi s vršnjacima iznimno bitni te je prisutan vršnjački pritisak.

## **6. Suicidalnost djece i mladih oboljelih od depresivnog poremećaja**

„Suicid i pokušaji suicida nisu psihijatrijski poremećaji sami po sebi, već simptomi emocionalne patnje koji mogu biti povezani s određenim psihijatrijskim poremećajima, naročito depresijom“ (Vulić- Prtorić, 2004.: 199). Pojava suicidalnosti kao simptoma depresije nije usko vezana ili određena za samo jedno definirano razdoblje u kojem se javlja depresija, već se kao takva javlja u bilo kojoj fazi zbog čega se vjerojatnost njene pojave nikada ne može isključiti (Boričević Maršanić i sur., 2016.). Suicidalno se ponašanje odnosi na 4 odvojena, ali povezana stanja počevši od **suicidalnih misli** (ideacija) koje mogu varirati od općenitih (npr. „da se bar nikad nisam rodio/la“) do specifičnih koje se odnose na razvijeni plan kako, kada i gdje bi se mogao izvršiti suicid. Sljedeće stanje je **suicidalna komunikacija** koja se dijeli na verbalnu i neverbalnu, a može rezultirati prijetnjom ili planom suicida. Uz postojanje nesuicidalnog ili namjernog samoozljeđivanja, prisutni su i **pokušaji suicida** „visoke“ ili „niske“ namjere ovisno o „smrtnosti“ metode, odnosno načina na koji se osoba pokušala ubiti. Posljednje stanje odnosi se na suicid, odnosno „fatalno samoozljeđujuće ponašanje s dokazanom namjerom“ (Brečić, 2017.: 174).

Kovačić Kozarić i Jendričko (2004.) navode kako 90% oboljelih od mentalnog poremećaja počini suicid, a 15% osoba oboljelih od depresije ima doživotni rizik od počinjenja suicida. U medicinskom priručniku za pacijente (Ivančević, 2002.) istaknuto je kako su pokušaji samoubojstva jasan znak mentalnog oboljenja, pogotovo

depresije. Vrlo često se o suicidalnosti i svim njenim sastavnicama govori u kontekstu adolescenata. Međutim, Morken i suradnici (2020.) su u svom istraživanju dobili podatak da je suicidalnost bila najviše izražena kod ispitanika u dobi od 4 do 6 godina, a sami autori pokušavaju takav podatak objasniti činjenicom da djeca u tom dobnom rasponu igraju igre takve tematike (npr. ratne igre) ili jer im apstraktno mišljenje nije razvijeno toliko da shvate pojmove kao što su smrt, kraj života i slično zbog čega često ispituju za pojašnjenje apstraktnih pojmova. Suicidalnost u vidu prijetnji smrću kod adolescenata često se ogledaju kao pokušaj izazivanja određene reakcije od strane roditelja ili pokazivanja inata ili prkosa zbog neispunjenja želja (Ledić i sur., 2019.). S obzirom na spol, rezultati istraživanja zapadnih zemalja pokazuju kako je učestalost samoubilačkih promišljanja dvostruko veća u adolescentica, dok rezultati istraživanja baltičkih zemalja ne ukazuju na spolne razlike u istom (Franić, 2012.).

Rezultati Svjetske zdravstvene organizacije (WHO) u pogledu porasta samoubojstava u Hrvatskoj ističu najvažnije rizične čimbenike: školski uspjeh, agresivno i impulzivno ponašanje, konzumacija psihoaktivnih tvari, loša komunikacija s roditeljima te povijest samoubojstava unutar obitelji (Ćurković, 2013.). Kroz postupak evaluacije suicidalnog rizika (dijela psihološke procjene), stručnjak postavlja pitanja kao što su „Osjećate li se očajno, beznadežno ili bespomoćno?“ , „Jeste li umoran/umorna od neprekidne borbe?“, „Jeste li razmišljali o suicidu?“, „Je li bilo konkretnih planova?“ te „Postoji li želja za smrću?“ (Ledić i sur., 2019.). Važno je istaknuti kako je suicidalni rizik jedan od razloga za hospitalno liječenje depresivnog pacijenta (Lečić Toševski, 2012., prema Ledić i sur., 2019.).

## **7. Promjene mentalnog zdravlja uslijed pandemije COVID-19**

Jedna od teorija koja objašnjava uzroke pojave psihičkih poremećaja je teorija koja se odnosi na stres i stresne životne događaje. Stres za svakog pojedinca može predstavljati različiti spektar pojedinih situacija, događaja, stvari ili pojava. Ono što se može izdvojiti kao zajedničko većini, ako ne i svojoj populaciji su izvori stresa koji proizlaze iz nečeg nepoznatog. Pojava pandemije COVID-19 posebno je utjecala na osjećaj bespomoćnosti, beznada i neizvjesnosti koja je zatekla populaciju na svjetskoj razini. Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije (WHO, 2022.) pandemija COVID-a 19 dovela je do povećanja prevalencije depresije i anksioznosti od 25% na

svjetskoj razini. Na pitanje kako je pandemija COVID-a 19 utjecala na oboljele od anksioznih i depresivnih poremećaja, odgovor daju Brečić i suradnici (2020.) te objašnjavaju kako se sam utjecaj manifestira kroz pretjeranu tjeskobu ili recidiv nastao zbog nedostatne ili neprilagođene reakcije na novonastalu situaciju.

Pandemija je pogodila i mentalno zdrave osobe, ali je poseban izazov predstavljala osobama oboljelim od mentalnih poremećaja. Panda i suradnici (2021, prema Ueda i sur., 2022.) su u svom istraživanju naveli kako se više od 30% djece urednog razvoja (TDC<sup>5</sup>) suočavalo s anksioznošću, depresijom, iritabilnošću te manjkom pažnje i koncentracije uslijed pandemije COVID-a 19. Govoreći o specifičnim razvojnim razdobljima, školska su djeca bila pogođena oko 15% više za vrijeme pandemije COVID-a 19 u odnosu na uobičajenu prevalenciju depresivnih simptoma (Durankuš, 2021.). Xie i suradnici (2020., prema Korczak i sur., 2022.) te Zhou i suradnici (2020., prema Korczak i sur., 2022.) navode kako postoji pozitivna korelacija između povećanja depresivnih i anksioznih simptoma (44 i 37%) te straha od pandemije COVID-a 19. Izolacija, odvojenost od obitelji i prijatelja, teta u vrtiću ili učiteljica, nošenje maski u zatvorenim i otvorenim prostorijama, svakodnevno izvještavanje o broju zaraženih i preminulih, *online* nastava i mnogo drugih noviteta stvorili su sasvim drugačije okruženje za odrastanje jednog djeteta. Suicidalne misli i ponašanja često se vežu uz prisutnost psihičkih poremećaja, a podaci ukazuju na povećanje njihove pojavnosti uslijed i nakon pandemije COVID-a 19 (WHO, 2022.).

Rezultati probira mentalnog zdravlja djece koje je provela Poliklinika za zaštitu djece i mladeži na uzorku od 22 020 djece i mladih grada Zagreba pokazali su da 1/10 djece (9%) ima značajne anksiozne i/ili depresivne simptome (Buljan Flander i sur., 2021.). Isto istraživanje pokazalo je kako nisu pronađene statističke značajne razlike u iskazivanju simptoma anksioznosti/depresivnosti/posttraumatskog stresnog poremećaja s obzirom na dob, ali su djevojčice češće od dječaka iskazivale veće razine prethodno navedenih poremećaja. Navedeni podatak ukazuje kako čak i u situacijama koji odstupaju od razvojno očekivanih događaja, postoji razlika s obzirom na spol u doživljaju anksioznih i/ili depresivnih poremećaja kao i PTSP-a. Problemi mentalnog zdravlja, karantena i usamljenost, poremećaji spavanja, siromaštvo i slaba socijalna

---

<sup>5</sup> Typically developing children

podrška prema Farooq (2021.) povećavaju rizik od suicidalnih misli. Suicid je drugi najčešći uzrok smrti mladih između 10 i 19 godina (UNICEF, 2022.), a podaci Svjetske zdravstvene organizacije pokazuju da stope suicida u većini zemalja nisu porasle u ranoj fazi pandemije. Ipak, postoje naznake povećanog rizika kod mladih ljudi. Osim navedenih implikacija, pandemija COVID-a 19 pokazala je kako postoje nedostaci u pružanju pomoći i liječenja mentalnih bolesti što dodatno naglašava važnost većeg ulaganja u taj sustav te kontinuirano pružanje pomoći ne samo liječnika i medicinskih djelatnika već i drugih stručnjaka pomažućih profesija.

## **8. Liječenje djece i mladih oboljelih od depresivnog poremećaja**

Pravovremeni odlazak liječniku i prepoznavanje simptoma depresije kod djece, nužni su za prevenciju javljanja depresivnog poremećaja u kasnijim razdobljima. Vulić-Prtorić (2004.) navodi kako je velik broj nedijagnosticiranog depresivnog poremećaja u djece i odraslih, ali podatak da se oko 90% depresivnih epizoda može riješiti kratkotrajnom, ali intenzivnom terapijom je ohrabrujući. Epizoda velikog depresivnog poremećaja kod djece i adolescenata u prosjeku traje između 7 i 9 mjeseci (Ledić i sur., 2019.). Kod 40% pacijenata dolazi do recidiva unutar 2 godine, a unutar pet godina kod 70% pacijenata (Ledić i sur., 2019.). Prema Vitenge i sur. (2007., prema Negele i sur., 2015.) stope recidivizma su visoke te iznose 50% poslije prve epizode, 70% poslije druge te 90% poslije treće depresivne epizode.

Ciljevi liječenja depresivnog poremećaja ne razlikuju se uvelike od općenitih ciljeva liječenja, a obuhvaćaju: reduciranje i eliminaciju simptoma, vraćanje funkcionalnosti koja je postojala prije oboljenja te smanjenje mogućeg relapsa (Kučkalić, 2011, prema Ledić i sur., 2019.). Samo liječenje odvija se kroz tri faze koje se nazivaju akutna, kontinuirana te faza održavanja. Svaka se faza razlikuje s obzirom na ciljeve koje bi trebala ispuniti te vremenski okvir trajanja. Prema Ledić i suradnicima (2019.) akutna faza traje između 8 i 12 tjedana, a kao glavni cilj ima uklanjanje simptoma. Kontinuirana faza traje između 6 i 12 mjeseci s ciljem konsolidacije terapijskog dogovora i sprječavanja relapsa. Faza održavanja traje najduže, između godine i tri godine i odnosi se na izbjegavanje pojavnosti nove epizode (pogotovo kod onih koji su imali više depresivnih epizoda).



Vulić-Prtorić (2004.) navodi kako se u prvoj fazi uspostavlja dobar terapijski odnos terapeuta i djeteta, ali i terapeuta i roditelja dok je u drugoj naglasak na jednomjesečnim susretima koji su se pokazali efikasnima. Ista autorica za treću fazu navodi smjernice Američke akademije za dječju i adolescentnu psihijatriju koji savjetuju da bi kod djeteta s 2 ili 3 epizode faza održavanja trebala trajati godinu do tri, a ako se javljaju suicidalne misli i pokušaji ili otpori, trajanje faze se produžuje. Izuzetno je važno naglasiti da liječenje, odnosno tretman mora obuhvatiti i komorbidne poremećaje (Boričević Maršanić i sur., 2016.). Prema Boričević Maršanić i suradnicima (2016.) naglasak liječenja mora biti na individualnosti i to u kontekstu: dobi, kognitivnog razvoja, rizičnih i zaštitnih čimbenika (npr. temperament, stresni životni događaji), jačine i podtipa depresije i preferencije djeteta i roditelja oko pojedinog oblika liječenja. Općenito je vrlo važno da se liječenju pristupi na multidimenzionalnoj razini jer se često za psihičke poremećaje kaže da su oni bolest cijele obitelji, a da bi liječenje uspjele, potreban je širok djelokrug stručnjaka. Počevši od roditelja/skrbnika, odgajatelja, nastavnika i učitelja, pedagoga, psihologa, socijalnog radnika preko medicinskog osoblja pa sve do liječnika (psihijatar, pedijatar) gdje svaki od njih ima svoju zadaću od prepoznavanja/ uočavanja simptoma pa do liječenja istih. Vitello (2009., prema Boričević Maršanić i sur., 2016.) proces liječenja dijeli na tri aspekta: psihoedukaciju, psihoterapiju i farmakoterapiju, koji su teme sljedećih potpoglavlja.

### 8.1. *Psihoedukacija*

Psihoedukacija, kao što joj i samo ime kaže označava proces poučavanja, odnosno edukacije svih važnih aktera (u prvom redu roditelja i skrbnika) o simptomima, posljedicama, prognozi, vrstama i trajanju tretmana i slično (Boričević Maršanić i sur., 2016.). Vulić-Prtorić (2004.:257) navodi kako je ona „sastavni dio gotovo svih terapijskih pristupa“. Isto potvrđuje Lebedina Manzoni (2007.) naglašavajući kako je vrlo bitna u početku, ali i tijekom cijele terapije. Babić i suradnici (2018.) ističu kako psihoedukacija smanjuje rizik od pogoršanja bolesti. Osim roditelja/skrbnika, ovisno o dobi i sposobnosti razumijevanja djeteta važno je objasniti kakav je to poremećaj, na koji se način može tretirati, odnosno liječiti, koliko će to trajati te na kojim se kapacitetima djeteta može raditi da se unaprijede njegove sposobnosti suočavanja s problemima/izvorima stresa i posljedično da se dijete izliječi.

Važnost i nužnost edukacije roditelja očituje se u nekoliko komponenata. U prvom redu, bitno ih je upoznati sa svim aspektima bolesti da znaju zašto je važno uočavati simptome (ne samo kad uoče da se dijete ponaša „drugačije“, već da imaju potrebna znanja neovisno o tome), bez obzira na to jesu li se do sada susreli sa psihičkim poremećajima ili ne. Osim roditelja, važno je educirati i odgajatelje, učitelje razredne i predmetne nastave jer su oni, kao što je ranije navedeno, ponekad prvi koji primijete promjene na djeci. Iako se psihoterapija koristi češće od farmakoterapije, važno je naglasiti zašto je bitno da djeca koriste farmakoterapiju ako im je pripisana jer je poznato da su roditelji često skloni negirati ili odbijati njezino uzimanje (često misleći kako time djeci rade uslugu). Kako ističe Vulić-Prtorić (2004.) uloga roditelja očituje se u stvaranju toplog okruženja pogodnog za pružanje podrške i razumijevanje problema, a samim time i pomoći samom djetetu da shvati i razumije „što mu se to događa“.

## 8.2. Psihoterapija

Pojam psihoterapije označava metodu liječenja psihičkih poremećaja na temelju postavljene dijagnoze. Osnovni pravci su analitička, bihevioralna i kognitivna, a osnovni oblici podrazumijevaju individualnu, grupnu i obiteljsku. Kocijan Hercigonja i Hercigonja Novković (2004.) navode kako se u radu s djecom najčešće koristi terapija igrom jer omogućava da se dijete izrazi na način koji mu je najbliži i koji koristi svakodnevno. Terapija igrom može se provoditi individualno ili grupno. Primjenom individualnih terapija dijete se pokušava usmjeriti na *self*-percepciju kroz tehnike i metode, dok grupna terapija pomaže djetetu steći sigurnost, izrazi emocije i nauči uspostaviti empatiju (Kocijan Hercigonja i Hercigonja Novković, 2004.).

Tablica 8.1.

Terapijski pravci te njihove karakteristike

Terapija	Karakteristike
Psihoanalitička (Freudeova teorija ljutnje, Bibringova teorija samopoštovanja i Blattova teorija privrženosti i autonomije)	transfer osjećaja ljutnje prema sebi, ideje napuštenosti i gubitka autonomije koji se projiciraju na terapeuta (procesi se potiču kroz crteže, igre, igranje lutkama ili životinjama), a prikladni su za djecu od 6 do 12 g.)
Bihevioralna (Lewinsohnova bihevioralna teorija)	uvježbavanje socijalnih vještina, a naglasak je na pozitivnim podražajima i

	informacijama kako bi dijete uz pomoć terapeuta moglo razumjeti odluke odraslih koje za djecu mogu biti okidači stresa (npr. razvod)
Kognitivna (Beckova kognitivna teorija, Teorije naučene bespomoćnosti i beznadnosti)	dijete ili adolescenta se uči da promatra situacije u kojima mu se javljaju automatske depresivne misli i da evaluira njihovu valjanost te se uključi u aktivnosti kojima će se riješiti negativnih misli i ideja
Kognitivno-bihevioralna (KBT)	razvijanje vještina za kontrolu vlastitog ponašanja, razumijevanje prirode istog i pronalazak adekvatnih strategija za suočavanje sa stresom i/ili problemima, terapija podrškom i uvježbavanje socijalnih vještina
Obiteljska	trening obiteljske komunikacije, trening rješavanja problema, trening socijalne podrške, ponovno dogovaranje uloga

Izvor: Kocijan Hercigonja i Hercigonja Novković (2004.), Vulić-Prtorić (2004.) i Boričević Maršanić i sur. (2015.).

Kocijan Hercigonja i Hercigonja Novković (2004.) navode kako je psihoterapijski rad s djecom i mladima vrlo izazovan jer osim uloge terapeuta koja mu/joj je primarna, on/a često mora preuzimati uloge roditelja, prijatelja, učitelja i/ili modela. Terapijski odnos mora biti takav da se uspostavi odnos povjerenja. Osim tog „cilja“, terapeut se mora znati nositi s očekivanjima koje dijete i/ili roditelj ima od njega ili cjelokupnog procesa što je posebno izazovno. U gore navedenoj tablici (8.1.) navedene su karakteristike određenih psihoterapijskih pravaca koji se koriste u rastu s djecom i mladima oboljelima od depresije. Autori Reinecke i sur. (1998., prema Boričević Maršanić i sur., 2016.) ističu kako je KBT<sup>6</sup> najbolji oblik psihoterapije za dijete ili adolescenta koji ima blagi ili umjereni oblik depresije, dok za teži oblik uz psihoterapiju savjetuju i farmakološki tretman.

### 8.3. Farmakoterapija

Upotreba lijekova u liječenju depresivnog poremećaja nije novost, a uporaba antidepresiva predstavlja „kamen temeljac“ farmakološkog liječenja posljednjih desetljeća (Kučkalić i sur., 2007.:40). Težnja je struke propisivati lijekove djeci samo u slučaju težih simptoma, odnosno teške depresije (Kocijan Hercigonja i Hercigonja

<sup>6</sup> Kognitivno bihevioralna terapija

Novković, 2004.). Pri propisivanju lijekova djeci, Kocijan Hercigonja i Hercigonja Novković (2004.) navode kako je vrlo važno poznavati fiziološke karakteristike djeteta, npr. tjelesnu težinu ili metabolizam te psihološke čimbenike poput načina na koji će objasniti djetetu kako uzimati lijek. Lijekovi koji se najčešće pripisuju pripadaju skupini SSRI<sup>7</sup> (sertralin, fluoksetin, fluvoksamin, paroksetin i escitalopram (Kocijan Hercigonja i sur., 2002.). Vujnović (2015.) navodi kako je farmakoterapija ponekad nužna uz samu psihoterapiju, a rijetko je prvi izbor. Kombinacija KBT-a i fluoksetina povećava učinkovitost terapije kod umjerene depresije u odnosu na učinkovitost kod svakog tretmana pojedinačno, odnosno kad se svaki tretman koristi zasebno (Vitello, 2009., prema Boričević Maršanić i sur., 2016.).

#### 8.4. *Duhovnost i religioznost*

Prema holističkom pristupu, čovjek treba liječiti svoju bolest na svim razinama (duhovnoj, psihološkoj i tjelesnoj). Novija istraživanja usmjeravaju liječenje naglašavajući efekt religioznosti i duhovnosti koji djeluju zaštitnički na pojavu depresije, ali i na smanjenje postojeće (Ledić i sur., 2019.). Autori Babić i sur. (2018.) ističu kako kršćanska vjera daje smisao života i nadu promovirajući poštivanje sebe i drugih stvarajući antidepresivni učinak. Duhovna bi terapija mogla pomoći mladima koji pokušavaju pronaći smisao ili cilj (npr. života, školovanja, bolesti) dajući im stabilan temelj za vlastiti rast i razvoj. Ponekad se mladi, zbog teškoća, patnje ili bolesti koju imaju odlučuju pomoć potražiti u duhovnosti i religioznosti tragajući za objašnjenjem svoje patnje ili osjećaja sigurnosti da će sve ipak biti dobro. Pojava logoterapije te hagioterapije dala je smjernice za temelj ovakvog pristupa u liječenju depresivnog poremećaja (Vidić, 2021.) koji je, čini se, za sada namijenjen mladima i odraslima ostavljajući prostora za prilagodbu djeci.

#### 8.5. *Važnost pomažuće profesije socijalnog rada*

Kao što je ranije naglašeno, socijalni je radnik samo jedan u nizu stručnjaka (zajedno sa liječnikom, medicinskom sestrom, psihologom, rehabilitatorom, radnim terapeutom i ostalima) koji radi u multidisciplinarnom timu. Sama uloga socijalnog radnika objašnjena je kroz istraživanje Milić-Babić i Laklija (2019.) koje je pokazalo

---

<sup>7</sup> Selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina

kako socijalni radnik istovremeno obavlja šest uloga kroz rad unutar sustava zdravstva. Socijalni je radnik informator, odnosno osoba koja educira i informira pacijente o njihovim pravima, stanju i potrebama djece i uslugama koje se nude u lokalnoj zajednici. On je također i administrator u slučajevima uzimanja socio-anamnestičkih podataka te rješavanja administracije, a istovremeno obavlja ulogu savjetovatelja kroz grupni i individualni savjetovanišni rad. Također, postaje profesionalac za specifične aktivnosti u vidu poslova oko prijema/otpusta djeteta ili odrasle osobe, ali uzima ulogu stručnjaka za rad s različitim profilima pacijenata (maloljetnici, žrtve nasilja, ovisnici, psihički oboljeli pacijenti i drugi). Posljednja se uloga odnosi na djelatnika za hitne nezdravstvene stručne intervencije koje uključuju smještaj djeteta u ustanovu/rehabilitacijski centar kao i obavještanje Centra za socijalnu skrb o roditeljima ovisnicima (Milić-Babić i Laklija, 2019.).

Socijalni bi radnik trebao sudjelovati u svim etapama liječenja, bolničkog (od samog prijema do otpusta), ali i izvanbolničkog (rehabilitacija, resocijalizacija) koje je puno češće, najviše se usmjeravajući na socijalne, obiteljske i okolišne čimbenike koji mogu imati određenu ulogu u pojavnosti bolesti, ali i u samom tijeku bolesti/liječenja. Važan je faktor pri pomaganju oboljelima od psihičkih bolesti stvoriti pozitivno i toplo okruženje koje će im olakšati „povratak“ u svoje obitelji, na radna mjesta i lokalnu sredinu. Takav će se pristup temeljiti na senzibilizaciji okoline (posebno bliskih ljudi, ali i radnih kolega) i destigmatizirajućem ophođenju prema oboljelom iz primjera vlastitih akcija. Uz navedeno, posebnu ulogu ima u otkrivanju rizičnih čimbenika kao što su suicidalnost, zlostavljanje i/ili zanemarivanje ili bilo koji drugi oblik rizika koji dijete dovodi u opasnost. Pri svom se djelovanju, usmjeravaju na kontaktiranje službi u vidu vrtića, škole, CZSS te roditelja/skrbnika i drugih važnih aktera.

Jedna od glavnih zadaća socijalnog radnika jest biti potpora pacijentu, ali i pokretač u ostvarivanju prava i nužne pomoći. Također, socijalni radnik u svom timu provodi socioterapiju koja se definira kao „skupina postupaka čiji je cilj u tijeku ili nakon psihijatrijskog liječenja pripremiti pacijenta za povratak u njegovu sredinu“ (Stjepanović i sur., 2015.:40). Socioterapija se sastoji od nekoliko aspekata koji uključuju trening socijalnih vještina, *case management*, treninge radnih vještina, okupacijsku i radnu terapiju, klubove psihosocijalne pomoći i programa samopomoći

te terapijsku zajednicu. Razvojem grupne terapije, razvija se i socioterapijska grupa koja osobama s mentalnim oboljenjima pomaže naučiti iskazivati (potisnute) emocije, razvijati osjećaj pripadnosti grupi i pridonositi smanjenju depresivnih i anksioznih raspoloženja (Babić i sur., 2018.). Naglasak je ipak, potrebno staviti na razvoj specifičnih oblika liječenja koji bi mogli obavljati socijalni radnici koji rade s djecom oboljelom od mentalnih poremećaja (pogotovo depresivnih) u razvojnoj fazi djetinjstva ili adolescencije.

## **9. Zaključak**

Depresija se u svakodnevnom govoru često koristi kao pojam za opis stanja kratkotrajnog osjećaja tuge, iako predstavlja ozbiljan psihički poremećaj. Budući da ima pregršt mogućih uzorka, teško je odrediti što točno uzrokuje pojavu ovog mentalnog poremećaja. Ipak, depresija se danas promatra u kontekstu bolesti koja se može javiti u bilo kojem životnom razdoblju neovisno o dobi što je izrazito bitno radi prevencije i ranog otkrivanja iste. Istraživanja depresije kod djece pokazuju kako je s manjom djecom potrebno raditi na otkrivanju negativnih misli kroz slike, likove ili priče te bi se na tom trebao temeljiti pristup poremećaja raspoloženja općenito pa tako i depresije. Kod djece školskog uzrasta korisno je usmjeriti se na okolinske faktore kao što su škola ili hobiji, dok je kod adolescenta fokus na pojedincu, odnosno njegovoj nutrini.

Osim pomaka u načinu na koji se pristupalo ovoj bolesti, važno je što se krug aktera koji na bilo koji način mogu sudjelovati u procesu liječenja (od prepoznavanja simptoma preko postavljanja dijagnoze pa sve do primjene terapije) proširio tako da je u njega uključen veliki tim stručnjaka iz različitih područja. Shodno tome, simptome koji su specifični za određeno razdoblje djeteta mogu pratiti različiti stručnjaci čime se sfere djetetova života „pokrivaju“ tako da ga svaki profesionalac motri u određenom trenutku. Napretkom u otkrivanju novih simptoma, došlo je i do razvoja terapija koje se pripisuju oboljelima. Usmjerenost isključivo na lijekove, zamijenile su psihoterapija kao i socioterapija gdje je naznačena prilika za rad stručnjaka pomažućih profesija. Uz to, u ovom je radu navedeno područje religioznosti i duhovnosti koje novija istraživanja stavljaju kao nove mogućnosti terapije.

Kao bolest 21. stoljeća, depresija ostavlja različite posljedice na pojedinca (oboljelog) i njegovu obitelj. Posljedice „osjećaju“ i prijatelji pa čak i lokalna sredina i/ili poznanici. Zbog toga je uloga medija, stručnjaka iz područja medicine, psihologije te socijalnog rada da educiraju javnost o svemu onome što depresija jest. Sukladno tomu, glavni fokus mjera trebao bi biti usmjeren ka pomoći djeci i roditeljima pri uočavanju i prepoznavanju simptoma depresije, pružanju podrške i potpore kroz cijeli proces liječenja te senzibiliziranju lokalne zajednice i okoline oboljelog djeteta ili mlade osobe. Neizostavno je naglasiti kako je depresija puno više od osjećaja tuge i neraspoložnosti zbog čega su stručna pomoć i podrška neizostavni dio oporavka.

## 10. Literatura

- Američka psihijatrijska udruga (2014). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, V. izdanje*. U: V. Jukić i G. Arbanas (ur.). Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Babić, D., Martinac, M., Pavlović, M., Babić, R., Barać, K., i Beus, I. (2018). *Psihijatrija-odabrana poglavlja*. Mostar: Sveučilište u Mostaru.
- Boričević Maršanić, V., Zečević, I., Paradžik, Lj., Šarić, D. i Karapetrić Bolfan, Lj. (2015). Kognitivne tehnike u kognitivno bihevioralnoj terapiji mlađe djece s eksternalnim poremećajima. *Socijalna psihijatrija*, 43(4), 183-190.
- Boričević Maršanić, V., Zečević, I., Ercegović, I., Paradžik, Lj. i Grgić, V. (2016). Sva lica dječje depresije-Heterogenost, kliničke slike depresije u djece i adolescenata. *Paediatrica. Croatica*, 60(1), 119-125.
- Brečić, P. (2017). Suicidalnost u psihijatrijskim poremećajima. *Medicus*, 26(2), 173-183.
- Brečić, P., Jendričko, T., Vidović, D., Makarić, P., Ćurković, M. i Ćelić, I. (2020). Utjecaj pandemije COVID-19 na pacijente s anksioznim i depresivnim poremećajima. *Medicus*, 29(2), 237-242.
- Buljan Flander, G., Mikloušić, I., Redžepi, G., Selak Bagarić, E. i Brezinščak, T. (2021). *GODINU DANA POSLIJE: Rezultati probira mentalnog zdravlja djece u Zagrebu*. Zagreb: Poliklinika za zaštitu djece i mladih grada Zagreba.
- Ćurković, M. (2013). Rizični čimbenici psihičkih poremećaja djece i adolescenata. U: K., Dodig-Ćurković (ur.). *Psihopatologija dječje i adolescentske dobi* (31-37). Osijek: Svijetla grada.
- Durankuş, F. (2021). Effects of the COVID-19 Pandemic on Anxiety and Depressive Symptoms in School-Age Children. *Cerrahpaşa Medical Journal*, 45(2), 87-94.
- Farooq S., Tunmore, J., Wajid, Ali M. & Ayub M. (2021). Suicide, self-harm and suicidal ideation during COVID-19: A systematic review. *Psychiatry Research*, 306, 1-12.



- Filipovčić-Grčić, L. (2014). Depresija, kako je prepoznati i kako se ponašati prema onima koji pate od nje. *Gyrus Journal*, 2, 58-61.
- Franić, T. (2012). *Psihosocijalne odrednice samoubilačkih promišljanja u ranoj adolescenciji*. (Doktorska disertacija). Split: Medicinski fakultet.
- Hrvatsko psihijatrijsko društvo (2020). *#ispodpovršine*. Posjećeno 4.7.2022. na mrežnoj stranici #ispodpovršine: <https://ispodpovrsine.hr/>.
- Ivančević, Ž. (ur.). (2002). *MSD: Medicinski priručnik za pacijente*. Split: Placebo.
- Karlović, D. (2017). Depresija: klinička obilježja i dijagnoza. *Medicus*, 26(2), 161-165.
- Kocijan Hercigonja, D., Kozarić-Kovačić, D. i Hercigonja, V. (2002). Psihofarmakoterapija kod djece i adolescenata. *Medicus*, 11(2), 259-262.
- Kocijan Hercigonja, D. i Hercigonja Novković, V. (2004). Depresija kod djece. *Medicus*, 13(1), 89-93.
- Korczak, DJ., Cost, KT., LaForge-MacKenzie, K., Anagnostou, E., Birken S, C., Charach, A., Monga, S. & Crosbie, J. (2022). Ontario COVID-19 and Kids Mental Health Study: a study protocol for the longitudinal prospective evaluation of the impact of emergency measures on child and adolescent mental health during the COVID-19 pandemic. *BMJ Journals*, 12(3), 1-13.
- Kozarić-Kovačić, D. i Jendričko, T. (2004). Suicidalnost i depresija. *Medicus*, 13(1), 77-87.
- Kučukalić, A., Bravo-Mehmedbašić, A. i Džubur-Kulenović, A. (2007). *Vodič za liječenje depresivnih poremećaja*. Sarajevo: Ministarstvo zdravstvenih kantona Sarajevo, Institut za naučnoistraživački rad i razvoj kliničkog centra u Sarajevu.
- Kurtović, A. (2012). Uloga obitelji u depresiji adolescenata. *Klinička psihijatrija*, 1-2, 37-58.
- Lebedina Manzoni, M. (2007). *Psihološke osnove poremećaja u ponašanju*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Ledić, L., Šučac, A., Ledić, S., Babić, R. i Babić, D. (2019). Depresija u djece i adolescenata. *Zdravstveni glasnik*, 5(2), 75-85.

Leksikografski zavod Miroslav Krleža (2021). *Depresija*. Posjećeno 8.7.2022. na mrežnoj stranici Leksikografskog zavoda Miroslav Krleža: <https://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?id=14632>.

Lepeduš, M., Mikulaj, K. i Gall Trošelj, K. (2017). Epigenetika i depresivni poremećaj. *Medicina fluminensis*, 53(2), 159-167.

Luby, J. L. (2009). Early childhood depression. *The American Journal of Psychiatry*, 166(9), 974–979.

Luby, J. L. (2010). Preschool depression: The importance of identification of depression early in development. *Current Directions in Psychological Science*, 19(2), 91–95.

Milić-Babić, M i Laklija, M. (2019). Socijalni rad u zdravstvu- pogled iz kuta socijalnih radnika zaposlenih u bolnicama. *Jahr*, 10(1), 9-32.

Mimica, N., Folnegović-Šmalc, V., Uzun, S. i Makarić, G. (2004). Suvremena klasifikacija depresije i mjerni instrumenti. *Medicus*, 13(1), 19-29.

Miščević, M. (2007). *Simptomi anksioznosti i depresivnosti kod osnovnoškolske djece*. (Diplomski rad). Zagreb: Filozofski fakultet.

Morken, I. S., Viddal, K. R., Ranum, B. & Wichstrøm, L. (2020). Depression from preeschool to adolescence-five facts of stability. *Journal of Child Psychology and psychiatry*. 62(8), 1000-1009.

Negele, A, Kaufhold, J., Kallenbach, L. & Leuzinger-Bohleber, M. (2015). Childhood Trauma and Its Relation to Chronic Depression in Adulthood. *Depression Research and Treatment*, 2015 (5), 1-11.

Rudan, V. i Tomac, A. (2009). Depresija u djece i adolescenata. *Medicus*, 18(2), 173-179.

Silver, R. (2005). *Aggression and Depression Assessed Through Art: Using Draw a story to identify children and adolescents at risk*. London: Routledge.

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), 36-43.

UNICEF (2022). *ON MY MIND: How adolescents experience and perceive mental health around the world*. [datoteka s podacima]. Dostupno na mrežnoj stranici UNICEF-a: [https://www.unicef.org/reports/state-worlds-children-2021?utm\\_source=referral&utm\\_medium=media&utm\\_campaign=sowc-web](https://www.unicef.org/reports/state-worlds-children-2021?utm_source=referral&utm_medium=media&utm_campaign=sowc-web).

Ueda, R., Okada, T., Kita, Y., Ozawa, Y., Inoue, H., Shioda, M., Kono, Y., Kono, C., Nakamura, Y., Amemiya, K., Ito, A., Sugiura, N., Matsuoka, Y., Kaiga, C., Kubota, M., & Ozawa, H. (2021). The quality of life of children with neurodevelopmental disorders and their parents during the Coronavirus disease 19 emergency in Japan. *Scientific Reports*, 12(1), 4298.

Vidić, D. (2021). *Utjecaj vjere i religioznosti na depresivnost osobe*. (Diplomski rad). Đakovo: Katolički bogoslovni fakultet.

Vulić-Prtorić, A. i Sorić I. (2001). Taksonomija depresivnosti u djetinjstvu i adolescenciji: razlike i sličnosti s obzirom na spol i dob ispitanika. *Medica Jadertina*, 31, 115-140.

Vulić-Prtorić, A. (2004). *Depresivnost u djece i adolescenata*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Vujnović, N. (2015). *Depresija u adolescenata i komorbiditet*. (Diplomski rad). Split: Medicinski fakultet.

Zelembrz, E. (2020). *Obilježja komorbiditeta depresivnih poremećaja u ranoj adolescenciji*. (Diplomski rad). Osijek: Filozofski fakultet.

Wenar, C. (2003). *Razvojna psihopatologija i psihijatrija dojenačke dobi do adolescencije*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

WHO (2022). *Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact*. [datoteka s podacima]. Dostupno na mrežnoj stranici Svjetske zdravstvene organizacije: [https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci\\_Brief-Mental\\_health-2022.1](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1).

## **11. Popis tablica**

3.1. Simptomi depresije ovisno o djetetovoj dobi

3.2. Razlike u kliničkoj slici depresije kod odraslih i djece

8.1. Terapijski pravci te njihove karakteristike

## **12. Popis slika**

4.1. Primjer crteža za iskazivanje emocija i stavova: tuga

4.2. Primjer crteža za iskazivanje emocija i stavova: suicidalnost