

Depresija kod adolescenata

Saliu, Kristina

Undergraduate thesis / Završni rad

2023

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:199:982761>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-24**



Repository / Repozitorij:

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



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
PRAVNI FAKULTET
STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA

Kristina Saliu

DEPRESIJA KOD ADOLESCENATA

ZAVRŠNI RAD

Zagreb, 2023.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
PRAVNI FAKULTET
STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA

Kristina Saliu

DEPRESIJA KOD ADOLESCENATA

ZAVRŠNI RAD

prof. dr. sc. Marina Ajduković

Zagreb, 2023.

SADRŽAJ

1. Uvod	1
2. Internalizirani i eksternalizirani problemi	2
3. Dječja depresivnost – F92	3
3.1. <i>Epidemiologija</i>	4
3.2. <i>Etiologija</i>	4
3.3. <i>Klinička slika</i>	5
4. Razlike po spolu	8
5. Rizični čimbenici	10
6. Zaštitni čimbenici	12
7. Prevencija	13
8. Liječenje	14
8.1. <i>Psihoterapija</i>	15
8.1.1. <i>Kognitivno-bihevioralna terapija</i>	15
9. Uloga socijalnog radnika kod adolescenata s depresijom	16
10. Zaključak	18
11. LITERATURA	21
Popis tablica	27

Depresija kod adolescenata

Sažetak:

Iako je depresija adolescenata tek 1971. godine priznata kao poremećaj kod djece i adolescenata, ona je danas veoma važna i zastupljena tema. Upravo zbog toga cilj ovog rada je prikazati što ona zapravo jest i koje su njene specifičnosti i značajke. U radu su najprije iznese glavne činjenice vezane uz depresiju adolescenata, kao što su epidemiologija, etiologija i simptomi, točnije klinička slika. Kako je ona u adolescenciji prisutnija kod djevojaka, prikazane su i razne hipoteze koje nude objašnjenje navedenoj pojavi. Zatim su prikazani razni rizični čimbenici koji vode razvoju depresije kod adolescenata, a i oni zaštitni koji ublažavaju rizične. Nakon toga je ukazana važnost prevencije i primjeri određenih preventivnih programa i na koje načine se depresija liječi. Naposljetku, prikazana je važnost uloge struke socijalnog rada u radu s adolescentima koji su u riziku od razvoja depresivnog poremećaja, kao i onih koji su ga već razvili.

Ključne riječi: adolescencija, depresija, simptomi, rizični faktori, zaštitni faktori, prevencija, socijalni radnik

Although adolescent depression was only recognized as a disorder in children and adolescents in 1971, it is a very important and widespread topic today. Precisely because of this, the goal of this paper is to show what it actually is and what its specificities and features are. The paper first presents the main facts related to adolescent depression, such as epidemiology, etiology and symptoms, precisely, the clinical picture. As it is more present in girls in adolescence, various hypotheses have been presented that offer an explanation for the mentioned phenomenon. Then, various risk factors that lead to the development of depression in adolescents are presented, as well as protective factors that mitigate the risk factors. After that, the importance of prevention and examples of certain preventive programs and the ways in which depression is treated are presented. Finally, the importance of the role of the social work profession in working with adolescents who are at risk of developing a depressive disorder, as well as those who have already developed it, is presented.

Key words: adolescence, depression, symptoms, risk factors, protective factors, prevention, social worker

Izjava o izvornosti

Ja, Kristina Saliu pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključiva autorica 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: Kristina Saliu

Datum: 15.09.2023.

1. Uvod

Depresivni poremećaj, kao i depresivno raspoloženje dio su ljudske psihopatologije od početka ljudske civilizacije. S obzirom na pojavnost raznih simptoma i oblika, dio su različitih tjelesnih i psihijatrijskih bolesti, što čini veliki izazov za praktičare (Karlović, 2017.). Osim toga, sama riječ depresija može označavati i psihički poremećaj, ali i normalno ljudsko emocionalno stanje (Nair, i sur., 2004.). Sama riječ depresija nalazi korijene u latinskom; *deprimere* koja ima značenje pritisnuti ili udubiti (Karlović, 2017.). S obzirom na višestruke učinke koje depresija ima za pojedinca, ista je i rangirana kao četvrti vodeći uzrok invaliditeta i prerane smrti u svijetu (Hankin, 2006.). Svjetska zdravstvena organizacija procjenjuje kako će depresija postati drugi vodeći javnozdravstveni problem u cijelom svijetu (Ledić, 2019.). Iako se depresija u većini slučajeva javlja kao primarni poremećaj, nerijetko se javlja i u kombinaciji s drugim psihološkim poremećajima poput zlouporabe sredstava ovisnosti, anksioznosti, poremećaj osobnosti i slično (Birmaher i sur., 1996.). Sami depresivni poremećaji u klasifikaciji DSM – 5 čine zasebnu skupinu mentalnih poremećaja koju čine nekoliko različitih poremećaja, a zajedničko im je smanjeno funkcioniranje, iritabilno raspoloženje te ponašanje (Ledić, 2019.).

Kada je riječ o depresiji, važno je razlikovati tri različita pojma; simptom koji doživljavaju svi ljudi, sindrom koji čini kombinaciju nekoliko simptoma i samostalni entitet, točnije poremećaj kojeg čini depresivni sindrom s određenim trajanjem, intenzitetom i posljedicama na svakodnevno funkcioniranje pojedinca (Karlović, 2017.). Depresija zaista je poremećaj širokog dosega u epidemiologiji, onemogućavajući oboljelima njihovo svakodnevno funkcioniranje. Ljudi kojima je ona dijagnosticirana imaju sniženo raspoloženje te se ujedno javlja i nesklonost prema svakodnevnim aktivnostima, kao i aktivnostima u kojima su nekada uživali, što dovodi do negativnog utjecaja na misli, afekt i na samo ponašanje (Ledić i sur., 2019.). Nadalje, česti simptomi depresivnog poremećaja su osjećaji tjeskobe, zabrinutosti, tuposti, nemoći, a često se javlja i gubitak nade. Osim navedenog, osobe često zapuštaju vanjski izgled, odnosno brigu o higijeni, imaju poteškoće vezane uz spavanje, bilo da ne mogu spavati ili imaju potrebu za prekomjernim snom, a nerijetko

se javljaju i problemi vezani uz prehranu (prejedanje ili izgladnjivanje), kao i razne poteškoće vezane uz održavanje koncentracije (Karlović, 2017.).

Pojavnost depresije sve češća je u adolescenata što nije neobično budući da je adolescencija period emocionalne nestabilnosti, koju uzrokuje tranzicija iz djetinjstva u odraslu dob (Nair i sur., 2004.). Kako bi se uopće moglo govoriti o depresiji kod adolescenata, važno je odrediti sam pojam adolescencije. Adolescencija obuhvaća razdoblje života u dobi od 10. do 22. godine života, no valja naglasiti kako je teško govoriti o njenom završetku te se ovaj period gleda kao približni period trajanja adolescencije. Ona uključuje različite psihičke, hormonalne te fiziološke promjene kroz koje pojedinci prolaze, kao i njihov pokušaj psihičke prilagodbe na sve promjene kroz koje prolaze (Rudan i Tomac, 2009.). Jasno je kako ona zaista je najosjetljivije razdoblje, u kojemu češće nego u drugim životnim razdobljima, dolazi do pojave rizičnih ponašanja, bilo internaliziranih ili eksternaliziranih (Kuzman, 2009.). Iako se danas sve češće ukazuje kako je dječja i adolescentna depresija prema pojedinim simptomima i odrednicama slična depresiji kod odraslih, postoje određene razlike u njenoj težini, opsegu te utjecaju simptoma na djecu i adolescente (Rudan i Tomac, 2009.).

2. Internalizirani i eksternalizirani problemi

Budući kako je depresija samo jedan od internaliziranih problema adolescenata, potrebno je nešto reći i o tome. Poteškoće kod adolescenata najčešće se dijele na dvije skupine; internalizirane i eksternalizirane, no važno je istaknuti kako postoji više pristupa za utvrđivanje problema i poteškoća kod adolescenata, no podjela na te dvije skupine jedna je od najčešće korištenih (Macuka, 2016.). Tu podjelu uvodi Achenbach 1966. godine, a navedene grupacije razlikuje putem Skale procjene ponašanja djece u dobi od 6 do 18 godina (Achenbach, 1993.; prema Novak i Bašić, 2008.). Internalizirani problemi su oni koji se odnose na razne emocionalne poteškoće, kao i na ponašanja koja su pretjerano kontrolirajuća. Adolescenti koji imaju internalizirane probleme često osjećaju tugu, strah, nelagodu, očajanje, osjećaju krivnju. Najčešće poteškoće iz te skupine su anksioznost, psihosomatske tegobe i depresija (Macuka, 2016.). Kada je riječ o internaliziranim problemima, smatra se kako adolescent ima poteškoće ili probleme sa samim sobom, pa su stoga isti i teže primjetni okolini, dok

su eksternalizirani problemi jasno primjetni okolini iz razloga što adolescentove reakcije u većini slučajeva stvaraju probleme drugima, a nerijetko vode raznim sukobima u školi, sa zakonom i s roditeljima (Achenbach i sur., 2008.). Dakle, adolescenti s izraženim eksternaliziranim problemima osjećaju se frustrirano i ljuto, iskazuju neprijateljstvo i nepoštovanje prema drugima, ali i nepoštovanje socijalnih vrijednosti svoje okoline, što se očituje kroz krađu, izostajanje i bježanje iz škole i kuće. Osim toga, često su i agresivnog i delikventnog ponašanja, rano se upuštaju u seksualne aktivnosti koje su nerijetko rizične, a prisutno je i uništavanje tuđe imovine (Macuka i sur., 2016.).

3. Dječja depresivnost – F92

Iako postoje opisi depresivnosti kod djece i adolescenata već u 17. stoljeću, depresija kod djece i adolescenata se dugo osporavala s obrazloženjem kako nezreli superego u djece ne može dovesti do razvoja depresije (Karlović, 2017.). Tada su se stoga simptomi poput tuge, iritabilnosti, gubitka apetita i spavanja objašnjavali nezrelom strukturom ličnosti. No, upravo ti simptomi su kasnije potaknuli dječje psihijatre da dijagnosticiraju depresiju kod djece i adolescenata, pa je depresija 1971. godine od strane europskih dječjih psihijatara, priznata kao poremećaj kod djece i adolescenata (Malmquist 1971.; prema Boričević Maršanić i sur., 2016.). To je danas veoma bitna i aktualna tema budući da depresivnost kod djece i adolescenata ima snažan utjecaj na njihove socijalne, kognitivne i tjelesne vještine (Ledić, 2019.).

Prilikom dijagnosticiranja duševnih poremećaja i bolesti općenito, koriste se dva dijagnostička kriterija; MKB (Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema) koji dijagnosticira i klasificira svu humanu patologiju i DSM-5 (Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje), koji je pridonio pouzdanijem dijagnosticiranju duševnih poremećaja (Begić i sur., 2015.). U ovom radu, koristit će se kriteriji prema MKB 10; deseta revizija klasifikacije nastala 1992. godine, a ona svaki poremećaj označava jednim slovom i trima brojkama, a posljednja brojka detaljnije označava sam poremećaj. Što se tiče psihijatrijskih poremećaja u MKB-10, oni se označavaju u skupini F (F00-F99), a slovo F stoji za „Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja“. Dječja depresivnost nalazi se upravo u toj

skupini, u skupini F92 „Mješoviti poremećaji ponašanja i emocija“ (Begić i sur., 2015.).

3.1. Epidemiologija

Kada se govori o pojedinoj bolesti, jako je važno skrenuti pozornost na epidemiologiju. Ona proučava distribucije i determinante bolesti kod ljudi, a jako su važne deskriptivne epidemiološke studije koje određuju stope i distribucije poremećaja u općoj populaciji. Navedene studije pružaju dva jako važna podatka; stopa prevalencije koja prikazuje broj postojećih slučajeva bolesti tijekom određenog vremenskog razdoblja i stopu incidencije koja prikazuje broj novih slučajeva bolesti tijekom određenog vremenskog razdoblja (Cairns i sur., 2014.).

Kod djece stopa prevalencije depresivnog poremećaja je oko 2%, a kod adolescenata ona je između 4 i 8%. Kod djece ona se pojavljuje u jednakom omjeru i kod djevojčica i kod dječaka, a u adolescenciji se taj omjer mijenja, te se više pojavljuje kod djevojčica nego li kod dječaka, točnije u omjeru 2:1 (Begić i sur., 2015.). Stopa prevalencije kod distimije je ponešto manja u odnosu na veliki depresivni poremećaj budući da se ista manje identificira, a ona kod djece iznosi između 0,6 i 1,7% i kod adolescenata između 1,6 i 8% (Rudan i Tomac, 2009.). Bipolarni poremećaji do 10. godine života su vrlo rijetki pa je stoga stopa prevalencije u tom razdoblju između 0,3 i 0,5%, a u adolescenciji oko 1% (Begić i sur., 2015.).

3.2. Etiologija

Depresija kod adolescenta nastaje zbog reakcije na različite interakcije bioloških, psiholoških, ali i okolinskih faktora (Boričević Maršanić i sur., 2016.). Kada je riječ o bioloških čimbenicima, smatra se kako uzrok depresije leži upravo u nasljeđu, točnije u genetici (Begić i sur., 2015.). Stopa podudarnosti depresivnog poremećaja veća je kod monozigotnih, nego li kod dizigotnih blizanaca, dijete koje ima jednog roditelja s depresivnim poremećajem ima tri puta veći rizik za razvitak velikog depresivnog poremećaja, a osim toga, 50-70% djece s majkom koja boluje od depresije i samo razvije neki oblik depresivnog poremećaja (Lau i Eley, 2006.). Osim toga, u biološke čimbenike ubrajaju se i različiti biokemijski čimbenici, točnije određeni poremećaji u neurotransmitterskim sustavima, kao što su na primjer noradrenergički, serotoninergički (Zalsam i sur., 2006.).

U psihološke faktore ubrajaju se različiti intrapsihički te interpersonalni čimbenici (Begić i sur., 2015.). Jedan od istaknutijih čimbenika koji se nalaze u ovoj skupini je negativni kognitivni stil prilikom čega adolescenti imaju negativno viđenje samih sebe, ali i svijeta te budućnosti, kao i puno negativnih atribucija (Birmaher i sur., 1996.). Teorija kognitivne ranjivosti i stresa koja govori o razvoju simptoma depresije pretpostavlja kako negativni obrasci mišljenja pridonose razvoju simptoma depresije, a posebice kada su adolescenti suočeni sa stresnim životnim događajima (Abramson i sur., 1989.; prema Young, 2015.). Ujedno, ruminacijski stil razmišljanja i reagiranja može dovesti do pojave depresivnih simptoma kod adolescenata. Navedeni stil odnosi se na način razmišljanja u kojemu adolescenti usmjeravaju pozornost na svoje negativno emocionalno stanje, ne poduzimajući nikakvu radnju ako bi se njihovo emocionalno stanje poboljšalo (Nolen-Hoekseama i sur., 2008.). Nadalje, različita obilježja samog temperamenta adolescenata može biti jedan od uzroka depresivnosti, kao što su negativne emocije, povlačenje i naučena bespomoćnost. Ujedno, oni su često niskog samopoštovanja i imaju različite ponašajne probleme, a u nekih se javljaju i suicidalne misli (Zalsam i sur., 2006.). U ovu skupinu mogu se svrstati i različiti socijalni čimbenici poput loših socijalnih vještina (niska samoprocjena sposobnosti, slabe vještine suočavanja sa stresom), i slabe socijalne podrške (Birmaher i sur., 1996.).

Okolinski faktori mogu biti različiti stresni životni događaji koji su se zadesili, poput zlostavljanja i zanemarivanja, razvoda roditelja, gubitka značajnih osoba i slično (Zalsam i sur., 2006.). Važno je istaknuti kako odnos roditelj-dijete također može utjecati na pojavu depresivnosti kod adolescenata. U istraživanjima je pokazano kako su obitelji u kojima su djeca i adolescenti depresivni prisutno više konflikata, a emocionalne topline i podrške je manje te je odnos roditelj-dijete loš (Oldehinkel i sur., 2006.).

3.3. Klinička slika

Prije negoli se opišu simptomi, važno je naglasiti kako se razlikuju velika depresivna epizoda, distimija, ciklotimija i bipolarni poremećaj. Ciklotimija je karakterizirana izmjenama razdoblja prvo blage depresije i razdoblja povišenog raspoloženja, dok distimiju karakterizira depresivno raspoloženje koje se javlja u većem djelu dana, odnosno ono koje je kronično (Karlović, 2017.). Kod depresivne epizode javlja se

razdoblje u trajanju od najmanje dva tjedna, u kojem je prisutno trajno depresivno ili razdražljivo raspoloženje, a nerijetko se javlja gubitak interesa za većinu aktivnosti (anhedonija) (Boričević Maršanić i sur., 2016.). Kod bipolarnog poremećaja izmjenično se javljaju depresivne i manične/hipomanične faze (manija je obilježena povišenim, ali i razdražljivim raspoloženjem) (Begić i sur., 2015.).

Važno je istaknuti kako se razlikuju simptomi depresivnosti u ranom djetinjstvu i u adolescenciji. U ranom djetinjstvu i školskoj dobi javlja se nametljivo ponašanje, anksioznost, dolazi do pojave tjelesnih smetnji poput bolova u trbuhu i glavobolje i izbjegavanja odlaska u školu (Rajhvaj Bulat, 2023.). Osim toga, imaju slabo razvijene odnose s vršnjacima, slabu koncentraciju, probleme sa spavanjem, nisko samopoštovanje. Depresivnost u navedenom razdoblju najčešće prepoznaju učitelji (Boričević Maršanić i sur., 2016.).

U kliničkoj slici postoji klasičan trijas simptoma; depresivno raspoloženje (potišteno, tužno), promjene u svakodnevnim aktivnostima, odnosno pojava anhedonije gdje dolazi do smanjenog zadovoljstva u uobičajenim aktivnostima i javljanje umora te dolazi do poremećaja u mišljenju (samookrivljavanje, bespomoćnost) (Begić i sur., 2015.).

Često se depresivnost u adolescenata manifestira s podudarnim simptomima kod odraslih, no kod depresivnosti adolescenata prisutni su određeni simptomi tipični za njih. Adolescenti s depresivnim poremećajem najčešće su razdražljivi i nestabilni s pratećim ispadima bijesa i neprikladnim emocionalnim reakcijama, i oni ne moraju uvijek biti tužni (Bahls, 2002.). Uz ove temeljne simptome, javlja se i smanjeno samopoštovanje, dolazi do poteškoća s održavanjem i uspostavljanjem koncentracije, prisutni su problemi sa spavanjem (hipersomnija/nesanica), a nerijetko se javljaju i teške glavobolje i bolovi u trbuhu te misli o smrti (Begić i sur., 2015.). Čak više od 80% adolescenata s depresivnim poremećajem u kliničkoj slici ima izražen značajan gubitak energije, bezvoljnost, manjak interesa za svakodnevne aktivnosti, izmijenjen apetit i težinu te izoliranost od okoline (Birmaher i sur., 1996.). U tablici 3.1. prikazat će se razlike kliničke slike depresije kod odraslih i adolescenata.

Tablica 3.1. Razlike kliničke slike depresije kod odraslih i adolescenata

Simptomi	
Odrasli	Adolescenti
Depresivno i sniženo raspoloženje	Ljutnja, razdražljivost, iritabilnost, intenzivni izljevi bijesa
Snižen interes za aktivnosti	Dosada, napuštanje aktivnosti koje su ih prije veselile, gubitak želje za zabavom
Gubitak/porast težine	Gubitak/porast težine, pretjerano jedenje
Hipersomnija/nesanica	Izmijenjeni obrasci spavanja, odbijanje buđenja ujutro/rano buđenje
Psihomotorna retardacija/agitacija	Neprestano kretanje/naglašena usporenost tijela
Umor i manjak energije	Lijenost, manjak energije, stalan umor
Manjak koncentracije i smanjena sposobnost za donošenje odluka	Manjak motivacije i koncentracije, izostajanje iz škole, loš školski uspjeh
Nisko samopoštovanje, kritičnost prema samome sebi	Kritičnost prema samome sebi, beznađe, tvrdnje kao što su „svi me mrže“ i „glup sam“
Suicidalno razmišljanje i ponašanje	Razmišljanje i razgovaranje te pisanje o smrti, bježanje od kuće, migrene, bolovi u tijelu, gastrointestinalni simptomi

Izvor: Boričević Maršanić i sur., 2016.

Ono što je potrebno još nadodati jest kako je prognoza depresivnosti kod adolescenata lošija ukoliko se ona pojavi ranije, traje dulje i ima obilježja depresivnog poremećaja ili velike depresivne epizode (Rajhvajn Bulat, 2023.). Ujedno, jako zabrinjavajući podaci ukazuju kako čak dvije trećine adolescenata s depresivnim poremećajem ima barem još jedan psihijatrijski poremećaj, a 10-15% ima dva ili više komorbiditeta (Thapar i sur., 2012.). Najčešći poremećaji koji se javljaju uz depresivne su anksiozni poremećaji. Istraživanja su pokazala kako se veoma često uz depresivne poremećaje, pojavljuju i anksiozni te kako su često zanemari simptomi jednog od poremećaja (Melton i sur., 2016.). Adolescenti s depresijom imaju 6 do 12 puta veću šansu da će imati neki od anksioznih poremećaja (Thapar i sur., 2012.). Osim toga, uz depresivne poremećaje, često su pridruženi i poremećaji ponašanja, poremećaji iz spektra autizma,

smetnje učenja (Rajhvajn Bulat, 2023.), a često se javlja i zlouporaba alkohola i psihoaktivnih sredstava (Thapar i sur., 2012.).

4. Razlike po spolu

Jedna od najpoznatijih i najopsežnije istraženih činjenica o depresiji jest da počevši od srednje adolescencije, djevojke imaju puno veću vjerojatnost da će biti depresivne nego mladići (Nolen-Hoeksema, 2001.). Prije nego li se ponude moguća objašnjenja navedenome, potrebno je ukazati kako se tijekom godina često nagađalo da je spolna razlika samo artefakt. Razlozi tome mogu biti ti da su djevojke spremnije od mladića priznati samima sebi, kao i drugima kako se osjećaju depresivno te da su one spremnije potražiti pomoć (Parker i Brotchie, 2010.).

Najopsežnije istraživani stil suočavanja koji je povezan s depresijom i koji objašnjava razlike po spolu jest ruminacija, koja se javlja kada uzroci stresa dovedu do negativnih raspoloženja, a adolescenti reagiraju na njih razmišljanjem o njima, njihovim uzrocima i implikacijama, umjesto da se fokusiraju na njihovo rješavanje (Nolen-Hoeksema i sur., 2008.). Brojne studije otkrile su kako adolescentice postižu više rezultate u ruminiranju od adolescenata te je vjerojatnije kako će one u usporedbi s adolescentima iskusiti interpersonalni stres i da će kao odgovor na njega koristiti ruminacijski stil suočavanja (Johnson i Whisman, 2013.). U takvim situacijama stresa adolescentice su ovisnije i više se oslanjaju na podršku kako roditelja tako i vršnjaka i koriste navedeni stil suočavanja, a adolescenti više koriste strategije potiskivanja misli o stresnom događaju pa su samim time njihove depresivne epizode kraće (Rajhvajn Bulat, 2023.). Osim navedenog, adolescentice su sklonije zajedničkom ruminiranju, točnije pasivnoj raspravi o negativnim emocijama s bliskim prijateljima što je povezano s povećanim rizikom od depresije (Barstead i sur., 2013.).

Drugo moguće objašnjenje nudi hipoteza o depresivnom kognitivnom stilu, koja govori kako se od rane dobi djevojčicama i dječacima daju različite povratne informacije. Točnije, u slučaju određenog neuspjeha, dječacima se kaže kako se nisu trudili dovoljno, a djevojčicama kako su krivo napravile, da imaju slabije sposobnosti i da one to ne mogu pa one kasnije zauzimaju pesimističan stav, odnosno depresivni kognitivni stil, u kojem se neuspjeh atribuirano internalno, generalizirano i trajno, a uspjeh se atribuirano eksternalno, specifično i trenutno (Rajhvajn Bulat, 2023.).

Istraživanja su pokazala kako pojedinci, u ovom slučaju djevojčice, koje pripisuju negativne događaje uzrocima koji su unutarnji i stabilni imaju veću vjerojatnost da će postati depresivni od onih koji iste događaje pripisuju uzrocima koji su vanjski i nestabilni (Morris i sur., 2008.).

Nadalje, razlike u stopi prevalencije depresivnosti u adolescenciji moguće je objasniti hipotezom o različitim utjecajima hormonalnih promjena koja govori kako djevojke općenito doživljavaju puno više stresa koji je povezan s njihovom tjelesnom maturacijom i vlastitom socijalnom ulogom žene. Tu je važno istaknuti ulogu estrogena, budući da je ranija pojava menstruacije kod djevojaka povezana s većim brojem depresivnih simptoma (Rajhvaj Bulat, 2023.).

Sljedeće objašnjene o navedenoj razlici leži u interpersonalnoj orijentaciji, točnije o društvenoj ovisnosti i sociotropiji. Brojni podaci ukazuju na to kako su žene više interpersonalno orijentirane od muškaraca, pa samim time djevojke već u adolescenciji u usporedbi s dječacima pokazuju više afilijativnih potreba i više se definiraju u terminima odnosa (Rudolph, 2002.). Također, djevojke su ovisnije o pozitivnim socijalnim odnosima i osjetljivije su na gubitke prijateljstava pa imaju veću socijalnu ranjivost za javljanje depresivnih simptoma (Rajhvajn Bulat, 2023.). One su puno više zabrinute što njihovi vršnjaci misle o njima i vršnjačko neodobravanje i odbijanje snažnije su povezani s emocionalnim stresom kod djevojaka (Rudolph i sur., 2005.).

Osim navedenog, iskustvo stresnih životnih događaja dugo vremena se povezivalo s depresijom pa bi stoga spolne razlike u učestalosti i osjetljivosti na stresne životne događaje u periodu adolescencije mogle barem djelomično objasniti pojavu spolnih razlika u depresiji za vrijeme adolescencije (Moksnes i sur., 2010.). Prema istraživanjima, adolescentice zaista doživljavaju više općih životnih stresora od adolescenata te prijavljuju veću depresivnost od istih kao odgovor na stres (Hankin i sur., 2007.). Kada je riječ o stresorima, obiteljska neskladnost, nevolja i sukob su stresori koji se mogu povećati tijekom adolescencije budući da adolescenti u tom razdoblju nastoje uspostaviti svoju neovisnost o roditeljima. Djevojke koje dožive određene obiteljske nesuglasice kao što su razvod roditelja ili roditeljske nevolje izložene su većem riziku javljanja depresivnih simptoma od mladića (Zahn-Waxler i sur., 2008.). Ujedno adolescentice čije su majke depresivne imaju i veću vjerojatnost

kako će i same razviti depresiju u usporedbi s adolescentima čije su majke depresivne. Hipoteze koje pokušavaju iznuditi objašnjenje na navedenu pojavu navode kako su odnosi majke i kćeri tijekom adolescencije više opterećeni sukobima i stresom nego što je to u odnosu majke i sina (Duggal i sur., 2001.). Također, adolescentice su vjerojatno više uključene u pružanje utjehe i pomoći svojim majkama i potiskivanje vlastitih negativnih emocija tijekom razdoblja roditeljskog stresa, što može voditi povećanom stresu i riziku od depresije (Zahn-Waxler i sur., 2008.).

5. Rizični čimbenici

Čimbenici rizika predstavljaju određene životne događaje ili osobine koji doprinose razvoju problema i poremećaja u ponašanju, pa tako i razvoju depresije. Tri su temeljne razine rizičnih čimbenika; individualni, čimbenici rizika u obiteljskom i vršnjačkom okruženju te čimbenici rizika u širem društvenom kontekstu te će se prikazati rizični čimbenici iz sve tri razine (Majdak, 2022.).

Istraživanja su utvrdila kako postoji povezanost između zlostavljanja i pojave depresivnih simptoma kod adolescenata. Oni koji su bili uključeni u zlostavljanje češće su iskazivali depresivne simptome te je ta veza puno veća kod žrtve nego kod počinitelja, a pretpostavlja se kako je to što su žrtve zlostavljanja društveno izolirane te zbog toga može doći do nedostatka društvenih vještina pa ih to čini lakom metom za zlostavljanje (Saluja i sur., 2004). Osim što je zlostavljanje među vršnjacima jedan od rizičnih faktora, također rizično je i zlostavljanje unutar obitelji. Zlostavljanje od strane roditelja jedan je od značajnijih rizika za kasnije probleme u regulaciji afekta (Moretti, 2013). Istraživanja su pokazala kako je psihičko zlostavljanje te zanemarivanje djece u obitelji uvelike povezano s pojavom depresivnih simptoma u adolescenata (Petersen, 1993.). Pronađena je i povezanost između zlostavljanja djece od strane majki s rezultatima izvješća adolescenata o disregulaciji afekta i depresivnih simptoma (Moretti, 2013.).

Osim navedenog, jedan od rizičnih čimbenika je i privrženost roditeljima. Istraživanja su pokazala kako je percipirana privrženost roditeljima značajno lošija kod adolescenata s dijagnozom depresije, nego li kod adolescenata bez psihijatrijskih poremećaja (Essau, 2004.). Psihodinamski teoretičari također ističu važan fenomen empatije samih majki, odnosno majčino praćenje djetetovih potreba. Ako do toga ne

dođe, odnosno ako majke ne odgovaraju na potrebe svoje djece, dijete ne razvija bazično povjerenje u sebe i svijet te je upravo zbog toga u adolescenciji podložno raznim psihičkim poremećajima, u koje spada i depresija (Begić i sur., 2015.). Kada je riječ o odnosima između roditelja i djece, istraživanja su pokazala kako roditeljski stil može biti rizični faktor za pojavu depresivnosti kod djece i adolescenata. Autoritarni roditeljski stil, u kojem je prisutno jako malo skrbi, ljubavi i topline uz istovremeno visoku psihološku kontrolu djece, povezan je s depresijom kod djece i adolescenata (Alloy i sur., 2006.). Posramljivanje adolescenata koje predstavlja srž emocionalnog zlostavljanja vodi k emocionalnoj nestabilnosti djece i adolescenata (Rajhvajn Bulat, 2023.).

Također, u istraživanjima je pokazano kako depresija roditelja povećava mogućnost za javljanje depresije kod njihove djece. Postoji nekoliko mogućih objašnjenja za povećan rizik; oslabljenje roditeljske vještine usred teških simptoma depresije, stresno obiteljsko okruženje, genetski prijenos, loše socijalne vještine roditelja i slično (Restifo i Böge, 2009.). Važno je istaknuti kako i loš materijalni status obitelji, odnosno poteškoće u financijama mogu predstavljati značajan rizik za pojavu depresivnih simptoma kod adolescenata (Majdak, 2022.). Pad prihoda obitelji ili nedostatni prihodi predstavljaju posredni razvojni rizik tako što dovode do ekonomskog pritiska roditelja koji je povezan s nepovoljnim promjenama njihovog mentalnog zdravlja, smanjenih interakcija između roditelja te padom kvalitete roditeljstva. Taj ekonomski pritisak dovodi do psihološkog stresa roditelja i do poteškoća u roditeljstvu što vodi do problema u prilagodbi adolescenata (Rajhvajn Bulat, 2023.).

Nadalje, longitudinalna istraživanja pokazala su kako je zlouporaba alkohola jedan od rizičnih faktora za pojavu depresivnih poremećaja i suicidalnih misli (Brent i sur., 2009.; prema Carballo i sur., 2020.), a osim toga velika je povezanost između zlouporabe psihoaktivnih tvari i depresivnih simptoma, posebice ukoliko se istovremeno iste koriste s alkoholom (Goldston i sur., 2009.). Pregledni rad koji je pružio sustavni pregled i meta-analizu longitudinalnih studija pokazao je kako je učestalo konzumiranje alkohola, kao i konzumiranje u velikim količinama značajan prediktor pojave depresije kod adolescenata (Cairns i sur., 2014.). Jedno od mogućih objašnjenja u ovim nalazima stoji upravo u tome što uporaba alkohola ima neurotoksične učinke, posebice tijekom osjetljivog razdoblja kao što je adolescencija,

a može imati i štetne akademske i društvene posljedice što može neizravno povećati rizik od depresije (Cairns i sur., 2014.; prema Powell i sur., 2007.).

Što se tiče stresnih životnih događaja, oni su jače povezani s prvim pojavama depresivnih simptoma i depresije, nego li s ponovnim javljanjem depresije, a taj rizik je znatno veći kod adolescenata koji su bili izloženi višestrukim stresnim životnim događajima (Lewinsohn i sur., 1999.). Važno je istaknuti kako većina djece i adolescenata koji su bili izloženi traumatičnim događajima poput rata i mučenja pokazuje simptome depresije kao i drugih psihijatrijskih poremećaja (Patel i sur., 2007.).

Ukoliko je prisutan jedan čimbenik rizika, ili pak dva, njihov utjecaj na razvoj djeteta je mali te se isti lakše kompenziraju čimbenicima zaštite. No, povećanjem njihova broja na 3 ili 4, taj rizik se vrlo brzo uvećava dok njihovo povećanje na 5 neznatno pridonosi složenosti i težini očitovanja problema, u ovom slučaju depresije kod adolescenata (Majdak, 2022.).

6. Zaštitni čimbenici

Zaštitni čimbenici su vanjske i unutarnje snage koje adolescentu pomažu da bolje podnose rizike, a oni ih i mogu ublažiti. Neki od čimbenika zaštite su dispozicijska obilježja kao što su temperament i kognitivna kompetentnost (Majdak, str.2022.). Osim toga, zaštitni čimbenici su i optimistični stil razmišljanja, zdravi način suočavanja s poteškoćama i problemima, visoko samopoštovanje i inteligencija. Što se obitelji tiče, čimbenik zaštite su autoritativni odgojni stil i zajedničko odgajanje djeteta (Vulić-Prtorić, 2004.). Budući da su istraživanja pokazala kako je loša privrženost rizični čimbenik (Essau, 2004.), jasno je kako je sigurna privrženost i kohezija u obitelji uz emocionalnu podršku zaštitni (Majdak, 2022.). Važna je i podrška obitelji iz njene socijalne mreže, točnije dostupnost i korištenje potrebne podrške te komuniciranje sa stručnjacima (Vulić-Prtorić, 2004.). Smatra se kako zaštitni čimbenici mogu imati učinak samo u kombinaciji s rizičnim čimbenicima, pri čemu se razlikuju tri vrste zaštitnih; zaštitnici, prekidači koji prekidaju rizične čimbenike i suzbijači koji sprječavaju pojavu rizičnih čimbenika (Majdak, 2022.).

7. Prevencija

S obzirom na ozbiljnu kliničku sliku depresije, lošu prognozu ukoliko se ista pojavila rano te ograničene mogućnosti liječenja, sve veći naglasak stavlja se na sprječavanje i prevenciju, ali i odgađanje pojave depresivnih simptoma kod djece i adolescenata (Thapar i sur., 2012). Prevencija je vrlo bitna iz razloga što može spriječiti pojavu komorbiditeta, a ujedno smanjuje i utjecaj na samog bolesnika i članove njegove obitelji (Beirão i sur., 2020.). Preventivni programi jako su važni budući da oni jačaju čimbenike zaštite i nude podršku za razvoj otpornosti kod djece i adolescenata (Bašić i Ferić, 2004.; prema Novak i Bašić, 2008.). Nalazi istraživanja u kojem se ispitala učinkovitost kognitivnog programa prevencije namijenjenog adolescentima s depresivnim simptomima upućuju na to da rani preventivni tretmani i naporu mogu smanjiti disfunkciju i simptome kod adolescenata s rizikom od razvitka depresivnog poremećaja (Clarke i sur., 1995.). Velika većina autora koja se bavi ovom tematikom posvećuje pažnju preventivnim programima koji se provode u školama, a razlog tome je zbog količine vremena koju adolescenti provode u školskom sustavu i same važnosti razvitka pozitivnog školskog okruženja. Kroz razne evaluacijske studije pokazalo se kako uključenost škole u preventivne programe ima pozitivni utjecaj na mentalno zdravlje adolescenata (Gould i sur., 2003.). Preventivni programi namijenjeni adolescentima s rizikom od depresije je puno pa se stoga ne mogu svi opisati u radu, ali važno je istaknuti kako su vrlo uspješni oni programi koji uključuju edukacije vještina rješavanja problema, kao što je na primjer *Problem Solving for Life*. (Novak i Bašić, 2008.).

Sama prevencija depresije se može podijeliti u tri skupine, točnije tri različita tipa prevencije; univerzalna, indicirana i selektivna (Beirão i sur., 2020.). Univerzalna prevencija obuhvaća intervencije koje su namijenjene svim adolescentima, bezobzira jesu li u riziku od razvitka ili već imaju neki oblik depresivnog poremećaja (Beirão i sur., 2020.). U Republici Hrvatskoj u okviru Strateškog okvira razvoja mentalnog zdravlja 2022.-2030. godine želi se unaprijediti mentalno zdravlje pa se predviđaju različite psihosocijalne intervencije kako u obiteljima, tako i u školama. Cilj tog okvira je upravo prevencija budući da se navedenim intervencijama želi utjecati na razvoj otpornosti na stres, a također cilj je i unaprijediti mentalno zdravlje te ojačati socijalne vještine (Ministarstvo zdravstva, 2022.).

Selektivna prevencija sastoji se od raznih programa kojima je cilj razvoj vještina komuniciranja i programa koji žele potaknuti optimistično razmišljanje (Beirão i sur., 2020.). U Republici Hrvatskoj djeluje puno udruga koje nude razne radionice mladima kako bi unaprijedili njihovo mentalno zdravlje te im pružili potrebnu pomoć i podršku, a jedna od njih je Psihološki centar Tesa, koja kroz svoj Ciklus radionica komunikacijskih vještina želi kod mladih razviti samopouzdanje i unaprijediti njihove vještine komuniciranja. Sam ciklus sastoji se od 6 psiholoških radionica (Tesa, 2023.). Osim toga, isti centar kroz svoj PSIHO-PORTAL ZA MLADE nudi podršku psihološkim savjetovanjem preko interneta u raznim izazovima tijekom odrastanja i formiranja identiteta s naglaskom na unaprjeđenje mentalnog zdravlja i psihološke dobrobiti mladih (Tesa, 2023.).

Nadalje, indicirana prevencija kroz psihoedukaciju i programe razvoja vještina želi mladima pružiti pomoć u prevladavanju problema interpersonalnih odnosa i nesuglasica među samim adolescentima (Beirão i sur., 2020.). Različite meta-analize pokazale su kako su upravo indicirane, pa čak i selektivne intervencije učinkovitije od univerzalnih (Stice i sur., 2009.; prema Beirão i sur., 2020.).

8. Liječenje

Način kao i oblik liječenja ovisi o dobi budući da se svaka faza razvoja djeteta i adolescenta očituje u specifičnim okolnostima koje zahtijevaju specifične pristupe u liječenju. Nadalje, prilikom odabira pristupa liječenju važna je procjena čimbenika koji u zaslužni za pojavu depresije, a važna je i procjena same težine simptomatologije (Begić i sur., 2015.). Ciljevi samog liječenja depresije kod adolescenata jesu smanjiti i ukloniti same simptome, vratiti funkcionalnost na razinu prije pojave simptoma te smanjiti mogućnost relapsa (Ledić, 2019.). U samom liječenju koriste se psihosocijalne terapije, od čega je najvažnija psihoterapija i psihofarmakoterapija, a liječenje je najdjelotvornije kada je ono multimodalno, odnosno ono koje uključuje različite oblike liječenja (Rudan i Tomac, 2009.). Osim navedenog, često su potrebne konzultacije s roditeljima i edukacije o samoj bolesti i načinima liječenja. Kada je riječ o blagom ili umjerenom depresivnom poremećaju najčešće se liječenje započinje psihoedukacijom i psihoterapijom (Begić i sur., 2015.). Psihoedukacija se provodi s roditeljima i s adolescentima u kojem se govori o simptomima, njihovim posljedicama,

trajanju tretmana i prognozi same depresije. Također, njome se adolescentima želi povećati motivacija za tretman (Boričević Maršanić i sur., 2016.). Korištenje farmakoterapije se u adolescenciji pokušava svesti na minimum pa se tako liječenje umjerenog depresivnog poremećaja bazira na psihoedukaciji i psihoterapiji, no kod umjerenog prema težem obliku velikog depresivnog poremećaja uz korištenje navedenih oblika liječenja odmah se započinje i s korištenjem farmakoterapije (Begić i sur., 2015.). Liječenje depresije kod adolescenata najčešće uključuje akutnu i produženu fazu, a ponekad je potreba i faza održavanja. Svaka od pojedinih faza ima svoj određeni cilj pa se tako akutnom fazom želi postići pozitivan odgovor na tretman i remisija prisutnih simptoma, a produženom fazom i fazom održavanja želi se spriječiti povratak same bolesti (Boričević Maršanić i sur., 2016).

8.1. Psihoterapija

Psihoterapija je psihološka metoda liječenja raznih psihičkih poremećaja i bolesti, a znanstveno utemeljen pristup podrazumijeva integraciju neuroznanstvenih, socijalnih i psiholoških čimbenika koji doprinose razvoju psihičkih poremećaja. Ona podrazumijeva korištenje psiholoških instrumenata kao što su riječi i različita simbolička ponašanja te tehnike za korigiranje emocionalne reakcije s ciljem olakšanja psihičke patnje (Gregurek, 2004.). Postoje razne tehnike psihoterapije, a u liječenju depresije adolescenata najčešće korištene su kognitivno-bihevioralna terapija, obiteljska, suportivna, kao i psihodinamski orijentirana terapija (Birmaher i sur., 1996.). No, danas najviše istraživana tehnika psihoterapije je kognitivno-bihevioralna (Thapar i sur., 2012). S obzirom na navedeno, potrebno je detaljnije opisati kognitivno-bihevioralnu tehniku.

8.1.1. Kognitivno-bihevioralna terapija

Kognitivno-bihevioralna terapija uključuje postupke koji su strukturirani, specifični, konkretni i na problem orijentirani, a koji za cilj imaju identificirati problem, stvoriti alternative i skladan terapijski odnos (Begovac i sur., 2021.). Sama terapija najčešće je vremenski ograničena te većina studija govori kako se prosječno odvija kroz 10 susreta. Koristeći tu tehniku želi se prepoznati povezanost između emocija, misli, ponašanja te se želi poboljšati socijalna kompetentnost i promijeniti kognitivne i bihevioralne obrasce. (Begić i sur., 2015.). Kako su se tehnike same terapije mijenjale, u trećoj i najnovijoj generaciji kognitivno-bihevioralne terapije cilja se na procese

samih misli kako bi si pojedinci osvijestili vlastite misli i emocije te kako bi iste i prihvatili (Begovac i sur., 2021.). Prilikom korištenja ove terapije od iznimne je važnosti bihevioralno-kognitivni intervju prilikom kojeg se analizira i definira sam problem, procjenjuje se ponašanje adolescenta, adolescent putem skala i upitnika procjenjuje vlastito ponašanje i doživljavanje bolesti, što je vrlo bitno jer nerijetko je to i glavni čimbenik u određivanju terapijskog plana (Begić i sur., 2015.). Sam tretman uključuje razne tehnike, a za liječenje depresije najčešće se koriste tehnike rješavanja problema i trening socijalnih vještina. Tehnika rješavanja problema koristi se kako bi se adolescenti sami naučili rješavati vlastite probleme kako bi se mogli snaći u novim nedaćama, a trening socijalnih vještina koristi se kako bi se adolescente osnažilo u raznim svakodnevnim situacijama te kako bi se preveniralo neprihvatljivo ponašanje (Begovac i sur., 2021.). Adolescentima se prilikom korištenja ove tehnike mora objasniti što su to kognitivni procesi te kako oni djeluju na osjećaje, a sama tehnika želi postići adaptivniji način razmišljanja budući da isti može voditi uspostavi kontrole nad osjećajima i poboljšati načine na koji se adolescenti suočavaju sa simptomima, i ono najvažnije, djelovati na intenzitet simptoma (Begić i sur., 2015.).

9. Uloga socijalnog radnika kod adolescenata s depresijom

Kada je riječ općenito o psihijatrijskim poremećajima važno je istaknuti kako je socijalni radnik dio tima u psihijatrijskoj ustanovi i ima bitnu ulogu tijekom liječenja i rehabilitacije osoba kojima je dijagnosticiran psihički poremećaj. Njegova uloga jako je važna kada su u pitanja djeca i adolescenti budući da on doznaje podatke od roditelja, surađuje sa školom i slično (Zlomislić i Laklija, 2019.). Osim toga, u procesu rehabilitacije provodi različite socioterapijske postupke, točnije provodi socioterapiju. Socioterapija uključuje postupke kojima je cilj utjecati na čimbenike okoline i interpersonalne odnose koji su doprinijeli pojavi psihičkih poremećaja, u ovom slučaju depresije kod adolescenata. Cilj joj je promijeniti disfunkcionalno ponašanje i pomoći adolescentima u stjecanju vještina za svakodnevni život, a ujedno radi na podizanju samopouzdanja i autonomije te poboljšanja komunikacije (Begić i sur., 2015.).

Uloga socijalnih radnika u radu s depresijom najprije je definirana zakonodavstvom budući da ono vrlo specifično i detaljno određuje dužnosti socijalnih radnika. Osim toga, oni imaju vrlo bitnu ulogu u procesu rehabilitacije osoba kojima je dijagnosticirana depresija (Stjepanović i sur., 2015.). Zakon o socijalnoj skrbi jasno

propisuje prava i usluge koje se mogu ostvariti, pa tako propisuje različite novčane naknade (Zakon o socijalnoj skrbi, NN 71/23.) koje pomažu u prevenciji depresije kako kod roditelja, tako i kod samih adolescenata što je vrlo važno budući da su problemi s financijama jedan od rizičnih čimbenika za pojavu depresije (Majdak, 2022.). Tako se adolescentima priznaju novčane naknade poput naknade za osobne potrebe, naknade za redovito studiranje i naknade za smještaj u učeničkom domu (Zakon o socijalnoj skrbi, NN 71/23.). Osim novčanih naknada, zakonodavstvo prepoznaje i važnost pružanja podrške potrebitima pa su tako uređene i razne usluge (Stjepanović i sur., 2015.). Zakonom o socijalnoj skrbi obuhvaćeno je ukupno 15 različitih usluga kojima je cilj spriječiti, prepoznati i riješiti poteškoće kako pojedinaca tako i obitelji te poboljšati kvalitetu njihovog života u zajednici u kojoj žive (Zakon o socijalnoj skrbi, NN 71/23.). Vrlo važna usluga koja se pruža djeci je rana razvoja podrška. Ta usluga namijenjena je djeci kojoj je utvrđen pojedini razvojni rizik, a usluga se provodi kako bi se pružila potrebna stručna pomoć i podrška djeci i roditeljima (Zakon o socijalnoj skrbi, NN 71/23.).

Kada je riječ o razvojnim rizicima, važnost socijalnih radnika dolazi do velikog izražaja. Intervencije u području zaštite djece temelje se na tri povezane aktivnosti; procjena potreba, planiranje intervencija i evaluacija provedenih intervencija (Ajduković, 2015.). Polazišna i glavna aktivnost je procjenjivanje budući da ono ukazuje na potrebe koje zahtijevaju određenu intervenciju, identificira snage i prednosti za savladavanje čimbenika rizika te povećava vjerojatnost pravilnog postupanja (Ajduković, 2023.). Procjena rizika čini proces gdje socijalni radnik određuje vjerojatnost neposrednog ili u budućnosti mogućeg ugrožavanja djeteta u obitelji (Ajduković, 2015.). Temelj procjene je trokut procjenjivanja u kojem se procjenjuju poteškoće djeteta i kvaliteta odnosa roditelj-dijete i roditeljske sposobnosti. Procjena se poduzima s ciljem utvrđivanja tjelesnog ili razvojnog zaostajanja, ali i kognitivnog, emocionalnog, socijalnog i ponašajnog funkcioniranja djeteta (Ajduković, 2023.). Trokut procjenjivanja jako je važan kada je riječ o depresiji kod adolescenata, budući da se njegovim korištenjem može prevenirati pojava depresije ili može poslužiti za njeno rano otkrivanje budući da se procjenjuju stvari poput djetetovog zdravlja, emocionalnog razvoja i obrazovanja. No, važno je i što se procjenjuju obiteljski čimbenici koji mogu predstavljati rizičan čimbenik za pojavu

depresije, a to su prihodi, obiteljsko funkcioniranje, emocionalna toplina roditelja, osnovna skrb roditelja, osiguravanje sigurnosti i slično (Ajduković, 2023.).

Glavni instrument kojim se socijalni radnici koriste je Lista za procjenu razvojnih rizika djeteta. Lista se sastoji od dva indeksa; rizičnih čimbenika radi obitelji i njenog okružja i obilježja roditelja i rizičnih čimbenika djeteta i njegova ponašanja. U prvom indeksu procjenjuje se obitelj, kompetencije ograničenja roditelja, problemi vezani uz mentalno zdravlje i drugo, a u drugom razvijena privrženost, poteškoće vezane uz obrazovanje, komunikaciju, djetetov tjelesni i kognitivno razvoj, prisutnost internaliziranih i eksternaliziranih problema i ostalo (Ajduković, 2015.). Procjena razine rizika zaključuje se zbrajanjem svih procjena za sve rizične čimbenike, a moguća su 4 stupnja razine rizika; bez rizika, niska razina rizika, srednja i visoka razina rizika (Ajduković, 2023.). Jasno je kako su liste za procjenu rizika značajan i vrlo bitan instrument kojim se socijalni radnici koriste. Koristeći se listama otkriveno je kako roditelji s psihičkim bolestima često zanemaruju djecu i imaju nedostatak roditeljskih kapaciteta te da izmjene njihovih raspoloženja i emocija imaju veliki utjecaj na emocionalno funkcioniranje njihove djece (Ajduković, 2015.). Osim toga, kao što je već navedeno depresija često dolazi u komorbiditetu i to jako često s poremećajima ponašanja, točnije raznim oblicima eksternaliziranih problema djece, pa tako i sama ostaje neprepoznata, a samim time i neliječena (Rajhvajn Bulat, 2023.). Ovdje se također vidi važnost socijalnih radnika u radu s adolescentima koji imaju probleme u ponašanju. Koristeći se navedenim instrumentima, socijalni radnici prepoznaju razvojne rizike te na vrijeme provode potrebne mjere kako bi djeci i adolescentima pružili potrebnu pomoć i podršku. Neosporivo je to kako je koristeći se tim instrumentom njihova uloga u radu s adolescentima, a posebice s adolescentima s depresivnim poremećajem neizostavna. Putem lista mogu se na vrijeme otkriti određeni rizični čimbenici koji mogu dovesti do depresije kod adolescenata te se oni mogu uz zaštitne čimbenike i podršku stručnjaka na vrijeme prevenirati ili umanjiti.

10. Zaključak

Depresija kao psihički poremećaj ima veliki doseg u epidemiologiji, a ljudi kojima je ona dijagnosticirana pokazuju simptome poput sniženog raspoloženja, povlačenje iz svakodnevnih aktivnosti (Ledić i sur., 2019.). Depresija se sve češće javlja kod

adolescenata upravo zbog osjetljivosti samog perioda za koji je karakteristična emocionalna nestabilnost, koja proizlazi iz raznih promjena kroz koje adolescenti prolaze; kognitivne, emocionalne, ponašajne i socijalne (Majdak, 2023.). Depresivnost djece i adolescenata dugo godina se osporavala te se nije navodila i dijagnostičkim kriterijima, pa je tako tek od 1971. godina prihvaćena kao poremećaj kod djece i adolescenata od strane europskih dječjih psihijatara Malmquist 1971.; prema Boričević Maršanić i sur., 2016.). Danas je depresija adolescenata samo jedan od mnogih internaliziranih problema u kojima adolescenti imaju emocionalne poteškoće te ponašanja koja su pretjerano kontrolirajuća (Macuka, 2016.).

Epidemiologija pokazuje kako je stopa prevalencije kod djece 2% te kod adolescenata 4-8% (Begić i sur., 2015.). Depresivnost kod adolescenata javlja se kao reakcija na interakciju bioloških, psiholoških te okolinskih faktora (Boričević Maršanić i sur., 2016.). Biološki čimbenici su u prvom redu genetski pa tako djeca s depresivnim roditeljima imaju tri puta veću šansu za razvoj depresivnog poremećaja (Lau i Eley, 2006.). Psiholoških čimbenika je puno te su oni najčešće produkt kognitivne ranjivosti, točnije prisutnost negativnih obrazaca mišljenja. Tu se ubraja i ruminacijski stil razmišljanja u kojem se usmjerava pozornost na negativne emocionalne osjećaje (Nolen-Hoeksema i sur., 2008.). Okolinski čimbenici mogu biti razni stresni životni događaji, poput zlostavljanja, gubitka bliskih osoba, sukoba u obitelji i slično (Zalsam i sur., 2006.).

U kliničkoj slici vidljiv je klasičan trijas simptoma, točnije raspoloženje koje je depresivno, izmijenjene su svakodnevne aktivnosti, a dolazi i do poremećaja u mišljenju (Begić i sur., 2015.). Najzastupljeniji simptomi su neraspoloženje, razdražljivost i nezainteresiranost, socijalno povlačenje, osjećaj krivnje i bezvrijednosti. Osim toga dolazi do oscilacije tjelesne težine, anksioznosti i suicidalnosti (Ostojić, 2022.). Iako su simptomi depresivnosti adolescenata često podudarni simptomima kod odraslih, kod adolescenata su prisutni simptomi koji su tipični za njih poput ispada bijesa, iritabilnosti, lijenosti, izostajanja iz škole i drugo (Boričević Maršanić i sur., 2016.). Prognoza depresije je lošija ako se ista pojavi ranije i dulje traje i javljanje obilježja velike depresivne epizode. Osim toga, ona se često javlja u komorbiditetu s drugim psihičkim poremećajima i poremećajima ponašanja (Rajhvajn Bulat, 2023.).

Za javljanje depresije jako su važni rizični čimbenici, odnosno životni događaji/osobine koji doprinose razvoju depresije. Oni se javljaju na individualnoj, obiteljskoj i vršnjačkoj razini (Majdak, 2022.). Rizičnih čimbenika je puno, a neki od najčešćih su zlostavljanje, kako od strane vršnjaka, tako i od strane roditelja (Saluja i sur., 2004.), nerazvijena sigurna privrženost roditelja i autoritativni roditeljski stil (Alloy i sur., 2006.). Također, istraživanja su pokazala kako je zloupotreba psihoaktivnih tvari i alkohola povezana s depresivnim simptomima i javljanjem depresije (Goldston i sur., 2009.). Uz rizične čimbenike, jako su važni i zaštitni čimbenici koji čine unutarne i vanjske snage koje pomažu adolescentima da prebrode rizike ili ih ublažavaju (Majdak, 2022.). Neki od zaštitnijih čimbenika su optimistično razmišljanje, zdrav način suočavanja s problemima, visoko samopouzdanje, sigurna privrženost (Vulić-Prtorić, 2004.).

Počevši od srednje adolescencije, djevojke imaju veću vjerojatnost za razvoj depresivnog poremećaja od mladića (Nolen-Hoeksema, 2001.). To se pokušava objasniti raznim teorijama i načinima, a neke od njih su hipoteza o stilu suočavanja koja kaže kako djevojke koriste ruminacijski stil suočavanja, hipoteza o depresivnom kognitivnom stilu koja govori o tome kako se od rane dobi djevojčicama i dječacima daju različite povratne informacije, hipoteza o većoj socijalnoj ranjivosti kaže kako su djevojke ovisnije o pozitivnim socijalnim odnosima pa su samim time i osjetljivije na gubitke prijatelja, a hipoteza o različitim hormonalnim promjenama govori kako djevojke imaju više stresa koji je povezan s tjelesnom maturacijom (Rajhvajn Bulat, 2023.).

Prevenција depresije dijeli se u tri skupine; univerzalna, selektivna i indicirana, a različite meta- analize pokazuju kako su selektivne i indicirane učinkovitije od univerzalnih (Stice i sur., 2009.; Beirão i sur., 2020.). Preventivni programi vrlo su važni jer oni jačaju zaštitne čimbenike istovremenu pružajući podršku za razvoj otpornosti kod adolescenata (Clarke i sur., 1995.). Primjer takvog programa provodi se u sklopu Psihološkog centra Tesa pod nazivom Ciklus radionica komunikacijskih vještina (Tesa, 2023.). U liječenju se najčešće koriste razne tehnike psihoterapije, psihoedukacija te ukoliko je potrebno psihofarmakoterapija (Begić i sur., 2015.).

Uloga socijalnog radnika u radu s adolescentima s depresivnim poremećajem ponajprije je definirana zakonodavstvom u kojem su propisane razne socijalne naknade i socijalne usluge koje se mogu pružati adolescentima (Stjepanović i sur., 2015.). No, važnost njegove uloge posebno dolazi do izražaja u procjeni rizika obiteljskog okruženja djece i adolescenata. Socijalni radnici koristeći se Listom za procjenu razvojnih rizika djeteta procjenjuju obitelj, kompetencije roditelja, djetetov tjelesni i kognitivno razvoj, prisutnost internaliziranih i eksternaliziranih problema (Ajduković, 2015.).

Sukladno navedenom, vidljivo je kako je depresija kod adolescenata vrlo važna i ozbiljna tema o kojoj se treba govoriti i na čijoj prevenciji treba posebno raditi. Adolescenti kojima je dijagnosticiran depresivni poremećaj nerijetko pokazuju ozbiljnu kliničku simptomu, a njihova depresije ne utječe samo na njih, već na cijelu obitelj. Upravo zbog toga jako je važno raditi na pravovremenom dijagnosticiranju depresije. To je ponekad teško budući da zbog eksternaliziranih problema koji su vidljivi izvana, depresija ostaje neotkrivena. Ključna je uloga socijalnih radnika, koji koristeći se instrumentima struke procjenjuju razvojne rizike djece, pa samim time otkrivaju depresiju i rizične čimbenike za pojavu iste na vrijeme. Time mogu utjecati na njenu prevenciju i ublažavanje simptoma. S obzirom da djeca provode puno vremena u školama, trebalo bi raditi na zapošljavanju socijalnih radnika u sustavu obrazovanja. Njihovim zapošljavanjem omogućilo bi se rano otkrivanje razvojnih rizika kod velikog broja djece.

11. LITERATURA

Achenbach, T.M., Becker, A., Döpfner, M., Heiervang, E., Roessner, V., Steinhausen, H.C. i Rothenberger, A. Multicultural assessment of child and adolescent psychopathology with ASEBA and SDQ instruments: research findings, applications, and future directions. (2008). *J Child Psychol Psychiatry*, 49(3), 251-275.

Ajduković, M. (2023). *Procjenjivanje razvojni rizika i sigurnosti djece kao temelj za planiranje i praćenje socijalnih intervencija*. (Power Point prezentacija). Posjećeno 14.09.2023. na mrežnoj stranici Pravnog fakulteta: <https://www.pravo.unizg.hr/scsr/ktmsr/predmet/srmdnp>

Ajduković, M. (ur) (2015). *Pomoć roditeljima u zaštiti dobrobiti djece*. Zagreb: Društvo za psihološku pomoć i Ured UNICEF-a za Hrvatsku. https://www.unicef.hr/wp-content/uploads/2015/09/DPP-Unicef-prirucnik_Dobrobit_djeteta-web.pdf

Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Smith, J. M., Gibb, B. E., i Neeren, A. M. (2006). Role of parenting and maltreatment histories in unipolar and bipolar mood disorders: Mediation by cognitive vulnerability to depression. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 9(1), 23–64.

Bahls, S.C. Depression in childhood and adolescence: clinical features. (2002). *J Pediatr (Rio J)*, 78(5), 359-366.

Barstead, M.G., Bouchard, L.C. i Shih, J.H. (2013). Understanding gender differences in co-rumination and confidant choice in young adults. *J Soc Clin Psychol*, 32, 791-808.

Begić, D., Jukić, V. i Medved, V. (2015). *Psihijatrija*. Zagreb: Medicinska naklada.

Begovac, I. (Ur.). (2021). *Dječja i adolescentna psihijatrija*. e-izdanje: Sveučilište u Zagrebu Medicinski fakultet. Posjećeno 12.09.2023. na mrežnoj stranici Dabar: <https://repozitorij.mef.unizg.hr/islandora/object/mef:3027>

Beirão, D., Monte, H., Amaral, M., Longras, A., Matos, C., i Villas-Boas, F. (2020). Depression in adolescence: a review. *Middle East Current Psychiatry*, 27(1).

Birmaher, B, Ryan, N.D., Williamson, D.E., Brent, D.A., Kaufman, J., Dahl, R.E., Perel, J., i Nelson, B. (1996). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35(11):1427-1439.

Boričević Maršanić, V., Zečević, I., Ercegović, N., Paradžik, Lj. i Grgić, V. (2016). Sva lica dječje depresije - heterogenost kliničke slike depresije u djece i adolescenata. *Paediatr Croat*, 60(1), 119-125.

Cairns, K.E., Yap, M.B., Pilkington. P.D. i Jorm, A.F. (2014). Risk and protective factors for depression that adolescXents can modify: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *J Affect Disord*, 169, 61-75.

Carballo, J.J., Llorente, C., Kehrmann, L., Flamarique, I., Zuddas, A., Purper-Ouakil, D., Hoekstra, P.J., Coghil, D., Schulze, U.M.E., Dittmann, R.W., Buitelaar, J.K., Castro-Fornieles, J., Lievesley, K., Santosh, P. i Arango, C. (2020). Psychosocial risk factors for suicidality in children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 29(6), 759-776.

Duggal, S., Carlson, E.A., Sroufe, A. i Egeland, B. (2001). Depressive symptomatology in childhood and adolescence. *Dev Psychopathol*, 13 (1), 143-164.

Essau, C. A. (2004). The association between family factors and depressive disorders in adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 33(5), 365–372.

Goldston, D.B., Daniel, S.S., Erkanli, A., Reboussin, B.A., Mayfield, A., Frazier, P.H. i Treadway, S.L. (2009). Psychiatric diagnoses as contemporaneous risk factors for suicide attempts among adolescents and young adults: developmental changes. *J Consult Clin Psychol*, 77(2), 281-290.

Gould, M.S., Greenberg, T., Velting, D.M. i Shaffer, D. (2003). Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(4), 386-405.

Gregurek, R. (2004). Psihoterapija depresija. *Medicus*, 13 (1_Depresija), 95-100.

Hankin, B.L. (2006). Adolescent depression: Description, causes, and interventions. *Epilepsy & Behaviour*, 8(1), 102-114.

Hankin, B.L., Mermelstein, R. i Roesch, L. (2007). Sex differences in adolescent depression: Stress exposure and reactivity models. *Child Development*, 78(1), 279-295.

Johnson, D.P. i Whisman, M.A. (2013). Gender differences in rumination: A meta-analysis. *Pers Individ Dif.*, 55(4), 367-374.

Karlović, D. (2017). Depresija: klinička obilježja i dijagnoza. *Medicus*, 26(2 Psihijatrija danas), 161-165.

Kuzman, M., Pavić Šimetin, I., i Pejnović Franelić, I. (2008). *Ponašanje u vezi sa zdravljem u djece školske dobi 2005/2006 – Djeca i mladi u društvenom okruženju*. Hrvatski zavod za javno zdravstvo: Zagreb.

Lau, J.Y. i Eley, T.C. (2006). Changes in genetic and environmental influences on depressive symptoms across adolescence and young adulthood. *Br J Psychiatry*, 189, 422-427.

Ledić, L. (2019). DEPRESIJA U DJECE I ADOLESCENATA. *Zdravstveni glasnik*, 5(2), 75-85.

Ledinski Fičko, S., Čukljek, S., Smrekar, M. i Hošnjak, A.M. (2017). Promocija mentalnog zdravlja i prevencija mentalnih poremećaja kod djece i adolescenata – sistematičan pregled literature. *Journal of Applied Health Sciences = Časopis za primijenjene zdravstvene znanosti*, 3 (1), 61-71.

Lewinsohn, P.M., Allen, N.B., Seeley, J.R. i Gotlib, I.H. (1999). First onset versus recurrence of depression: differential processes of psychosocial risk. *J Abnorm Psychol*, 108(3), 483–489.

Macuka, I. (2016). Emocionalni i ponašajni problemi mlađih adolescenata – zastupljenost i rodne razlike. *Ljetopis socijalnog rada*, 23(1), 65-86.

Majdak, M. (2022). *Ekološki pristup sagledavanju čimbenika rizika i zaštite u razvoju problema u ponašanju djece i mladih*. (Power Point prezentacija). Posjećeno 31.08.2023. na mrežnoj stranici Pravnog fakulteta: <https://www.pravo.unizg.hr/scsr/ktmsr/predmet/srmdnp>

Majdak, M. (2022). *Razvojna obilježja adolescencije*. (Power Point prezentacija). Posjećeno 14.09.2023. na mrežnoj stranici Pravnog fakulteta: <https://www.pravo.unizg.hr/scsr/ktmsr/predmet/srmdnp>

Melton, T.H., Croarkin, P.E., Strawn, J.R. i McClintock, S.M. (2016). Comorbid Anxiety and Depressive Symptoms in Children and Adolescents: A Systematic Review and Analysis. *J Psychiatr Pract*, 22(2):84-98.

Merikangas, K.R., Nakamura, E.F. i Kessler, R.C. (2009), Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues Clin Neurosci*, 11(1), 7-20.

Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske (2023). *Nacrt strateškog okvira razvoja mentalnog zdravlja 2022. – 2030.* Posjećeno 11.09.2023. na mrežnoj stranici

Ministarstva zdravstva Republike Hrvatske:
<https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/2022%20Objave/STRATE%C5%A0KI%20OKVIR%20RAZVOJA%20MENTALNOG%20ZDRAVLJA%20DO%202030..pdf>

Moksnes, U.K., Moljord, I.E.O., Espnes, G.A. i Byrne, D.G. (2010). The association between stress and emotional states in adolescents: the role of gender and self-esteem. *Personality and Individual Differences*, 49(5), 430-435.

Moretti, M.M. i Craig, S.G. (2013). Maternal versus paternal physical and emotional abuse, affect regulation and risk for depression from adolescence to early adulthood. *Child Abuse Negl*, 37(1), 4-13.

Morris, M.C., Ciesla, J.A., i Garber, J. (2008). A prospective study of the cognitive-stress model of depressive symptoms in adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 117(4), 719–734.

Nair, M.K.C., Paul, M.K. i John, R. (2004). Prevalence of depression among adolescents. *The Indian Journal of Pediatrics*, 71, 523–524.

Nolen-Hoeksema, S, Wisco BE, Lyubomirsky S. Rethinking Rumination. *Perspect Psychol Sci*. 2008 Sep;3(5), 400-24.

Nolen-Hoeksema, S. (2001). Gender Differences in Depression. *Current Directions in Psychological Science*, 10(5), 173–176.

Novak, M. i Bašić, J. (2008). Internalizirani problemi kod djece i adolescenata: obilježja i mogućnosti prevencije. *Ljetopis socijalnog rada*, 15(3), 473-498.

Oldehinkel, A.J., Veenstra, R., Ormel, J., de Winter, A.F. i Verhulst, F.C. (2006). Temperament, parenting, and depressive symptoms in a population sample of preadolescents. *J Child Psychol Psychiatry*, 47(7), 684-695.

Ostojić, D. (2022.). *Dječja i adolescentna psihijatrija*. (Power Point prezentacija). Posjećeno 14.09.2023. na mrežnoj stranici Pravnog fakulteta:
https://www.pravo.unizg.hr/scsr/kppsr/predmet/socpsi_d/predavanja_i_prezentacije

- Parker, G. i Brotchie, H. (2010). Gender differences in depression. *Int Rev Psychiatry*, 22(5), 429-36.
- Patel, V., Fisher, A.J., Hetrick, S. i McGorry, P. (2007). Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet*, 369(9569), 1302–1313.
- Petersen, A.C., Compas, B.E., Brooks-Gunn, J., Stemmler, M., Ey, S, i Grant, K.E. (1993). Depression in adolescence. *Am Psychol*, 48(2), 155-168.
- Rajhvajn Bulat, L. (2023). *Internalizirani problemi i poremećaji mladih (1)*. (Power Point prezentacija). Posjećeno 31.08.2023. na mrežnoj stranici Pravnog fakulteta: <https://www.pravo.unizg.hr/scsr/ktmsr/predmet/srmdnp>
- Rajhvajn Bulat, L. (2023.). *Obitelj i obiteljski odnosi mladih društveno neprihvatljivog ponašanja*. (Power Point prezentacija). Posjećeno 1.09.2023. na mrežnoj stranici Pravnog fakulteta: <https://www.pravo.unizg.hr/scsr/ktmsr/predmet/srmdnp>
- Restifo, K. i Bögels, S. (2009). Family processes in the development of youth depression: translating the evidence to treatment. *Clin Psychol Rev*, 29(4), 294-316.
- Rudan, V. i Tomac, A. (2009). Depresija u djece i adolescenata. *Medicus*, 18(2 Adolescencija), 173-179.
- Rudolph, K.D. (2002). Gender differences in emotional responses to interpersonal stress during adolescence. *Journal Adolescent Health*, 30(4 Suppl), 3-13.
- Rudolph, K.D., Caldwell, M.S. i Conley, C.S. (2005). Need for approval and children's well-being. *Child Development*, 76(2), 309-23.
- Saluja G., Iachan, R., Scheidt, P.C., Overpeck, M.D., Sun, W. i Giedd, J.N. (2004). Prevalence of and risk factors for depressive symptoms among young adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 158(8), 760-765.
- Stjepanović, M., Jendričko, T. i Ostojić, D. (2015). Uloga socijalnog radnika u socioterapijskim i psihosocijalnim postupcima kod osoba s rizikom razvoja depresije uzrokovane stresnim životnim događajima. *Socijalna psihijatrija*, 43(1), 0 - 43.

Tesa (2023). *Ciklus radionica komunikacijskih vještina za učenike (No bullying)*. Posjećeno 11.09.2023. na mrežnoj stranici Tesa: <https://www.tesa.hr/ciklus-radionica-komunikacijskih-vjestina-za-ucenike-no-bullying-2/>

Tesa (2023). *Psiho-portal za mlade*. Posjećeno 11.09.2023. na mrežnoj stranici Tesa: <https://www.tesa.hr/psiho-portal-za-mlade/>

Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D.S. i Thapar, A.K. (2012). Depression in adolescence. *Lancet*, 379(9820), 1056-1067.

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

Zahn-Waxler, C., Shirtcliff, E.A. i Marceau, K. (2008). Disorders of childhood and adolescence: gender and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 275-303.

Zakon o socijalnoj skrbi. *Narodne novine*, NN 18/22, 46/22, 119/22, 71/23.

Zalsman, G., Brent, D.A. i Weersing, V.R.. Depressive disorders in childhood and adolescence: an overview: epidemiology, clinical manifestation and risk factors. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 15(4), 827-841.

Zlomislić, D. i Laklija, M. (2019). Uloga socijalnih radnika zaposlenih na odjelima psihijatrije i čimbenici koji utječu na njihovu spremnost na uključivanje u superviziju. *Ljetopis socijalnog rada*, 26(1), 107 – 133.

Popis tablica

Tablica 3.1. Razlike kliničke slike depresije kod odraslih i adolescenata..... 7