

Depresija kod djece i mladih

Brajković, Antonia

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:199:173207>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-05**



Repository / Repozitorij:

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



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
PRAVNI FAKULTET
STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA

Antonia Brajković

DEPRESIJA KOD DJECE I MLADIH

ZAVRŠNI RAD

Zagreb, 2023.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
PRAVNI FAKULTET
STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA

Antonia Brajković

DEPRESIJA KOD MLADIH

ZAVRŠNI RAD

Zagreb, 2023.

Izjava o izvornosti

Izjava o izvornosti. Ja, Antonia Brajković pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključiva autorica završnog rada te da u radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova te da se prilikom izrade rada nisam koristio-la drugim izvorima do onih navedenih u radu.

Ime i prezime: Antonia Brajković

Datum: 21.08.2023

SAŽETAK

Depresija je psihički poremećaj s kojim se susreće sve veći broj ljudi svih životnih dobi, iako se u prošlosti smatralo da je prisutna samo kod odraslih. Sve veći broj istraživanja na temu depresije ukazuju da mnoštvo djece, adolescenata i mlađih osoba koji pate od ovog poremećaja. Bitno je razlikovati pojam depresivnosti kao prolaznog, blažeg osjećaja tuge i lošeg raspoloženja te pojma depresije koji se odnosi na ozbiljnije stanje koje znatno utječe na svakodnevni život. Depresija se može pojaviti na emocionalnoj, tjelesnoj, kognitivnoj i bihevioralnoj razini. Neki od najučestaliji simptoma mogu biti tuga, bespomoćnost, loše raspoloženje i čak suicidalne misli. Intezitet i trajanje simptoma su varijabilni, a depresija se često pojavljuje u komorbiditetu s drugim poremećajima. Najčešći komorbiditet se pojavljuje s anksioznošću, poremećajima hranjenja i osobnosti. Dijagnosticiranje depresije pomoću skala za procjenu i intervjuja zapravo samo utvrđuje odstupanje od normalnih razvojnih promjena te učestalosti simptoma. Depresija se može liječiti, ali zahtjeva kako pravilnu dijagnozu, tako i podršku bliskih osoba i okoline. Kako bi se spriječili teži oblici depresije, rano prepoznavanje depresivnih oblika ponašanja je od ključne važnosti kod liječenja i prevencije. Danas postoji sve više znanja i osvještenosti o učestalosti depresije te je pojava depresije uz ubrzani i stresan način života u stalnom porastu. Brojni čimbenici utječu na pojavu depresije, poput genetskih, obiteljskih, fizičkih, psiholoških i društvenih čimbenika. Oko 10-15% djece i adolescenata iskazuje simptome depresije što dijete stavlja u veliki rizik za razvoj drugih poremećaja ili problema u svakodnevnom funkcioniranju. Stoga prevencija i liječenje depresije su od iznimne važnosti za socijalni, emocionalni i kognitivni razvoj djece i mladih.

KLJUČNE RIJEČI; adolescenti, depresija, djeca, simptomi oblici depresije, liječenje depresija

SUMMARY

Depression is a mental disorder that is encountered by an increasing number of people of all ages, although in the past it was thought to be present only in adults. An increasing number of studies on the topic of depression indicate that many children, adolescents and younger people suffer from this disorder. It is important to distinguish between the concept of depression as a transient, milder feeling of sadness and bad mood, and the concept of depression, which refers to a more serious condition that significantly affects everyday life. Depression can occur on an emotional, physical, cognitive and behavioral level. Some of the most common symptoms can be sadness, helplessness, bad mood and even suicidal thoughts. The intensity and duration of symptoms are variable, and depression often appears in comorbidity with other disorders. The most common comorbidity occurs with anxiety, eating and personality disorders. Diagnosing depression using assessment scales and interviews actually only determines the deviation from normal developmental changes and frequency of symptoms. Depression can be treated, but it requires both a proper diagnosis and the support of close people and environment. In order to prevent more severe forms of depression, early recognition of depressive forms of behavior is of crucial importance in treatment and prevention. Today, there is more and more knowledge and awareness about the frequency of depression, and the occurrence of depression with a fast-paced and stressful lifestyle is constantly increasing. Numerous factors influence the occurrence of depression, such as genetic, family, physical, psychological and social factors. About 10-15% of children and adolescents show symptoms of depression, which puts the child at high risk for the development of other disorders or problems in everyday functioning. Therefore, the prevention and treatment of depression are extremely important for the social, emotional and cognitive development of children and young people.

KEYWORDS: *adolescents, depression, children, symptoms of depression, forms of depression, treatment of depression*

Sadržaj

SUMMARY	0
1. UVOD	1
2. TEORIJSKA OSNOVA DEPRESIVNOSTI	2
2.1. Pojam i definicije depresije i depresivnosti.....	3
2.2. Uzroci depresije kod djece i mladih	5
2.3. Obilježja depresije	8
2.4. Dijagnosticiranja depresije	9
2.5. Vrste poremećaja	11
3. SIMPTOMI DEPRESIJE I DEPRESIVNOSTI KOD DJECE I ADOLESCENATA	14
4. KLASIFIKACIJA DEPRESIJE.....	17
5. DEPRESIVNOST KOD DJECE I ADOLESCENATA.....	19
5.1. Prepoznavanje depresije kod djece i mladih depresivnosti s obzirom na spol i dob djeteta .	22
5.2. Depresivnost kod djece predškolske dobi	24
5.3. Depresivnost kod djece školske dobi	25
4.3. Depresivnost u adolescenciji	27
5.4. Povezanost suicidnosti i depresije kod adolescenata.....	29
6. LIJEČENJE DEPRESIJE	30
6.1. Uloga obitelji i škole	33
6.2. Psihoedukacija i terapije.....	33
7. DEPRESIVNOST ZA VRIJEME PANEDMIJE COVID-19 I PREVENCIJA.....	36
8. ZAKLJUČAK	37
LITERATURA	38

1. UVOD

Depresija je ozbiljan psihički poremećaj koji se često poistovjećuje s tjeskobom i tugom, no u stvarnosti predstavlja duboko ukorijenjeni problem koji značajno utječe na fizičko i emocionalno zdravlje pojedinca. Riječ "*depresija*" potječe od latinske riječi "*deprimere*", što znači pritisnuti ili utisnuti. Iako je depresija bila prisutna u ljudskoj povijesti od samih početaka, dugo se vremena smatralo da djeca i mladi ne mogu patiti od ovog poremećaja (Mihaljević-Peleš, Šagud, 2009). No, spoznaje su se promijenile i depresija među mlađom populacijom postala je priznat i ozbiljan javnozdravstveni problem.

Raspoloženje se opisuje kao unutarnje emocionalno stanje pojedinca, dok vanjski izražaj tog stanja nazivamo afektom. Depresija, kao poremećaj raspoloženja, manifestira se dugotrajnim osjećajem tuge, promjenama raspoloženja, žalosti, utučenosti bezvoljnosti te poremećajima spavanja i apetita. Pojam depresivnog raspoloženja obuhvaća širok spektar simptoma, od blagih do teških, koji mogu trajati od nekoliko dana do nekoliko godina. Prema Mihaljević-Peleš (2009) simptomi mogu trajati i do godinu dana što dovodi do težih depresivnih epizoda. Važno je razlikovati prolazne depresivne simptome, koji su normalna reakcija na stresne situacije, od ozbiljnih depresivnih poremećaja koji značajno narušavaju kvalitetu života pojedinca. 1971. godine je depresija po prvi puta priznata poremećajem od strane europskih dječjih psihijatara sa značajnom učestalošću u djece i adolescenata (Vulić-Prtorić, 2000).

Važno je napomenuti da depresija nije ograničena samo na odrasle osobe. Studije su pokazale da se depresija sve više počinje pojavljivati kod djece i adolescenata, čak i u mlađoj dobi. Simptomi depresije kod djece variraju od blagih promjena raspoloženja do ozbiljnih poremećaja kao što su poremećaji u prehrani. Djeca koja pate od depresije mogu ispoljavati znakove kao što su nedostatak interesa za igre, školu ili druge aktivnosti, poremećaji spavanja, promjene u apetitu te čak i suicidalne misli. Društvo u kojem živimo, sa svojim brzim tempom i stresnim zahtjevima, često pridonosi pojavi depresije.

Dugotrajni stres, neizvjenost, prevelika očekivanja od okoline kod djece i mladih mogu doprinijeti razvoju ovog poremećaja. Stoga se depresija više pripisuje psihosocijalnim nego biološkim uzrocima, u koje se ubrajaju traumatska iskustva, zlostavljanje ili zdravstveno stanje (Ljubičić, 2010.). Depresija dovodi do negativnog doživljaja sebe i okoline te često rezultira bezvoljnošću i nedostatkom interesa za životne aktivnosti. Razumijevanje depresije i njezinih posljedica ključno je za prevenciju i liječenje. Stigma i diskriminacija su često razlog zašto osobe oboljele od duševnih bolesti ne traže stručnu pomoć. Stoga je važno da osoba koja pati

od depresije ima podršku okoline i ne doživljava osudu i stigmatu zbog duševnog stanja (Thornicroft, 2007). Terapija, psihoterapija i, u nekim slučajevima, farmakoterapija, mogu biti učinkoviti načini liječenja depresije. Važnu ulogu u liječenju i prevenciji depresije kod djece i mladih imaju socijalni radnici čije su djelatnosti propisane Zakonom o socijalnoj skrbi. Primjerice u Zakonu o socijalnoj skrbi propisane su socijalne usluge psihosocijalne podrške i savjetovanja i pomaganja pojedincu koje mogu biti od važnosti u prevladavanju stresnih događaja i depresivnih simptoma (Stjepanović i sur., 2015).

2. TEORIJSKA OSNOVA DEPRESIVNOSTI

Depresija se ubraja među najraširenije bolesti današnjice. Njezini simptomi mogu se manifestirati u bilo kojoj dobi, varirati u intenzitetu te može doći do remisije, ali i ponovno se pojavljivati u težem i izazovnijem obliku. Trajanje depresije može varirati od nekoliko dana do čak nekoliko godina. No, depresija je puno više od prolaznog neraspoloženja ili tugovanja nakon gubitka bliske osobe. Kako bi se postavila dijagnoza potrebno je da simptomi traju najmanje dva tjedna (Mihaljević-Peleš, 2009). Ona je posljedica složenih interakcija različitih čimbenika koji utječu na promjene u mozgovnoj aktivnosti. Depresija se također imenuje kao bolest s tisuću lica jer se radi o heterogenom poremećaju koji može imati više oblika (Jakovljević, 1998). Epidemiološki rezultati ukazuju da su nove generacije izložene većem riziku od depresivnosti u usporedbi s njihovim roditeljima (Harrington, 1993). Depresija je ozbiljan psihički poremećaj koji se posljednjih desetljeća sve više povećava, zahvaćajući sve veći broj mladih ljudi.

Ponekad se može smatrati sekundarnim stanjem jer često dolazi u komorbiditetu s drugim psihološkim problemima i medicinskim stanjima. Simptomi i znakovi depresije mijenjaju se i variraju tijekom života osobe. Možemo je usporediti s parazitom jer, s obzirom na destruktivno djelovanje na tijelo i duh, može uzrokovati štetu na oba područja. Depresiju je važno razlikovati od obične tuge i prolaznih osjećaja neraspoloženja. Radi se o obliku mentalnog poremećaja koji utječe na cijelo tijelo, mijenjajući način na koji netko osjeća, misli i djeluje. Osim osjećaja trajne tuge ili razdražljivosti, depresija se očituje i gubitkom interesa za gotovo sve aktivnosti te nemogućnošću uživanja u njima (Emslie, Heiligenstein, Wagner, et al. 2002).

Ovi osjećaji često su popraćeni dodatnim simptomima koji utječu na neke od fizioloških funkcija poput apetita, spavanja, razine aktivnosti, koncentracije i kognitivnih funkcija.

Glavni čimbenik za prethodno navedene simptome je serotonin te poremećaj funkcioniranja serotoniniskog sustava je povezano s pojavom depresije (Mihaveljić-Peleš, 2009). Današnja istraživanja pokazuju da depresivnost češće pogađa osobe ženskog spola i mlađe životne dobi, a prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (dalje u radu (SZO)), očekuje se da će postati drugi najveći svjetski zdravstveni problem od ove godine. Istraživanja također navode kako je tome razlog što društvo ima veća očekivanja od žena naspram muškaraca (Brown i Tirril, 1989.). Prema Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo, depresija je 2017. godine bila drugi najčešći uzrok hospitalizacija u dobi od 20 do 59 godina (Živković, 2006).

Depresivni poremećaji pripadaju grupi poremećaja raspoloženja koja se karakteriziraju sniženim, tužnim ili razdražljivim raspoloženjem, te promjenama u drugim psihičkim i tjelesnim funkcijama. Ovi poremećaji datiraju još unatrag 3000 godina, spominjući se čak i u Ebersovom papirusu prije naše ere. U prošlosti su postojala različita imena za depresiju, a jedan od najranijih zabilježenih naziva bio je „poremećaj raspoloženja“ (Živčić, 1992). Već u Bibliji, u priči o Jobu i kralju Davidu, opisani su slučajevi koji podsjećaju na simptome depresije. Depresija je imala različite interpretacije i značenja u raznim kulturama i povijesnim razdobljima. Neki narodi su je smatrali neizlječivom bolešću, kaznom za moralne propuste ili znakom slabosti. Tijekom povijesti, različiti modeli objašnjavali su uzroke depresije. Hipokrat je koristio termin „melankolija“, koji se odnosi na „crnu žuč“, kako bi povezo raspoloženje s tekućinama u tijelu (Begić, 2011). Esquirol je kasnije odbacio ovaj pojam, a termini depresija i depresivno stanje postali su uobičajeni nakon što je Freud razvio psihološke teorije o nastanku depresije. Freud je utvrdio razliku normalnog tugovanja od simptoma depresije te kako depresiju prate osjećaji krivnje i samooptuživanja (Thurschwell, 2009). Do 60-ih godina prošlog stoljeća, depresija je bila rijedak poremećaj, češće povezan s ženama u srednjim godinama. Međutim, tijekom 60-ih, depresija je postala češća i s vremenom se razvila u jedan od najčešćih psihičkih poremećaja (Dodig-Ćurković, 2013). Depresija se sada smatra normalnim aspektom ljudskog iskustva, a Svjetska zdravstvena organizacija je označila depresiju kao treći najveći globalni zdravstveni problem.

2.1. Pojam i definicije depresije i depresivnosti

Depresija je emocionalni i psihički poremećaj s karakterističnim obilježjima kao što su promjene raspoloženja, osjećaj tuge, nedostatak radosti, emotivna praznina, nedostatak volje,

gubitak interesa te niz fizičkih tegoba (Hautzinger, 2002). Ovaj poremećaj manifestira se kroz sniženo i bezvoljno raspoloženje, osjećaj tuge i beznadja, gubitak osjećaja zadovoljstva, smanjenu energiju i vitalnost te pojavu anksioznosti i neodređenog straha. Osjećaji krivnje, bezizlaznosti, nedostatak volje za životom, pa čak i razmišljanja o samoubojstvu, mogu biti sastavnim dijelom depresivnog stanja. Osim toga, mijenjaju se i mišljenje, san i apetit (Živković, 2006).

Izraz depresija često se koristi za opisivanje lošeg ili obeshrabrenog raspoloženja koje proizlazi iz razočaranja ili gubitka. Međutim, za takva stanja bolje je koristiti termin demoralizacija (Filipović-Grčić, 2014). Negativni osjećaji demoralizacije, za razliku od onih kod depresije, često se povlače kad se okolnosti ili događaji poboljšaju. Loše raspoloženje obično traje samo nekoliko dana, a ne tjednima ili mjesecima, te ima manju vjerojatnost dovesti do suicidalnih misli ili gubitka funkcionalnost.

U psihijatriji, depresija se opisuje kao skup afektivnih poremećaja koji obuhvaćaju intenzivne osjećaje tuge, beznadja, bespomoćnosti, neopravdan osjećaj krivnje i sklonost prema samoubojstvu (Boričević-Maršanić, Zečević, Ercegović, Paradžik Grgić, 2016). Depresija može se manifestirati na različite načine kao raspoloženje (situacijski uvjetovana), kao sindrom (kombinacija emocija i ponašanja) i kao klinička slika bolesti. Depresija se često povezuje sa stresom te je bitan način suočavanja sa stresnim situacijama kod pojedinca. Suočavanje sa stresom može imati kratkoročne i dugoročne posljedice te se depresija ubraja kao dugoročna posljedica (Lazarus, 1991.).

Depresivnost se definira kao raspon od normalne, povremene i prolazne žalosti. Depresivnost se više definira kao prolazno stanje koje u slučaju održavanja može dovesti do kliničke depresije. Ovo stanje, koje se s vremenom pojačava, zahtijeva stručnu pomoć kako se ne bi produbilo. Psihički i fizički simptomi izražavaju depresivnost. Među psihičkim simptomima su česte promjene raspoloženja, gubitak interesa za aktivnosti, umor, smanjenje energije, osjećaj manje vrijednosti ili potpunog nedostatka vrijednosti, osjećaj krivnje, poteškoće u koncentraciji i odlučivanju, itd. Na tjelesnom planu, ti simptomi često prate poremećaje u apetitu, spavanju i psihomotoričkom funkcioniranju (Birmaher, Ryan, Williamson, et al. 1996).

Ova duboka osjećajna dimenzija danas predstavlja sveprisutno i sve učestalije iskustvo svake osobe. Njezina definicija obuhvaća kontinuum od normalne, povremene i prolazne tuge do

dubokih oblika depresije koje mogu biti kronične ili periodične (Vulić-Prtorić, 2004). Iako osjećaji tuge čine svakodnevno iskustvo i često su sastavni dio depresije, depresivnost nije isto što i ti osjećaji. Simptomi depresivnosti mogu se pojaviti kod svake osobe kao normalna reakcija na stresne i neugodne situacije. Ključno je razlikovati prolazne simptome od depresivnih poremećaja (Vulić Prtorić, 2004).

Depresivne poremećaje karakterizira duboka tuga koja je dovoljno intenzivna ili trajna da ometa normalno funkcioniranje te može smanjiti interes i užitak u aktivnostima. Iako točan uzrok nije u potpunosti poznat, vjeruje se da su uključeni nasljedni faktori, promjene u razinama neurotransmitera, endokrine promjene te psihosocijalni čimbenici. Dijagnoza se temelji na povijesti bolesti (anamnezi) (Karlović, 2017). Depresivnost se može promatrati na tri razine: simptomi, sindrom i poremećaj. Simptomi tuge i neraspoloženja prisutni su u mnogima, sindrom predstavlja kombinaciju tih simptoma, dok depresivni poremećaj obuhvaća specifičan depresivni sindrom određenog trajanja, intenziteta i negativnog utjecaja na svakodnevno funkcioniranje.

2.2. Uzroci depresije kod djece i mladih

Depresivni poremećaji nastaju iz kombinacije različitih čimbenika, isprepliću i time kompliciraju identifikaciju jedinstvenih uzroka. Općenito, uzroci depresije povezuju se s dva glavna područja: biološkim i psihosocijalnim. U biološke čimbenike spadaju genetika i neurokemijske promjene u mozgu, dok psihosocijalni čimbenici obuhvaćaju životni stil pojedinca i stresne događaje koje doživljava (Hautzinger, 2009). Neurotransmitterska teorija fokusira se na biološke aspekte depresije i ističe ulogu neurotransmitera kao kemijskih spojeva koji prenose informacije između neurona. Smanjenje serotonina, noradrenalina i dopamina u središnjem živčanom sustavu povezano je s depresivnim simptomima. Serotonin, posebno, ima važnu ulogu u regulaciji raspoloženja i njegovo smanjenje može doprinijeti razvoju depresije. Noradrenalin je povezan s krvnim tlakom, dok dopamin igra ulogu u motivaciji i percepciji stvarnosti (Kocijan Hercigonja, Hercigonja Novković, 2004). Psihosocijalne teorije naglašavaju psihološke čimbenike u nastanku depresije i ističu povezanost između depresije i stresnih životnih događaja. Stresni i traumatski događaji mogu narušiti ravnotežu organizma te pridonijeti razvoju psihičkih poremećaja.

Akutni stres proizlazi iz traumatičnih iskustava i traje kratko vrijeme, dok kronični stres kontinuirano djeluje na organizam. Kronični i nekontrolirani stres povećavaju rizik od razvoja depresije. Važno je napomenuti da svaka osoba prolazi kroz različite stresne situacije u životu, no svaka osoba odgovara različito na takve situacije. Nisu samo stresne situacije same po sebi uzrok depresije ili suicidalnih sklonosti; ključna je njihova sposobnost suočavanja i prevladavanja. Osobe koje se suočavaju s nedostatkom resursa ili snage za prevladavanje stresa imaju veći rizik za razvoj depresije ili suicidalnih misli (Jeffery, Sava, Winters, 2005).

Kombinacija bioloških i psihosocijalnih čimbenika doprinosi kompleksnosti depresivnih poremećaja, te je važno razumjeti ovu dinamiku kako bi se razvile učinkovite strategije prevencije, liječenja i podrške osobama koje se suočavaju s depresijom. Depresija kod mlađe populacije može biti rezultat različitih faktora, uključujući odgoj, okruženje i društvene utjecaje. Odgoj i obiteljska dinamika mogu imati značajan utjecaj na emocionalni razvoj djeteta. Stilovi roditeljskog odgoja, načini komunikacije i podrška koju dijete dobiva od svojih roditelja igraju ključnu ulogu u formiranju emocionalnih navika i sposobnosti suočavanja (Nikolić, Maranguić, et al. 2004).

U današnjem društvu postoji tendencija potiskivanja negativnih emocija i favoriziranje pozitivnog iskustva. To može stvoriti pritisak na pojedince da potisnu svoje tuge, tjeskobe i žalosti, što može dovesti do internalizacije tih emocija i njihove pretvorbe u depresivne simptome. Važno je naučiti kako se nositi s negativnim emocijama i kako pravilno izražavati svoje osjećaje (Stjepanović i sur., 2015). Suočavanje s neuspjesima i izazovima također igra ključnu ulogu u razvoju mentalne otpornosti kod djece i adolescenata. Naučiti kako se nositi s neuspjesima, kako pravilno postaviti ciljeve te kako se nositi s razočaranjima može pomoći u sprečavanju razvoja pesimističnog stava koji je povezan s depresijom. Važno je poticati djecu da traže rješenja, da razvijaju strategije suočavanja te da razmišljaju pozitivno.

Učenje vještina emocionalne inteligencije, komunikacije i rješavanja problema može biti ključno u sprječavanju depresivnih simptoma. Također, važno je osvještavanje društva o važnosti mentalnog zdravlja i pružanje podrške pojedincima koji se suočavaju s depresijom. Depresija u djece često može biti rezultat načina na koji percipiraju svoje neuspjehe i doživljavaju svijet oko sebe (Begić, 2011). Kada dijete doživi neuspjeh i vidi sebe kao nesposobno, bez sposobnosti da se promijeni ili poboljša, može se osjećati bezvrijedno i obeshrabreno da nastavi s trudom. Ovakav osjećaj nemoći može dovesti do osjećaja tuge i depresije. Važno je da dijete razumije da se svaki neuspjeh može sagledati kao prilika za učenje i rast.

Stalno podcjenjivanje vlastitih postignuća, pripisivanje uspjeha sreći umjesto vlastitom trudu, može dodatno doprinijeti osjećaju nesigurnosti. Da bi se djeca lakše nosila s ovim izazovima, potrebno ih je učiti kako sagledavati neuspjehe kao prilike, kako ih prevladati i kako se boriti za svoje ciljeve unatoč preprekama. Mnogi vanjski čimbenici mogu doprinijeti osjećaju depresije kod djece. Konflikti u obitelji, poput problema u odnosima s roditeljima ili braćom i sestrama, mogu dodatno opteretiti dijete. Poteškoće u komunikaciji, neprijateljstvo i nedostatak zajedničkih aktivnosti mogu stvoriti osjećaj izolacije.

Socijalni odnosi također igraju ključnu ulogu u emocionalnom blagostanju djeteta. Druženje s vršnjacima može pružiti osjećaj pripadnosti i podrške. No, ako dijete osjeća da ima malo ili nimalo prijatelja, može se osjećati izolirano i neshvaćeno. Teško je odrediti što je prva uzročnost da li depresija dovodi do problema u socijalnim odnosima ili obrnuto. Moguće je da oba aspekta međusobno utječu jedan na drugi ili da postoji treći čimbenik koji utječe na oba. Depresija kod djece često proizlazi iz kombinacije negativnih iskustava i načina na koji interpretiraju svoje okruženje (Ledić i sur., 2019).

Kognitivni psiholozi ističu kako je karakteristično da depresivne osobe pripisuju vanjskim, specifičnim i promjenjivim utjecajima odgovornost za važne pozitivne događaje. Ključno je naučiti djecu kako da pravilno interpretiraju negativne događaje te da sagledaju širu sliku i razmotre mogućnost promjene situacije (Macuka, Jurkin, 2014). Učenje djece od strane uzora, koji često uključuju roditelje, učitelje i druge važne osobe, igra ključnu ulogu. Način na koji uzori prihvaćaju uspjeha i neuspjeha djeteta te kako komuniciraju s njima može biti presudan za razvoj djetetovog samopouzdanja i samopoštovanja. Kritika bi se trebala usmjeriti na ponašanje u određenoj situaciji, a ne na osobine djeteta.

Rizični faktori poput teškog temperamenta, niskog samopoštovanja, problema u odnosima s roditeljima i psiholoških problema u obitelji povećavaju vjerojatnost depresije kod djece. No, moguće je djelovati na neke od ovih faktora kako bi se smanjila opasnost od depresije. Na primjer, poboljšavanjem odnosa s roditeljima i radom na podizanju samopoštovanja može se znatno smanjiti rizik od depresije. Osim toga, istraživanja ukazuju na važnost zaštitnih faktora kao što su roditeljska briga za dijete, djetetovo samopouzdanje i samopoštovanje, vjera i religioznost, socijalne vještine te efikasne strategije suočavanja sa stresom (Kurtović, 2012). Slobodno vrijeme, osobito kroz igru, igra ključnu ulogu u razvoju djece.

Igra omogućuje djetetu da rješava probleme, razvija kreativnost te uči nove načine suočavanja s izazovima. Važno je da roditelji budu uključeni u igru kako bi dijete razvijalo osjećaj

pripadnosti i zaštitne faktore. Razumijevanje rizičnih i zaštitnih faktora te njihovog međusobnog utjecaja ključno je za prevenciju i intervenciju u slučaju depresije kod djece. Nastojanje da se razviju pozitivni obrasci mišljenja i ponašanja te pružanje potrebne podrške i razumijevanja može značajno doprinijeti emocionalnom zdravlju djece i mladih.

2.3. Obilježja depresije

Depresija se prema klasifikaciji svrstava u poremećaje afekta ili raspoloženja, kod kojih je glavni simptom promjena u raspoloženju, dok su sekundarna obilježja poremećaji nagona i kognicije (Karlović,2017). Depresivni poremećaji čine skupinu poremećaja kojima je zajednička pojava promjena u raspoloženju, koje mogu biti izražene kao sniženo, tužno ili iritabilno raspoloženje. Osim toga, depresivni poremećaji se manifestiraju i kroz promjene u drugim psihičkim i tjelesnim funkcijama. Ovaj poremećaj može se manifestirati samostalno ili kao prateći simptom drugih psihičkih poremećaja. Depresiju kao psihički poremećaj možemo analizirati na tri razine (Spitz, 1946):

- Razina simptoma depresivnosti - ova razina uključuje specifične simptome kao što su depresivno raspoloženje, osjećaji tuge, žalosti itd.
- Razina depresivnih sindroma - sindrom je kombinacija osjećaja, misli i ponašanja koji se pojavljuju istovremeno. Psihopatološki fenomeni promatraju se u kontekstu drugih misli, osjećaja i ponašanja. Identifikacija prisutnosti depresivnih sindroma vrši se deduktivnom metodom, od općenitih obilježja do specifičnih.
- Razina depresivnih poremećaja - ovdje govorimo o skupini simptoma ili sindroma koji imaju prepoznatljivu etiologiju. Ova razina analize počinje od činjenice da poremećaj karakteriziraju jasni sindromi međusobno povezanih simptoma, koji traju određeno vremensko razdoblje i značajno utječu na svakodnevno funkcioniranje osobe.

Primjećujemo da na depresiju utječe niz karakteristika, no važno je shvatiti da ako navedene karakteristike nisu dugotrajne ili izražene dovoljno snažno, to nužno ne ukazuje na prisutnost depresije, već na normalnu reakciju pojedinca. Trenutak prelaska iz normalne reakcije pojedinca u razvoj depresivnog poremećaja nije precizno poznat.

2.4. Dijagnosticiranje depresije

Danas se u području psihijatrije koristi više klasifikacijskih modela za dijagnosticiranje depresije diljem svijeta. S ciljem postavljanja dijagnoze što objektivnije i preciznije, predloženi su brojni kriteriji. Dvije najvažnije klasifikacije su one (SZO) - MKB-10 i Američke psihijatrijske asocijacije (APA) - DSM-IV. U hrvatskom zdravstvenom sustavu, službeno je prihvaćena MKB-10 klasifikacija, primjenjujući je od 1. siječnja 1995. godine pa sve do današnjeg dana (Macuka, Jurkin, 2014). Obje klasifikacije zahtijevaju da simptomi traju najmanje dva tjedna kako bi se postavila dijagnoza depresivnog poremećaja. Razlika između ovih klasifikacija leži u tome da po MKB-10 kriterijima pacijent mora imati prisutne simptome lošeg raspoloženja, gubitka interesa i uživanja te smanjenja energije.

S druge strane, prema DSM-5 (najnovija verzija) kriterijima, dovoljno je da osoba ima ili samo depresivno raspoloženje ili samo gubitak interesa i uživanja, uz prisutnost ostalih simptoma koji su gotovo identični. Međunarodna klasifikacija bolesti temelji se na Europskoj psihijatrijskoj školi i uglavnom se oslanja na njemačku psihijatrijsku tradiciju. Tijekom posljednjih desetljeća 20. stoljeća, skupina autora radila je na 10. reviziji Međunarodne klasifikacije bolesti (MKB-10), koja je objavljena 1992. godine. Hrvatski prijevod MKB-10 objavljen je 1999. godine i znatno je doprinio boljem razumijevanju suvremenih koncepata psihijatrijskih poremećaja te preciznijoj dijagnostici (Mihaljević-Peješ, Šagud, 2009).

U usporedbi s prethodnom verzijom (MKB-9), MKB-10 donosi značajne promjene u klasifikaciji poremećaja. Odbacuje se stari način kodiranja bolesti te se uvodi alfa-numerička klasifikacija koja pruža veću fleksibilnost i omogućuje lakše sortiranje i dodavanje novih poremećaja u budućim izdanjima. Također su promijenjeni i kriteriji za mnoge psihičke poremećaje, a poremećaji su podijeljeni u različite podskupine. Depresivni poremećaji su svrstani u kategoriju poremećaja raspoloženja ili afektivnih poremećaja, označenu kao F30-F39. Dijagnoza depresivnog poremećaja prema MKB-10 obuhvaća depresivnu epizodu (F32), ponavljajući depresivni poremećaj (F33) i distimiju (F34.1). Depresivne epizode se mogu manifestirati na različite načine, obuhvaćajući različit broj, intenzitet i kombinacije depresivnih simptoma, kao i ozbiljnost kliničke slike te trajanje epizoda. Prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti, depresivne epizode se razvrstavaju prema težini u blage, umjerene i teške (Rudan, Tomac, 2009).

Blage i umjerene epizode mogu uključivati prisutnost ili odsutnost somatskih simptoma, dok se teška epizoda karakterizira prisutnošću ili odsutnošću psihotičnih simptoma. U Međunarodnoj klasifikaciji bolesti MKB-10, depresivne epizode se označavaju ovisno o njihovoj težini (Begić, 2011):

- F32.0 - Blaga depresivna epizoda: Uključuje najmanje 2 tipična simptoma depresije i najmanje 2 dodatna simptoma. Ovaj stupanj karakteriziraju blaže teškoće u svakodnevnim aktivnostima, ali ne dolazi do potpunog prekida aktivnosti.
- F32.1 - Umjerena depresivna epizoda: Prisutna su najmanje 2 tipična simptoma depresije i najmanje 3 dodatna simptoma. Ovdje se obično javljaju značajne teškoće u socijalnim, radnim i kućanskim aktivnostima.
- F32.2 - Teška depresivna epizoda bez psihotičnih simptoma: U ovom slučaju prisutna su sva 3 tipična simptoma depresije i najmanje 4 dodatna simptoma. Socijalne, radne i kućanske aktivnosti značajno su ometene.
- F32.3 - Teška depresivna epizoda sa psihotičnim simptomima: Ovdje su prisutni svi 3 tipična simptoma depresije, najmanje 4 dodatna simptoma te jedan ili više psihotičnih simptoma. Socijalne, radne i kućanske aktivnosti također su značajno ograničene.

Također, u MKB-10 klasifikaciji somatski simptomi depresije uključuju (Živčić, 1992):

- Gubitak interesa i zadovoljstva u aktivnostima koje su inače ugodne.
- Gubitak emocionalnih reakcija na događaje i aktivnosti koje obično izazivaju emocionalni odgovor.
- Jutarnje buđenje dva ili više sati ranije od uobičajenog.
- Depresivno raspoloženje teže izjutra.
- Izražena psihomotorna retardacija ili agitacija.
- Značajan gubitak apetita.
- Gubitak tjelesne težine od 5% ili više u posljednjih mjesec dana.
- Izražen gubitak libida.

Tipični simptomi depresije uključuju depresivno raspoloženje, gubitak interesa i uživanja te smanjenje energije. Osim toga, depresija može pokazivati i druge simptome kao što su smanjena koncentracija, smanjeno samopouzdanje, osjećaj krivnje i bezvrijednosti, pesimistične misli o budućnosti, ideje o samoozljeđivanju ili suicidu, poremećaj spavanja te smanjeni apetit. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders dalje u radu (DSM) je zvanična američka klasifikacija koja je koncipirana s ciljem zadovoljenja potreba za

dijagnostikom i statističkim praćenjem. Ova svrha jasno proizlazi iz samog naslova, što ukazuje na njenu osnovnu svrhu.

U skladu s tim, pristup dijagnostici u DSM-u često podrazumijeva manju upotrebu opisa simptoma kao glavnih dijagnostičkih kriterija. Ovakav pristup ima višestruke koristi, uključujući olakšavanje kvalitetne statističke analize podataka te omogućavanje širem krugu stručnjaka da se bavi dijagnostikom. Prvi DSM-I priručnik je objavila Američka psihijatrijska udruga 1952. godine u Sjedinjenim Američkim Državama. Međutim, DSM-IV izdanje, koje je stupilo na snagu 1994. godine, i dalje ostaje u primjeni (Živković, 2006).

Američke klasifikacije su poznate po svojoj detaljnosti i strogosti, zbog čega su često preferirane od strane europskih i drugih autora, naročito u znanstvenim istraživanjima. Za dijagnozu depresije prema DSM-u, potrebno je da su prisutna najmanje 5 simptoma, pri čemu jedan od tih simptoma mora biti ili depresivno raspoloženje ili gubitak interesa i zadovoljstva. Ovaj zahtjev za prisutnošću tipičnog simptoma dodatno naglašava važnost preciznog dijagnosticiranja depresije. Sustavno izražavanje dijagnostičkih kriterija u DSM-u omogućava jasnu i dosljednu identifikaciju mentalnih poremećaja, olakšavajući tako istraživanje, dijagnostiku i tretman.

2.5. Vrste poremećaja

Poremećaj raspoloženja prema DSM-IV (Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, četvrto izdanje). Unutar ove kategorije, depresija je u skupini internaliziranih poremećaja, što znači da su njezini simptomi često prikriveni i teže uočljivi. Raspoloženje se definira kao dugotrajno, opće emocionalno stanje pojedinca koje ima utjecaj na cjelokupno doživljavanje i ponašanje (Vulić-Prtorić, 2004). Afekt, s druge strane, predstavlja kratkotrajno, prolazno i intenzivno emocionalno stanje, dok se temperament odnosi na cjelokupni emocionalni život i osnovno raspoloženje osobe.

Da bi se neka promjena raspoloženja klasificirala kao psihijatrijski poremećaj, potrebno je da postoji patološki otklon od normalnog, uz pervazivan utjecaj na osobu i njenu sposobnost procjene i odlučivanja. Ovi poremećaji obično traju duže vrijeme te imaju sklonost

ponavljanju. Depresivni poremećaji podijeljeni su na nekoliko podkategorija prema simptomima i karakteristikama (Rudan, Tomac, 2009):

- Veliki depresivni poremećaj: Ovo je najpoznatiji oblik depresije. Osobe koje pate od ovog poremećaja iskazuju duboku tugu, gubitak interesa za aktivnosti koje su ranije bile uživanje, promjene u apetitu i težini, poremećaje spavanja, umor, osjećaj beskorisnosti i krivnje, te poteškoće u koncentraciji. Ti simptomi mogu bitno narušiti svakodnevno funkcioniranje.
- Distimični poremećaj: Distimija se karakterizira kao kronična forma depresije s blažim simptomima, ali koji traju dulje razdoblje, obično dvije godine ili više. Osobe s distimičnim poremećajem često osjećaju nisku energiju, gubitak interesa i nedostatak samopouzdanja.
- Depresivni poremećaj, neodređen: Ova kategorija obuhvaća simptome depresije koji ne ispunjavaju sve kriterije za druge oblike depresivnih poremećaja, ali su i dalje značajni i mogu utjecati na kvalitetu života.

Depresija se može manifestirati na različite načine kod djece i odraslih. Mlađa depresivna djeca često iskazuju tugu, spore pokrete, nizak ton glasa i nisko samopouzdanje. Djeca školske dobi, s boljim verbalnim sposobnostima, mogu izraziti svoje loše raspoloženje, teškoće u školi, iritabilnost te tjelesne simptome kao što su glavobolja i bolovi u trbuhu. No, djeca školske dobi depresije također mogu iskazati ljutnoj, hiperaktivnosti i agresijom (Ledić, 2019). Razumijevanje različitih oblika depresije i njihovih simptoma ključno je za pravilnu dijagnozu i odabir najboljeg načina liječenja. Terapija, psihoterapija i ponekad lijekovi mogu biti korisni u ublažavanju simptoma i pomoći osobama koje pate od depresivnih poremećaja da povrate svoju emocionalnu ravnotežu i funkcionalnost. Veliki depresivni poremećaj predstavlja ozbiljan i akutan oblik depresije. Iako se može javiti u bilo kojoj dobi, vjerojatnost prve pojave značajno raste tijekom adolescencije (Nikolić, Maranguić, et al. 2004). Prema DSM-V (Peti dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje), simptomi koji čine kriterije za dijagnozu velikog depresivnog poremećaja moraju biti prisutni svakodnevno, osim za promjene tjelesne težine i suicidalne promišljanja. Osobine koje definiraju veliku depresivnu epizodu uključuju (Vulić-Prtorić, 2000):

- Depresivno raspoloženje ili gubitak interesa i uživanja u gotovo svim aktivnostima tijekom razdoblja od najmanje dva tjedna.

- Dodatni simptomi, koji se moraju pojaviti tijekom te depresivne epizode, mogu uključivati:
- Promjene tjelesne težine bez povezane dijeta ili dobivanja na težini.
- Problemi sa spavanjem, bilo nesanica ili pretjerano spavanje.
- Psihomotorna usporenost ili ubrzanost.
- Osjećaj umora ili gubitka energije.
- Osjećaj bezvrijednosti ili prevelike i neodgovarajuće krivnje.
- Smanjena sposobnost razmišljanja ili koncentracije.
- Razmišljanje o smrti, planiranje samoubojstva ili pokušaji samoubojstva.

Depresivni poremećaji mogu imati recidivirajući karakter, što znači da se mogu pojaviti jedna ili više depresivnih epizoda tijekom života. Nakon prve epizode, postoji oko 50% vjerojatnosti za pojavu nove epizode. Svakom naknadnom epizodom, rizik za pojavu nove epizode dalje se povećava. Simptomi velikog depresivnog poremećaja obuhvaćaju ne samo emocionalne aspekte već i tjelesne promjene. Osobe koje pate od ovog poremećaja mogu iskusiti nisko raspoloženje, gubitak interesa, osjećaj bezvrijednosti, suicidalne misli, promjene u tjelesnoj težini i apetitu, poremećaje spavanja te fizičke simptome poput umora, agitacije ili usporenosti.

Osim toga, osobe s velikim depresivnim poremećajem često iskazuju tugu, smanjeni kontakt očima, nedostatak izraza lica, usporen govor ili druge promjene u komunikaciji. Također, njihova higijena i briga za sebe mogu biti narušene. Dijagnoza i adekvatno liječenje su iznimno važni kako bi se olakšali simptomi i omogućilo osobama koje pate od ovog poremećaja da povrate svoju emocionalnu ravnotežu i funkcionalnost. Terapija, psihoterapija i po potrebi farmakoterapija su mogući pristupi u tretiranju velikog depresivnog poremećaja.

Bipolarni poremećaj, poznat i kao manično-depresivni poremećaj u starijoj klasifikaciji, karakterizira prisutnost jedne ili više epizoda manije, mješovite prirode ili hipomanije, uz moguću pojavu i jedne ili više depresivnih epizoda. Ovo je ozbiljan poremećaj raspoloženja koji može bitno utjecati na svakodnevno funkcioniranje osobe. Prema Vulić-Prtorić (2004), DSM-IV dijeli bipolarnu poremećaje na dva oblika: Bipolarni poremećaj I i Bipolarni poremećaj II. Razlika među njima temelji se na intenzitetu manije. Prvi tip je povezan s klasičnom manijom, dok drugi tip uključuje hipomanične epizode koje su manje intenzivne od klasične manije (Vulić-Prtorić, 2004). Također, spominje se ciklotimija, blaži oblik bipolarnog

poremećaja koji se odlikuje izmjenjujućim razdobljima blage depresije i hipomanije tijekom najmanje dvije godine

3. SIMPTOMI DEPRESIJE I DEPRESIVNOSTI KOD DJECE I ADOLESCENATA

Mlađa školska djeca i preadolescenti ponekad pokazuju zabrinjavajuće znakove emocionalnih izazova. Ovi znakovi često uključuju usporene pokrete, osjećaj usamljenosti i izraženu tugu. Ponekad je depresija kod mlađe djece prikrivena fizičkim simptomima poput bolova u trbuhu ili glavobolja. Djeca koja se suočavaju s ovim izazovima često djeluju nesretno i tužno. Njihova sposobnost zaigranosti je inhibirana, ponekad izražavaju želju za kontaktom, ali isto tako mogu imati iznenadne napade plača ili bijesa. Problemi sa snom poput noćnih strahova, noćnog mokrenja te općenito poremećaji sna i apetita mogu biti prisutni (Emslie, Heiligenstein, Wagner, et al. 2002).

Kod preadolescenata, znakovi depresije mogu biti prikriveni ili zabačeni. Neki od njih neće direktno priznati da se osjećaju depresivno, već će umjesto toga spomenuti dosadu ili gubitak interesa za uobičajene aktivnosti. Česti prateći simptomi uključuju iritaciju, povlačenje iz društva te teškoće u suočavanju s malim frustracijama. Ti mladi ljudi mogu se suočavati s problemima koncentracije i pažnje, što može rezultirati slabijim akademskim uspjehom. Tijekom adolescencije, manifestacije depresije postaju sličnije onima kod odraslih, ali se često pojavljuju i neke specifičnosti.

Depresivni adolescenti često će se žaliti na apatiju i manjak energije. Problemi sa snom i apetitom postaju češći, gdje se može javiti gubitak apetita ili pretjeran unos hrane. Problemi sa spavanjem, poput teškoća usnivanja ili buđenja tijekom noći, mogu uzrokovati osjećaj iscrpljenosti tijekom dana, kao i pojačanu dnevnu pospanost. Neki depresivni adolescenti mogu pribjeći alkoholu ili drogama kako bi se suočili s teškoćama. Ponašanje može biti obilježeno razdražljivošću i impulzivnošću, a osjećaji besperspektivnosti i beznadnosti su

česti. U ozbiljnijim slučajevima, suicidalne misli i ponašanje mogu biti prisutni. To može dovesti do lošijeg školskog uspjeha i povlačenja iz društva.

Važno je prepoznati ove znakove i pružiti odgovarajuću podršku i pomoć mladim ljudima koji se suočavaju s depresijom kako bi im se omogućilo da prevladaju svoje izazove i ostvare svoj puni potencijal. Depresija se češće pojavljuje kod starije djece i adolescenata nego kod mlađe djece. Istraživanja ukazuju da je dijagnosticiranje depresije kod predškolske djece izazovno, što se ogleda u niskom postotku dijagnosticirane depresije - svega 1% kod male djece. Taj postotak raste na 2% u dobi od 6 do 12 godina, a tijekom adolescencije taj broj dodatno raste (Ledić, 2019). Iako se depresija u adolescenciji često manifestira sličnim simptomima kao kod odraslih, mogu biti prisutne fenomenološke karakteristike tipične za adolescenciju. Razlika između simptoma depresije kod odraslih i adolescenata prikazane su u tablici 1.

Tablica 1 Razlike simptoma depresije u odraslih i adolescenata

ODRASLI	ADOLESCENTI
Sniženo, depresivno raspoloženje	Iritabilno, hirovito raspoloženje
Umor ili gubitak energije	Stalan umor, lijenost
Psihomotorna retardacija ili agitacija	Poteškoće mirovanja
Nesanica ili prekomjerno spavanje	Promjene obrasca spavanja
Značajni gubitak ili porast tjelesne težine	Često prejedanje i porast tjelesne težine
Smanjen interes i uživanje u ranije ugodnim aktivnostima	Osjećaj dosade, gubitak interesa za igru, napuštanje ranije ugodnih aktivnosti
Smanjena sposobnost koncentriranja i donošenja odluka	Pad učinkovitosti u školi zbog smanjene motivacije
Povratne suicidalne ideje ili ponašanje	Učestala razmišljanja i pričanje o smrti
Nisko samopoštovanje, osjećaj krivnje	Samokritičnost

IZVOR; Ledić i suradnici, 2019.

Za dijagnozu velike depresivne epizode, potrebno je da bude prisutno najmanje 5 simptoma depresije svakodnevno, tijekom najmanje dva tjedna, bez drugih zdravstvenih uzroka koji bi objasnili te simptome. Simptomi depresije uključuju tužno ili tjeskobno raspoloženje, probleme sa spavanjem (nesanica ili povećana potreba za snom), nemir ili usporenost vidljivi

drugima, promjene u apetitu i tjelesnoj težini (gubitak apetita ili povećan apetit), teškoće u donošenju odluka i poteškoće u koncentraciji, konstantno neraspoloženje, samookrivljavanje i osjećaj bezvrijednosti, suicidalne misli, gubitak interesa za aktivnosti koje su nekada bile omiljene, te osjećaj uzbuđenosti, uznemirenosti i razdražljivosti (Živčić, 1992).

U dijagnosticiranju depresije kod djeteta važno je uzeti u obzir specifične dobnosti i spolne karakteristike, jer se simptomi mogu manifestirati na različite načine ovisno o dobi i spolu djeteta. Na primjer, plakanje se ne smatra univerzalnim pokazateljem tuge kod djece, jer se ono mijenja s dobi i može biti utemeljeno na različitim faktorima. Djeca u dobi od 6 godina mogu učestalije plakati nego adolescenti, ovisno o različitim čimbenicima (Macuka, Jurkin, 2014). Razumijevanje tih specifičnih simptoma ovisno o dobi i spolu značajno utječe na dijagnostiku i terapijski pristup djeteta. Promjene u razvoju djece i adolescenata imaju značajan utjecaj na način na koji se depresija izražava. Ove promjene se manifestiraju u emocionalnom, kognitivnom, tjelesnom i bihevioralnom području pojedinca, što stručnjaci primjećuju kroz razlike u prevalenciji, manifestaciji i intenzitetu simptoma. Kada se radi o dijagnosticiranju depresije kod djece i mladih, stručnjaci se suočavaju s nizom problema i izazova.

Jedan od tih problema je pitanje jesu li simptomi depresije kod djece slični kao kod odraslih. Također se postavlja pitanje može li se umjerena depresija promatrati kao samo jedan aspekt unutar kontinuuma kliničke depresivnosti (Mihaljević-Peleš, Šagud, 2009). Osim toga, postavlja se izazov kako najbolje utvrditi je li neko dijete doista depresivno. Emocionalni simptomi depresije kod djece i adolescenata uključuju osjećaje tuge, utučenosti, ljutnje, razdražljivosti, izljeve bijesa, osjećaj ispraznosti, promjene raspoloženja, dosadu, gubitak interesa za aktivnosti te osjećaj bespomoćnosti, anksioznosti i krivnje.

Fizički simptomi depresije manifestiraju se kroz smanjenje učinkovitosti, poteškoće u obavljanju svakodnevnih aktivnosti, manjak energije, umor, promjene u tjelesnoj težini, problemi sa spavanjem poput nesаницe ili prekomjernog spavanja, glavobolje, bolovi i želučani problemi. Kognitivni simptomi depresije mogu biti teže primjetni, ali ih je moguće identificirati kroz razgovor s osobom. To uključuje negativnu percepciju sebe, okoline i budućnosti, osjećaje bespomoćnosti i beznadnosti, nisko samopoštovanje, gubitak interesa za nekada omiljene aktivnosti, suicidalne ideje ili pokušaji, kognitivne distorzije, teškoće u koncentraciji i donošenju odluka (Spitz, 1946).

Bihevioralni simptomi depresije uključuju agresivno ponašanje, psihomotornu usporenost ili nemir, socijalno povlačenje, problema u školskom i obiteljskom okruženju, odbacivanje od strane vršnjaka i obitelji, gubitak interesa za aktivnosti, depresivni stupor ili zakočenost (Živković, 2006). Svi ovi čimbenici, kada se kombiniraju ili se pojavljuju iz svake od četiri kategorije simptoma, čine depresivno ponašanje kod djece i adolescenata. Važno je razumjeti da se depresija kod mladih može manifestirati na različite načine i da je ključno pravilno prepoznati te simptome kako bi se pružila odgovarajuća podrška i terapija.

4. KLASIFIKACIJA DEPRESIJE

Depresija, kao i mnoge druge bolesti i poremećaji, može se pojaviti u različitim oblicima i intenzitetima. Ovi oblici pomažu stručnjacima bolje razumjeti i klasificirati različite manifestacije depresije. Evo nekoliko glavnih oblika depresije (Vulić-Prtorić, 2007):

- Endogena depresija: Ovaj oblik depresije nastaje bez očiglednog poznatog uzroka i povezan je s biološkim promjenama u organizmu. Endogene depresije mogu biti povezane s genetskim faktorima i poremećajima neurotransmitera kao što su serotonin, dopamin i noradrenalin.
- Reaktivna depresija: Ovaj oblik depresije nastaje kao reakcija na stresne događaje ili životne probleme. Smrt voljene osobe, razvod braka, gubitak posla ili drugi teški životni događaji mogu izazvati reaktivnu depresiju. Simptomi ovog oblika depresije obično su izraženiji i traju duže od normalnih reakcija na stres.
- Unipolarni poremećaji: Ovi poremećaji karakteriziraju epizode depresije bez epizoda manije. To znači da osoba prolazi kroz razdoblja teške depresije, ali ne doživljava ekstremne promjene raspoloženja prema maničnom ili hipomaničnom stanju.
- Bipolarni poremećaji: Ovi poremećaji uključuju epizode depresije koje se izmjenjuju s epizodama manije ili hipomanije. Manične epizode karakteriziraju povišeno raspoloženje, povećanu energiju i impulsivno ponašanje.

- Psihотиčna depresija: Ovaj oblik depresije javlja se kada osoba prolazi kroz tešku depresivnu epizodu u kojoj su prisutni i simptomi psihoze. To uključuje halucinacije, zablude ili druge poremećaje stvarnosti. Psihотиčna depresija zahtijeva hitno medicinsko liječenje.

Važno je razumjeti da depresija nije jedinstvena i da se može različito manifestirati kod različitih osoba. Klasifikacija depresije na temelju oblika pomaže stručnjacima pravilno dijagnosticirati i tretirati ovaj poremećaj te pružiti adekvatnu podršku i terapiju pacijentima. Primarna depresija se razvija bez prethodnih psihijatrijskih poremećaja, dok se sekundarna depresija javlja kao komponenta nekog drugog psihijatrijskog ili tjelesnog oboljenja. U liječenju sekundarne depresije često se koristi antidepresivna terapija, ali ta terapija se smatra samo simptomatskim rješenjem. Da bi se potpuno izliječila sekundarna depresija, ključno je identificirati i tretirati osnovni tjelesni uzrok (Vulić-Prtorić, 2007).

Sezonska depresija, također poznata kao sezonski afektivni poremećaj, javlja se u određenim sezonama. Tipično, ova depresija započinje u jeseni ili zimi i poboljšava se tijekom proljeća i ljeta. Karakteristični simptomi uključuju sniženo raspoloženje, usporeno ponašanje, pojačanu potrebu za hranom i prekomjerno spavanje. Fototerapija, terapija svjetlom, često se koristi kao učinkovit tretman za sezonsku depresiju (Vulić-Prtorić, 2000). Atipična depresija se odlikuje simptomima koji se razlikuju od klasičnih depresivnih simptoma. Osobe s atipičnom depresijom mogu doživjeti prekomjerno spavanje (hipersomnija), povećan apetit i debljanje te osjećaj "olovne paralize" u rukama i nogama.

Zanimljivo je da se raspoloženje osoba s atipičnom depresijom može poboljšati kao odgovor na stvarne ili moguće pozitivne događaje. Dvostruka depresija se pojavljuje kod osoba koje pate od distimije, dugotrajnog niskog raspoloženja. Osobe s dvostrukom depresijom doživljavaju izmjene između normalnog raspoloženja i depresivnog raspoloženja, pri čemu veći dio vremena dominira depresija. Distimija karakterizira konstantno nisko raspoloženje koje ne postaje dovoljno intenzivno da bi se klasificiralo kao ponavljajući blagi ili umjereni depresivni poremećaj (Hautzinger, 2009).

Depresija se također može manifestirati kod djece, iako se rijetko dijagnosticira. U djece, depresija može biti prikrivena simptomima drugih psihopatoloških stanja poput fobija ili delinkventnih ponašanja. Stoga je važno uzeti u obzir razvojne razlike koje mogu utjecati na manifestaciju depresivnih simptoma kod djece. Ponekad se depresija može manifestirati na načine koji se razlikuju od klasičnih simptoma. Ovaj oblik depresije naziva se maskiranom,

larviranom ili skrivenom depresijom (Dodig-Ćurković, 2013). U ovom obliku, depresivno raspoloženje može biti skriveno iza tjelesnih i vegetativnih simptoma bolesti.

5. DEPRESIVNOST KOD DJECE I ADOLESCENATA

Depresija u djetinjstvu i adolescenciji predstavlja izazovno iskustvo kako za mlade osobe, tako i za članove njihovih obitelji. Ovaj problem je danas sve više prepoznat kao značajno pitanje u psihodijagnostici, budući da se manifestira na različite načine, prateći dinamiku sazrijevanja pojedinca. Mlađa depresivna djeca često iskazuju tužnost, usporenost u pokretima, monoton glas te nisko samopouzdanje. Primjetno je i pogoršanje školskog funkcioniranja te povlačenje iz ranije omiljenih izvanškolskih aktivnosti (Nikolić i Marangunić, 2004.). U predškolskoj dobi, prepoznatljivi su znakovi poput tužnog izraza lica, nedostatka smijeha, česte plačljivosti, iritabilnosti, zaostajanja u rastu i razvoju te smanjene sklonosti igri i zajedničkim aktivnostima (Nikolić i Marangunić, 2004.).

Kod školske djece, zbog razvijenijih verbalnih sposobnosti, primjećuju se manifestacije poput lošeg raspoloženja, problema s koncentracijom, slabijeg školskog uspjeha, iritabilnosti te čestih tjelesnih tegoba poput glavobolja i bolova u truhu (Nikolić i Marangunić, 2004.). U adolescenciji, simptomi depresije postaju sličniji onima kod odraslih (Kocijan-Hercigonja, 2004.). Mladi u ovom razdoblju često se suočavaju s poremećajima ponašanja, društvenom izolacijom, zloupotrebom psihoaktivnih supstanci te poteškoćama u održavanju osobne higijene. Osjećaj samoće, ljutnje i bespomoćnosti postaju učestaliji, dok se povjerenje u roditelje i vršnjake često smanjuje, što rezultira potrebom za udaljavanjem od kuće i odbijanjem sudjelovanja u obiteljskim aktivnostima (Vulić-Prtorić, 2004.).

Odnosi unutar obitelji mladih osoba s depresijom često su označeni konfliktima, nedostatkom emocionalne podrške, problemima u komunikaciji i čak zlostavljanjem (Kocijan Hercigonja, Hercigonja Novković, 2004). Važno je napomenuti da se simptomi i učestalost depresije razlikuju između dječaka i djevojčica iste dobi. Dok se simptomi u dječjoj dobi podjednako javljaju kod oba spola, u adolescenciji su djevojčice češće pogođene depresijom, što se pripisuje biološkim, socijalnim (povećanim školskim očekivanjima, većoj izloženosti negativnim stresorima) te psihološkim i kognitivnim (povećana autonomija) čimbenicima.

Djevojčice često unutarnje analiziraju probleme te su više podložne pritiscima okoline, dok rani ulazak u pubertet donosi dodatne psihosocijalne izazove (Nikolić i Marangunić, 2004.). Razlikovanje između uobičajenog lošeg raspoloženja i depresivnog raspoloženja često je teško kod djevojčica u dobi puberteta i adolescencije (Vulić-Prtorić, 2004.).

Zbog toga je važno pristupiti ovom problemu uzimajući u obzir spolne i dobne razlike u manifestaciji, učestalosti i intenzitetu različitih simptoma. Ovaj holistički pristup omogućava bolje razumijevanje depresije u djetinjstvu i adolescenciji te pomaže prilagoditi terapijske intervencije prema individualnim potrebama svakog mladog pojedinca. Dug niz godina, depresija je bila povezivana samo s odraslima. Međutim, prema kraju prošlog stoljeća, primijećeno je sve više depresivnosti među djecom i mladima te se posvetila povećana pažnja tom fenomenu. Ponekad tihi i povučeni simptomi depresije kod djece mogu proći neprimijećeno, što rezultira ignoriranjem poremećaja sve dok ne postane izrazito alarmantan (Filipović-Grčić, 2014).

Činjenica je da se depresija kod mladih pojavljuje češće nego što se obično misli. Procjenjuje se da približno 2% djece pati od depresije, pri čemu je omjer dječaka i djevojčica sličan. U adolescenciji, depresija pogađa oko 4% - 8% mladih, pri čemu je omjer dječaka i djevojčica 1:2. Postoji čak procjena da 10-15% djece u općoj populaciji pokazuje izražene simptome depresije. U nekim slučajevima, klinička dijagnoza depresije može se postaviti već kod djece u dobi od 5-6 godina (Kurtović, 2012.). Veliki depresivni poremećaj kod djece podjednako se javlja i kod djevojčica i kod dječaka, dok je kod adolescenata taj odnos 2:1. Javlja se nakon nekog stresnog događaja, npr. zdravstveni problemi u ranom djetinjstvu povezani su s kasnijom depresijom i zdravstvenim problemima.

Samokontrola kod dječaka od 7 godina može prethoditi pojavi depresije u dobi od 18 godina i isto tako kod djevojčica kod kojih je pretjerana samokontrola i poslušnost, u kasnom djetinjstvu predstavlja sklonost za kasniju depresiju (Vulić- Prtorić, 2004). Često se uz ovaj poremećaj javljaju i poremećaji ponašanja koji dodatno kompliciraju kliničku sliku depresije, a mogu trajati i nakon što je depresija prošla. Distimija se može manifestirati kod djece i adolescenata. U djetinjstvu, obično ima produljeni razvojni tijek, s prosječnom epizodom trajanja oko 4 godine.

Distimija je povezana s povećanim rizikom za kasniju pojavu velikog depresivnog poremećaja i poremećaja ovisnosti. Rano pojavljivanje distimije kod djece može se ispoljiti kao nevoljnost, ljutnja, tjelesne pritužbe, samoponižavanje i neposlušnost. Dijete ponekad

može biti tako dugo u depresivnom stanju da okolina ne primjećuje da je njegovo raspoloženje neobično. Distimična djeca često razvijaju veliki depresivni poremećaj dvije do tri godine nakon što se pojavi distimija. Prepoznavanje i tretman distimije su od velike važnosti jer je distimija često prediktor za kasniju pojavu velikog depresivnog poremećaja (Mihaljević-Peleš, Šagud, 2009). Veliki broj djece s dijagnozom distimije kasnije razvijaju i veliki depresivni poremećaj. Bipolarni poremećaji mogu se pojaviti i kod djece i adolescenata. Djeca često ispoljavaju kontinuirani poremećaj raspoloženja koji uključuje karakteristike i maničnih i depresivnih epizoda. Adolescenti s Bipolarnim poremećajem I mogu doživjeti epizode intenzivne i ponekad psihotične manije i depresije. S druge strane, Bipolarni poremećaj II kod adolescenata manifestira se epizodama hipomanije između povratnih epizoda depresije. Hipomanija se definira kao povišeno ili iritabilno raspoloženje udruženo s povećanom tjelesnom ili mentalnom energijom (Vulić-Prtorić, 2004).

Manija je intenzivnija forma, s karakterističnim poremećajima mišljenja, afekta i motorike. Osobe u maničnoj epizodi često imaju pretrpan um pun neorganiziranih ideja, rastresenost i povećanu uključenost u ugodne aktivnosti bez obzira na posljedice, poput nekontroliranog trošenja ili seksualnih aktivnosti. Simptomi bipolarnog poremećaja mogu se manifestirati vrlo rano u djetinjstvu, uključujući poremećaje spavanja, teškoće u smirivanju, odvajanje od roditelja, bijes i zlovolju. Kod adolescenata se može primijetiti povećana potreba za snom, ubrzani govor i povećana tjelesna i mentalna aktivnost.

S obzirom na ozbiljnost ovih poremećaja, rano prepoznavanje i pravilan tretman su izuzetno važni kako bi se osiguralo da osobe koje pate od bipolarnog poremećaja dobiju odgovarajuću skrb. Depresija kod djece često prolazi neprimijećeno jer se njeni simptomi mogu zamijeniti s drugim faktorima ili ponašanjem. Roditelji, tete u vrtiću i učitelji mogu primijetiti promjene u djetetovom ponašanju, ali prvo se često promjene pripisuju različitim drugim razlozima kao što su obiteljski problemi, tenzije među roditeljima, sukobi s vršnjacima ili loši rezultati u školi. To može rezultirati prekoravanjem i kažnjavanjem djeteta umjesto pravilnom prepoznavanju i pristupanju tretmanu depresije.

Djeca sve više vremena provode u vrtiću, školi ili produženom boravku, što znači da su tete i učitelji često prvi koji mogu uočiti da djetetovo ponašanje odstupa od uobičajenog. Promjene u djetetovom ponašanju, kao što su gubitak interesa za igre, nedostatak energije, promjene u koncentraciji, izolacija od vršnjaka ili naglo pogoršanje učinka, mogu biti znakovi depresije (Nikolić, Maranguić, et al. 2004). Dijete koje je ranije bilo veselo, energično i ekstrovertirano, može postati tiho, povučeno i pospano. Osim toga, može doći do problema s koncentracijom,

pamćenjem i motivacijom. Dijete može prestati uživati u aktivnostima koje je prije voljelo i pokazivati nedostatak inicijative.

Mlađa djeca mogu pokazivati simptome poput gubitka interesa za igru, apatiju, razdražljivost, plačljivost, odbijanje kontakta, promjene u apetitu i težini, problemi sa spavanjem te želja da budu uvijek uz roditelje. To može biti posebno teško jer se takva mala djeca ne mogu uvijek jasno izraziti ili objasniti svoje osjećaje. Iako depresija kod djece može utjecati i na dječake i djevojčice, postoji sklonost da se u adolescenciji više javlja kod djevojčica. Važno je da roditelji, skrbnici, učitelji i drugi odrasli koji su u kontaktu s djecom budu svjesni ovih promjena i potencijalnih znakova depresije kako bi se pravovremeno pristupilo dijagnozi i podršci djetetu. Studije su pokazale da depresija ima genetsku komponentu te da neka obitelji imaju veću sklonost prema njezinom razvoju. Postoji pretpostavka da genetske predispozicije mogu utjecati na to kako osoba reagira na stresne situacije te kako se manifestiraju depresivni simptomi (Hautzinger, 2009).

5.1. Prepoznavanje depresije kod djece i mladih depresivnosti s obzirom na spol i dob djeteta

Razna istraživanja nastoje otkriti specifična obilježja, sličnosti i razlike u depresivnoj simptomatologiji djece različite dobi i spola. Ove promjene ne prate linearni uzorak i variraju s obzirom na dob i spol. Simptomi depresije kod djece i adolescenata mogu se razlikovati, iako se očekuje određena konzistentnost u osnovnim obilježjima prema dobi i spolu. Poznavanje ovih varijacija može biti ključno pri dijagnosticiranju i pružanju terapije. Kada se usporede simptomi depresije kod djece i odraslih, primjećuje se da neki simptomi postaju izraženiji s dobi.

Na primjer, anhedonija (gubitak interesa za uobičajene aktivnosti), dnevne fluktuacije raspoloženja, psihomotorička usporenost i prisutnost deluzija često se povećavaju s dobi. Deluzije se definiraju kao neobična i često nerealna uvjerenja pojedinca koja su povezana s postojanjem negom mentalnog poremećaja (Lancellotta i Bortolotti, 2020). S druge strane, simptomi poput depresivnog izgleda, niskog samopoštovanja i tjelesnih pritužbi obično se smanjuju kako dijete raste. Simptomi poput umora, nemira i oslabljenog imuniteta češći su kod predškolske djece i odraslih, dok su manje uobičajeni kod djece i adolescenata (Živković,

2006). Važno je napomenuti da se klinička slika depresije kod mlađe djece može često činiti manje jasnom, uobličenom i manje diferenciranom.

Tablica 2 Simptomi depresivnosti s obzirom na dob

<p>Od rođenja do kraja predškolske dobi (do 6,5 godina)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • tjelesne teškoće (smetnje spavanja, govora) • tužno i bezbrižno lice • žalost, gubitak interesa • poremećeni socijalni kontakt (dijete se ne igra, apatično) • problemi separacije i emocionalnog vezanja
<p>Kasno djetinjstvo i pretpubertet (od 7 do 12 godine)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • tjelesne teškoće (bolovi u trbuhu, glavi, raznim dijelovima tijela, smetnje spavanja, promjene u apetitu) • depresivni izgled • veći broj strahova • osjećaj srama, bespomoćnosti, tužan izgled, gubitak interesa, nisko samopoštovanje • ljutnja, teškoće u usmjeravanju pažnje i koncentracije
<p>Pubertet i adolescencija (od 12 do 18 godina)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • tjelesne teškoće (bolovi u trbuhu, smetnje spavanja) • tužan izgled, razdražljivost, gubitak interesa • osjećaj krivnje, samopodcjenjivanje, bespomoćnost, beznadnost • anksiozne reakcije u obliku fobija • teškoće u usmjeravanju pažnje i koncentraciji • suicidalne misli

IZVOR; Vulić-Prtorić, 2004

Broj pridruženih simptoma iz drugih poremećaja često je veći kod mlađe djece. Depresivni sindromi su rijetki kod djece predškolske dobi, postaju češći tijekom djetinjstva i adolescencije, a zatim naglo rastu tijekom adolescencije. Tijekom ovog razdoblja također se javljaju razlike među spolovima, gdje djevojčice postaju sklonije depresivnim simptomima u usporedbi s dječacima.

5.2. Depresivnost kod djece predškolske dobi

Tijekom 1950-ih i 1960-ih godina, prvi zapisi o depresiji kod djece u ranijoj dobi pojavili su se u radovima Rene Spitzza i Johna Bowlbyja. Ovi radovi se odnose na depresiju primijećenu kod djece koja su bila napuštena ili odvojena od voljenih osoba. Rene Spitz je opisao simptome koje je nazvao „analitička depresija“ kod djece koja su bila odvojena od majki i smještena u bolnici (Harrington, 1993). Ti simptomi uključuju tugu, povlačenje, gubitak apetita i problema sa spavanjem. John Bowlby je problematiku male djece koja su bila odgajana u institucijama povezoao s nedostatkom ili poremećajem u razvoju privrženosti prema vlastitoj majci ili skrbniku tijekom ranog djetinjstva.

On je naglasio važnost rane komunikacije između djeteta i majke te je tvrdio da prijetnja gubitka te veze putem odvajanja ili emocionalne distanciranosti majke može biti temelj za kasniju depresiju. Emocionalna deprivacija, odvajanje od roditelja te nedostatak ljubavi i privrženosti su identificirani kao rizični faktori u razvoju depresivnosti kod djece, a to je podržano i kliničkim dokazima iz rada s djecom koja su zanemarivana ili emocionalno zlostavljana (Birmaher, Ryan, Williamson, et al. 1996). Depresivnost se može dijagnosticirati kod djece već od dobi od 2-3 godine. Istraživanja su pokazala da su depresivni sindromi izuzetno rijetki u djece predškolske dobi, te se dijagnoza depresivnog poremećaja u općoj populaciji postavlja u najviše 1% slučajeva (Živčić, 1992).

U predškolskoj dobi, dominantni simptomi depresije uključuju iritabilnost, apatiju, tjelesne pritužbe i plačljivost. Dijete može izgledati mračno i nedostaje mu uobičajeno razmetanje i hvalisanje koje je prisutno kod nedeprativnih vršnjaka. Fizički simptomi depresije kod djece mogu uključivati poremećaje spavanja i prehrane. Oko 50% djece kojoj je dijagnosticirana depresija ima i poremećaje anksioznosti, posebno vezane uz odvajanje od roditelja (Živković, 2006). Djeca koja tek kreću u vrtić često mogu pokazivati strah od odvajanja od roditelja.

Depresija također može biti povezana s poremećajima u socijalizaciji. Depresivna djeca se često ponašaju drugačije, razdražljiva su, prigovaraju i često im je dosadno. Kod djece je često izraženiji osjećaj ljutnje u usporedbi s tugom. Ljutnju i bijes koji proizlaze iz depresije djeca mogu usmjeriti prema sebi ili prema drugima. Rano prepoznavanje i liječenje

depresivnih simptoma kod djece je ključno kako bi se njihov razvoj održavao na normalan način u socijalnom, emocionalnom i kognitivnom aspektu.

5.3. Depresivnost kod djece školske dobi

U ranom djetinjstvu, dijagnoza depresije se postavlja vrlo rijetko i djeca u toj dobi imaju malo izraženih depresivnih simptoma. Postoji nekoliko ključnih razloga za to, prema Vulić-Prtorić (2004):

- Nesposobnost verbalizacije: Djeca u ovoj dobi često nisu sposobna jasno opisati i verbalizirati svoje osjećaje. Odrasli, kao što su roditelji i učitelji, mogu imati poteškoća u prepoznavanju depresivnih simptoma kod djece, jer su manje pouzdani procjenjivači ovakvih problema. Istraživanja su pokazala da su djeca sama često bolji izvjestitelji o svojim internaliziranim problemima i simptomima.
- Komorbidnost i maskiranje: U ovoj dobi postoji visoka komorbidnost između depresivnih simptoma i drugih poremećaja. Depresivna simptomatologija može biti isprepletena s drugim psihopatološkim stanjima. Također, depresija može biti maskirana simptomima drugih poremećaja (npr. fobije, delikventno ponašanje, somatizacija) ili se može ispoljavati kroz ekvivalente depresije.
- Najčešći simptomi depresije kod djece u ovoj dobi uključuju nisko samopoštovanje, pesimizam, razdražljivost, tjelesne pritužbe, poteškoće u odnosima sa školom i vršnjacima. Također, moguće su i suicidalne prijetnje. Roditelji često primjećuju da je dijete nezadovoljno, nesretno, ima negativan stav prema sebi i svijetu te gubi interes za stvari koje su mu prije pružale radost i zadovoljstvo (Vulić-Prtorić, 2004).

Postoje tri razvojna tipa depresije (Kurtović, 2012):

- Afektivni tip: Javlja se kod djece u dobi od 6 do 8 godina. Karakterizira ga izražavanje tuge, beznadnosti i bespomoćnosti.
- Uobičajeni tip: Tipičan nakon 8. godine djetetova života. Karakterizira ga nisko samopoštovanje.

- Osjećaj krivnje: Ovaj tip se počinje javljati nakon 11. godine. Glavna karakteristika je osjećaj krivnje.

U 21. stoljeću, djeca su često izložena visokom stupnju stresa. Ako dijete nema dovoljno „zaštitnih faktora“, taj stres može izazvati veliki pritisak na njega i potencijalno dovesti do depresije (Boričević-Maršanić, Zečević, Ercegović, Paradžik Grgić, 2016). Dijete se u takvim situacijama može osjećati loše, beskorisno i može imati nisko samopouzdanje, misleći da sve što radi čini loše. Depresija može poprimiti različite oblike, od blagih do ekstremnih. U blagom obliku, može se manifestirati kao lijenost, gdje dijete ne želi ništa raditi. U ekstremnim slučajevima, dijete može izraziti suicidalne misli i želje.

Roditelji djece koja su depresivna mogu pomoći isto kao i roditelji djece koja se suočavaju s velikim strahovima i brigama. To uključuje pružanje brižnosti, smirivanje činjenicama i omogućavanje djetetu da izrazi svoje osjećaje. Važno je pažljivo slušati dijete, suosjećati s njim te nuditi alternative za rješavanje problema koji se čine bezizlazni. Razumijevanje i rasuđivanje su ključni. Ukoliko se depresivno stanje djeteta ne poboljšava nakon poduzetih koraka, preporučuje se potražiti pomoć stručnjaka.

Djeca školske dobi suočavaju se s dodatnim izazovima u školi. Školski zahtjevi uključuju dulje sjedenje, usredotočenost na nametnute zadatke i učenje novih i ponekad teških lekcija. Pravila u školi su stroža i postavlja se više zahtjeva. Takve okolnosti mogu izazvati tjeskobu kod djece, posebno ako imaju problema s prilagodbom na novu dinamiku (LebedinaManzoni, 2007). Neki simptomi depresije kod djece školske dobi uključuju smanjen interes za učenje, neposlušnost, i loš uspjeh u školi zbog problema s koncentracijom i pamćenjem.

U istraživanju koje je provedeno, primijenjenom na tri različite dobne skupine ispitanika (5. i 8. razred osnovne škole te 4. razred srednje škole), analizirane su razlike u depresivnim simptomima među dječacima i djevojčicama. Rezultati pokazuju zanimljive trendove u odnosu na spol, kako kroz različite dobne skupine tako i kroz promjene u simptomima (Rudan, Tomac, 2009). U mlađoj dobnoj skupini, nema značajne razlike u depresivnosti između dječaka i djevojčica, no postoje slučajevi gdje su dječaci pokazali izraženiju depresivnost od djevojčica. Međutim, od srednje dobne skupine (8. razredi osnovne škole), te razlike postaju sve veće i značajnije, te u starijoj dobnoj skupini (4. razredi srednje škole), djevojčice su značajno depresivnije od dječaka.

U analizi specifičnih simptoma depresije, uočeno je da se simptomi razlikuju ovisno o dobnoj skupini. U 5. razredu osnovne škole, djevojčice i dječaci se razlikuju u samo jednom simptomu. U 8. razredu osnovne škole, razlika postoji u šest simptoma, a u 4. razredu srednje škole, razlika postoji u osam simptoma. Kroz sve tri dobne skupine, sklonost plakanju je simptom koji razlikuje dječake od djevojčica. Također, postoje zajednički simptomi koji razlikuju dječake i djevojčice u 8. razredu osnovne škole i 4. razredu srednje škole, kao što su teškoća da zaspi, plačljivost te osjetljivost na tužne situacije (Jeffery, Sava, Winters, 2005). Općenito se vjeruje da je depresija značajno češća i izraženija u adolescenciji nego u djetinjstvu, te da se promjene u odnosu između djevojčica i dječaka događaju upravo u prijelaznom razdoblju između ova dva životna razdoblja. Depresivni simptomi su do puberteta slično česti kod dječaka i djevojčica, no nakon puberteta postaju izraženiji kod djevojčica. Razlike u rezultatima istraživanja mogu ovisiti o korištenim skalama za mjerenje depresivnosti te njihovoj fokusiranosti na različite aspekte simptomatologije.

4.3. Depresivnost u adolescenciji

Razdoblje puberteta i adolescencije nije jednostavno, već se smatra vrlo dinamičnim vremenom života. Tijekom tog perioda, mladi se suočavaju s mnogim promjenama, kako fizičkim, tako i emocionalnim, s kojima se ranije nisu susretali. Osim tjelesnih i mentalnih transformacija, tu su i novi izazovi poput prelaska u srednju školu, povećanog broja obaveza, upuštanja u svijet odraslih, prve ljubavi te izlasci. Sve te promjene znatno utječu na živote mladih ljudi. Neki se snalaze bolje u tom procesu, dok drugi još nisu spremni za emocionalne izazove, no moraju se suočiti s njima jer život ne čeka na našu spremnost. Stoga je čest slučaj da se mladi mogu osjećati izgubljeno, zastati na trenutak ili čak se osjećati potonulo usred svih tih promjena.

Tijekom adolescencije, koja je karakterizirana brzim i intenzivnim promjenama, mladi postaju sve manje ovisni o roditeljima te preuzimaju više odgovornosti za svoje postupke i odluke. U ovom razdoblju, simptomi kao što su loše raspoloženje, depresija i nisko samopouzdanje mogu doseći vrhunac. Dva ključna obilježja depresivnosti tijekom adolescencije.

Povećanje broja simptoma depresije - to je povezano s turbulentnim promjenama koje se događaju u svim aspektima života mladih, uključujući emocionalno, kognitivno, ponašajno, tjelesno i socijalno područje. Kognitivni razvoj u ovom razdoblju doprinosi pojavi različitih

simptoma depresije, kao što su razmišljanje o smislu života, budućnosti i svijetu oko sebe. Kod adolescenata se često pojavljuje strah od znalaženja u budućnosti, osjećaj bespomoćnosti te često kao odgovor na takve simptome mogu ispoljavati destruktivno ponašanje prema okolini (Dacey i Kenny, 1994).

Pojava razlika između spolova u simptomima depresije nakon puberteta, simptomi depresije su češći među djevojčicama nego među dječacima. Djevojčice često više ovise o pozitivnim međuljudskim odnosima te teže podnose gubitak ili prekide. One često traže podršku od odraslih, roditelja i vršnjaka. Teže se uklope u društvo, teže postići popularnost i osjećaju se više pogođene tim socijalnim aspektima. Nasuprot tome, dječaci često pokazuju manje emocionalne reakcije i manje su podložni tim vanjskim utjecajima (Vulić-Prtorić, 2007). U istraživanju je uočeno da postoje razlike između dječaka i djevojčica u pogledu simptoma depresije, grupiranja simptoma u sindrome te ukupnih rezultata. Uzorci simptoma depresije variraju s dobi, pri čemu se posebno primjećuju razlike u adolescenciji, gdje djevojčice pokazuju veću sklonost ka depresivnim simptomima nego dječaci.

Kod djece u školskoj dobi, i kod adolescenata se prvi znakovi depresije često manifestiraju kroz slabije rezultate u školi i odbijanje odlaska u školu. Promjene u spavanju su česti simptomi depresije u adolescenata - to može uključivati ekstremno produženi san ili nesanicu te nemogućnost da zaspi. Također, promjene u apetitu su česte, gdje neki mladi jedu previše, dok drugi gube apetit. Socijalno povlačenje, kao i kod mlađe djece, također je uočljivo - adolescent koji je prije bio društven i aktivan može postati izoliran i povučen (Mišćević, 2007).

Osim toga, depresivnost u adolescenata često se očituje kroz različite fizičke simptome kao što su glavobolje, bolovi u trbuhu i slično. Adolescenti koji pate od depresije često izgledaju otupjelo izvana, ali u razgovoru s njima se često mogu primijetiti snažne unutarnje emocije poput usamljenosti i beznadežnosti. Ponekad se pojavljuje mješavina negativnih emocija poput gađenja ili očaja. Neobjašnjivo agresivno ili buntovno ponašanje, bijeg iz kuće, poteškoće u koncentraciji i trajna dosada, zloupotreba droga i alkohola, zanemarivanje osobnog izgleda, naglašene promjene osobnosti, tuženje zbog tjelesnih tegoba koje nisu stvarne, preokupacija temom smrti, dijeljenje vrijednih stvari - ovi su također znakovi depresije kod adolescenata (Karlović, 2017).

Depresija kod adolescenata dijeli sličnosti s depresijom kod odraslih, no ima i svoje specifičnosti. Manifestira se kroz osjećaje bezvoljnosti, smanjenog samopouzdanja i

samopoštovanja, poteškoće u ponašanju, zloupotrebu supstanci, apatiju, gubitak interesa za bliske osobe i povlačenje iz društvenih aktivnosti. Često se istovremeno javljaju i drugi poremećaji kao što su anksioznost, ovisnosti i poremećaji pažnje i ponašanja.

Terapija depresije u adolescenata često uključuje lijekove i psihoterapiju. Lijekovi pomažu da se izađe iz dubokih faza depresije te omogućuju uspješnu primjenu terapije. Ovisno o dobi, terapija može biti prilagođena, koristeći terapiju igrom kod mlađih te kognitivno-bihevioralne tehnike kod starijih adolescenata. Obiteljska terapija također može biti korisna u kojoj značajnu ulogu imaju socijalni radnici, budući da su problemi često povezani s obiteljskim odnosima.

5.4. Povezanost suicidnosti i depresije kod adolescenata

Često se pretpostavlja da je depresija jedan od ključnih prethodnika suicidalnih ideja i samog čina samoubojstva kod osoba različitih dobi (Vanderhorst i McLaren, 2005). Suicid se navodi kao drugi ili treći razlog smrti kod mladih ljudi diljem svijeta. Svjesni i namjerni napadi na vlastito tijelo s ciljem ozljeđivanja ili čak smrti se obično javljaju tijekom adolescencije. U adolescenciji se povećavaju internalizirani problemi, a s obzirom da se radi o turbulentnom razdoblju, adolescenti u određenim situacijama postaju ranjivi te su skloni nauditi sebi (Rezo Bagarić i sur., 2023). Ovo ukazuje na to da promjene u mentalnom funkcioniranju u adolescenciji omogućuju pojedincima da svoju agresiju preusmjere prema sebi na ekstremne načine.

Jedna od ključnih promjena koje se događaju tijekom adolescencije jest odvajanje libidnih veza od prvobitnih objekata, kako bi osoba postigla psihološku zrelost (Živković, 2006). Problemi u ovom procesu igraju važnu ulogu u izazivanju pokušaja samoubojstva ili čak samosakaćenja. Ovaj proces odvajanja libida sličan je procesu tugovanja i omogućava adolescentima stvaranje novih, neincestuoznih objekata. Međutim, neki adolescenti nisu u mogućnosti da se potpuno odvoje od libidnih veza prema majci. Umjesto da normalno procesuiraju ovaj odvajajući proces, neki adolescenti reagiraju s osjećajima sličnim depresiji. Za neke pacijente, odnos s majkom može biti znatno ambivalentan, s intenzivno neprijateljskim osjećajima koji koegzistiraju s jednako jakim osjećajima ljubavi. Takvi pacijenti često imaju nisko samopouzdanje, izraženu samokritiku i snažan osjećaj krivnje.

Ove karakteristike proizlaze iz narcističke identifikacije s majkom, a majka je često meta napada od strane njihova superega. U ovom kontekstu, pokušaji samoubojstva uključuju

napad na unutarnji objekt, a taj objekt je često majka. Uništavanjem vlastitog tijela, adolescent zapravo iskazuje svoju želju da ubije majku. Ovaj strah od "napuštanja" stalno prisutan kod pacijenata ukazuje na osjećaj da su emocionalno napušteni, odvojeni od libidnih zadovoljstava i prestravljeni od vlastite agresije. Ova vrsta napuštanja je zapravo strah ega od napuštanja od strane superega (Vulić-Prtorić, 2007).

Drugi aspekt razmatranja pokušaja samoubojstva potječe iz promjena u odnosu adolescenata prema vlastitom tijelu. S dolaskom puberteta, individua traži seksualno zadovoljstvo putem sazrijevajućih genitalija i tada više ne želi intimnu fizičku pažnju koju je doživjela u djetinjstvu. Adolescenti više ne mogu potisnuti seksualne fantazije koje su potaknute intimnim fizičkim kontaktom s majkom. Ovaj nagli zaokret od intimne fizičke povezanosti s majkom obilježava adolescenciju (Živčić, 1992). U vrijeme pokušaja samoubojstva, adolescent može doživljavati svoje tijelo kao nešto odvojeno od sebe, nešto što ne pripada njemu. Fantazija smrti tada može uključivati ideju dubokog mira, oslobođenja od tjelesnih nagona i povezanih fantazija, oslobađanje od mučiteljske svijesti, oslobođenje od pritiska superega i istovremeno narcističke ravnoteže. Bitna razlika između samosakaćenja i pokušaja samoubojstva leži u namjeri. Kod samosakaćenja, napad na tijelo može biti nesvjesna fantazija o uništenju genitalija, dok se kod pokušaja samoubojstva cijelo tijelo doživljava kao izvor nagona. Stanje mira obično prethodi stvarnom pokušaju samoubojstva, dok pacijenti nakon samosakaćenja često opisuju osjećaj olakšanja jer genitalije ostaju netaknute (Emslie, Heiligenstein, Wagner, et al. 2002). Ovo olakšanje može biti rezultat „oslobođenja zloće“. Sličnost ovog olakšanja s orgazmom je iznenađujuća.

6. LIJEČENJE DEPRESIJE

Procjenjuje se da danas u svijetu više od 150 milijuna ljudi liječi od depresije različitim metodama (Karlović, 2017). Način terapije, konkretno za djecu i mlade, varira ovisno o njihovoj dobi. Drugi važan faktor u liječenju je procjena faktora koji su doprinijeli razvoju depresije. Najbolji učinci u liječenju depresije se postižu multidimenzionalnim pristupom te se prednost u liječenje djece daje psihosocijalnim intervencijama nad

medikacijom (Rudan i Tomac, 2009). Ciljevi psihodinamske terapije obuhvaćaju jačanje samopoštovanja, razvoj konstruktivnijeg samopoimanja i preusmjerenje agresije prema vanjskom svijetu bez osjećaja krivnje. U liječenju djece i adolescenata farmakoterapija nije prvotna opcija, već se koristi uz psihoterapiju kad je neophodna, iako uspješnost liječenja farmakoterapija u razvoju pojedinca nije dovoljno istražena (Rudan i Tomac, 2009). Edukacija roditelja o lijekovima je ključna kako bi se smanjili strah i nesigurnost, poticala suradnja i pravilna primjena. Selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina dalje u radu (SIPPS) često su lijekovi izbora.

Američka agencija za hranu i lijekove dalje u radu (FDA) odobrila je upotrebu fluoksetina i escitaloprama za liječenje depresije u djece i adolescenata, s određenim dobnim ograničenjima (Kocijan Hercigonja, Hercigonja Novković, 2004). Unatoč općenitoj dobroj podnošljivosti, nuspojave se mogu pojaviti, posebno u početnoj fazi liječenja. To mogu uključivati mučninu, povraćanje, nesanicu, agitaciju, glavobolju, smanjenje apetita, dezinhbirano ponašanje i impulzivnost. Studije su također pokazale da antidepresivi, posebno u početnoj fazi, mogu izazvati ili pogoršati suicidalne ideje kod djece i adolescenata, što zahtijeva poseban nadzor tijekom prvih nekoliko mjeseci liječenja.

Preporučuje se češće praćenje, uključujući tjedne kontrole u prvom mjesecu, a zatim manje učestale u sljedećim mjesecima. Posebna pažnja mora se posvetiti simptomima kao što su suicidalne ideje, nemir, nesanica, socijalna izolacija, smanjeni školski uspjeh i povećana agresivnost (Harrington, 1993). Osnovni ciljevi tretmana depresije u adolescenata su smanjenje ili eliminacija depresivnih simptoma, povratak prethodne funkcionalnosti i sprečavanje ponovnog javljanja simptoma. Plan liječenja se izrađuje prilagođeno svakom pojedinom slučaju, uzimajući u obzir faktore kao što su dob adolescenata, razvoj kognitivnih sposobnosti, rizici i zaštitni čimbenici poput temperamenta i stresnih životnih događaja.

Odluka o pristupu liječenju ovisi o ozbiljnosti depresije, preferencijama pacijenta i roditelja te inkluziji različitih terapijskih metoda. Ovaj proces zahtijeva suradnju multidisciplinarnog tima, uključujući medicinske stručnjake, psihijatre, psihologe, socijalne radnike i druge. Tretman depresije se provodi kroz tri faze (Boričević-Maršanić, Zečević, Ercegović, Paradžik Grgić, 2016):

- Akutna faza (8-12 tjedana) - faza usmjerena na ublažavanje simptoma.

- Kontinuirana faza (6-12 mjeseci) - nakon akutne faze, održava se kako bi se konsolidirao terapijski napredak i spriječilo vraćanje simptoma.
- Faza održavanja (1-3 godine) - cilj ove faze je sprječavanje povratka depresivnih epizoda kod adolescenata koji su ranije imali više epizoda.

Terapijski pristup se bira temeljem ozbiljnosti simptoma, potrebe za okruženjem (ambulantno, bolničko, dnevna bolnica), suicidalnog rizika, socijalnog funkcioniranja i podrške okoline. Hospitalizacija se razmatra ako postoji povećan rizik od suicida ili nedostatak podrške uz loše socijalno funkcioniranje. Uključivanje roditelja je ključno u tretmanu, unatoč njihovom često prisutnom otporu prema medikamentoznoj terapiji (Poljak i Begić, 2016). Također je ključno uključivanje roditelja kako bi oni prakticirali naučeno s terapije u svakodnevnom životu djeteta. Edukacija o bolesti, podrška i razumijevanje igraju značajnu ulogu.

Prema Poljak i Begić (2016) učinkovit pristup liječenju depresije uključuje i fokusiranost na druge segmente u životu oboljelog, poput eliminacije fobija, izbjegavanja, liječenja drugih poremećaja te kontinuirani rad na kvaliteti života. Edukacija o depresiji i vještine samopomoći, terapija razgovorom, upotreba odgovarajućih lijekova, u težim slučajevima elektrokonvulzivna terapija (ECT) može biti opcija. Učinkovitost tretmana se povećava primjenom kombiniranog pristupa koji obuhvaća psihoterapiju i farmakoterapiju (Karlović, 2017). Ciljevi u terapiji depresije uključuju smanjenje ili uklanjanje depresivnih simptoma, povrat normalne funkcionalnosti koja je postojala prije bolesti te smanjenje rizika od recidiva (Dodig-Ćurković, 2013). Kognitivna terapija se često primjenjuje kod djece i adolescenata, a posebno je korisna u adolescenata. Psihofarmakoterapija kod djece i adolescenata je posebno zahtjevna zbog njihovih specifičnosti, uključujući rast i razvoj, farmakokinetiku i farmakodinamiku (Jeffery, Sava, Winters, 2005).

Stručnjak koji provodi psihofarmakoterapiju za djecu mora imati duboko razumijevanje fizioloških karakteristika dječjeg organizma, uključujući težinu tijela, metaboličke procese jetre, bubrežne funkcije te druge farmakodinamske čimbenike. U tom kontekstu, komplikacije mogu nastati i zbog roditelja koji se pokušavaju umiješati u tretman, samoinicijativno prekidanje ili mijenjanje doza lijekova i slično (Birmaher, Ryan, Williamson, et al. 1996). Nuspojave nakon primjene antidepresiva kod djece i adolescenata su slične onima kod odraslih pacijenata, često uključujući gastrointestinalne smetnje, promjene u apetitu i poremećaje spavanja.

6.1. Uloga obitelji i škole

Uloga učitelja i roditelja je ne samo da oblikuju dijete kao učenika, već i kao osobu. No, često smo zauzeti težnjom prema postizanju izvrsnosti, zaboravljajući da se u djetetovoj glavi odvijaju nepregledni svjetovi problema i briga. Roditelji i učitelji, vođeni svojim ciljevima, ponekad zatvaraju oči pred emocionalnim izazovima koje djeca nose (Ledić, 2019). Ispitanici depresije ne bi smjeli ostati nezapaženi. Njihovi osjećaji su važni i trebaju se uzeti ozbiljno. Roditelji i učitelji trebaju stvarati otvorenu komunikacijsku liniju, postavljati pitanja i slušati što dijete ima reći. Slušanje djeteta, iskazivanje poštovanja prema iskazanom, odlike su aktivnog slušanja koje roditelju mogu pomoći razumijeti svijet iz djetetovih očiju (Phelan i Schonour, 2006). Često se od strane roditelja javlja problem nerazumijevanja zbog generacijskog jaza i drugačijih metoda odgoja. Adolescencija je razdoblje kada se suočavaju s brojnim promjenama i izazovima, te je važno biti podrška u tim trenucima.

Učitelji i roditelji ne bi smjeli ignorirati adolescentove brige, čak i ako izgledaju manje važne, odnosno pokušati sagledati problem iz adolescentove pozicije. Bitno je pokazati poštovanje prema njihovim osjećajima i ozbiljno se nositi s njihovim emocionalnim stanjem. Razgovaranje o vlastitim iskustvima i osjećajima može pomoći adolescentima da se osjećaju manje samima i da ih se razumije. Važno je da i roditelji i učitelji budu svjesni svojih ograničenja i potreba. Ako primijete znakove depresije, trebaju tražiti stručnu pomoć od liječnika, psihijatra ili psihologa. Depresija nije nešto što će samo proći, i čekanje može imati ozbiljne posljedice.

Osim identifikacije problema, važno je i pružiti podršku i edukaciju. Djeca se mogu naučiti razmišljati optimističnije o svojim problemima i razvijati nove strategije suočavanja. Nastavnici i roditelji mogu biti mentori u tom procesu, potičući razmišljanje i traženje rješenja.

6.2. Psihoedukacija i terapije

Psihoedukacija predstavlja metodu koja se odnosi na obrazovanje pacijenta o njihovoj bolesti i pristupima liječenja (Rudan i Tomac, 2009). Prilagodba psihoedukacije i terapije

treba uzeti u obzir pacijentovu dob i težinu poremećaja, s ciljem da pacijent razumije prirodu depresije, terapijske postupke (uključujući i djelovanje lijekova) te faktore rizika povezane s depresijom. Također, važan aspekt psihoedukacije je upoznavanje pacijenta s ranim znakovima depresije, promicanje zdravog načina života i pružanje alata za samopomoć kako bi se spriječio povratak bolesti.

Razvijanje strategija za prepoznavanje i suočavanje s disfunkcionalnim mislima, upotreba učinkovitih tehnika suočavanja sa stresom, aktivno sudjelovanje u pozitivnim aktivnostima kao dio bihevioralne aktivacije, usvajanje zdravog načina života neki su od načina prevladavanja i prevencije depresije (Filipović-Grčić, 2014). Prilikom provođenja psihoedukacije s adolescentima poseban naglasak treba staviti na razgovor o stigmatizaciji i diskriminaciji povezanoj s mentalnim zdravljem. Važno je podučiti mlade strategijama kako se nositi sa samostigmatizacijom i kako se nositi s predrasudama i diskriminacijom od strane drugih. Također, bitno je educirati mlade o postojanju podrške putem različitih grupa za samopomoć, gdje mogu dijeliti svoja iskustva i osjećaje s osobama koje prolaze kroz slične situacije.

Psihoedukacija se provodi kontinuirano tijekom svih faza liječenja kako bi se osiguralo da pacijent kontinuirano razumije svoje stanje, razvija vještine samopomoći te se suočava sa stigmom i preprekama na putu prema ozdravljenju. Psihoterapija se definira kao proces u kojem terapeut uspostavlja odnos s pacijentom kako bi radili na transferiranju i boljem razumijevanju unutarnjeg emocionalnog stanja, razrješavanju potisnutih konflikata te napredovanju procesa integracije (Živčić, 1992). Kao i u svakom terapijskom kontekstu, i kod psihoterapije prvi korak je dijagnostička procjena depresije. Terapeutova procjena bolesnikovog stanja igra važnu ulogu u oblikovanju bolesnikovog stava prema terapiji. Na početku liječenja depresije, bolesnici često iskazuju dva različita stava, ovisno o težini njihovog stanja. Ako se radi o blažim oblicima poremećaja, tretmani se započinju psihoedukacijama i terapijama, u slučaju ne postizanja zadovoljavajućih rezultata u rješavanju bolesti, bolesnik se podliježe selektivnim inhibitorima (Rudan i Tomac, 2009).

Prvi stav proizlazi iz osjećaja krivnje i bezvrijednosti, gdje bolesnik smatra da je depresivan zbog vlastite krivnje. Drugi stav se pojavljuje kod lakših slučajeva, gdje bolesnik vidi terapiju kao nadu i iluziju za trajnim oslobađanjem od depresije. U oba slučaja, uloga terapeuta je da razumije bolesnika, objasni da terapija nije znak poraza, već prvi korak prema ozdravljenju (Spitz, 1946.). Psihoterapija je posebno učinkovita samostalno kod blagih i umjerenih oblika depresije, dok kod težih oblika često zahtijeva kombinaciju s medikamentoznom terapijom.

Središnji cilj psihoterapije je prepoznati i promijeniti vlastite negativne obrasce razmišljanja i ponašanja te naučiti nositi se s njima kao izazovima koji se mogu rješavati.

U liječenju depresije često se koriste različite tehnike psihoterapije, uključujući kognitivno-bihevioralnu terapiju, interpersonalnu terapiju, psihodinamsku terapiju, suportivnu terapiju, obiteljsku terapiju i grupnu terapiju (Mihaljević, 2009). Prilikom liječenja depresije kod djece, izgradnja povjerljivog odnosa između djeteta i terapeuta je ključna. Terapeut se treba staviti u kožu djeteta, što je naročito bitno kod rada s djecom, a posebno s depresivnom djecom, bez obzira na odabranu terapijsku metodu.

U terapiji je također važno regulirati i emocionalno iskustvo djeteta. Dijete stječe iskustva o terapeutovim reakcijama koje pružaju veću pomoć od prethodnih iskustava. Terapeut treba bez kritike i osude prihvatiti dijete kao cjelinu, a dijete to mora osjetiti kako bi razvilo povjerenje. Terapeut treba umanjiti nesigurnosti djeteta i naglasiti da vjeruje u djetetove sposobnosti da prevlada teškoće i da će postati osoba koja zna cijeniti sebe (Živčić, 1992). Ključan korak u psihoterapiji djece je poticanje djeteta da izrazi svoje negativne misli, osjećaje, strahove, tugu, beznadnost, konflikte s važnim osobama, ljutnju, agresiju, negativno mišljenje o sebi i drugima.

Kroz taj proces dijete uči prepoznati i razumjeti što ga muči i u čemu se suočava s konfliktima. Sukobi često nastaju unutar samog djeteta, gdje se njegove misli sudaraju s očekivanjima okoline, što dijete često ne prihvaća. Za mlađu djecu često se koristi terapija igrom, dok se za stariju djecu koriste kognitivno-bihevioralni pristupi. Ovisno o vrsti depresije i specifičnim poteškoćama djece i adolescenata, primjenjuje se i obiteljska terapija, jer obiteljski problemi mogu biti uzrok lošeg emocionalnog stanja djeteta (Ledić, 2019).

Ključni korak koji odrasli trebaju poduzeti u slučaju emocionalnih problema kod djeteta je aktivno slušanje. Aktivno slušanje, koje djetetu daje doživljaj da ga roditelji i okolina razumiju, zajedno s zaštitnim faktorima imaju važnu ulogu u svakodnevnom prevladavanju djetetovih teškoća. Zaštitni faktori se definiraju kao čimbenici koji imaju važnu ulogu u prevenciji i promicanju mentalnog zdravlja te njihovim svakodnevnim djelovanjem povećava se djetetova otpornost na stres te samim time mogućnost razvoja težih oblika depresije (Ferić, 2008). Dijete osjeća potrebu podijeliti svoje osjećaje, tražiti razumijevanje i pomoć kako bi se osjećalo bolje te kako bi se nosilo sa svojim problemima (Živković, 2006). Pedagoški i terapijski ciljevi psihoterapije se preklapaju u potrebi da dijete ojača svoj osjećaj vlastite

vrijednosti, stekne realističnu procjenu svojih sposobnosti i smanji emocionalne patnje. Putovi prema tim ciljevima su raznoliki, ali su ostvarivi.

7. DEPRESIVNOST ZA VRIJEME PANEDMIJE COVID-19 I PREVENCIJA

Za svaku bolest ključno je rano prepoznavanje i prevencija kako bi se spriječilo daljne razvijanje bolesti i tragični ishodi. Nema, preokupacija drugim stvarima te strah od diskriminacije mogu biti razlog odgađanja posjeta liječniku ili stručnjacima. Neka od načela zaštite mentalnog zdravlja prema SZO su pristupačnost, sveobuhvatnost, jednakost, zaštita i unapređenje ljudskih prava, oporavak i osnaživanje te konuirana i kordinirana skrb. Zaštita i očuvanje mentalnog zdravlja se odnose na prevenciju depresije, a ne samo liječenje kada se depresija pojavi. Kada se pojavi depresivnost kao raspoloženje, ključna je prevencija kako se ne bi pretvorila u teži oblik depresije. Preventivni programi uključuju, kako educiranje i osvještavanje ciljane populacije odnosno mladih i adolescenata, tako i djelatnika i osoba koji imaju utjecaja u životu mladih ljudi.

Za vrijeme pandemije Covid-19 broj suicidalnih ideja i suicida je bio u porastu, što se uvelike može pripisati depresiji koja je bila uzrokovana novim okolnostima i restrikcijama (Ali, 2020). Veliki broj djece i mladih susrelo se s osjećajem izoliranosti, frustracije, dosade, nezadovoljstva te povećanog stresa što je zasigurno povećalo rizik od depresije. Istraživanja su i dokazala povećanu prevalenciju poremećaja za vrijeme pandemije (Ajduković i Kožljan, 2022). Promjenom načina održavanja nastave, preporukama o izbjegavanju okupljanja većih skupina ljudi djeca i mladi su bili izolirani od društva što je sigurno imalo utjecaja na njihovo mentalno zdravlje.

Na promjene u mentalnom zdravlju mladih ukazuju i rezultati istraživanja Bagarić, Sušac i Rajhvan Bulat (2023) gdje je samoozlijeđivanje udvostručeno za vrijeme pandemije zbog situacije koja je bila nepredvidiva i izvan kontrole. Dvije trećine adolescenata koji su imali bilo kakvu ideju o suicidu nisu bili u tretmanu već su se sami borili s depresijom te je veliki dio odgovornosti na adolescentovoj okolini da reagira na promjene u ponašanju (Ajduković i Kožljan, 2022). Jedan od dokazanih prediktora za suicidalne misli i samoozlijeđivanje u istraživanjima je osjećaj nepripadanja, samopoimanje i nepostojanje samopoštovanja koje se za vrijeme pandemije intenziviziralo. Stoga preventivne metode trebaju biti usmjerene na jačanje slike o samima sebi te učenje metoda kako se nositi s novim, nepredvidivim i stresnim situacijama. Za vrijeme pandemije psihološka savjetovanja su bila više fokusirana na telefonske pozive što je možda utjecalo, zbog veće anonimnosti, na povećani broj osoba koji se javljaju za pomoć. U sklopu Savjetovališta za promicanje mentalnog zdravlja djelatnici su pružali podršku licem u lice, telefonski i putem e-pošte u svrhu preveniranja pogoršanja mentalnog zdravlja djece i mladih (Šimetin, 2020).

Svakako je prevencija kontinuirani proces koji uključuje brigu o svim životnim komponentama te služi poboljšanju kvalitete života te samim time i smanjenju rizika od depresije. Obitelj kao primarna zajednica ima ključnu ulogu u životu djece i mladih, stoga socijalni radnici s uslugama koje im stoje na raspolaganju imaju važnu ulogu u prevenciji depresije (Stjepanović, 2015).

8. ZAKLJUČAK

Depresija predstavlja ozbiljan psihički poremećaj za koji je utvrđeno da sve više zahvaća sve populacije, djecu, mlade, odrasle te osobe starije životne dobi. Razlika manifestiranja depresije kod svih dobnih skupina je u etiologiji, odnosno uzrocima i faktorima koji doprinose pojavi depresije. S obzirom na kulturu, industrijalizaciju, eksponencijalan razvoj tehnologije pred društvo se stavlja sve više očekivanja te su stres i ubrzani način života svakodnevnica. Depresija se manifestira kroz različite simptome emocionalne, tjelesne,

kognitivne i bihevioralne prirode te može značajno utjecati na kvalitetu života pojedinca. Simptomi su često isprepleteni te se ponekad pripisuju životnim situacijama te na taj način depresija ostaje neprepoznata. Dijagnosticiranje depresije zahtijeva pažljivo promatranje simptoma u kontekstu normalnog razvoja te primjenu dijagnostičkih kriterija poput MKB 10 i DSM-5.

U današnjem brzom i stresnom društvu, sve je više djece i adolescenata koji manifestiraju simptome depresije. Rano prepoznavanje, ispravna dijagnoza i odgovarajuće liječenje od iznimne su važnosti kako bi se izbjegle ozbiljne posljedice. Liječenje depresije u djece i adolescenata zahtijeva pravilnu primjenu terapija i pomoć stručnjaka kao što su psihijatri, psiholozi i psihoterapeuti. Osim klasičnih terapijskih pristupa, alternativne metode također se sve više istražuju i primjenjuju. Napredak u razumijevanju depresije omogućio je prepoznavanje njenih različitih oblika i simptoma. Važno je shvatiti da depresivna faza može biti normalna tijekom sazrijevanja, ali i da postoji granica između prolaznih stanja i ozbiljnog poremećaja. Kada depresivnost postane kronična i ograničava sposobnost promjene i postupanja, tada se radi o poremećaju koji zahtijeva liječenje. U pravodobnom prepoznavanju i liječenju depresije u djece i mladih leži ključ njihovog budućeg mentalnog zdravlja. Ignoriranje ovog problema može dovesti do ozbiljnih posljedica na socijalni, emocionalni i kognitivni razvoj, kao i na odnose s roditeljima i vršnjacima. Pravilna terapija i podrška mogu značajno poboljšati kvalitetu života tih mladih ljudi.

Zaključno, depresija je sveprisutna u današnjem društvu i zahvaća sve dobne skupine, uključujući i djecu i adolescente. Rano prepoznavanje, dijagnoza i odgovarajuće liječenje od iznimne su važnosti za njihovo mentalno zdravlje i budućnost. Kroz primjenu različitih terapijskih pristupa i podršku stručnjaka, depresija se može uspješno prevladati i omogućiti mladima da vode zdrav i ispunjen život.

LITERATURA

1. Ajduković, M., Kožljan, P. (2022). Depresivnost, anksioznost i stres adolescenata prije i za vrijeme četvrtog vala COVID-19 pandemije. *Socijalna psihijatrija* 50(4), str. 389-416.

2. Ajduković, M., Kožljan, P. (2022). Depresivnost, anksioznost i stres kod mladih. A što je s dobrobiti i zadovoljstvom životom?. Hrvatska zaklada za znanost.
3. Ali, W. (2020). Online and remote learning in higher education institutes: A necessity in light of Covid-19 pandemic. *Higher Education*, 10(3), str. 16-25.
4. Begić, D. (2011). Poremećaji raspoloženja. U D. Begić (Ur.), *Psihopatologija* (str. 244-261). Zagreb: Medicinska naklada.
5. Birmaher, B., Ryan, N. D., Williamson, D. E., et al. (1996). Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years, part I. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35, 1427-1439.
6. Boričević-Maršanić, V., Zečević, I., Ercegović, N., Paradžik, Lj., & Grgić, V. (2016). Sva lica dječje depresije – heterogenost kliničke slike depresije u djece i adolescenata. *Paediatrica Croatica*, 60, 119-125.
7. Brown, G. W., Tirril, O. H. (1989). *Depression*. New York, Guilford.
8. Cutler, D. M., Gleaser E. L., Norberg, K. E. (2001). Explaining the rise in youth suicide. *Risky behavior among youths: An economic analysis*. University of Chicago Press, str. 219-270.
9. Dodig-Ćurković, K. (2013). *Psihopatologija dječje i adolescentne dobi*. Osijek: Svjetla grada.
10. Emslie, G. J., Heiligenstein, J. H., Wagner, K. D., et al. (2002). Fluoxetine for acute treatment of depression in children and adolescents: A placebo-controlled, randomized clinical trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41, 1205-1215.
11. Ferić, M. (2008). Rizični i zaštitni čimbenici u obiteljskom okruženju: razlike u procjeni mladih i njihovih roditelja. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja* 44 (1), str. 15-26.
12. Filipović-Grčić, L. (2014). Depresija, kako je prepoznati i kako se ponašati prema onima koji pate od nje. *Gyrus Journal*, 2, 58-61.
13. Harrington, R. (1993). *Depressive Disorder in childhood and Adolescence*. New York: John Wiley & Sons.
14. Hautzinger, M. (2009). *Depresija*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
15. Jakovljević M (1998). *Depresija prepoznavanje i liječenje u primarnoj zdravstvenoj zaštiti*. Pro Mente d.o.o. A.G. Matoš, Zagreb.

16. Jeffery, D. A., Sava, D. B., & Winters, N. C. (2005). Depressive disorders. In K. Cheng & K. M. Myers (Eds.), *Child and Adolescents Psychiatry: The Essentials* (str. 104-122). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
17. Karlović, D. (2017). Depresija: klinička obilježja i dijagnoza. *Medicus*, 26, 161-165.
18. Kocijan Hercigonja, D., & Hercigonja Novković, V. (2004). Depresija kod djece. *Medicus*, 13, 89-93.
19. Kurtović, A. (2012). Uloga obitelji u depresivnosti adolescenata. *Klinička Psihologija*, 5, 37-58.
20. Lancellotta, E., Bortolotti, L. (2020). „Delusions in the two-factor theory: pathological or adaptive?“. *European Journal of Analytic Philosophy* 16.2, str. 37-57.
21. Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and Adaptation*, New York/Oxford, Oxford University Press.
22. LebedinaManzoni, M. (2007). *Psihološke osnove poremećaja u ponašanju*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
23. Ledić L., Šušac A., Ledić S., Babić R., Babić D.. (2019). Depresija u djece i adolescenata. *Zdravstveni glasnik*, 5(2), str 75-85.
24. Ljubičić, Đ. I suradnici (2010). *Depresija i duhovnost*. Rijeka: Medicinski fakultet
25. Macuka, I., & Jurkin, M. (2014). Odnos sukoba roditelja i psihosocijalnih problema mlađih adolescenata. *Ljetopis socijalnog rada*, 21, 65-84
26. Mihaljević-Peleš, A., & Šagud, M. (2009). Klinička obilježja i dijagnoza afektivnih poremećaja. U A. Mihaljević-Peleš & M. Šagud (Ur.), *Antidepresivi u kliničkoj praksi, Poslijediplomski tečaj stalnog medicinskog usavršavanja I. kategorije* (str. 41-83). Zagreb: Medicinska naklada.
27. Mišćević, M. (2007). *Simptomi anksioznosti i depresivnosti kod osnovnoškolske djece* (Diplomski rad). Filozofski fakultet, Odsjek za psihologiju, Zagreb.
28. Nikolić, S., Maranguić, M., et al. (2004). *Dječja i adolescentna psihijatrija*. Zagreb: Školska knjiga.
29. Pavić Šimetin, I. (2020). *Mentalno zdravlje djece u okolnostima pandemije*. Hrvatski zavod za javno zdravstvo.
30. Phelan, T. W., Schonour, S. J. (2006). *1-2-3 Uspjeh za odgojitelje i učitelje*. Lekernik: Ostvarenje.
31. Poljak, M., Begić, D. (2016). Anksiozni poremećaji u djece i adolescenata. *Socijalna psihijatrija* 44.4, str. 310-329.

32. Rezo Bagarić, I., Sušac, N., Rajhvan Bulat, L. (2023). Samoozlijeđivanje i suicidalnost srednjoškolaca prije i tijekom pandemije COVID-19. *Socijalna psihijatrija* 51(1), str. 3-29.
33. Rudan, V., & Tomac, A. (2009). Depresija u djece i adolescenata. *Medicus*, 18, 173-179.
34. Spitz, R. (1946). Anaclitic depression. *Psychoanalytic Study of the Child*, 12, 313-342.
35. Stjepanović M., Jendričko T., Ostojić D. (2015). Uloga socijalnog radnika u socioterapijskim i psihoterapijskim postupcima kod osoba s rizikom razvoja depresije uzrokovane stresnim životnim događajima. *Socijalna psihijatrija*, 43(1), str. 36-43.
36. Thornicroft, G. (2007). Most people with mental illness are not treated. *Lancet* 370, 807-808.
37. Thurschwell, P. (2009). Sigmund Freud. Routledge.
38. Vulić-Prtorić, A. (2000). Struktura anksioznosti i depresivnosti u djece i adolescenata: Provjera hijerarhijskog modela. Zagreb: Filozofski fakultet
39. Vulić-Prtorić, A., & Sorić, I. (2001). Taksonomija depresivnosti u djetinjstvu i adolescenciji: razlike i sličnosti s obzirom na spol i dob ispitanika. *Medica Jadertina*, 31, 115-140.
40. Vulić-Prtorić, A. (2004). Depresivnost u djece i adolescenata. Jastrebarsko: Naklada Slap.
41. Vulić-Prtorić, A. (2007). Depresivnost u djece i adolescenata (2. izd.). Jastrebarsko: Naklada Slap.
42. Živčić, I. (1992). Prikaz skale depresivnosti za djecu. U *Godišnjak Zavoda za psihologiju, Pedagoški fakultet Sveučilišta u Rijeci* (str. 173-179).
43. Živković, Ž. (2006). Depresija kod djece i mladih. Đakovo: Tempo.