

Depresivnost djece u primarnom obrazovanju

Lukačević, Melita

Master's thesis / Diplomski rad

2016

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Teacher Education / Sveučilište u Zagrebu, Učiteljski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:147:990721>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2023-01-29**

Repository / Repozitorij:

[University of Zagreb Faculty of Teacher Education - Digital repository](#)



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
UČITELJSKI FAKULTET
ODSJEK ZA UČITELJSKE STUDIJE**

MELITA LUKAČEVIĆ

DIPLOMSKI RAD

**DEPRESIVNOST DJECE
U PRIMARNOM OBRAZOVANJU**

Petrinja, 2016.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
UČITELJSKI FAKULTET
ODSJEK ZA UČITELJSKE STUDIJE
PETRINJA

PREDMET: Poremećaji u ponašanju djece

DIPLOMSKI RAD

Ime i prezime pristupnika: Melita Lukačević

TEMA DIPLOMSKOGA RADA: Depresivnost djece
u primarnom obrazovanju

MENTOR: Prof.dr.sc Siniša Opić

Petrinja, 2016.

SADRŽAJ

SAŽETAK

SUMMARY

1 . UVOD	1
2. ŠTO JE DEPRESIVNOST?	2
3. VRSTE POREMEĆAJA	6
3.1. Poremećaji raspoloženja	6
3.2. Veliki depresivni poremećaj.....	8
3.3. Distimični poremećaj	11
3.4. Bipolarni poremećaj	12
4. SIMPTOMI DEPRESIVNOSTI	14
4.1. Emocionalni simptomi	14
4.2. Tjelesni simptomi.....	15
4.3. Kognitivni simptomi	16
4.4. Bihevioralni simptomi	18
5. RIZIČNI I ZAŠTITNI FAKTORI	19
5.1. Osobni faktori	21
5.1.1. Genetski faktori.....	22
5.1.2. Pre i perinatalni problemi.....	22
5.1.3. Temperament	23
5.1.4. Samopoimanje.....	25
5.1.5. Lokus kontrole	26
5.1.6. Atribucijski stil.....	27
5.1.7. Socijalne vještine	28
5.1.8. Strategije suočavanja sa stresom i mehanizmi obrane	29
5.2. Okolinski faktori	30
5.2.1. Obiteljski kontekst u razvoju depresivnosti djeteta	32
5.2.2. Emocionalna privrženost.....	34
5.2.3. Rani gubici i separacije	36
5.2.4. Psihološki problemi u obitelji	37
6. TEORIJE DEPRESIVNOSTI	39
6.1. Biološke teorije depresivnosti.....	39
6.1.1. Genetičke teorije	39
6.1.2. Biokemijske teorije	41

6.1.3. Neurofiziološke teorije.....	42
6.2. Psihoanalitične teorije depresije.....	43
6.2.1. Freudova teorija ljutnje	44
6.2.2. Teorija niskog samopoštovanja Edwarda Bibringa.....	44
6.2.3. Teorija privrženosti i autonomije Sidneya Blatta.....	44
6.3. Bihevioralne teorije.....	45
6.3.1. Teorija socijalnih vještina Petera Lewinsohna.....	45
6.3.2. Teorija samokontrole Lynn Rehm	46
6.4. Kognitivne teorije	46
6.4.1. Kognitivna teorija Aarona Becka.....	47
6.4.2. Teorija naučene bespomoćnosti Martina Seligmana.....	48
6.4.3. Atribucijska teorija bespomoćnosti.....	49
6.4.4. Teorija beznadnosti.....	50
7. NAČINI RADA S DEPRESIVNOM DJECOM	51
8. ZAKLJUČAK	55
9. LITERATURA	56

Sažetak

Depresija kod djece i adolescenata

Depresija je stanje kontinuiranog sniženog raspoloženja i gubitka energije koje utječe na misli, ponašanje, osjećaje i fizičko stanje osobe, a traje minimalno 2 tjedna.

Depresija je čest i ozbiljan problem koji sve češće počinje u djetinjstvu. Danas se procjenjuje da oko 10-15% djece iz opće populacije ima izražene simptome depresije. Povezana je s rizikom razvoja drugih poremećaja, slabijim akademskim uspjehom, nerazvijenim socijalnim vještinama, te suicidalnim mislima.

Prvi simptomi depresije su osjećaji tuge, beznadnosti i promjene raspoloženja. Simptomi depresije kod djece također uključuju iritabilnost ili ljutnju, socijalno povlačenje, promjene apetita (povećan ili smanjen apetit), promjene spavanja (nesanica ili pretjerano spavanje), slabu koncentraciju, itd.

Depresivni poremećaji obuhvaćaju Veliki depresivni poremećaj, distimični poremećaj, depresivni poremećaj, neodređen i bipolarni poremećaj.

Uzroci depresije kod djece mogu biti faktori povezani s tjelesnim zdravljem, životnim događajima, obiteljskom poviješću, okolinom, genetskim i biokemijskim poremećajima.

Važno je prepoznati i dijagnosticirati depresiju kod djece kako bi se na vrijeme započelo s liječenjem. Najdjelotvorniji pristup liječenju je onaj koji nije samo usmjeren na simptome depresije nego i na svakodnevno funkcioniranje djeteta.

Ključne riječi: depresija, djeca, simptomi depresije, uzroci depresije, liječenje

Summary

Depression in children

Depression is a state of low mood and aversion to activity that can affect a person's thoughts, behaviour, feelings and physical well-being which lasts minimum for 2 weeks.

Depression is common and serious problem that often starts in childhood. Today is estimated that approximately 10-15% of children in general population has symptoms of depression. It is associated with an increased risk of other psychiatric disorders, poor academic success, underdeveloped social skills and even suicidal thoughts.

The primary symptoms of depression are continuous feelings of sadness and hopelessness and mood changes. Symptoms of depression in children also include irritability or anger, social withdrawal, changes in appetite (either increased or decreased), changes in sleep (sleeplessness or excessive sleep), difficulty concentrating, etc.

Depressive disorders include Major depressive disorder, dysthymic disorder, depressive disorder, indeterminate and bipolar disorder.

Depression in children can be caused by any combination of factors that relate to physical health, life events, family history, environment, genetic vulnerability and biochemical disturbance.

Depression should be recognized and diagnosed as early as possible in children and adolescents in order to start treatment on time. The most efficient treatment is a treatment that is not focused on depressive symptoms only, but also on functioning on daily bases in children.

Key words: depression, children, symptoms of depression, causes of depression, treatment

1 . UVOD

Depresija je, poput raspoloženja, učestao termin. Većina nas ponekad kaže „u depresiji sam“. Ta se riječ često koristi za označavanje općeg, ali privremenog stanja potištenosti, tuge ili bezvoljnosti. Depresija nije samo loše raspoloženje i povremena potištenost. Depresija je intenzivan i težak poremećaj raspoloženja koji napada i duh i tijelo.

Depresivnost je emocionalno stanje karakterizirano doživljajem tuge, neraspoloženja, žalosti, utučenosti, koje danas predstavlja univerzalno i sve učestalije životno iskustvo svake osobe. Depresija je stara koliko i čovječanstvo. Ubraja se u najstarije opisane bolesti, ali i najčešće psihičke poremećaje. Samo ime depresija dolazi od latinske riječi depressum, a znači potištenost.

Depresija je poremećaj raspoloženja kojeg karakterizira skup raznih vrsta simptoma: kognitivnih (negativne misli i očekivanja, ponekad i misli samoubojstva, pad koncentracije, neodlučnost, samokritičnost, beznadnost), bihevioralnih (manjak aktivnosti, povlačenje), tjelesnih (gubitak apetita ili pretjerani apetit, nesanica), emocionalnih (osjećaji: žalost, krivnja, anksioznost) i motivacijskih (gubitak interesa, tromost, sve je napor, odgađanje) koji svi skupa mogu, manje ili više sniziti stupanj raspoloženja, ugrožavajući funkcioniranje pojedinca, odnosno njegovu sposobnost prilagodbe životu društva.

Danas se dob nastupa depresije pomiče prema mlađoj dobi te se javlja u širokom rasponu simptoma. Simptomi mogu varirati od blagih raspoloženja tuge do teških poremećaja. Mogu trajati od nekoliko dana do nekoliko godina, javljajući se samostalno ili istovremeno sa simptomima drugih poremećaja. Češće se simptomi javljaju kao reakcija na neki stresni događaj, ali se mogu javiti i bez vanjskog povoda.

Društvo stereotipno poistovjećuje djetinjstvo s razdobljem sreće i manjkom briga i odgovornosti što uvjetuje nesklonost vjerovanju da djeca mogu biti depresivna.

2. ŠTO JE DEPRESIVNOST?

Depresivnost je emocionalno stanje karakterizirano doživljajem tuge, neraspoloženja, žalosti, utučenosti, koje danas predstavlja univerzalno i sve učestalije životno iskustvo svake osobe. Definira se u terminima kontinuuma od normalne, povremene i prolazne žalosti do duboke depresije koja traje ili se neprestano vraća (Vulić- Prtorić, 2004).

Depresija nije samo loše raspoloženje i povremena potištenost. Depresija je intenzivan i težak poremećaj raspoloženja koji napada i duh i tijelo. O poremećaju se radi kada depresivni simptomi imaju negativne posljedice na svakodnevno funkcioniranje djeteta kao što je učenje, rad, društveni život, funkcioniranje u obitelji. Depresivnost danas predstavlja sve učestalije iskustvo. Često se u različitoj literaturi nailazi na tvrdnje da je prošlo stoljeće bilo doba anksioznosti, tjeskobe i strepnje, a da je ovo stoljeće doba depresivnosti i melankolije.

S druge strane, razni gubici i oblici patnje sastavni su dio života i procesa odrastanja na koje svatko od nas reagira na različit, sebi svojstven način. Normalne emocije tuge i radosti dio su svakodnevnog života i treba ih razlikovati od depresivnog poremećaja. Žalost koja se javlja u situacijama gubitka drage osobe normalno je stanje i odgovor koje trajanjem i intenzitetom odgovara značaju tog gubitka, dok je depresija patološko stanje u kojem intenzitet i trajanje žalosti nisu u srazmjeru s gubitkom, intenzivan je osjećaj krivnje i manje vrijednosti. Primjerice zbog gubitka voljene osobe javljaju se depresivne reakcije, privremene i prolazne faze tugovanja. Tuga je normalan i univerzalan čovjekov odgovor na gubitak, razočaranja ili druge neugodnosti.

Depresija je mnogo više od normalne tuge i žalosti i patološko je stanje u kojem intenzitet i trajanje žalosti nisu u skladu s pretrpljenim gubitkom i izvorom emocionalnog problema. Povezuje se sa simptomima bezvoljnosti, gubitka smisla, izostanka veselja i životne energije, poremećajima hranjenja i spavanja, samosažaljenja, umorom, iscrpljenošću, pesimizmom, a u nekim slučajevima pojačanom napetošću, nemirom i razdražljivošću.

Prema Vulić- Prtorić (2004) osjećaji tuge dio su svakodnevnog iskustva, iako su tuga i žalost sastavni dio depresije, depresivnost nije sinonim za ta čuvstva.

Simptomi depresivnosti javljaju se u životu svakog čovjeka i predstavljaju normalnu reakciju na neke neugodne i stresne situacije. Pri dijagnozi depresije važno je razlikovanje pojedinačnih, prolaznih simptoma i depresivnog poremećaja.

Depresivni poremećaji su obilježeni tugom koja je dovoljno izražena ili dugotrajna da ometa funkcioniranje te ponekad smanjuje zanimanje ili uživanje u aktivnostima. Točan uzrok nije poznat, no vjerojatno su uključeni nasljeđe, promjene razina neurotransmitera, promjene endokrine funkcije i psihosocijalni čimbenici. Dijagnoza počiva na anamnezi.¹

Depresivnost možemo promatrati na tri razine: na razini simptoma, na razini sindroma i na razini poremećaja. Simptome doživljavaju uglavnom svi ljudi, sindrom predstavlja kombinaciju nekoliko simptoma, a poremećaj obuhvaća depresivni sindrom određenog trajanja, intenziteta i negativnog utjecaja na svakodnevno funkcioniranje.

Društvo stereotipno poistovjećuje djetinjstvo s razdobljem sreće i manjkom briga i odgovornosti što uvjetuje nesklonost vjerovanju da djeca mogu biti depresivna i suicidalna.

Depresija je poremećaj koji je dugi niz godina pripisivan samo odraslim osobama. Krajem prošlog stoljeća bilježi se pojava sve veće depresivnosti djece i mladih te povećano bavljenje tim fenomenom. Nažalost, često mirnu i tihu djecu sa simptomima depresivnosti jednostavno ne primjećujemo pa se i sam poremećaj ignorira dok ne poprimi alarmantne razmjere (Lebedina Manzoni, 2007).

Činjenica je da se depresija kod mladih javlja znatno češće nego što ljudi misle. Depresija se javlja u približno 2% djece, u podjednakom omjeru između dječaka i djevojčica. U adolescenciji približno 4% – 8% mladih razvije depresiju, a omjer između mladića i djevojaka iznosi 1:2.² Procjenjuje se da čak 10-15% djece u općoj populaciji ima značajno izražene simptome depresije. U nekim slučajevima klinička dijagnoza depresije moguća je kod djece u dobi od 5-6 godina.

¹ <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/psihijatrija/poremecaji-raspolozenja/depresivni-poremecaji>

² (<http://djecja-psihijatrija.hr/depresija-u-djecjoj-i-adolescentnoj-dobi/>)

Problem depresije u njezinoj dijagnostici nije jednostavan. Za razliku od odraslih kod kojih je ta grupa psihičkih poremećaja ima određenu simptomatologiju, sistematičnost, uzroke, tijek i prognozu, kod školske djece, kada je u pitanju depresivnost mnogo toga još nejasno. Postoji sumnja i u samu mogućnost dijagnosticiranja depresije u školske djece (Gruden, 1994). Mnogi autori se razilaze u pristupu dječjoj depresivnosti, neki je smatraju rijetkom, a drugi najčešćom psihičkom smetnjom.

Djetetov se psihički razvoj odvija u neprekidnim psihičkim promjenama, stoga odraslima nije uvijek lako shvatiti dijete i s njime komunicirati, a još im je teže razumjeti manifestacije poremećaja, jer nisu dovoljno upućeni u psihički život djeteta. Zbog brzih razvojnih promjena neki psihološki problemi mogu nestati ili biti zamijenjeni nekim drugim kliničkim simptomima u kasnijoj dobi, što se naziva razvojna zamjena simptoma (Vulić- Prtorić, 2004).

Depresivnost se manifestira kroz velik broj simptoma: promjenu raspoloženja, gubitak interesa, umor, manjak energije, osjećaje beznadnosti, bespomoćnosti, krivnje, teškoće u koncentraciji, socijalno povlačenje, agresivnost, poremećaje spavanja i hranjenja itd. Simptomi depresivnosti mogu se pojaviti u bilo kojoj dobi, u rasponu od blagih raspoloženja tuge do teškog depresivnog poremećaja.

Depresivna djeca izgledaju žalosno, govore monotonim glasom, usporeni su pokreta, usamljena. Najčešće sami sebe opisuju negativnim terminima kao npr. ja sam glup, loš, nitko me ne voli i sl. (Kocijan-Hercigonja i Hercigonja-Novković, 2004).

Fenomen depresivnosti u djetinjstvu i adolescenciji bio je obavijen mnogim mitovima sve do 60-ih godina prošlog stoljeća. Smatralo se da je depresija kod djece izuzetno rijetka, a kada se i pojavi manifestira se na zamaskirani način i kao dio normalnog razvojnog procesa. Rezultati istraživanja u velikoj mjeri opovrgavaju većinu ovih tvrdnji.

Depresivnost u djece i adolescenata danas predstavlja jedan od najvećih problema u psihodijagnostici. Radi se o psihološkim problemima čija je klinička slika slojevita i mijenja se sazrijevanjem.

Postoje razlike u manifestiranju depresivnosti kod djece u ovisnosti o dobi. Kod mlađe djece depresija je karakterizirana tužnim raspoloženjem, udaljavanjem od druge djece i odraslih, te smanjenim socijalnim interakcijama. U predškolskoj dobi uglavnom prisutni neverbalni znakovi depresije kao što su tužno i bezizražajno lice, neraspoloženost, a u ranoj školskoj dobi više su prisutni tjelesni simptomi, strahovi i gubitak apetita, prisutno je više subjektivnih simptoma kao što su bespomoćnost, pesimizam, osjećaj krivnje, negativno percipiranje budućnosti.

Razlike po spolu postoje u odnosu na pojavu depresivne simpatologije i mijenjaju se u odnosu na dob. Odnos 1:1 u ranoj dobi mijenja se u odnos 1:2 u doba adolescencije i to u korist ženskog spola (Lebedina Manzoni, 2007).

Depresivni sindrom je relativno rijedak u ranom djetinjstvu, ali s vremenom postaje mnogo učestaliji poremećaj. Kod oko 1% predškolske djece moguće je dijagnosticirati kliničke simptome depresije. U dobi od 6 do 12 godina taj postotak iznosi 2%, a u doba adolescencije naglo raste i dostiže postotak depresije koju bilježimo i kod odraslih osoba i iznosi 4 do 8%. Obeshrabruje podatak da depresivni simptomi ostaju i 8 godina nakon što su prvi put dijagnosticirani u ranoj dobi (Lebedina Manzoni, 2007).

Klinička depresija je više od „osjećati se tužno“ ili „imati loš dan“. Razlikuje se od osjećaja boli ili tuge koji se pojavljuju nakon velikog gubitka, poput smrti u obitelji, te nije osobna slabost ili karakterna mana. To je oblik mentalnog poremećaja koji zahvaća cijelo tijelo, utječe na način kako se netko osjeća, misli i djeluje, uz trajno doživljavanja tužnog ili iritabilnog raspoloženja i gubitak interesa za gotovo sve aktivnosti i uživanje u njima. Takve osjećaje prati niz dodatnih simptoma koji zahvaćaju apetit i spavanje, razinu aktivnosti i koncentraciju te osjećaj vlastite vrijednosti (Nikolić i Marangunić, 2004).

3. VRSTE POREMEĆAJA

Depresija kao poremećaj danas se opisuje u grupi poremećaji raspoloženja, koja pripada u tzv. internalizirane poremećaje, poremećaje koje se teže uočavaju, čiji su simptomi prikriveni i često zanemareni.

3.1. Poremećaji raspoloženja

Poremećaji raspoloženja obuhvaćaju skupinu duševnih poremećaja u kojima se osnovne psihopatološke promjene zbivaju u raspoloženju, a prate ih promjene u brojnim psihičkim i tjelesnim funkcijama (Nikolić i Marangunić, 2004).

Raspoloženje je dugotrajno, opće, emocionalno stanje pojedinca koje, dok traje određuje cjelokupno doživljavanje i ponašanje. Afekt je kratkotrajno, prolazno, jako emocionalno stanje. Temperament je cjelokupan osjećajni život i tok osnovnog raspoloženja.

Da bi se neka promjena raspoloženja klasificirala kao psihijatrijski poremećaj nužna je promjena koja se razlikuje od normalnog, utjecaj na osobu, djelovanje na sposobnost procjene i odlučivanja, dugo trajanje, sklonost ponavljanju.

Nikolić i Marangunić (2004) dijele poremećaje raspoloženja na pet skupina:

1. Depresivni (unipolarni) poremećaji
2. Bipolarni poremećaji
3. Poremećaji raspoloženja zbog općeg zdravstvenog stanja
4. Poremećaji raspoloženja prouzročeni psihoaktivnim tvarima
5. Neodređeni poremećaji raspoloženja

Depresivnost je poremećaj koji se često javlja uz neki drugi poremećaj, simptomi depresivnosti preklapaju se sa simptomima nekih drugih poremećaja. Najčešće su to anksiozni poremećaj, poremećaj pažnje i ponašanja, ovisnosti kod adolescenata.

Simptomi depresivnosti uglavnom su prikriveni i teže uočljivi. Neki simptomi depresivnosti mogu biti vrlo uočljivi, kao što su iritabilnost, tužan izgled lica, socijalno povlačenje, gubitak apetita i problemi sa spavanjem, no oni su rijetko

prepoznati kao znak depresivnosti. Broj identificirane depresivne djece značajno je manji nego pogrešno dijagnosticiranih ili neprepoznatih kao djeca s problemima.

Vulić- Prtorić navodi nekoliko razloga za takvu situaciju:

Djeca i adolescenti ne mogu uvijek dati do znanja odraslima kako se osjećaju, nedostaju im potrebne sposobnosti samoopažanja i verbalnog izražavanja da točno opišu kako se osjećaju, teško daju precizne podatke o trajanju i intenzitetu problema.

Odrasli koji brinu o djetetu ne mogu uvijek prepoznati depresivnost na temelju djetetova ponašanja. Depresivnost spada u grupu internaliziranih poremećaja koji se ne manifestiraju na vidljiv način, te je u većini istraživanja utvrđeno da roditelji i učitelji daju podatke o značajno manjem broju simptoma depresivnosti kod djece nego što to čine sama djeca.

Simptomi depresivnosti imaju drugačije pojavne oblike kod djece nego kod odraslih.

Neki simptomi depresije mogu biti dio normalnog razvoja djeteta, neka ponašanja poput strahova, ispada bijesa i sl. relativno su uobičajena u djetinjstvu i većina djece ih odrastanjem prevladava. Važno je takva ponašanja prepoznati kao prolazne reakcije, a ne kronične poremećaje koji ne prolaze s dobi i ometaju djetetovo svakodnevno funkcioniranje, jer poremećaji nisu normalni razvojni fenomeni i djeca ih uglavnom ne „prerastaju“ tako bezbolno.

Danas se dob nastupa depresije pomiče prema mlađoj dobi te se javlja u širokom rasponu simptoma. Simptomi mogu varirati od blagih raspoloženja tuge do teških poremećaja. Mogu trajati od nekoliko dana do nekoliko godina, javljajući se samostalno ili istovremeno sa simptomima drugih poremećaja. Češće se simptomi javljaju kao reakcija na neki stresni događaj, ali se mogu javiti i bez vanjskog povoda.

Poremećajima raspoloženja često su pridruženi drugi psihijatrijski poremećaji koji mogu otežati ili maskirati depresivne simptome. Odnosi s vršnjacima, nepopularnost među prijateljima, slabiji školski uspjeh zbog nedostatka motivacije znakovi su i ponašanja koja mogu reflektirati depresivne simptome, a da ne budu odmah prepoznati kao takvi. Depresivna djeca često imaju i neke druge komorbidne

poremećaje poput anksioznosti, agresivnosti, poremećaja ponašanja i koncentracije sl.

Preklapanje između depresivnosti i poremećaja u ponašanju najčešće je prisutno u području emocija ljutnje i razdražljivosti, u manjku socijalnih vještina te problemima u obiteljskim odnosima. Depresivna djeca često doživljavaju odbacivanje od strane roditelja i vršnjaka zbog čega postaju frustrirana, ljuta, a na kraju i agresivna. Agresivno i destruktivno ponašanje može biti "zamjena" za depresivne osjećaje i posljedica prikrivanja loše slike o sebi, osjećaja bespomoćnosti i želje da se mlada osoba prikaže kao jaka, neustrašiva i oštroumna.

Mlađa depresivna djeca izgledaju tužno, imaju spore kretnje, monoton glas i nisko samopouzdanje. Zakazuju u školskom funkcioniranju te se povlače iz ranije omiljenih izvanškolskih aktivnosti (Nikolić i Marangunić, 2004). Djeca školske dobi zbog boljih verbalnih sposobnosti navode loše raspoloženje, teškoće koncentracije, lošu učinkovitost u školi, iritabilnost te česte tjelesne simptome poput glavobolje i abdominalnih tegoba (Nikolić i Marangunić, 2004).

Depresivni poremećaji obuhvaćaju:

1. Veliki depresivni poremećaj
2. Distimični poremećaj
3. Depresivni poremećaj, neodređen

3.2. Veliki depresivni poremećaj

Osnovno obilježje velikog depresivnog poremećaja je jedna ili više depresivnih epizoda. Velika depresivna epizoda je razdoblje od najmanje dva tjedna tijekom kojeg je prisutno pet ili više simptoma od kojih je jedan trajno depresivno raspoloženje i gubitak zanimanja za gotovo sve aktivnosti. Riječ je o relativno teškom, akutnom obliku depresije.

Prema Nikolić i Marangunić (2004) dijete ili adolescent tijekom velikih depresivnih epizoda doživljava još najmanje četiri dodatna simptoma koji mogu biti:

1. Depresivno raspoloženje, na koje upućuje subjektivno izvješće (tj. osjećaj tuge ili praznine) ili zapažanje drugih (tj. tužan ili uplakan izgled)
2. Uočljivo smanjenje interesa ili zadovoljstva u svim ili gotovo svim aktivnostima (na što upućuje subjektivno izvješće ili zapažanja drugih)
3. Osjetan gubitak ili dobivanje težine, povećanje i smanjenje apetita gotovo svaki dan
4. Poremećaji spavanja (nesanica, pretjeranu potrebu za snom, rano jutarnje buđenje gotovo svakog dana)
5. Psihomotorička agitacija ili retardacija
6. Umor i gubitak energije
7. Osjećaj bezvrijednosti i krivnje
8. Smanjena sposobnost mišljenja i koncentracije i neodlučnost
9. Ponavljajuća razmišljanja o smrti, samoubilačke ideje, pokušaji samoubojstva ili specifični planovi za izvršenje samoubojstva

Simptomi moraju obuhvaćati dovoljno izraženu tugu da se ona može nazvati potištenošću ili očajem (često zvani depresivnim raspoloženjem) ili gubitak zanimanja za uživanje u svakodnevnim aktivnostima (anhedonija), te ponekad uznemirenost.³ Tjelesni simptomi obuhvaćaju promjene tjelesne težine ili apetita, gubitak energije, zamor, psihomotornu retardaciju ili agitaciju i poremećaje spavanja.

Takvi simptomi označuju promjenu u odnosu na ranije funkcioniranje i uzrokuju klinički značajne smetnje ili smetnje u socijalnom, radnom ili drugom važnom području djelovanja. Simptomi ne smiju biti posljedica fiziološkog učinka psihoaktivne tvari ili općeg zdravstvenog stanje, te se ne smiju pripisati žalovanju (Nikolić i Marangunić, 2004).

³ <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/psihijatrija/poremecaji-raspolozenja/depresivni-poremecaji>

Depresija se kod djece može manifestirati kao maskirana depresija, maskirana simptomima nekih drugih stanja poput fobija ili delinkventnog ponašanja, ili u obliku ekvivalenta depresije poput neposlušnosti, ispada bijesa, nemira, agresivnog ponašanja, razdražljivosti, školskog neuspjeha i sl. (Gruden, 1994).

Pokazalo se da je depresija moguća u ranoj dobi, ali može imati drugačiju kliničku sliku od depresije odraslih, internalizirani poremećaji poput depresivnosti kod djece se manifestiraju kroz eksternalizirane simptome.

Danas je vrlo aktualno opisivanje depresivnosti kao izražene tuge s osjećajima bespomoćnosti, krivnje, niskog samopoštovanja i samooptuživanja.

Veliki depresivni poremećaj može se sastojati od samo jedne, dvije ili više epizoda i tada se smatra ponavljajućim. Epizoda se smatra završenom ako nisu potpuno zadovoljeni kriteriji za veliku depresivnu epizodu ili se simptomi povuku tijekom najmanje dva uzastopna mjeseca.

Prema kliničkim i epidemiološkim studijama prosječno trajanje epizode u ovom poremećaju je 7 do 9 mjeseci (Vulić- Prtorić, 2004).

Velika depresivna epizoda može imati psihotična obilježja (sumanutosti ili halucinacije) i melankolična obilježja. Melankolična obilježja karakterizira gubitak zanimanja i uživanja u gotovo svim aktivnostima. Dijete se ne osjeća bolje, čak ni privremeno, kada se dogodi nešto dobro. Depresivno raspoloženje je izrazito intenzivno i drukčije od onog koje se doživljava kod npr. gubitka voljene osobe.

Depresija je obično jače izražena ujutro, dijete se budi najmanje dva sata prije uobičajenog vremena. Upadljiva je psihomotorička retardacija ili agitacija, gubitak težine i neodgovarajući osjećaj krivnje.

U velikoj depresivnoj epizodi djetetovo raspoloženje je depresivno (ili razdražljivo) najveći dio dana, više dana i simptomi rezultiraju značajnim oštećenjem funkcioniranja u važnim područjima života, uključujući obiteljske odnose, školu, vršnjake.⁴

⁴ <http://hrcak.srce.hr/57136>

Prema Nikolić i Marangunić (2004) velika depresivna epizoda može biti obilježena velikim psihomotoričkim smetnjama poput motoričke nepokretnosti, besmislene suvišne motoričke aktivnosti, neobičnih voljnih pokreta, stereotipije, automatske poslušnosti ili automatskog oponašanja. Katkad se manifestira atipičnim obilježjima kao što je nesposobnost odgovora, reakcije na pozitivan događaj ili patološkom osjetljivošću na odbacivanje od drugih ljudi koja dovodi do velikog socijalnog ili radnog oštećenja.

Ponavljajući veliki depresivni poremećaj može biti obilježen ponavljanjem velikih depresivnih epizoda uvijek u određeno doba godine. U većini slučajeva epizode počinju u jesen ili zimu, a prestaju u proljeće. Takve sezonske depresivne epizode moraju se ponavljati tijekom zadnje dvije godine, bez ijedne nesezonske epizode tijekom tog razdoblja. Zbog vremenskog podudaranja sa školskim obvezama treba ih razlučiti od depresije potaknute školskim stresom.

Kronična se depresija dijagnosticira kada su stalno tijekom najmanje dvije uzastopne godine zadovoljeni kriteriji za veliku depresivnu epizodu (Nikolić i Marangunić, 2004).

3.3. Distimični poremećaj

Distimični poremećaj je poremećaj raspoloženja sličan Velikom depresivnom poremećaju, ali s manje teškim depresivnim simptomima, koji su dugotrajni, kronični i prisutni mnogo godina (Vulić- Prtorić, 2004).

Barem dva od sljedećih simptoma moraju biti prisutna :

1. slab apetit ili prejedanje
2. nesanica ili pretjerano spavanje
3. niska energija ili umor
4. nisko samopoštovanje
5. slaba koncentracija ili teškoća u stvaranju odluka
6. osjećaj beznadnosti

Kronično depresivno ili iritabilno raspoloženje traje veći dio dana, veći broj dana tijekom jedne godine, prisutan je više dana nego što nije prisutan, s barem dva od prethodno navedenih simptoma.

Rano javljanje distimičnog poremećaja vezano je za osjećaje nevoljenosti, ljutnje, samoomalovažavanja i dr., a distimična djeca obično imaju jednu epizodu velikog depresivnog poremećaja dvije do tri godine nakon javljanja distimičnog poremećaja. Distimični poremećaj jedan je od glavnih predznaka kasnijeg javljanja velikog depresivnog poremećaja, zbog čega je bitna njegova rana identifikacija i tretman. Velik broj djece s dijagnozom distimije ima i Veliki depresivni poremećaj (Vulić-Prtorić, 2004).

Depresivni poremećaj neodređen obuhvaća poremećaje s depresivnim obilježjima koji ne zadovoljavaju kriterije za veliki depresivni poremećaj i distimični poremećaj.

3.4. Bipolarni poremećaj

Bipolarni poremećaj poznat je kao i maničnodepresivni poremećaj. To je teško i dugotrajno psihijatrijsko stanje. Bipolarni su poremećaji obilježeni prisutnošću jedne ili više maničnih, miješanih ili hipomaničnih epizoda. Također može biti prisutna jedna ili više depresivnih epizoda. (Nikolić i Marangunić, 2004, str. 272)

Postoje 3 oblika bipolarnog poremećaja : tip I, tip II i neodređen. Bipolarni I i bipolarni II poremećaj se razlikuju s obzirom na razinu manije. Prvi poremećaj je povezan s manijom, a drugi s hipomaničnom epizodom, dok bipolarni poremećaj neodređen ne odgovara kriterijima ni za bipolarni I ni za bipolarni II poremećaj. Simptomi mogu biti prisutni od ranog djetinjstva ili se mogu iznenadno javiti u adolescenciji. Prva manifestacija bipolarnog poremećaja je najčešće depresivna epizoda, a manična obilježja se mogu javiti za vrijeme depresivne epizode ili nakon razdoblja bez simptoma (Vulić-Prtorić, 2004).

Djeca obično imaju kontinuirani poremećaj raspoloženja koji ima karakteristike i manije i depresije. Brza i ciklička izmjenjivanja raspoloženja imaju za posljedicu kroničnu iritabilnost i malo razdoblja dobrog raspoloženja između

epizoda. Adolescenti u slučaju bipolarnog I poremećaja doživljavaju izmjenjivanje epizoda intenzivne i psihotične manije i depresije, a kod bipolarnog II poremećaja javljaju se epizode hipomanije između povratnih epizoda depresije. Hipomanija je povišeno ili iritabilno raspoloženje udruženo s povišenom tjelesnom ili mentalnom energijom. Neki traumatski događaj može biti okidač za prvu epizodu manije ili depresije (Vulić- Prtorić, 2004). Kasnije epizode se mogu javiti neovisno o nekom stresnom događaju ili se mogu pogoršati sa stresom. Kada je bolest započela, epizode pokazuju tendenciju vraćanja i pogoršanja ukoliko se ne započne terapija.

4. SIMPTOMI DEPRESIVNOSTI

Terminološki simptom označava određene emocionalne, kognitivne i ponašajne karakteristike, bez uzročnih faktora u pozadini tih karakteristika. Vulić- Prtorić (2004) simptome depresivnosti dijeli u četiri osnovne skupine: emocionalnu, tjelesnu ili somatsku, kognitivnu i bihevioralnu.

4.1. Emocionalni simptomi

Vulić- Prtorić i Cifrek- Kolarić (2011) kao emocionalne simptome depresivnosti nabrajaju tužno, utučeno, obeshrabreno raspoloženje, osjećaj ispraznosti, dosadu, gubitak spontanosti, nagle promjene raspoloženja, ljutnju, srdžbu, razdražljivost, osjećaje krivnje i anksioznosti.

Dva od najčešćih simptoma su i disforija i anhedonija. Disforija ili disforično raspoloženje je negativno raspoloženje različitog intenziteta, povezano s osjećajem manje vrijednosti, gubitkom samopouzdanja i povjerenja u vlastite sposobnosti.

Disforiju karakterizira i osjećaj emocionalne ili mentalne nelagodnosti, ekstremni ili produženi osjećaj tuge, očaja, krivice ili beznadežnosti, uznemirenost, malaksalost, koji utječu na normalnu kvalitetu života i aktivnosti. Anhedonija je smanjen ili izgubljen interes za sve ili većinu aktivnosti, gubitak ugone i uživanja u aktivnostima koje su dosad bile privlačne i u kojima je dijete uživalo. Fizička anhedonija odnosi se na nemogućnost uživanja u rekreativnim aktivnostima, hrani, glazbi, likovnoj umjetnosti i ljepoti prirodnih pojava. Socijalna anhedonija podrazumijeva nesposobnost nalaženja zadovoljstva u interpersonalnim relacijama, prijateljstvima i druženju, te biranje samotnjačkih aktivnosti i hobija. Disforija i anhedonija specifični su simptomi za dijagnosticiranje depresije u školskoj dobi.

Ostala emocionalna obilježja depresivnosti su duboka žalost koja se istovremeno javlja sa ljutnjom. Vulić- Prtorić (2004) navodi da prema nekim istraživanjima kod desetogodišnje depresivne djece ljutnja čak i prevladava u odnosu na žalost. Tada se mogu javiti teškoće u razlikovanju razdražljivog depresivnog i razdražljivog razmaženog djeteta. Uz žalost se često javljaju i simptomi iritabilnosti, razdražljivosti i ljutnje.

Depresivno dijete može svoju tugu prikrivati prkošenjem, šutnjom, neposluhom ili agresivnim ponašanjem. U razlikovanju depresivnog od nedeprativnog djeteta mogu pomoći razlike u usmjeravanju ljutnje.

Depresivna djeca svoju ljutnju usmjeravaju prema sebi ili prema neprikladnim objektima, dok nedeprativna djeca svoju ljutnju usmjeravaju prema van. Što su djeca depresivnija to se više ljute na sebe, viču na druge, iskaljuju svoj bijes. Potisnuta ljutnja povezana je s beznadnosti, a to predstavlja upozorenje za suicidalno ponašanje (Vulić-Prtorić, 2004).

Depresivno raspoloženje se najčešće javlja u kombinaciji s drugim negativnim emocijama kao što su osjećaj krivnje zbog loših stvari koji im se događaju u životu, anksioznost i očekivanje negativnih ishoda. Osjećaj krivnje javlja se kada je dijete sposobno shvatiti pravila ponašanja i kada tim pravilima ne uspijeva udovoljiti, javlja se nesklad između realne i idealne slike o sebi.

Depresivno dijete često istovremeno prolazi kroz tri emocionalna stanja: depresivno raspoloženje, iritabilnost i anksioznost. Depresivno raspoloženje kao tuga za nekim ili nečim što je izgubljeno, iritabilnost ili ljutnja jer je gubitak ujedno i znak napuštanja i anksioznost da bi se još neki gubici mogli dogoditi. Najčešći simptomi anksioznosti su pretjerana trajna briga, zabrinutost i napetost, preokupacija prošlim neuspjesima, nerealna slika problema i nemir.

4.2. Tjelesni simptomi

Tjelesni simptomi depresije su poremećaji različitih tjelesnih funkcija : promjene apetita, smetnje spavanja, glavobolje, umor i sl. (Nikolić i Marangunić, 2004).

Vulić- Prtorić i Cifrek- Kolarić (2011) navode smanjenu učinkovitost, teškoće u obavljanju uobičajenih aktivnosti, manjak energije i umor, promjene u tjelesnoj težini (promjena je veća od 5% tjelesne težine u mjesec dana), nesanicu kao tjelesne simptome depresivnosti.

Prema Vulić- Prtorić (2004) smetnje spavanja javljaju se u obliku inicijalne insomnije (teškoće s uspavlivanjem), središnje insomnije (buđenje tijekom noći), terminalne insomnije (prerano buđenje), te hipersomnije (predugo spavanje).

4.3. Kognitivni simptomi

Depresivna djeca opisuju sebe, svijet oko sebe i budućnost opisuju negativno, osjećaju se beznadno i bespomoćno. Primjećuju se teškoće u koncentraciji i ispunjavanju školskih obveza, kao i problemi u svladavanju školskog gradiva. Najčešće prvi simptomi koji privuku pažnju vezani su upravo za funkcioniranje u školi i ponašanje s vršnjacima i nastavnicima. Upravo oni mogu upozoriti na depresivne procese. Depresija negativno djeluje na školski uspjeh, a to povećava osjećaj depresivnosti. Djeca imaju slabiji uspjeh i poteškoće u učenju koje se ne povezuju s njihovim intelektualnim funkcioniranjem (Vulić-Prtorić, 2004). Slab uspjeh u školi negativno djeluje na sliku o sebi.

Nisko samopoštovanje je centralni aspekt depresije, depresivna djeca imaju sniženo samopoštovanje, nisko vrednuju sebe i svoja postignuća, negativno percipiraju vlastiti tjelesni izgled i ponašanje. Sebe doživljavaju manje vrijednima, nevoljenima i odbačenima, doživljavaju da ih njihovo socijalno okruženje, obitelj, prijatelji ne podržava, pretjerano kritizira i zbog toga osjećaju krivnju.

Noel- Hoeksem i suradnici (citirano u Vulić- Prtorić, 2004, str.36) smatraju da su efekti depresiji na kognitivnom planu jači kod djece nego kod odraslih zbog toga što je kognitivni stil kod djece još uvijek u formiranju.

„Simptomi bespomoćnosti javljaju se u situacijama kada dijete nema kontrolu nad događajima u vlastitom životu i kada očekuje da tu kontrolu neće imati ni ubuduće“ (Vulić- Prtorić, 2004, str.37).

Tada se djeca ponašaju pasivno, u potpunosti se prepuštaju situaciji vjerujući da nemaju kontrolu nad događajima. Kada djeca doživljavaju ponavljajući neuspjeh osjećaju nekompetentnost i usvajaju bespomoćnost. Naučena bespomoćnost je naučeno vjerovanje da reagiranje nema veze s ishodima i da neće imati ni u budućnosti. Simptomi bespomoćnosti javljaju se u situacijama kada dijete nema kontrolu nad događajima i kada očekuje da ju neće imati niti ubuduće (Vulić-Prtorić, 2004).

Naučena se bespomoćnost kod nešto mlađe djece usvaja kada je ono što dijete čini ponavljano kritizirano. Tada dijete samo procjenjuje svoje uratke lošima,

osjeća se tužno ili ljuto, te se negativno samovrednuje. Ako dijete ima nervozne roditelje koji kažnjavaju za svaku sitnicu, ono će mijenjati svoje ponašanje pokušavajući im ugoditi. No ako svaki put bude kažnjeno, odustat će od pokušaja da išta promijeni. Zaključit će da kazna slijedi štogod ono činilo i da se truditi - ne isplati. Pojavu da čovjek zaključi kako ništa ne može izmijeniti koliko se god trudio, psiholozi nazivaju naučena bespomoćnost.⁵

Ostali kognitivni simptomi su greške u zaključivanju i problemi u koncentraciji. Greške u zaključivanju su sklonost depresivne djece da preuveličavaju značajnost i posljedice negativnih događaja, a pozitivnim događajima neopravdano umanjuju značajnost.

Problemi koji se javljaju u školi, problemi u koncentraciji, učenju, ponašanju, su kognitivni simptomi depresivnosti koji najčešće prvi privuku pažnju nastavnika i roditelja. Povezanost između tih simptoma i depresivnosti uglavnom je dvosmjerna: depresivnost negativno utječe na školsko postignuće, a školski neuspjeh povećava osjećaj depresivnosti. Slabiji školski uspjeh može biti posljedica depresivnosti djeteta, ali isto tako i uzročni faktor.

Vulić- Prtorić (2004) navodi da depresivna djeca mogu pokazivati simptome koji nalikuju simptomima mentalne retardacije, iako su prosječnih ili iznadprosječnih intelektualnih sposobnosti. Takva klinička slika naziva se pseudoretardacija, depresivno dijete pokazuje emocionalnu nestabilnost i nezrelost, slabu pažnju i motivaciju za učenje, te prividno sniženje intelektualnih funkcija.

Školsko postignuće također je znatno povezano sa samopoštovanjem, važan je faktor u izgradnji djetetova osjećaja kompetentnosti. Slab uspjeh u školi negativno djeluje na djetetovu sliku o sebi i na njegov socijalni status među vršnjacima i prijateljima.

⁵ <http://www.iep.hr/iz-knjiga-3/naucena-bespomocnost-i-nauceni-optimizam-220/>

4.4. Bihevioralni simptomi

Na planu ponašanja najuočljivije su promjene poput nemira (nesposobnost da mirno sjedi, čupkanje odjeće) i psihomotoričke usporenosti (usporen govor, usporeni pokreti) (Nikolić i Marangunić, 2004). Uočava se gubitak zanimanja za hobije i druge aktivnosti u kojima je dijete prije uživalo. Ako se dijete i nastavi baviti tim aktivnostima čini to s uočljivim gubitkom zanimanja. Stalno se žali na umor i svakodnevne obaveze mu predstavljaju napor. Ove promjene često utječu na djetetovo funkcioniranje u školi.

Vulić- Prtorić i Cifrek- Kolarić (2011) izdvajaju agresivno ponašanje, izljeve bijesa, psihomotorni nemir, psihomotornu usporenost, zanemarivanje ili nedostatak ugođe u ranije ugodnim aktivnostima, socijalno povlačenje, odbacivanje od strane vršnjaka i obitelji, probleme u obiteljskim odnosima i školskom okruženju.

Gubitak interesa za hobije, druženje, ljude i događanja koji su djetetu do tada bili interesantni predstavlja značajan simptom depresivnosti u svim dobnim skupinama. Svakodnevne obaveze predstavljaju napor i dijete je stalno umorno. Takve promjene u ponašanju djeluju i na kognitivno funkcioniranje, djeluju na sposobnost koncentracije i usmjeravanja pažnje, na motivaciju i interes za školske sadržaje i aktivnosti, te na školsko postignuće.

Vulić- Prtorić navodi da je vidljivo je i socijalno povlačenje, dijete se povlači iz socijalnih kontakata, osobito s vršnjacima. Sebe opisuje kao osamljeno, nesposobno da ostvari kontakt s drugima i manje vrijedno. Socijalni problemi i nisko samopoštovanje u velikoj mjeri mogu odražavati stvarno stanje socijalnih odnosa. Druga djeca depresivnu djecu opisuju kao agresivnu koja se ni s kim ne žele igrati i najviše vole biti sama. Depresivna djeca se osjećaju odbačenima od strane vršnjaka i obitelji, vidljivi su problemi u obiteljskim odnosima i problemi u školskom okruženju.

Često se javljaju napadaji bijesa i agresivno ponašanje u obliku acting out ponašanja te se još pogoršava osjećaj depresivnosti (Vulić-Prtorić, 2004).

5. RIZIČNI I ZAŠTITNI FAKTORI

„Depresije su čest psihički poremećaj, čija se učestalost tijekom posljednjih desetljeća povećava, zahvaćajući sve mlađe skupine osoba. Danas raspoložemo rezultatima niza reprezentativnih istraživanja, koja dopuštaju vrlo usklađene procjene čestine poremećaja i rizičnih faktora koji pogoduju njihovom nastanku“ (Hautzinger, 2002, str.25).

Razvoj psiholoških problema kod djece i adolescenata uvijek se promatra u kontekstu i pod utjecajem velikog broja faktora. Nijedna osoba nije u potpunosti zaštićena od djelovanja rizičnih faktora. Da bi se razumjeli osnovni procesi u razvoju ponašanja i doživljavanja u obzir se moraju uzeti karakteristike okruženja u kojem dijete raste, njegovu obitelj, prijatelje, školu, kulturu u kojoj živi, itd.

Ponašanje i doživljavanje razvija se u kompleksnim višestruko povezanim interakcijama između karakteristika okruženja, između djetetovih bioloških, psiholoških i genetskih osobina, njegove okoline, roditelja, braće i sestara, obiteljskih odnosa, vršnjaka i susjeda, škole i zajednice u kojoj živi, te specifičnog načina na koji ti faktori djeluju i oblikuju jedan drugoga u funkciji razvoja. Isto ponašanje u određenoj dobi, situaciji, okruženju ili kulturi može biti prihvatljivo i normalno ponašanje, dok se u drugoj ne promatra kao takvo.

„Rizični faktori su sva ona stanja i okolnosti koje povećavaju vjerojatnost razvoja nekog psihopatološkog procesa, dok zaštitni potiču i održavaju zdravi razvoj“ (Vulić-Prtorić, 2004, str.111).

Rizične faktore za razvoj depresije mogu predstavljati i osobne karakteristike djeteta poput niske inteligencije, teškog temperamenta i niskog samopoštovanja.

Obično se razlikuju četiri grupe faktora: predisponirajući, percipirajući, održavajući i zaštitni faktori.

Predisponirajući faktori stvaraju psihološku ranjivost ili osjetljivost za razvoj poremećaja. To su svi oni čimbenici koji pojačavaju rizik. U slučaju depresivnosti to može biti temperament, nisko samopoštovanje, problemi u odnosima, psihološki problemi u obitelji i sl.

Percipitirajući faktori predstavljaju okidač ili potiču razvoj poremećaja. To su obično neki stresni događaji koji nadilaze djetetove sposobnosti suočavanja kao što su gubici dragih osoba, prijatelja, doma i tugovanje, bolest ili ozljeda, preseljenje, promjena škole ili pak zlostavljanje, neuspjeh u školi i sl.

Održavajući faktori pridonose zadržavanju psiholoških problema jednom kada su se oni javili. Za razliku od predisponirajućih i percipirajućih faktora koji ukazuju na to da su se depresivni simptomi javili, održavajući faktori ukazuju na njihovo trajanje. Važno je praviti razliku između faktora i prepoznati one koji pridonose održavanju simptoma, jer podatak o trajanju ima snažan utjecaj na odabir terapije (Vulić-Prtorić, 2004).

Zaštitni faktori sprečavaju daljnje pogoršanje, potiču i održavaju zdravi razvoj. Ovi faktori u izloženosti stresnim situacijama pridonose djetetovoj otpornosti i sposobnosti prevladavanja tih situacija. Faktori koji naj snažnije štite djetetov psihološki razvoj u većini stresnih situacija su adekvatna briga za dijete od strane roditelja, vjerovanje u vlastitu samoefikasnost i kompetentnost, vjera i religioznost, socijalne vještine i efikasne strategije suočavanja. Roditeljska toplina, podrška i ljubav imaju pozitivan utjecaj na emocionalnu i socijalnu stabilnost i zrelost djeteta. S druge strane ravnodušnost, pretjerana kontrola, grubost i zanemarivanje djeteta pridonose različitim problemima i teškoćama kod djece (Vulić-Prtorić, 2002).

Faktori koji se nalaze u ove četiri grupe mogu se podijeliti i u dvije grupe s obzirom na njihovo porijeklo: osobni faktori koju obuhvaćaju biološke i psihološke karakteristike djeteta i okolinske ili kontekstualne faktore koji predstavljaju obilježja djetetova psihosocijalnog okruženja (Vulić-Prtorić, 2004).

Biološki faktori rizika mogu biti oštećenje pri porodu, neurološka oštećenja, loša prehrana , psihološki faktori mogu biti nisko samopoštovanje, pretjerana ili slaba samokontrola i sl. Okolinski ili kontekstualni faktori faktori su roditeljskog zanemarivanja, odbacivanja ili zlostavljanja, ili u širem kontekstu siromaštvo, rat i sl.

5.1. Osobni faktori

Brojni osobni faktori kod djece mogu utjecati na razvoj depresije, pridonijeti njezinom održavanju i trajanju, te utjecati na brzinu oporavka. Vulić- Prtorić (2004) među najvažnije osobne faktore rizika za poremećaje raspoloženja ubraja genetsku ranjivost poput poremećaja raspoloženja u obitelji, depresije roditelja, prenatalne, perinatalne i postnatalne ozljede i komplikacije, te neke značajke temperamenta. Na biološkoj razini to su poremećena regulacija sustava amina, endokrinog i imunološkog sustava koji upravlja obranama od bolesti, te poremećeni ciklus spavanja. Poremećeni biološki procesi sastavni su dio razvoja depresije.

Osobni faktori koji mogu značajno pridonijeti održavanju depresije su svi oni kognitivni faktori, način mišljenja, odnosno, tumačenja, procjenjivanja, obrade podataka i zaključivanja određuju oblik emocionalnih reakcija koje pridonose lošem raspoloženju.

Kognitivni fenomeni koji određuju pojavu emotivnih poremećaja uključuju automatske misli i kognitivne distorzije.

Automatske misli se javljaju spontano, odnosno, kako samo ime kaže, automatski. Osoba obično nije svjesna automatskih misli, te misli su osobi logične i osoba dopušta ovim mislima da utiču na doživljavanje i upravljaju ponašanjem. Ovakve misli su najbliže na površini i obično se prve i uviđaju. Kod depresivne djece mogu se otkriti automatske misli kao što su "Ništa ne vrijedim", "Za mene nema budućnosti" ili "Ništa se ne događa onako kako bi ja to htio" (Vulić-Prtorić, 2004).

Kognitivne distorzije predstavljaju greške u tumačenju ili u procesu obrade podataka. One dovode do negativnih, pogrešnih i nepovoljnih zaključaka ili potkrepljuju prethodno donesene zaključke.⁶

⁶ <http://www.epsihijatar.com/psihoterapija/kognitivna-psihoterapija/>

5.1.1. Genetski faktori

Genetski faktori predstavljaju potvrdu bioloških teorija prema kojima biološki faktori predstavljaju snažan rizik za razvoj poremećaja kod djece.

Biološke teorije depresivnosti sadrže znanja iz genetike, neurokemije, neuroendokrinologije, itd. Predispozicija za poremećaje raspoloženja može biti genetički prenošena u smislu da se nasljeđuje biološka preosjetljivost za poremećaj u regulaciji jednog ili više sustava.

Istraživanja obiteljske anamneze depresivne djece i adolescenata i istraživanja potomaka depresivnih odraslih osoba pokazuju genetsku komponentu koja je slična onoj utvrđenoj za odrasle osobe; na primjer, djeca depresivnih odraslih pod povećanim su rizikom od razvoja depresije. (Vulić- Prtorić, Cifrek- Kolarić, 2001, str.194)

Razvojni genetičari smatraju da genetski doprinosi depresivnim poremećajima moraju biti promatrani kao interakcija genetskih faktora s faktorima okoline tijekom cijelog života.

„Provedena genetička istraživanja govore u prilog velikom utjecaju genskih čimbenika u nastajanju poremećaja raspoloženja“ (Nikolić, Marangunić, 2004, str.251).

5.1.2. Pre i perinatalni problemi

Rizično djelovanje pre- i perinatalnih faktora u razvoju depresivnosti obuhvaća sljedeće događaje: prenatalne, perinatalne, postnatalne i neonatalne. Prenatalni problemi mogu biti tjelesno zdravlje majke za vrijeme trudnoće, negativni utjecaji tijekom trudnoće poput stresnih životnih događaja, depresivnog raspoloženja, epizode psihičkih poremećaja, te korištenje propisanih ili nepropisanih lijekova i psihoaktivnih sredstava tijekom trudnoće.

Perinatalne teškoće su težak porod i traume kod djeteta. Postnatalni problemi mogu biti prijevremeni porod, anoksija ili nedostatak kisika, te hematološki problemi. Neonatalni problemi su zdravstvene teškoće tijekom prve godine života i negativan utjecaj iz djetetova psihosocijalnog okruženja (Vulić-Prtorić, 2004).

Ispitana je povezanost između ovih rizičnih poremećaja i depresivnog poremećaja kod djece. Od ispitanih rizičnih faktora kao glavni prediktori depresivnog poremećaja pokazala su se dva faktora: emocionalni problemi majke tijekom trudnoće, kao što su anksioznost i depresivnost, i izostanak dojenja djeteta nakon poroda (Vulić-Prtorić, 2004).

Neki autori smatraju da se povezanost između prenatalnih emocionalnih problema kod majke i depresivnosti kod djeteta može objasniti pomoću dva modela. Prema prvom modelu, majčino ponašanje i njezini emocionalni problemi prije, za vrijeme i nakon trudnoće mogu djelovati na razvoj poremećaja kod djeteta. Rizici za razvoj poremećaja kod djeteta povećavaju se radi li se o majci koja je imala emocionalnih problema i prije trudnoće, a koji su se nastavili tijekom trudnoće, koji su utjecali i na željenost djeteta, nesigurnost u pogledu majčinstva i sl., i nakon rođenja djeteta kao što su simptomi postnatalne depresije. Prema drugom modelu depresivnost može uzrokovati izloženost majke i djeteta nekim drugim, zajedničkim genetskim i okolinskim faktorima. U nekim je istraživanjima utvrđeno je da se depresivnost majke i djeteta javlja u obiteljima gdje je otac alkoholičar. U takvim obiteljima majka je već duže vrijeme prije, za vrijeme i nakon trudnoće izložena brojnim čimbenicima rizika.

5.1.3. Temperament

Temperament je tipičan način emocionalnog doživljavanja i reagiranja i nije skup stečenih osobina, već je pretežno uvjetovan nasljednim čimbenicima.

Razvoj temperamenta ovisi o funkcioniranju vegetativnog živčanog sustava i žlijezda s unutarnjim lučenjem. Iako je pri oblikovanju temperamenta utjecaj socijalnih čimbenika gotovo neznan, on se ipak očituje u načinima izražavanja emocija, ovisno o kulturnoj sredini.

Temperament kao dinamički sustav neurobioloških čimbenika pridonosi prilagodbi pojedinca u okolini. Dimenzije temperamenta predstavljaju pristranosti u načinu percipiranja i reagiranja na jednostavne podražaje (nepoznata situacija,

nagrada, kazna), u odnosu na koje se javljaju osnovne emocije kao što su strah, ugoda ili srdžba.⁷

Općenito govoreći, temperament djeteta očituje se u jačini emocionalnog doživljavanja, brzini izmjenjivanja emocionalnih stanja, načinu kako se emocije izražavaju te općem tonu raspoloženja koje kod djeteta prevladava.

Temperament predstavlja najčešći osobni psihološki faktor koji je proučavan u sklopu genetskih istraživanja. Prema istraživanjima koje je vodio Robert Plomin temperament se može promatrati na tri dimenzije: emocionalnosti, aktivnosti i socijalnosti (EAS model). Premda ove tri komponente temperamenta mogu biti genetski određene, djetetov sveukupni razvoj ovisit će o tome kako na ove osobine reagira njegova sredina (Vulić-Prtorić, 2004).

U modelu temperamenta koji je predložila Mary Rothbarth dominantna su dva područja: reaktivnost i samoregulacija. Jerome Kagan govori o urođenoj crti temperamenta tzv. zakočenosti ili inhibiciji koja se primjećuju u djetetovim reakcijama bojažljivosti i izbjegavanja u nepoznatim situacijama (Vulić-Prtorić, 2004).

Moderne studije temperamenta utvrđuju tri kategorije temperamenta: „laki“, „teški“ i „usporeni“ temperament. „Teški“ temperament karakterizira tendencija povlačenja, spora adaptabilnost, negativne emocije i biološka neregularnost.

Neki autori tvrde da sam „teški temperament“ ne predstavlja rizični faktor, nego njegova kombinacija s neadekvatnim ponašanjem od strane roditelja. Pokazalo se da je težak temperament djeteta značajan prediktor psiholoških problema u kasnijoj dobi, ali i da uključivanje roditelja, njihovo ponašanje predstavlja snažan zaštitni faktor. Težak ili inhibiran temperament općenito smanjuje djetetove sposobnosti da regulira vlastito ponašanje, što može negativno utjecati na spremnost drugih da mu pomognu i podrže ga u situacijama kada mu je to potrebno (Vulić-Prtorić, 2004).

⁷ http://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=175114

5.1.4. Samopoimanje

Samopoimanje (engleski self-concept), pojam o sebi, slika o sebi, sveukupnost doživljaja koje pojedinac ima o sebi i svojem identitetu, način na koji sebe vidi i kakvim se vidi. Samopoimanje je percepcija vlastitih sposobnosti, postignuća, karakteristika ličnosti i ponašanja. Ona sadrži spoznaje o fizičkim karakteristikama i privlačnosti (tjelesno samopoimanje), specifičnim postignućima (školsko samopoimanje), društvenim ulogama i prihvaćenosti u društvu.⁸

Samopoimanje se sastoji od tri osnovne komponente: znanja o sebi ili svijesti o sebi, samovrednovanja ili samoevaluacije i samoregulacije ili samokontrole (Vulić-Prtorić, 2004).

Razvoj znanja o sebi pod snažnim je utjecajem odnosa djeteta i njegove okoline. Samovrednovanje i samoevaluacija odnosi se na djetetovo mišljenje o sebi i svojim sposobnostima. Ključnim rizičnim i zaštitnim faktorom smatra se samopoštovanje kao svijest o vlastitoj vrijednosti : djeca s niskim samopoštovanjem sklonija su depresivnosti, prijetnje samopoštovanju izazivaju simptome depresivnosti, a povećanje samopoštovanja te simptome smanjuje.

Vulić- Prtorić (2004) govori o suvremenim istraživanjima samopoštovanja i sklonosti depresivnim simptomima koja istražuju fenomen labilnog samopoštovanja. Istraživanja pokazuju da su depresiji sklonije osobe koje su u većoj mjeri ovisne o vanjskim izvorima samovrednovanja, tj. one koje sliku o sebi stvaraju uglavnom na temelju reakcija drugih osoba iz njihove okoline. Isto tako, samopoštovanje osoba sklonim depresiji u većoj je mjeri pod utjecajem trenutnog raspoloženja. One stvaraju pozitivnu sliku o sebi i visoko samopoštovanje kada su nedeprisivne i negativnu sliku o sebi i nisko samopoštovanje kada su depresivne. Samopoštovanje kod depresivnih osoba izrazito je osjetljivo na promjene u socijalnom okruženju, ali i na promjene u unutrašnjim emocionalnim iskustvima.

Važan dio samopoštovanja je osjećaj kompetentnosti koji predstavlja kombinaciju onoga što se želi postići i stupnja sigurnosti i uvjerenja da će se u tome uspjeti. Vulić- Prtorić (2004) navodi različite domene djetetove kompetentnosti kao

⁸ <http://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?id=54324>

što su školska, socijalna, fizička i dr. Djeca koja se procjenjuju kompetentnima u više domena imaju niže razine depresivnih simptoma od djece koja se procjenjuju kompetentnima samo na jednom području.

Negativni događaji poput negativnih vrednovanja djetetove kompetentnosti od strane značajnih osoba u njegovom životu ojačavaju razvoj iskrivljenih kognitivnih shema koje će rezultirati depresijom kod djece. Procjene koje daju njemu značajne osobe čine osnovne informacije povezane s doživljajem osobne kompetentnosti. U zdravom razvoju djeca dobivaju i usmjeruju se na pozitivne informacije o sebi, dok u nezdravim situacijama djeca dobivaju negativne procjene prema kojima oblikuju sliku o sebi.

Pojam o sebi vezan je za uspjeh u određenim poljima i načinima na koje dijete tumači taj uspjeh. Kada dijete neuspjeh pripisuje vlastitim nesposobnostima to utječe na njegovo samovrednovanje, te je njegovo očekivanje postignuća u budućim zadacima sniženo, dijete postaje manje motivirano i pesimistično.

5.1.5. Lokus kontrole

„Lokus kontrole opisuje vjerovanje o osobnoj efikasnosti i vlastitoj sposobnosti te očekivanje da se može utjecati, kontrolirati i oblikovati događaje oko sebe“ (Vulić-Prtorić, 2004, str.126).

Lokus kontrole ne mjeri stvarno postojanje ili nepostojanje kontrole osobnoga ponašanja, već percepciju pojedinca o njegovu izvoru kontrole.

(Vulić- Prtorić, 2004) razlikuje internalni i eksternalni lokus kontrole;

Internalna ili unutrašnja kontrola vjerovanje je da je negativni ishod događaja posljedica osobnih karakteristika. . Osoba s unutarnjim lokusom kontrole sklona je preuzimanju odgovornosti za vlastita djela i najčešće vjeruje da je sama odgovorna za ono što joj se u životu događa. Dijete vjeruje da je svojim ponašanjem i postupcima utjecalo na negativne ishode događaja.

Eksternalna ili vanjska kontrola predstavlja uvjerenje da su događaji rezultat vanjskih pojava izvan osobne kontrole, primjerice, sreće, slučajnosti, okolnosti, sudbine, djelovanja drugih i sl. Kada se dijete više puta susreće sa događajima nad

kojima nema kontrolu, kao što su smrt voljene osobe, svađe roditelja, odbacivanje od strane vršnjaka u razredu itd., javlja se bespomoćnost i depresivnost, dijete očekuje da će se slične situacije događati i ubuduće. Djeca sklona depresiji vjeruju da ne mogu uspostaviti kontrolu nad događajima i sebe okrivljuju za negativne ishode.

5.1.6. Atribucijski stil

Atribucijski stil je način na koji osoba objašnjava pozitivne i negativne događaje u svom životu. Depresivni atribucijski stil objašnjavanja karakterizira tendencija opažanja da negativne životne događaje uzrokuju unutrašnji, stabilni i globalni faktori. Takav stil objašnjavanja je rizičan faktor za razvoj depresije. Pretpostavlja se da osobine ličnosti posreduju između negativnog događaja i depresije.

Za osobe koje imaju tendenciju da loše događaje objašnjavaju internalnim, globalnim i stabilnim uzrocima smatra se da imaju negativni ili depresivni atribucijski stil, dok osobe koje objašnjavaju loše ishode eksternalnim, specifičnim i nestabilnim uzrocima imaju pozitivni atribucijski stil. Osobe koje imaju negativni atribucijski stil pod povećanim su rizikom da postanu depresivne nakon negativnog događaja jer će vjerojatno imati depresivne atribucije za te događaje, dakle interne, globalne i stabilne.⁹

Depresivna djeca i osobe negativne događaje opisuju kao neizbježne i osjećaju krivicu zbog njih, doživljavaju sebe kao uzrok, dok pozitivne događaje pripisuju nekontroliranim faktorima kao što je slučajnost i sreća.

Depresivni atribucijski stil predstavlja tendenciju djeteta da u tumačenju vlastitog neuspjeha izabire interne (sam je odgovoran za neuspjeh), stabilne (to će se događati i ubuduće) i globalne (taj neuspjeh će imati negativan utjecaj i na druge aspekte života) uzroke. U tumačenju vlastitog uspjeha odabire eksternalne (uspjeh je postignut zahvaljujući drugima), nestabilne (taj uspjeh je prolaznog karaktera) i specifične (taj uspjeh dogodio se samo u ovoj situaciji) uzroke (Vulić- Prtorić, 2004).

⁹ <http://hrcak.srce.hr/20540>

Depresivna djeca i osobe negativne događaje opisuju kao neizbježne i osjećaju krivicu zbog njih, doživljavaju sebe kao uzrok, dok pozitivne događaje pripisuju nekontroliranim faktorima kao što je slučajnost i sreća.

Vulić- Prtorić (2004) opisuje tri dimenzije atribucijskog stila: internalnost-eksternalnost, stabilnost- nestabilnost, globalnost- specifičnost.

Internalnost- eksternalnost: internalnost znači pripisivanje uzroka događaja vlastitim ponašanjima, dok eksternalnost znači pronalaženje tih uzoraka u vanjskim faktorima. Internalna atribucija za slab uspjeh na testu bila bi „Pao sam na ispitu zato što sam glup.“, dok bi eksternalna bila „Pao sam na ispitu jer me ometala buka u školskom dvorištu.“

Stabilnost- nestabilnost: stabilnost znači tumačenje uzroka događaja u stalnosti, konstantnosti, trajnosti, neprestanosti, dok nestabilnost znači tumačenje u privremenosti, kratkotrajnosti. Faktor vremena ovdje je ključan. Izjava „Pao sam na ispitu zato što sam glup.“, ujedno je i stabilna atribucija, jer je glupost relativno dugotrajno stanje. Izjava „Pao sam na ispitu jer me ometala buka u školskom dvorištu.“ je nestabilna, jer je buka ograničena u vremenu.

Globalnost- specifičnost: globalnost je atribucijski stil kojim se objašnjavaju uzroci događaja u širenju na razne situacije, dok se specifične atribucije kreću u ograničenosti na te događaje. Tvrdnja „Pao sam na ispitu jer sam glup.“ globalna je atribucija, jer glupost utječe na ponašanje u brojnim situacijama, dok je tvrdnja „Pao sam na ispitu jer me ometala buka u školskom dvorištu.“ specifična atribucija jer je malo vjerojatno da će ta buka utjecati na mnoge situacije.

5.1.7. Socijalne vještine

Manjak socijalnih vještina ima važnu ulogu u razvoju i održavanju depresivnosti, a njihovo uvježbavanje i usavršavanje značajno pridonosi smanjenju depresivnih simptoma.

Depresivna djeca pokazuju značajno lošije odnose s roditeljima, braćom i sestrama, te s vršnjacima. Dva su specifična problema za depresivnu djecu: siromašne komunikacije i manjak topline (Vulić-Prtorić, 2004).

Depresija je povezana s pogoršanjem socijalnih odnosa na način da ponašanje depresivnog djeteta ima negativan utjecaj na ponašanje njegovih prijatelja, a negativno razmišljanje u depresiji smanjuje prosocijalno ponašanje potrebno za razvoj i očuvanje prijateljstva. Socijalna nekompetentnost se odražava i na interakcije u obitelji, socijalno nekompetentna djeca imaju su više problema u interakciji s roditeljima.

Prema Vulić-Prtorić (2004) depresivnost kod djece ima snažniji utjecaj na socijalnu kompetentnost djeteta, komunikaciju s vršnjacima i roditeljima, nego na školsku kompetentnost. Teškoće u odnosu s vršnjacima i roditeljima mogu imati značajnu ulogu u razvoju depresivnih simptoma. Važnu zaštitnu ulogu imaju socijalne vještine, osobito socijalni šarm, tj. djetetova sposobnost da pobudi pozitivne emocionalne reakcije od strane drugih.

5.1.8. Strategije suočavanja sa stresom i mehanizmi obrane

„Strategije suočavanja imaju za cilj ublažavanje napetosti i nelagode u stresnim situacijama, te simptoma depresivnosti kao dugotrajnijih posljedica“ (Vulić-Prtorić, 2004, str.131).

Suočavanje sa problemima se promatra kao rizični i kao zaštitni faktor u razvoju tih problema. Efikasno suočavanje može umanjiti negativne efekte stresa, dok neučinkovito suočavanje može pogoršati efekte stresa. Kada dijete u situacijama gubitka koristi strategije suočavanja koji pojačavaju tugu i napetost, umjesto da ih smanjuju, javljaju se simptomi depresije. Zaštitne faktore predstavljaju zreli obrambeni mehanizmi i funkcionalne strategije suočavanja, osobito dobre vještine rješavanja problema i kapacitet da se sklope i održe prijateljstva.

Vulić-Prtorić (2004) razlikuje aktivne i pasivne oblike suočavanja. Aktivni oblici suočavanja poput rješavanja problema, kognitivne distrakcije, samosmirivanja, pridonose boljoj prilagodbi i smanjuju simptome depresije, za razliku od pasivnih oblika poput izbjegavanja i poricanja. Depresivna djeca u većoj mjeri koriste nedjelotvorne oblike suočavanja koji još više pojačavaju simptome depresije.

Uspješno suočavanje rezultat je usklađenosti percepcije mogućnosti kontrole događaja i stresnih situacija i strategije suočavanja. Djeca koja procjene da situacije

moгу kontrolirati u suočavanju s tim situacijama koriste strategije usmjerene na problem, te imaju značajno manje simptoma depresivnosti.

Izbor strategija ujedno je i najbolji prediktor depresivnosti. Depresivna djeca sklonija su ljutnji, tjelesnom obračunu, iskaljivanju bijesa na drugim osobama i stvarima u stresnim situacijama. Depresija se tako kod djece manifestira na zamaskirani način, kroz tzv. ekvivalente depresije koji u sebi najčešće sadrže izljeve bijesa i agresiju. Simptomi depresivnosti značajno su povezani s kognitivnim izbjegavanjem, nerazmišljanjem u suočavanju sa stresnim situacijama. Djeca izbjegavaju sve što ih podsjeća na tu situaciju, pokušavaju ne misliti o tome kako im ne bi bilo teže i prave se da ih se to ne tiče.

Vulić-Prtorić (2001) je provela istraživanje s ciljem utvrđivanja specifičnih strategija suočavanja koje su povezane s pojavom depresivnosti kod djece i adolescenata. Istraživanje je provedeno na uzorku od 382 učenika od 5. do 8. razreda osnovne škole. Rezultati su pokazali da ispitanici koji pokazuju klinički značajno izražene simptome depresivnosti koriste manje efikasne strategije suočavanja. Dobiveni rezultati potvrđuju teorijske postavke o strategijama suočavanja kao snažnim rizičnim faktorima u razvoju depresivnosti.

Prirodna reakcija svakog djeteta je da se pokuša prilagoditi određenim uvjetima u kojima živi ili kada je to moguće da utječe na te uvjete kako bi ih prilagodio svojim potrebama. Kada su ti uvjeti izrazito poremećeni, djetetova adaptacija tim uvjetima također je poremećena. Tada se djetetovo ponašanje može promatrati kao neadaptivne mehanizme kojima prevladava nastale unutrašnje ili vanjske teškoće i koji dugoročno ne donose olakšanje i rješenje, ili kao jedine moguće mehanizme koje je dijete imalo na raspolaganje i koji predstavljaju najbolji oblik adaptacije.

5.2. Okolinski faktori

Okolinski faktori obuhvaćaju sva ona obilježja djetetovog psihosocijalnog okruženja koji posredno ili neposredno utječu na razvoj depresivnosti (Vulić-Prtorić, 2004).

Najčešće su to faktori obiteljskog konteksta, škole koju dijete pohađa i socijalnog okruženja u koje dijete živi.

Prema nekim istraživanjima okolinski rizični i zaštitni faktori dijele se na distalne i proksimalne. Proksimalni ili bliži faktori su u djetetovu neposrednom okruženju, najčešće događaji u njegovoj obitelji.

Distalni ili udaljeniji faktori u općem kontekstu su oni koji ne djeluju neposredno na dijete. Djelovanje tih faktora na djetetov život najčešće je posredovano proksimalnim faktorima; ako se roditelji dobro nose, primjerice sa siromaštvom, tada će na dijete djelovati kao zaštitni faktor, ali kada se roditelji ne snalaze u toj situaciji i siromaštvo potencira njihove bračne nesuglasice, onda obitelj djeluje kao dodatni rizični faktor.

U odnosu na ostale kontekstualne rizične i zaštitne faktore obitelj spada u grupu proksimalnih faktora, tj. onih bliže djetetu. Djelovanje osobnih faktora rizika (temperament, nisko samopoštovanje, nesigurna privrženost, i sl.), te distalnih rizičnih faktora (siromaštvo, stresni događaji, rat, nezaposlenost, i sl.) moderirano je proksimalnim faktorima – djetetovom obitelji.¹⁰

Različiti stresni životni događaji rizični su okolinski faktori. Prema Vulić-Prtorić (2004) to mogu biti svakodnevne teškoće koje predstavljaju iritirajuće ili frustrirajuće zahtjeve iz okoline, događaji koje dijete očekuje, ali se ne ostvaruju, ali i intenzivni stresni događaji poput trauma. Stresni životni događaji mogu prethoditi depresivnom poremećaju, povećati rizik za njegovo javljanje, a mogu se javiti i kao posljedica depresivnosti. Osnovna karakteristika je da se stresni životni događaji rijetko javljaju pojedinačno, obično su međusobno povezani i jedan povlači drugi (nezaposlenost, alkoholizam, bračne nesuglasice).

Pokazalo se da veći broj varijabli poput dobi djeteta, spola, vrste stresnog događaja, reakcije roditelja i obitelji, strategije suočavanja i sl. posreduju između stresnih događaja i javljanja simptoma depresivnosti. Te varijable ujedno odgovaraju na pitanje zašto su neka djeca postaju depresivna u određenim situacijama, a druga ne. (Vulić-Prtorić, 2004, str.137)

¹⁰ http://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=5386

5.2.1. Obiteljski kontekst u razvoju depresivnosti djeteta

Temeljni kontekst unutar kojeg se odvija djetetov razvoj je obiteljsko okruženje. Faktori obitelji u razvoju depresivnosti kod djece pojavljuju se i kao predisponirajući, ali i kao održavajući i zaštitni faktori.

Pozitivan utjecaj na emocionalnu i socijalnu stabilnost i zrelost djeteta imaju roditeljska toplina, podrška i ljubav, dok ravnodušnost, pretjerana kontrola, grubost i zanemarivanje djeteta pridonose različitim problemima i teškoćama kod djece.

Odnosi u obiteljima djece s depresijom često su opterećeni konfliktima, maltretiranjem, odbacivanjem, problemima u komunikaciji i manjkom emocionalne potpore (Begovac i sur., 2009).

Predisponirajući faktori obitelji su roditelji koji pretjerano ili neopravdano kažnjavaju, kritiziraju i više su usmjereni na djetetove neuspjehe nego na uspjehe. Rezultat takva odgoja je djetetova psihološka ranjivost za depresiju, pretjerana osjetljivost za vlastiti neuspjeh i pretjerana briga da će izgubiti naklonost drugih. Problematične roditeljske stilove mogu pojačavati depresivnost roditelja, bračne nesloge, alkoholizam i sl. Takvi stilovi ne ojačavaju sigurnu privrženost i ne stvaraju temelj za povjerenje u odnosu s drugima.

Održavajući faktori obitelji su oni koji mogu održati depresiju, kao što su pretjerano kritiziranje, zanemarivanje ili uplitanje u djetetov život. U obiteljskom kontekstu u kojem postoje visoke razine stresa ne postoje uvjeti za smanjenje depresivnih simptoma. Visoke razine stresa uključuju socijalne neuspjehe, niske razine socijalne podrške, bračnu neslogu, manja uključenost oca, tjelesne bolesti, psihološki problemi, depresija roditelja i sl. Roditelji koji i sami imaju nisko samopoštovanje, nezrele mehanizme obrane, slabe strategije suočavanja teže mogu pomoći depresivnom djetetu.

Primjerice, javljanje poremećaja u djetinjstvu nakon stresnih životnih događaja snažno je povezano ne samo s tim događajem, već i posljedicama koje taj događaj ostavlja na majku, njezinim reakcijama i sposobnostima da utješi i pomogne djetetu. Majke koje su okupirane vlastitim stanjem i brigama manje su sposobne

zaštiti dijete, stoga djeca mogu postati pretjerano osjetljiva na stresne životne događaje (Vulić-Prtorić, 2004).

Zaštitni faktori obitelji osobito su važni za javljanje depresivnih simptoma kod djece. Značajan zaštitni faktor je obitelj u kojoj postoji sigurni oblik privrženosti između djeteta i roditelja, autoritativni odgoj i jasna komunikacija. Važna je dobra prilagodba roditelja, njihova komunikacija i zadovoljstvo, visoko samopoštovanje, optimističan životni stil i zrele strategije suočavanja sa stresnim životnim događajima. Manje je teškoća te više uspješne adaptacije u obiteljima u kojima se roditelji međusobno podržavaju, rješavaju konflikte i njeguju povezanost i bliskost.

Obiteljske interakcije depresivne djece karakterizirane su većim brojem konflikata i problema u komunikaciji, manjim izražavanjem emocija i međusobnom podrškom, te čestim odbacivanjem, zanemarivanjem i zlostavljanjem.

„Obiteljske interakcije depresivne djece karakterizirane su većim brojem konflikata i problema u komunikaciji, manjih izražavanjem emocija i međusobnom podrškom te čestim odbacivanjem, zanemarivanjem i zlostavljanjem“ (Vulić-Prtorić, 2004, str.140).

Negativna slika o sebi koju ima depresivno dijete često je refleksija negativne evaluacije od strane roditelja, a depresivnost je najsnažnije povezana s doživljajem odbacivanja od strane roditelja.

Vulić-Prtorić (2004) obiteljsku interakciju dijeli se na pet dimenzija: zadovoljstvo obitelji, doživljaj prihvaćanja od strane oca, prihvaćanje od strane majke, odbacivanja od strane oca i odbacivanja od strane majke.

Kao dominantan prediktor za depresivnost pokazao se doživljaj odbacivanja od strane oca. Smatra se da je uzrok tome činjenica da djeca općenito više negativnih poruka dobivaju od strane oca, kao i specifična komunikacija dijete-otac koji karakteriziraju konflikti, manje izražavanje emocija, manja podrška i sl. Djeca oca percipiraju kao onog koji daje financijsku podršku, koji je autoritativan i koji kontrolira, dok majku percipiraju kao onu koja pomaže, dopušta i brine se o njima, te je općenito češće s njima u svakodnevnim aktivnostima. Kritike i negativne poruke lakše prihvaćaju od strane majke nego kada ih uputi otac.

Depresivno dijete može biti povučeno i psihomotorno zakočeno ili pak razdražljivo i psihomotorno nemirno. Takvo ponašanje kod roditelja najčešće izaziva zabrinutost i razočarenje, ponekad ljutnju i odbacivanje. U obiteljima u kojima postoje takve interakcije od djeteta se ne može očekivati da u stresnim situacijama traži podršku od roditelja, a dijete koje traži pomoć više nego što roditelji od njega očekuju još više izaziva nepovjerenje roditelja.

5.2.2. Emocionalna privrženost

Privrženost je emocionalna veza koja se stvara između roditelja i djeteta. Oblikuju je roditeljevi odgovori na djetetove potrebe i traženje pažnje. U razvoju depresivnosti važna je uloga kvalitete povezanosti između roditelja, naročito majke, i djeteta.

Razlikujemo nekoliko vrsta privrženosti:

Sigurna privrženost koju razvijaju djeca koja su dobila senzitivnu i odgovarajuću skrb. Imaju povjerenja u roditelje i koriste ih kao sigurnu bazu za istraživanje okoline. Ona se osjećaju dovoljno sigurno te se upuštaju u istraživanje do razdvajanja primjerice od majke. Na odlazak majke reagiraju uznemireno, a povratak dočekuju s veseljem.

Izbjegavajuća privrženost manifestira se kroz uznemirenost djeteta pri odvajanju od majke, te izbjegavanje majke kad se vrati. Ona se razvija zbog iskustva neodgovarajuće i nesenzitivne brige (roditelj kao da ne osjeća potrebe djeteta). Takva djeca u stanju uznemirenosti izbjegavaju roditelje. S obzirom na nerazumijevanje koje pokazuju roditelji prema njemu, dijete nije u stanju razmjenjivati emocije s roditeljima, niti ih može koristiti kao sigurnu bazu za istraživanje okoline.

Anksioznu privrženost razvijaju djeca s nekonzistentnim roditeljskim odgovorima. Takvu djecu roditelji ne mogu utješiti, stalno su preokupirana kretanjima majke i nisu u dovoljnoj mjeri zainteresirana za istraživanje okoline.¹¹

Sigurna privrženost kod djeteta ojačava samoeфикаsnost i povećava vjerojatnost kasnijih uspješnih socijalnih interakcija. Nesigurna privrženost u djetinjstvu pridonosi djetetovoj ranjivosti za stresne događaje i razvoju depresivnosti.

¹¹ <http://www.poliklinika-djeca.hr/publikacije/zanemarivanje-djece/>

Vulić- Prtorić (2004) opisuje četiri patogene situacije u komunikaciji djeteta-majka koje značajno pridonose razvoju nesigurne privrženosti i razvoju depresivnosti:

Majka ili otac prijetu djetetu da će ga prestati voljeti ako nešto ne učini kako treba. Roditelji koriste ljubav kao oblik kontrole djetetova ponašanja i tako izazivaju anksioznost i osjećaj krivnje kod djeteta. Dijete tako dobiva poruku da ga majka neće utješiti kada se osjeća nemirno ili uplašeno.

Majka ili otac prijetu djetetu da će ga napustiti; primjerice, kada se majka naljuti na dijete prijeti da će se spakirati i oputovati, i ostaviti ga samog. Dijete ovu prijetnju doživljava još snažnije od prethodne.

Majka ili otac prijetu da će se ubiti ako dijete dobije lošu ocjenu ili sl. Ova prijetnja izaziva užas kod djeteta iako to najčešće nije uočljivo u njegovu ponašanju.

Poricanje i nijekanje nečega; roditelji uvjeravaju dijete da nešto što je čulo tijekom njihove svađe, ili nešto što su rekli djetetu kada su bili ljuti, nije rečeno, ili je dijete krivo shvatilo. Ti postupci u djetetu izazivaju snažnu nesigurnost, jer se pita da li roditelji lažu ili se njemu zaista pričinja.

Negativna iskustva u ranijoj dobi povećavaju psihološku ranjivost djeteta za kasnije depresivne simptome. Nesigurno privrženica djeca socijalno su nekompetentnija, te njihovo ponašanje vodi većem broju stresnih situacija i pesimizmu u odnosu na vlastite sposobnosti. Osjećaji beznadnosti i nisko samovrednovanje mogu voditi direktno u depresiju ili indirektno predisponirati za depresivni poremećaj stvarajući psihološku ranjivost kroz poremećene socijalne kontakte (Vulić-Prtorić, 2004). Problem u emocionalnoj vezanosti nije dovoljan faktor za predikciju depresivnosti, već zajedno s drugim faktorima poput stresnog događaja, obiteljskih varijabli i sl. mogu dovesti do depresivnog poremećaja.

5.2.3. Rani gubici i separacije

Gubici koji su osobito relevantni za razvoj emocionalnih problema kod djece su sljedeći događaji:

Gubitak roditelja ili člana obitelji koji je ili umro ili je napustio obitelj (razvodi, selidbe i sl.)

Gubitak roditeljske brige i pažnje, odbacivanje od strane roditelja, kritiziranje, zanemarivanje, kažnjavanje ili zlostavljanje ili pretjerano zaštićivanje koje guši dijete

Gubitak osobnog zdravlja (bolest, ozljeda)

Gubitak ili smanjenje odnosa s vršnjacima, ignoriranje, isključivanje, prijetnje i sl.

Očekivanje gubitka, primjerice ako je roditelj ili druga osoba za koju je dijete vezano bolesna ili planira odseliti ili duže odsustovati od kuće

Prijetnja gubitkom; kada roditelji su svađi prijete da će otići, napustiti obitelj, ubiti se i sl.

Nikolić, Marangunić (2004) naglašavaju da se depresija razlikuje od osjećaja boli ili tuge koji se pojavljuju nakon velikog gubitka, poput smrti u obitelji, te nije osobna slabost ili karakterna mana.

Prema istraživanjima, ne postoji jasna povezanost između depresije i ranih gubitaka, čini se da rani gubitak nije toliko presudan koliko okolnosti u kojima se on događa, kao što su psihosocijalni problemi koji slijede nakon gubitka, manjak brige za dijete, indiferentnost roditelja koji bi se trebao brinuti o djetetu nakon smrti drugog roditelja.

Događaji poput separacije i gubitka sami po sebi, izolirani, ne predstavljaju faktor ranjivosti, ali to postaju u kombinaciji s drugim događajima (Vulić-Prtorić, 2004).

5.2.4. Psihološki problemi u obitelji

Nedavna su istraživanja pokazala da postoji specifična povezanost između bračnih konflikata i problema u ponašanju kod djece, događaji poput rastave braka i gubitka roditelja povezani su s poremećajima kod djece.

U proučavanju uloge rizičnih događaja ne postoji samo jedan indikator poput samog čina rastave, već više njih, kao što su konflikti koji prethode rastavi ili u nekim slučajevima koji slijede nakon samog razvoda. Rastava je stoga dobar primjer kako različiti faktori u jednom stresnom događaju pridonose razvoju poremećaja. Događaj kao što je rastava braka ima mnoge karakteristike koji utječu na razvoj poremećaja depresivnosti. Rastava braka je obično posljedica kroničnih teškoća između roditelja koje traju određeno vrijeme i povezane su emocionalnim poremećajima kod djece. Rastava nosi i trajne posljedice: dovodi do smanjenja standarda, roditelji mogu postati depresivni, anksiozni, ljuti, dolazi do prekida ili promjene u socijalnim odnosima.

Za razvoj depresivnosti kod djece osobito je značajna depresija majke. Djeca depresivnih majki izloženija su riziku za razvoj poremećaja, osobito ako su k tome bile nižeg socioekonomskog statusa i koje su imale teže depresivne simptome. Depresivne majke s djecom ostvaruju specifičan odnos, te se manje upuštaju u interakcije sa njima.

„Primjećena su tri obrasca interakcije depresivnih majki s djecom: stil povučенosti i nedostupnosti, stil neprijateljstva i nametljivosti i pozitivan stil“ (Vulić-Prtorić, 2004, str.149).

Interakcija dijete- depresivni roditelji opisuje se kroz dvije dimenzije koje značajno pridonose djetetovom osjećaju bespomoćnosti: emocionalni ton i razumijevanje. Emocionalni ton se odražava na djetetovu želju da riskira pri pokušajima da riješi neki problem. Ako su roditelji prekritični ili se ponašaju neprijateljski prema djetetu, ono će se osjetiti nekompetentno u rješavanju nekog problema. Razumijevanje pokazuju svojim ponašanjem kada dijete ima poteškoća u rješavanju problema. Pretjeranim miješanjem ili rješavanjem zadataka umjesto djeteta uskraćuju mu mogućnost da sam pronađe rješenje i tako mu poslati poruku da ne vjeruju u njega i njegove sposobnosti.

Vulić- Prtorić (2004) naglašava da je depresivnim roditeljima teško održati pozitivni emocionalni ton i razumijevanje za djetetove teškoće.

6. TEORIJE DEPRESIVNOSTI

Uzroci depresije su mnogobrojni i vrlo raznoliki, često su međusobno isprepleteni, što otežava njihovo prepoznavanje. Prava identifikacija neophodna je radi pravilne dijagnostike i odabira tretmana.

„Mnoge teorije imaju puno toga zajedničkog, a razlike se ne temelje toliko na identifikaciji određenih faktora presudnih za razvoj depresivnosti, koliko u naglašavanju važnosti pojedinih faktora u tom procesu“ (Vulić-Prtorić, 2004, str.78).

Jedna teorija, koliko sveobuhvatna bila, ne može objasniti složenu dinamiku razvoja određenog poremećaja. Vulić-Prtorić (2004) predlaže tzv. mini teorije kao modele, koje se odnose na jednu ili više komponenti specifičnih poremećaja. Istraživači će za tumačenje nekog poremećaja koristiti znanja iz nekoliko teorija. Svaka od teorija doprinosi svojim specifičnim spoznajama o određenom poremećaju i njegovoj etiologiji, no ima i svoja ograničenja. Znanja iz većeg broja teorija se integriraju i uobličuju u hipoteze koje kroz istraživanja provjeravaju.

Razvijeni depresivni poremećaj najvjerojatnije je posljedica niza nabrojanih faktora te je aktualno najprihvatljiviji biopsihosocijalni model, prema kojem je depresivni poremećaj rezultat međudjelovanja niza faktora, uključujući osobine ličnosti, gensku vulnerabilnost, biokemijske promjene moždane neurotransmisije, razvojne događaje, te psihosocijalne i fiziološke stresore. (Nikolić i Marangunić, 2004, str.250)

6.1. Biološke teorije depresivnosti

Biološke teorije depresivnosti sadrže znanja iz genetike, neurokemije, neuroendokrinologije i dr. Neka područja istraživačkog rada još su u ranim fazama, osobito kada je riječ o djeci. Teorije koje opisuju biološke faktore dijele se u tri grupe: genetičke teorije, biokemijske teorije i neurofiziološke teorije.

6.1.1. Genetičke teorije

Rezultati istraživanja ukazuju da predispozicija za depresiju može biti genetički prenošena u smislu preosjetljivosti za poremećaj u regulaciji jednog ili više

sustava. Nasljeđuje se biološka preosjetljivost za poremećaj, u obliku disfunkcije neurofiziološkog ili endokrinog sistema.

U istraživanjima genetičkih uzroka depresije korištene su metode obiteljske analize, analize blizanaca i usvojene djece.

Studije obitelji ukazuju na ranije javljanje velikog depresivnog poremećaja u djece depresivnih roditelja nego kod djece nedeprativnih roditelja. Genetske hipoteze zasnivaju se na nalazima prema kojima djeca depresivnih roditelja pokazuju tendenciju istom poremećaju kao i njihovi roditelji. Istraživanja depresivnih obitelji pokazuju kontinuitet među članovima, dok istraživanja depresivne djece pokazuju veću učestalost među rođacima što govori u prilog genetskoj komponenti.

Utvrđeno je da se u djece depresivnih roditelja depresivni poremećaj javlja ranije nego u djece nedeprativnih roditelja. Djeca depresivnih roditelja pokazuju tendenciju istom poremećaju kao i roditelji (Vulić-Prtorić, 2004). Što je roditelj mlađi u vrijeme nastupa simptoma veća je vjerojatnost da će i djeca biti depresivna.

Također se pokazalo da rizik za djecu nije specifičan samo za depresiju nego uključuje i druge psihijatrijske poremećaje osobito anksioznost, poremećaj opođenja i ADHD (Nikolić i Marangunić, 2004).

Studije blizanaca upućuju na veću stopu istodobnog pojavljivanja poremećaja u jednojajčanih (53-69%) nego u dvojajčanih (13-28%) blizanaca (Nikolić i Marangunić, 2004).

Vulić- Prtorić navodi da je na temelju ispitivanja utvrđeno da utjecaj genetičkih faktora u razvoju depresije iznosi 41% , a utjecaj okolinskih uvjeta 46% , stoga se metoda studija blizanaca pokazala nedostatna u provjeri utjecaja zajedničkih okolinskih faktora, studije usvojene djece utvrđuju da faktori okoline više pridonose razvoju depresivnosti od genetičkih faktora.

Studije posvojene djece pokazuju veću učestalost poremećaja kod njihovih bioloških roditelja. Učestalost poremećaja raspoloženja u adoptivnih roditelja jednaka je onoj u općoj populaciji (Nikolić i Marangunić, 2004).

6.1.2. Biokemijske teorije

Biokemijska istraživanja, koja su uglavnom istraživanja neurotransmitera i hormonske neravnoteže, odgovaraju na pitanja o biokemijskim procesima koji sudjeluju u razvoju poremećaja.

Vulić- Prtorić (2004) biokemijske teorije dijeli na teorije o narušenoj neurotransmisiji i neuroendokrinološke teorije. Teorije o narušenoj neurotransmisiji su katekolaminska, serotoniniska i teorija o noradrenalinskoj- kolinergičkoj neravnoteži.

Katekolaminska teorija posvećuje osobitu pozornost monoaminima, katekolaminima i indolaminima. Depresija se javlja kada postoji pomanjkanje neurotransmitera na kritičnim mjestima prijenosa živčanog uzbuđenja unutar središnjeg živčanog sustava, kada je poremećena osjetljivost sinaptičkih receptora i složenog mehanizma noradrenalinskih sinapsi. Katekolaminska teorija ističe važnost dopamina i noradrenalina u nastanku depresije. Smanjenje dopaminergičke aktivnosti i disfunkcija mezolimbickog dopaminergičkog puta u depresiji. Smanjena koncentracija noradrenalina u hipokampusu i hipotalamusu povezuje se sa gubitkom apetita, libida i energije (Nikolić i Marangunić, 2004).

Serotoninska teorija ukazuje na smanjenu koncentraciju neurotransmitera serotoninina kod depresivnih osoba. Većina istraživanja o koncentraciji serotoninina provedena su u uzrocima depresivne djece. Depresija je posljedica smanjenje koncentracije serotoninina u mozgu. Smanjena serotoninska aktivnost u amigdalama uzrokuje gubitak doživljaja sreće i zadovoljstva, dok smanjenje u ponsu dovodi do poremećaja spavanja (Nikolić i Marangunić, 2004).

Teorija o noradrenalinskoj- kolinergičkoj neravnoteži ukazuje na narušenu ravnotežu između adrenergičkih i kolinergičkih neurotransmiterskih sustava u korist kolinergičkog utjecaja kod depresivnih osoba. Neuroendokrinološke teorije proučavaju funkcije dva neuroendokrinološka sustava povezana s depresivnim poremećajima: hipotalamus- hipofiza- nadbubrežna žlijezda i hipotalamus- hipofiza- štitnjača (Vulić-Prtorić, 2004).

Česti simptomi depresije su upravo brojni vegetativni poremećaji, poput poremećaja spavanja, apetita i dr., što ukazuje na hipotalamičku disfunkciju, tj. poremećaj hipotalamusa koji nadzire endokrine žlijezde, a time i izlučene hormone.

Hipotalamno- hipofizno- adrenokortikalna os iznimno je važna u tzv. vegetativnim simptomima depresije kao što su poremećaji spavanja i apetita. Ta je os kod depresivnih osoba pretjerano aktivna, te se povećano luči kortizol, hormon kore nadbubrežne žlijezde. Hipotalamno- hipofizna- tiroidna os, tj. poremećaj tiroidne žlijezde, štitnjače, povezan je s velikim brojem simptoma depresije. Stres, promjene bioritma djeluju na izlučivanje hormona štitnjače, kod većine depresivnih osoba česte su promjene u razini tih hormona.

6.1.3. Neurofiziološke teorije

Ova grupa teorija polazi od pretpostavke da su poremećaji posljedica naslijeđenih ili stečenih patoloških promjena mozga.

Istraživanja ukazuju na specifičnu povezanost između aktivacije hemisfera i regija u mozgu s promjenama raspoloženja. Lijeva frontalna regija mozga povezana je s pozitivnim emocijama, dok je desna frontalna povezana s negativnim koje uključuju tugu i depresivno raspoloženje. Kod osoba s depresivnim raspoloženjem uočava se asimetrija frontalnog režnja, tj. niska aktivacija lijeve hemisfere.

Djeca čije su majke depresivne pokazuju smanjenu aktivnost lijeve frontalne regije. Neka istraživanja u oblikovanju mozgovne asimetrije važnost pridaju i okolinskim faktorima, te se smatra da smanjena aktivnost lijeve frontalne regije može biti povezana s ponašanjem depresivne majke prema djetetu. Depresivne majke manje su emocionalno tople i uključene u igru s djetetom. Pokazalo se i da reakcije roditelja na potrebe djeteta u ranoj dobi mogu indirektno utjecati na proces razvoja mozga. Ako dijete često doživljava nova iskustva u nestabilnoj okolini, to se može odraziti u povećanoj aktivaciji desne hemisfere i izražavanju negativnih emocija. Stabilnost u okolini i kvaliteta odnosa roditelja prema djetetu utječe na aktivnost lijeve hemisfere, te ojačava dominaciju lijeve hemisfere i jačanje učinka na negativne emocije (Vulić-Prtorić, 2004).

Neurofiziološke teorije dijele se na teorije desinkronizacije cirkadijurnog ritma i teorije sezonske disregulacije ritma.

Sinkronizacija cirkadijurnog ritma upravlja ciklusom spavanja i budnosti. Depresivne osobe pokazuju poremećaj u sinkronizaciji cirkadijurnog ritma što se manifestira u latencijom REM faze, brzim pokretima očiju u toj fazi, buđenjima, kraćim ukupnim trajanjem spavanja i teškoćama pri uspavljivanju. Povoljan učinak na depresivne simptome pokazuje deprivacija tj. uskraćivanje spavanja. Na tome se temelje osnovni principi terapije budnošću koja se koristi u liječenju depresije kod osoba koje ne reagiraju na antidepressivne lijekove. Terapija budnošću koristi dvije metode, metodu potpunog uskraćivanja sna, cijelu noć i sljedeći cijeli dan ili metoda djelomičnog uskraćivanja sna, buđenje u drugoj polovici noći.

Teorije sezonske disregulacije ritma opisuju pravilan odnos između depresivnih epizoda i godišnjeg doba. Depresivne epizode najčešće su zimi, što je povezano s promjenama duljine dana, tj. izloženosti danjem svjetlu. Melatonin koji se luči u periodima smanjenog danjeg svjetla kontrolira simptome umora, pospanosti i povećanog apetita.

6.2. Psihoanalitičke teorije depresije

Psihoanalitične teorije tumače depresivnost kroz velik broj različitih stajališta. Ortodoksni psihoanalitičari dugo su smatrali da se depresija kao poremećaj ne može javiti u djetinjstvu, jer nezrelost djetetove ličnosti služi kao obrambeni mehanizam. Prema njihovim stajalištima, depresija proizlazi iz superega koji sazrijeva tek u adolescenciji i rezultat je agresije prema sebi, osjećaja krivnje i niskog samopoštovanja. Ako se simptomi depresije pojave u djetinjstvu oni će brzo nestati tijekom djetetova sazrijevanja.

Brojna istraživanja opovrgavaju ove postavke i ukazuju na sve raniju pojavu i duže trajanje depresivnih simptoma. Od mnogih psihoanalitičkih teorija tumačenja depresije valja spomenuti Freudovu, Bibringovu i Blattovu teoriju depresije.

6.2.1. Freudova teorija ljutnje

Freud nastanak depresije kod djece usko povezuje s agresivnosti i ljutnjom. Smatrao je da se nakon gubitka drage osobe događa regresija na ranije stadije razvoja. Zbog osjećaja napuštenosti javlja se agresija prema izgubljenom objektu, ali u depresivnih osoba usmjerena je prema sebi. Također je istaknuo važnost životnih događaja u ranoj dobi u stvaranju ranjivosti za depresiju (Vulić-Prtorić, 2004).

Superego je psihološka struktura neophodna za usmjeravanje ljutnje ka ego, te se prema psihoanalitičkim teorijama dugo smatralo da djeca nisu sposobna doživjeti depresiju zbog nerazvijenosti superega u toj dobi.

Freudove su postavke pomogle razumijevanju ljutnje usmjerene prema sebi i njezine uloge u depresiji. Također je naglasio važnost životnih događaja u ranoj dobi u stvaranju ranjivosti za depresiju.

6.2.2. Teorija niskog samopoštovanja Edwarda Bibringa

Bibring uvodi koncepte niskog samopoštovanja i bespomoćnosti kao ključne za kasniju pojavu simptoma depresivnosti. On opisuje depresiju kao afektivno stanje ega koje doživljava sebe kao bespomoćnog i preslabog da bilo što učini, doživljava sebe nerealno.

Napetost između realnog i idealnog vodi u depresiju u kojoj je slomljeno samopoštovanje, raste mržnja prema sebi i bespomoćnost. Smatrao je da su za razvoj nerealne slike o sebi odgovorni strogi, skloni kažnjavanju i kritizirajući roditelji (Vulić-Prtorić, 2004).

6.2.3. Teorija privrženosti i autonomije Sidneya Blatta

Blatt je zagovarao teoriju objektnih odnosa. Smatra da postoje 2 tipa depresije koji su povezani s ranim odnosima djeteta s roditeljem i koji uzrokuju ranjivost za depresiju (Vulić-Prtorić, 2004).

Dijete koje je u ranom djetinjstvu zanemarivano od strane roditelja ili čiji su roditelji pretjerano popustljivi, postaje ranjivo za sve one događaje i situacije u kojima se događa neki oblik napuštanja, gubitka privrženosti i ljubavi. Obrambeni

mehanizmi u ovakvim stresnim situacijama najčešće su poricanje i represija. Posljedica je depresija čije su ključno obilježje osjećaj napuštenosti, bespomoćnosti, te gubitak privrženosti.

Dijete koje roditelji pretjerano kritiziraju ili čak kažnjavaju postaje ranjivo za sve one stresne situacije u kojima postoji mogućnost gubitka kontrole ili autonomije. Najčešće korišteni obrambeni mehanizmi su projekcija i reaktivna formacija. Kao posljedica može se javiti tip depresije kojoj su ključna obilježja osjećaji inferiornosti, bezvrijednosti, gubitak kontrole, osjećaji krivnje, neuspješnosti i pretjerane odgovornosti. Uslijed istovremene ljubavi i mržnje, potrebe za ovisnosti i neovisnosti djeteta od majke javljaju se osjećaji strepnje, ambivalencije i krivnje koji se opisuju pojmom depresivne pozicije (Vulić-Prtorić, 2004).

U nastanku depresije od nekih traumatskih događaja važnija je kvaliteta odnosa između majke i djeteta, osobito u prvoj godini života. Dijete će biti u riziku da doživi depresivnu epizodu kada od majke ne dobiva povratnu informaciju da je dobro, voljeno i sigurno.

6.3. Bihevioralne teorije

Bihevioralne teorije promatraju depresiju kroz reakcije na podražaje, učenje, utjecaje iz okoline i nedostatak vještina, za razliku od psihoanalitičkih teorija koje se usredotočuju na rana iskustva i unutrašnje psihološke procese.

6.3.1. Teorija socijalnih vještina Petera Lewinsohna

Teorija socijalnih vještina Petera Lewinsohna pretpostavlja da su problemi u interakciji s okolinom, nedostatak socijalnih vještina, te pozitivnih potkrijepljena uzrok simptoma depresivnosti. Lewinshon je zamijetio da depresivne osobe nemaju razvijene socijalne vještine što je osobito značajno za adolescente zbog odnosa sa vršnjacima. Kada ponašanje djeteta ne izaziva dovoljno pozitivnog potkrepljivanja iz okoline dijete postaje pasivno i povlači se, pokazujući simptome depresije. Nedostatak socijalnih vještina otežava depresivnoj osobi organiziranje i realizaciju

cilju usmjerenog ponašanja. Treninzi vještina interpersonalnih odnosa pridonose smanjenju simptoma depresije (Vulić-Prtorić, 2004).

6.3.2. Teorija samokontrole Lynn Rehm

Dok je za Lewinsohnovu teoriju ključna uloga okolinskih faktora, teorija samokontrole Lynn Rehm usmjerava se na unutrašnje faktore. Teorija je usmjerena na neprilagođene i deficitarne načina suočavanja sa stresom, naročito na području samoopažanja, samovrednovanja i samopotkrepljenja.

Osoba sklona depresiji ima šest osnovnih obilježja: zapaža samo negativne događaje, zapaža samo trenutačne, a ne i odgođene posljedice svog ponašanja, postavlja sebi vrlo stroge standarde prilikom samoprocjene. Za negativne događaje okrivljuje sebe, a za pozitivne zasluge pripisuje drugima, nedovoljno se nagrađuje kako bi se motivirala na dugoročne ciljeve, pretjerano se kažnjava (Vulić-Prtorić, 2004). Nedostatak socijalnih vještina depresivnoj osobi otežava organiziranje i realizaciju efikasnih, cilju usmjerenih ponašanja.

Interpersonalne teorije depresije utvrđuju da depresivne osobe doživljavaju veću količinu stresa u interpersonalnim odnosima. Depresivne osobe imaju slabije socijalne vještine, oskudnu mrežu socijalnih odnosa, te smanjenu socijalnu potporu, što umanjuje sposobnost osobe da se nosi s negativnim životnim događajima i pridonosi depresivnosti.

6.4. Kognitivne teorije

Kognitivne teorije naglašavaju percepciju, atribuciju, očekivanje i vjerovanje kao osnovne sustave u razumijevanju depresije.

Kognitivni procesi važni su za razumijevanje depresije. Oni karakteriziraju individualne razlike u interpretacijama, te reakcijama na okolinske i osobne događaje. Značajni su za razumijevanje individualnih razlika u ranjivosti za depresiju.

Kognitivni modeli depresije slični su bihevioralnim jer se oslanjaju na slične konstrukte.

6.4.1. Kognitivna teorija Aarona Becka

Prema Aaronu Becku osnovu depresije čine negativni kognitivni procesi koje Beck naziva negativnim kognitivnim shemama ili vjerovanjima. Te sheme određuju način na koji osoba procjenjuje događaje i ljude oko sebe. U depresivnim poremećajima dominiraju kognitivna iskrivljavanja ili distorzije koje čine depresivnu kognitivnu trijadu: negativno viđenje sebe, svijeta oko sebe i budućnosti.

Negativno mišljenje o vlastitoj vrijednosti i sposobnostima može prethoditi depresivnom raspoloženju. Jednom kad se depresivno raspoloženje javi, javljaju se i druge negativne misli, što može biti kritično za javljanje, težinu i trajanje depresivnim simptomima. Depresivne misli, slike o sebi i svijetu oko sebe mogu biti potaknute stresnim događajima. Te negativne kognitivne sheme stječu se tijekom djetinjstva i adolescencije kroz iskustva gubitka dragih osoba, traumatskih događanja, odbacivanja od strane vršnjaka itd. Kasnije se aktiviraju kada se osoba nađe u nekoj nepoznatoj situaciji pridonoseći iskrivljenoj i negativnoj percepciji tih događaja (Vulić-Prtorić, 2004).

Beck opisuje dvije dimenzije ličnosti važne za razvoj depresije. Te dimenzije sadrže specifične negativne sheme, latentne stavove o sebi, svijetu oko sebe i budućnosti. Prvu dimenziju naziva sociotropija, a odnosi se na socijalno postignuće i pozitivne odnose s drugim ljudima. Drugu naziva autonomija, a odnosi se na potrebu osobe da bude nezavisna i uspješna i na osobno postignuće. Osobe kod kojih dominira sociotropija doživljavati će sebe negativno kad god procjenjuju da su neuspješne u socijalnim odnosima, kad dožive neki interpersonalni gubitak ili odbacivanje. Osobe kod kojih dominira autonomija doživljavaju sebe negativno kada procjenjuju da su neuspješni ili kada nemaju mogućnost kontrole.

Depresivna shema ističe samo negativne informacije, ne dopušta zapažanje pozitivnih događaja koji opovrgavaju uvjerenja depresivne osobe da je nesretna, nesposobna i nevoljena.

Osobe koje su razvile negativne sheme kada se suoče sa stresnim životnim situacijama interpretiraju je na negativan, depresivan način. Tada nastaju i brojne logičke pogreške u zaključivanju. Beck te pogreške naziva kognitivne distorzije ili iskrivljavanja, a najčešće su polarizirano mišljenje, selektivnost, pretjerana generalizacija, personalizacija i arbitrarnost (Vulić-Prtorić, 2004).

Polarizacija predstavlja tendenciju da se razmišlja i zaključuje u kategorijama sve ili ništa, crno ili bijelo, dobro ili loše. Dijete osjeća pritisak da mora uvijek biti najbolje.

Selektivnost ili generalizacija je izvođenje zaključaka iz jednog elementa određene situacije. Zaključak se stvara na temelju neke pojedinosti ili manje važnog detalja nekog razgovora ili događaja, koji izvan konteksta nema nikakvo značenje. Takav zaključak koristi se za stvaranje negativne slike o sebi, vlastitom ponašanju i vlastitoj vrijednosti.

Personalizacija je interpretacija događaja na egocentričan i subjektivni način. Dijete se ponaša kao da se sve događa zbog njega: Mama je umorna ili tata je ljut jer nisam bio dobar.

Arbitrarnost je proizvoljnost, neutemeljenost u donošenju zaključaka pri čemu se koriste dokazi koji su neprimjereni ili čak suprotni zaključku. Dijete sebe krivi zbog nečeg što nema nikakve veze s njim.

Kognitivni procesi kao što su vjerovanja, pretpostavke i sheme koje se formiraju u kontekstu rane privrženosti dijete- roditelj mogu predstavljati kritični oblik mišljenja i vjerovanja. Utječu ne samo na interpretacije i emocionalne reakcije, već i na cjelokupni niz vještina, ponašanja i sposobnosti.

6.4.2. Teorija naučene bespomoćnosti Martina Seligmana

Seligman ističe naučenu bespomoćnost u razvoju depresije. Prema njegovoj teoriji depresivna osoba uspjeh i neuspjeh doživljava kao neovisne o vlastitom djelovanju, što izaziva osjećaj potpune bespomoćnosti i negativnog stava na buduće događaje. Takva osoba živi u iščekivanju negativnih događaja na koje nema mogućnosti kontrole (Nikolić i Marangunić, 2004).

Prema ovom modelu, depresija nastaje kroz neugodna iskustva i traume nad kojima osoba nije imala kontrolu. Rezultat takvih iskustava je pasivnost i očekivanje da niti ubuduće neće imati nadzor nad sličnim situacijama.

Takva očekivanja kao posljedicu imaju deficite poznate kao deficite naučene bespomoćnosti na motivacijskom, kognitivnom i emocionalnom planu. Bespomoćnost dalje vodi u pasivnost, socijalnu neprilagođenost, usporenost i druge simptome depresije.

6.4.3. Atribucijska teorija bespomoćnosti

Atribucije su načini na koje osoba sebi objašnjava zašto se nešto dogodilo (pripisujući to sebi ili nekim vanjskim uzrocima), hoće li se to događati i ubuduće (uzroci specifični za neku situaciju ili globalni), te koliko će trajati (Vulić-Prtorić, 2004).

Specifične atribucije određuju buduće učinke ponašanja. Globalne atribucije u tumačenju neuspjeha pojačavaju generalizaciju njegovih učinaka, stabilne atribucije te učinke čine dugoročnima, a internalne atribucije smanjuju samopoštovanje. Osoba postaje depresivna kada negativne životne događaje pripisuje internalnim, stabilnim i globalnim uzrocima, tj. kada koriste depresivni atribucijski stil.

Prema modelu naučene bespomoćnosti, kasnije reformuliranoj teoriji bespomoćnosti postoji niz uzroka, koji pridonose i dovoljni su za razvoj specifičnog oblika depresije: naučene bespomoćnosti. Prema Abramsonovoj, različiti pojedinci imaju različite atribucijske stilove, tj. način na koji obično objašnjavaju uzroke događaja. Za osobe koje imaju tendenciju da loše događaje objašnjavaju internalnim, globalnim i stabilnim uzrocima smatra se da imaju negativni ili depresivni atribucijski stil, dok osobe koje objašnjavaju loše ishode eksternalnim, specifičnim i nestabilnim uzrocima imaju pozitivni atribucijski stil.¹²

¹² http://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=32321

6.4.4. Teorija beznadnosti

Teorija beznadnosti noviji je kognitivni model koji objašnjava nastanak depresije, prema kojoj neadaptivni način atribuiranja događaja u interakciji sa stresom dovodi do razvoja i pojačavanja depresivnih simptoma. Teorija beznadnosti još je jedna od verzija teorija bespomoćnosti, prema kojoj neki oblici depresije mogu biti uzrokovani stanjima beznadnosti, očekivanjem da do poželjnog ishoda neće doći ili će ishod biti neugodan.

Zašto neki ljudi koji se susretnu s negativnim životnim događajima postaju beznadni i depresivni, a drugi ne, ovisi o zaključivanju, a tri su tipa zaključivanja koja vode u depresiju.

Prvi se tip odnosi na zaključke vezane za uzroke tog događaja, tj. na kauzalne atribucije. Kada se negativnim životnim događajima atribuiraju stabilni i globalni uzroci javiti će se beznadnost i depresija. U procesu uzroka nekog događaja sudjeluju i situacijske informacije o tom događaju, ima li taj događaj opći karakter, jeli konzistentan, te je li različit od ostalih događaja. Primjerice, pad na ispitu iz matematike: drugi su uspješno riješili taj ispit, tipično je za mene da padam na ispitu iz matematike, tipično je da padam i na ostalim ispitima, ne samo iz matematike.

Drugi tip zaključivanja odnosi se na posljedice negativnih događaja koje mogu utjecati na javljanje depresije. Kada se negativni ishodi događaja doživljavaju važnima, nepopravljivima i utjecajnim zaključivanje vodi u beznadnost.

Treći tip zaključivanja odnosi se na karakteristike doživljaja vlastitog ja, samovrednovanja u određenim situacijama. Ovaj oblik zaključivanja vodi u beznadnost kada osoba vjeruje da neke karakteristike nije moguće promijeniti i da će u buduću ometati postignuće u različitim sferama života.

7. NAČINI RADA S DEPRESIVNOM DJECOM

Kada simptomi depresije utječu na svakodnevno funkcioniranje potrebno je potražiti stručnu pomoć i dijete ili adolescenta uključiti u tretman. Tretman uvijek ovisi o prirodi problema koji su identificirani tijekom kliničke procjene (Vulić-Prtorić, 2004). Vjerojatnost uspješnosti tretmana ovisi o mnogim osobnim i okolinskim faktorima.

Preventivni rad s djecom koja pokazuju depresivne simptome može značajno smanjiti opasnost od pojave depresije. Uvježbavanje socijalnih vještina, komunikacije s vršnjacima i roditeljima, jačanje samopoštovanja i sl., može pomoći pri stjecanju kontrole nad vlastitim ponašanjem i mijenjanju načina razmišljanja.

Dosadašnja istraživanja i kliničko iskustvo pokazali su da kada depresivno dijete ne uključimo u tretman, depresivnost sve snažnije utječe na njegov socijalni, emocionalni i kognitivni razvoj, te na kvalitetu odnosa djeteta i njegovih roditelja (Vulić-Prtorić, 2004).

Što je dijagnoza postavljena prije i dijete uključeno u tretman, veća je vjerojatnost kraćeg i obuhvatnijeg oporavka. Uglavnom se preporučuje planiranje kratkotrajne terapije unutar dugotrajnijeg programa praćenja i brige za dijete. Ako ne podvrgnemo tretmanu depresiju u dječjoj dobi, postoji veliki rizik da se ona javi u odrasloj dobi. S obzirom na posljedice koje depresivni simptomi imaju za svakodnevno funkcioniranje djeteta, u najvećem broju slučajeva preporučuje se korištenje različitih tretmanskih tehnika i terapija. Tretman treba usmjeriti na pojedinca, ali i na one na koje se depresivnost djeteta reflektira, tj. treba uključivati i dijete i roditelje i školu.

Profesionalno savjetovanje može depresivnom pojedincu pomoći da razvije nove načine razmišljanja, nove načine komunikacije s drugima i nove načine rješavanja konflikata. Istraživanja sugeriraju da kognitivna i interpersonalna terapija pružaju učinkovit tretman za blagu do umjerenu depresiju (Jensen, 2010).

„Kombinirani tretmani obično značajno povećavaju uspješnost terapije i djeluju na povećanje samopoštovanja, vještine suočavanja, kvalitetu odnosa s vršnjacima i

roditeljima i upravo zbog toga tretman depresije djece sadrži niz intervencija“ (Lebedina- Manzoni,2007, str.70).

Program koji sadrži participaciju mladih osoba u tretman uključuje: planiranje i raspored potencijalno ugodnih aktivnosti, usmjeravanje prema smanjenju samokritičnosti u samoevaluaciji, učenje viđenja socijalnih dilema i problema kao izazova i načine na koji se oni mogu riješiti, kontroliranje depresivnih misli, poboljšanje socijalnih interakcija.

U isto vrijeme roditelje se uči da budu potpora, naročito kada adolescenti primjenjuju naučenu strategiju formuliranja i izražavanja problema .

Kognitivno-bihevioralni program bazira se na modelu samokontrole koji ublažava depresivne simptome i uči vještine koje mogu prevenirati buduće depresivne epizode. Ovaj je program je psihoedukativan. Pomoću raznih sredstava (crtani materijali, priče, vježbe papir-olovka, igranje uloga,) djeca uče prepoznati promjene raspoloženja te misli i ponašanja koja utječu na njihovo raspoloženje. Uče promatrati i bilježiti svoja raspoloženja, procjenjivati uzroke i posljedice svog ponašanja, postaviti sebi realne i dostižne ciljeve i motivirati se da dostignu postavljene ciljeve. Pretpostavka je da učenje vještina samokontrole mijenja negativističke aspekte mišljenje i ponašanja, a time smanjuje rizične faktore za buduće javljanje depresivnosti. Upravo dugotrajnija prevencija cilj je ovakvih programa (Lebedina- Manzoni,2007).

Individualna terapija obuhvaća sve tehnike i metode usmjerene na dječju self percepciju i depresivne simptome (Kocijan-Hercigonja i Hercigonja-Novković, 2004).

Terapija igrom primjenjuje se posebice kod djece gdje je zbog faze razvoja smanjena verbalna komunikacija te tehnike treba prilagoditi neverbalnoj komunikaciji. Terapija igrom provodi se kao individualna i kao grupna terapija.

Kod djece između 6-12 godina primjenjuju se psihoterapijske tehnike koje se temelje na transferu i najčešće počinju suportivnom fazom, progresivnom empatijom i selfopservacijom. Fokus terapije je na odnosima (Kocijan-Hercigonja i Hercigonja-Novković, 2004). Usmjerena je na odnose depresivnog djeteta s drugim ljudima i probleme koji proizlaze iz tih odnosa. U tom periodu često se kombinira terapija

igrom i transferna terapija, a materijali koji se rabe vrlo su različiti (crtanje, igranje lutkama, životinjama, pričanje priča i sl.). S obzirom na to da depresivna djeca često imaju i različita traumatska iskustva, terapeut mora biti fleksibilan i spreman tijekom terapijskog procesa mijenjati terapijske pristupe i tehnike ovisno o situaciji i posebice pratiti djetetove mogućnosti napredovanja u terapijskom procesu (Kocijan-Hercigonja i Hercigonja-Novković, 2004).

Kognitivno-bihevioralna terapija se često provodi kod djece i adolescenata. Terapeut tijekom terapijskog procesa pomaže djetetu razumjeti događaje, posebice odluke odraslih koje su za dijete stresogene (rastava, gubitak i dr.) te mu pomaže u reevaluaciji i promjeni mišljenja posebice u odnosu na sebe s obzirom na to da depresivna simptomatologija uključuje negativnu sliku o sebi (Kocijan-Hercigonja i Hercigonja-Novković, 2004). Razvija socijalne vještine tako da dijete ili adolescent mogu započeti i zadržati pozitivne socijalne odnose.

Psihoterapijski rad s djecom vrlo je kompleksan. Zahtijeva znanje, vrijeme i razumijevanje pacijenta i samoga terapeuta jer se pred njega postavljaju različiti zahtjevi i očekivanja.

Intervencije usmjerene na obitelj ili obiteljska terapija ispituju ulogu depresivnog člana u ukupnom psihološkom funkcioniranju cijele obitelji te ulogu obitelji u održavanju depresivnosti djeteta. Tijekom tretmana članovi obitelji uglavnom pomažu u realizaciji zadataka koje dijete dobiva.

Kako su roditelji vrlo važan čimbenik u nastanku i u terapiji depresije djece, roditeljski trening zauzima važno mjesto u terapijskom procesu. Tijekom treninga roditelji uče kako razgovarati i slušati djecu. Kako vrlo često kod depresivnih stanja djece nalazimo i poremećene obiteljske odnose, indicirana je i obiteljska terapija koja ima za cilj poboljšanje međusobnih odnosa. Uloga obitelji je da pomogne mladoj osobi da razvije nova vjerovanja i načine uspostavljanja socijalnih odnosa koji će ga zaštititi da upadne u loše raspoloženje. Važno je da roditelji i dijete prepoznaju da u depresiji postoji specifična povezanost između određenog načina razmišljanja, ponašanja i socijalnih odnosa koje je moguće svjesno kontrolirati i da će cilj terapije biti uvježbavanje kontrole nad tim odnosima, procesima i ponašanjima (Vulić-Prtorić, 2004).

Programi u školama uglavnom su usmjereni na psihoedukaciju učitelja i profesora te razvijanje instrumentarija koji će pomoći u pravovremenoj identifikaciji simptoma depresije. Školsko osoblje educira se o biološkim i psihosocijalnim osnovama depresije, načinima prepoznavanja simptoma, pružanju podrške depresivnoj djeci i adolescentima (Vulić-Prtorić, 2004).

Nastavnici potiču timski pristup, svi koraci koje poduzimaju roditelji, nastavnici, ravnatelj, školski pedagog, liječnik ili sam učenik trebaju biti priopćeni stručnom timu.

Djecu se može naučiti da o sebi i svojim problemima misle na optimističniji način. Nastavnici, kao i roditelji mogu im pokazati kako da stvaraju nove opcije i rješenja za svoje životne probleme (Jensen,2000).

8. ZAKLJUČAK

Činjenica je da je sve više djece depresivno. Depresivno stanje utječe na njihov rast i razvoj, uspjeh u školi, na odnose unutar obitelji, na odnose sa vršnjacima i često može završiti i pokušajem suicida. Važno je znati da je to poremećaj čitavog tijela, poremećaj raspoloženja i mišljenja, a ne slabost osobe, volje ili lijenost.

Na sreću, depresija je izlječiva i postoji mnogo načina na koje je moguće pomoći mladoj osobi. Iako se depresija kod djece može liječiti, samo 1 od 5 depresivne djece se liječi. Za razliku od odraslih koji imaju sposobnosti da sami potraže pomoć, djeca se najčešće moraju osloniti i ovisiti o roditeljima, nastavnicima i drugim osobama koje o njima skrbe da prepoznaju njihovu patnju i pruže im potrebno liječenje.

Tijekom liječenja depresije, djetetu je najvažnije pružiti podršku, pokazati da je prihvaćeno, vrijedno i da se o njemu brine.

9. LITERATURA

1. Begovac I., Majić G., Škrinjarić J., Vidović V. (2009). Depresija u djece. U N. Barišić i sur. (Ur.), *Pedijatrijska neurologija* (str. 750-756). Zagreb: Medicinska naklada.
2. Gruden, Z. (1997). *Edukacija edukatora*. Zagreb: Medicinska naklada.
3. Hautzinger, M. (2002). *Depresija*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
4. Jensen, E. (2004). *Različiti mozgovi, različiti učenici: kako doprijeti do onih do kojih se teško dopire*. Zagreb: Educa
5. Kurtović, A. (2007). *Odnos atribucijskih dimenzija, negativnih životnih događaja i depresivnosti: provjera modela beznadnosti*. *Psihologijske teme*, 16(1), 159-182.
6. Kocijan - Hercigonja, D., Hercigonja- Novković V. (2004). Depresija u djece. *Medicus*, 13, 89-93.
7. Lebendina Manzoni, M. (2007). *Psihološke osnove poremećaja u ponašanju*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
8. Marčinko, I. (2014). *Povezanost temperamenta, percepcije stresa i uspješne prilagodbe adolescenata*. *Ljetopis socijalnog rada*, 20(3), 363-386.
9. Nikolić, S., Marangunić, M. i sur. (2004). *Dječja i adolescentna psihijatrija*. Zagreb: Školska knjiga.
10. Rudan V, Tomac A. (2009). Depresija u djece i adolescenata. *Medicus*, 18(2), 173-179.
11. Vulić-Prtorić, A. (2004). *Depresivnost u djece i adolescenata*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
12. Vulić- Prtorić, A., Cifrek- Kolarić, M. (2011). *Istraživanja u razvojnoj psihopatologiji*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
13. Vulić-Prtorić, A. (2001). *Razvojna psihopatologija: normalan razvoj koji je krenuo krivim putem*. *Radovi Filozofskog fakulteta u Zadru*, 40(17), 161-186.
14. Vulić-Prtorić, A. (2002). Obiteljske interakcije i psihopatološki simptomi u djece i adolescenata. *Suvremena psihologija*, 5(1-2), 31-51.
15. <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/psihijatrija/poremecaji-raspolozenja/depresivni-poremecaji> (27.4.2016.)

16. <http://djecja-psihiјatrija.hr/depresija-u-djecjoj-i-adolescentnoj-dobi/>
(27.4.2016.)
17. <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/psihiјatrija/poremecaji-raspolozenja/depresivni-poremecaji> (27.4.2016.)
18. <http://www.iep.hr/iz-knjiga-3/naucena-bespomocnost-i-nauceni-optimizam-220/> (11.5.2016.)
19. <http://www.epsihijatar.com/psihoterapija/kognitivna-psihoterapija/>
(18.6.2016.)
20. <http://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?id=54324> (20.6. 2016.)
21. <http://www.poliklinika-djeca.hr/publikacije/zanemarivanje-djece/>(20.6.2016.)

Kratka biografska bilješka

Osobni podaci:

Ime i prezime: Melita Lukačević

Datum i mjesto rođenja: 5. travnja 1992., Sisak, Hrvatska

Adresa:

E-mail:

Mobitel:

Obrazovanje:

2006.-2010. Gimnazija Sisak, Sisak

2010.-2015. Učiteljski fakultet - odsjek u Petrinji

Jezici:

Engleski jezik: aktivno poznavanje pisma i govora

Njemački jezik: pasivno poznavanje pisma i govora

Znanja i vještine rada na računalu:

Dobro poznavanje Microsoft Worda

Dobro poznavanje Microsoft Power Point-a

Poznavanje HTML-a

Izjava o samostalnoj izradi rada

Ja, Melita Lukačević izjavljujem da sam ovaj rad izradila samostalno uz potrebne konzultacije, savjete i uporabu navedene literature.

Potpis

Naziv visokog učilišta

IZJAVA

kojom izjavljujem da sam suglasan/suglasna da se trajno pohrani i javno objavi moj rad

naslov

vrsta rada

u javno dostupnom institucijskom repozitoriju

i javno dostupnom repozitoriju Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu (u skladu s odredbama Zakona o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju, NN br. 123/03, 198/03, 105/04, 174/04, 02/07, 46/07, 45/09, 63/11, 94/13, 139/13, 101/14, 60/15).

U _____, datum _____

Ime i Prezime

OIB

Potpis
