

Depresija kod djece i mladih

Jembri, Lucija

Master's thesis / Diplomski rad

2017

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:147:723587>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-18**

Repository / Repozitorij:

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



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
UČITELJSKI FAKULTET
ODSJEK ZA UČITELJSKE STUDIJE

LUCIJA JEMBRI
DIPLOMSKI RAD

DEPRESIJA KOD DJECE I MLADIH

Petrinja, srpanj 2017.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
UČITELJSKI FAKULTET
ODSJEK ZA UČITELJSKE STUDIJE
(Petrinja)

PREDMET: PROBLEMI U PONAŠANJU

DIPLOMSKI RAD

Ime i prezime pristupnika: Lucija Jembri

TEMA DIPLOMSKOGA RADA: Depresija kod djece i mladih

MENTOR: Doc.dr.sc Marina Đuranović

Petrinja, srpanj 2017.

SADRŽAJ

SAŽETAK.....	1
SUMMARY	2
1. UVOD	4
2. DEPRESIJA	6
2.1. Obilježja depresije.....	8
2.2. Kriteriji dijagnosticiranja depresije	10
3. VRSTE POREMEĆAJA	12
3.1. Poremećaji raspoloženja.....	12
3.2. Veliki depresivni poremećaj.....	13
3.3. Distimični poremećaj	15
3.4. Bipolarni poremećaj	16
4. DEPRESIJA KOD DJECE I MLADIH	18
4.1. Prepoznavanje depresije kod djece i mladih.....	19
4.2. Simptomi depresije.....	20
4.3. Simptomi depresivnosti.....	21
4.3.1. Emocionalni simptomi.....	22
4.3.2. Tjelesni simptomi	25
4.3.3. Kognitivni simptomi.....	26
4.3.4. Bihevioralni simptomi	28
4.4. Simptomatologija depresivnosti s obzirom na spol i dob djeteta	30
4.4.1. Od rođenja do kraja predškolske dobi	32
4.4.2. Kasno djetinjstvo i prepubertet (7-12 godina	32
4.4.3. Pubertet i adolescencija	33
5. UZROCI DEPRESIJE KOD DJECE I MLADIH	36
6. LIJEČENJE DEPRESIJE	38
6.1. Uloga obitelji i prijatelja.....	40
6.2. Savjet roditeljima i učiteljima	42
7. KOMORBIDNOST	44
7.1. Anksioznost i depresija	44
7.2. Zloupotreba sredstva ovisnosti i depresija.....	45
7.3. Poremećaji prehrane i depresija.....	47
7.4. Poremećaji osobnosti i depresija	48

7.5. Suicidalnost i depresivnost.....	49
8. ZAKLJUČAK	50
LITERATURA.....	51
KRATKA BIOGRAFSKA BILJEŠKA	54
IZJAVA O SAMOSTALNOJ IZRADI DIPLOMSKOG RADA	55
IZJAVA O JAVNOJ OBJAVI RADA	56

SAŽETAK

Depresija je psihički poremećaj prisutan u životu mnogih ljudi. Svrstava se među jednu od najčešćih poremećaja današnjice. Iako se donedavno depresija smatrala poremećajem koji pogađa osobe zrele i starije životne dobi, istraživanja su pokazala da se ovaj poremećaj sve više pojavljuje i kod djece, adolescenata te ljudi mlađe životne dobi. Simptomi depresije se mogu pojaviti u bilo kojoj životnoj dobi. Simptomi depresije se dijele u četiri osnovne skupine: emocionalnu, tjelesnu, kognitivnu i bihevioralnu skupinu. Neki od najčešćih simptoma su tuga, žalost, bespomoćnost, loše raspoloženje, suicidalne misli. Intenzitet simptoma može varirati, te isti mogu trajati tek nekoliko dana ili čak i nekoliko godina. Također, isti mogu varirati i mijenjati se tokom cijelog života.

Depresija se najčešće javlja kao primarni poremećaj, ali se često može javiti i u kombinaciji s drugim psihološkim poremećajima kao što su anksioznost, poremećaji hranjenja, poremećaji osobnosti. Danas se u dijagnostici i procjeni poremećaja depresije koriste skale za procjenu simptoma depresivnosti, intervjui, te ostale metode. Ovim metodama se ne može postaviti kompletna dijagnoza depresivnog poremećaja, već se utvrđuje odstupanje od normalnih razvojnih promjena, te se utvrđuje intenzitet i učestalost istih. Pravilnom dijagnostikom, odabirom metoda liječenja te uz neizbježnu podršku najbližih, depresija može biti izliječena.

Ključni pojmovi: adolescenti, depresija, djeca, liječenje depresije, simptomi depresije

SUMMARY

Depression is mental disorder which is present among a wide range of people. It is one of the most common mental disorder today. It effects children, young people and older people. Symptoms of depression can be detected at any age. They are divided into four major categories: emotional category, physical category, cognitive category, behavioral category. The most common symptoms of depression are: sadness, sorrow, helplessness, badmood, suicidal thoughts. Intensity of these symptoms can vary and can be present in range from several days to several years. Also, symptoms can vary and can be changed during a person's life.

Depression can be defined as a primary disorder, but it also may appear in combination with other mental disorders, like anxiety, food disorders, personality disorders. Depression is diagnosed by scales for assessment of depression, interview, and others. By this methods, depression can't be diagnosed completely, it can be only established divergence from normal develop mental changes, with its intensity and frequency. If it is diagnosed and cured properly, by inevitable support of family members, depression can be successfully healed.

Keywords: adolescents, depression, children, depression treatment, symptoms of depression

Depresija

Kad me depresija uhvati jako čudna,
Bježim u san da sam što manje budna.
Okolina me tad smatra veoma lijenom,
A ja tako bespomoćnom, na žalost bijednom.

Pa sam onda na kratko i u dobroj „fazi“,
Ali me onda baš nitko ne zapazi.
Pa se tada polako manija „došulja“,
koja sve najbliže oko mene „zažulja“.

Tada me zovu neodgojeno dijete,
A dobre faze nikako da se sjete.
Kao da još naravi dvije skrivene u meni,
a samo pravo ja ostaje u sjeni.

Treba pomoć okolini da se sa nama nosi,
Pa makar nam se narav s normalnom kosi.
Da li je to teta, mama, tata ili brat,
kako na pristupiti trebali bi znati!

Nije li dovoljno što nas psihoza „pere“,
još nam baš treba da se na nas netko dere.
Da nam izliječenje bude mnogo bolje
i okruženje treba zato imati volje.

Zvonimira Pilipović

(<http://sjaj.hr/aktivnosti/dnevni-centar/poezija/>)

1. UVOD

„U depresiji sam!“ rečenica je koju smo svaki od nas ponaosob rekli barem jednom u životu. Ta „moćna“ rečenica izašla je iz naših usta vjerojatno bez težine koju zapravo nosi ta riječ DEPRESIJA. U današnje vrijeme sve se više spominje depresija, iako zapravo mnogo ljudi nije svjesno što je zapravo depresija i na što se odnosi. Depresija je mnogo više od trenutnog lošeg osjećaja zbog loše ocjene u školi, svađe sa prijateljem/roditeljem, zbog lošeg dana na poslu. Opisi depresivnih poremećaja mogu se pronaći u starom zavjetu, u tekstovima Shakespearea i Chauchera, nadalje, najraniji medicinski tekstovi s opisima depresije pripisuju se grčkom ocu medicine Hipokratu (Kramlinger, 2005). Spominje se i u VI. pjevanju Ilijade, u izvješću o mitskom junaku Belerofontu gdje su opisani klasični simptomi bolesti (Zoli, 2004).

Depresija je „mračna bolest“, emocionalno stanje kojeg karakterizira tuga, žalost, negativne misli, misli o samoubojstvu, bezvoljnost, tromost, gubitak interesa i mnogi drugi simptomi. Samo ime depresija dolazi od latinske riječi *depressum* što znači potištenost. Također, može se reći da je poremećaj raspoloženja kojeg karakteriziraju razne vrste simptoma:

- kognitivni simptomi (negativne misli i očekivanja, misli o samoubojstvu, pad koncentracije, neodlučnost, samokritičnost, beznadnost)
- bihevioralni simptomi (manjak aktivnosti, povlačenje)
- tjelesni simptomi (gubitak apetita ili pretjerani apetit, nesanica)
- emocionalni simptomi (osjećaji: žalost, krivnja, anksioznost)
- motivacijski simptomi (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 (Hotujac, 2006).

Iako se smatralo i postajala su mnoga uvjerenja da djeca ne mogu patiti od depresije i depresivnih poremećaja, da depresija pogađa samo adolescente i odrasle ljude, studije pokazuju drugačije. Sve više depresija se pomiče prema mlađoj dobnoj skupini. Simptomi kod djece mogu varirati od blagih simptoma poput promjene raspoloženja (npr. tuge) pa sve do težih poremećaja, poput poremećaja u prehrani (anoreksija, bulimija i dr.).

Isti kod neke osobe mogu trajati tek nekoliko dana, a kod drugog oboljelog mogu potrajati i do nekoliko godina. Depresija se može pojaviti samostalno ili istovremeno sa simptomima drugih poremećaja (Vulić- Prtorić, 2004).

Možda ima istine u tome da smo svi mi rođeni sa sklonošću prema depresiji, neki s većom, neki s manjom predispozicijom. Za neke će biti dovoljna samo jedna knjiga koja će pomoći, no za neke neće, no to nije kraj. Slomljena noga će zarasti za nekoliko mjeseci, dok će slomljenom duhu za oporavak možda trebati cijeli život (Hauck, 1990).

2. DEPRESIJA

U Americi se svake godine depresija pojavljuje u oko 18 milijuna ljudi, što bi se moglo reći čak učestalije nego rak i jednako učestalo kao srčane bolesti. Međutim, razlika između raka ili srčanih bolesti i depresije je u tome što većina ljudi stvarno ne zna što je depresija i kako se s njom suočiti. Wiliam Styron pisao je kako je depresija uistinu slabašna riječ za tako tešku bolest, naime sam pisac bolovao je od depresije (Kramlinger,2005).

„Depresija je emocionalni, psihički poremećaj čija su bitna obilježja promjene raspoloženja, utučenost, pomanjkanje radosti, čuvstvena praznina, bezvoljnost, gubitak interesa i niz tjelesnih tegoba“ (Hautzinger, 2002, 13).

Osnovne karakteristike ove bolesti su sniženo, bezvoljno raspoloženje, žalost i beznade, gubitak osjećaja zadovoljstva, gubitak snage i energije, javljanje osjećaja neodređenog straha (anksioznosti). Tu su i osjećaj krivnje, bezizglednosti, gubitak volje za životom, razmišljanja o samoubojstvu i pokušaji. Uz to nastupa promjena mišljenja, sna i apetita (<https://www.plivazdravlje.hr/tekst/clanak/16187/Sto-je-depresija.html>).

Depresija podrazumijeva mnogo više od neraspoloženja tijekom kraćeg razdoblja u životu ili žalovanja nakon gubitka drage, voljene osobe. Ona je posljedica složenih međudjelovanja različitih čimbenika koji uzrokuju promjene moždane aktivnosti. Poznato je kako depresija nije rezultat osobne slabosti i kako oboljela osoba ne može jednostavno „preboljeti“ depresiju ili se na kraju krajeva „iz nje izvući“ (Kramlinger,2005). Psiholozi zapravo rijetko kad razmišljaju o tome što ljude čini sretnima, usmjereni su na to što ljude čini tužnima i zabrinutima na što ukazuje činjenica da u posljednjih 30 godina u psihološkim časopisima je objavljeno čak 45000 članaka o depresiji, a samo 400 o radosti (LebedinaManzoni, 2010). Svrstava se u jednu od najčešćih bolesti današnjice. Simptomi depresije mogu se javiti u bilo kojoj dobi, mogu se smanjiti, ali se mogu ponovno javljati u težem i neugodnijem obliku, mogu trajati od nekoliko dana do nekoliko godina (Vulić-Prtorić, 2004).

Broj osoba s depresivnim poremećajem raste kontinuirano od početka prošlog stoljeća u svim industrijaliziranim zemljama svijeta. Epidemiološka istraživanja govore da 3-4% populacije boluje od težih, dok 1,5 do 2% od blažih oblika depresije. Žene češće obolijevaju od muškaraca u odnosu 2:1. Depresija se najčešće javlja u 40-im godinama života, iako se u 50% slučajeva bolest pojavi ranije (<https://www.plivazdravlje.hr/tekst/clanak/16187/Sto-je-depresija.html>). Rezultati epidemioloških istraživanja pokazuju da su nove generacija u većem

riziku za depresivnost nego njihovi roditelji. Depresija je ozbiljan psihički poremećaj koji se unazad par desetljeća sve više i više povećava i zahvaća sve veći broj mladih. Može ju se smatrati sekundarnom bolešću jer često zna biti povezna i s drugim psihološkim problemima i medicinskim stanjima. Simptomi i znakovi depresije mijenjaju se i variraju tijekom života čovjeka. Lako bismo ju mogli poistovjetiti s parazitom, jer što drugo može biti s obzirom da uništava ne samo tijelo, već i duh. Puno više je obične tuge i osjećaja prolaznog neraspoloženja.

Izraz depresija se često rabi za opisivanje lošeg ili obeshrabrenog raspoloženja koje nastaje uslijed razočarenja ili gubitaka. Međutim, za takvo raspoloženje bolji je naziv demoralizacija. Negativni osjećaji demoralizacije, za razliku od onih kod depresije, se povlače kad se okolnosti ili događaji poprave; loše raspoloženje obično traje nekoliko dana a ne tjednima ili mjesecima, a vjerojatnost samoubilačkih misli i gubitka funkcije je manja (<http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/psihijatrija/poremecaji-raspolozenja/depresivni-poremecaji>).

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). To 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. Često mirnu i tihu djecu sa simptomima depresivnosti jednostavno ne primjećujemo pa se i sam poremećaj ignorira dok ne poprimi alarmantne razmjere (LebedinaManzoni, 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 djevojčica iznosi 1:2. 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 (<http://djecja-psihijatrija.hr/depresija-u-djecjoj-i-adolescentnoj-dobi/>).

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). Iako su osjećaji tuge dio svakodnevnog iskustva ali i sastavni dio depresije, depresivnost nije sinonim za ta čuvstva. Simptomi depresivnosti su simptomi koji se javljaju u životu svakog čovjeka i smatraju se potpuno normalnim reakcijama na neugodne i stresne situacija. Važno je razlikovanje pojedinačnih, prolaznih simptoma i depresivnom poremećaja (Vulić – Prtorić, 2004). 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 (<http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/psihijatrija/poremecaji-raspolozenja/depresivni-poremecaji>). 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 (Vulić- Prtorić, 2004).

2.1. Obilježja depresije

Obilježja depresije su žalost, utučenost, loše raspoloženje, bezvoljnost, pomanjkanje poticaja, osjećaj bezvrijednosti, sumnja u sebe, besmislenost, tjeskoba, nemir, nedostatak energije, poremećaji apetita, poremećaj tjelesne težine, poremećaji spavanja, teškoće s koncentracijom te samoubilačke misli (Hautzinger, 2002).

Mnoge od tih simptoma svi mi doživljavamo ponekad u svojem životu u određenim situacijama koje nam život donosi. Ni jedan život nije savršen, ali onako kako ga sami osmislimo takav će nam i biti. Ako simptomi ne traju predugo, i nisu jako snažni, onda su to normalne reakcije na život i ono što se u njemu događa. Kao što je već spomenuto, o depresiji se kao psihičkom poremećaju govori na tri razine:

1) na razini simptoma depresivnosti - ne uključuje se kompletna analiza postojećih problema, već se bavi depresivnim raspoloženjem, osjećajima tuge, žalosti i sl. koji se javljaju tijekom nekog neodređenog perioda. Pojedini simptomi se proučavaju zajedno s drugim obilježjima djetetova razvoja. Ne pokušava se utvrditi obilježje poremećaja, već se simptomi promatraju u kontekstu normalnih razvojnih promjena i pokušava se utvrditi njihov intenzitet i učestalost. Simptomi mogu biti prolaznog karaktera, povezani s nekim negativnim događanjima u okolini ili dio nekog određenog psihijatrijskog poremećaja.

2) razina depresivnih sindroma- sindrom predstavlja skup emocija, misli i ponašanja koji se javljaju zajedno u prepoznatljivom i neslučajnom sklopu. Psihopatološki fenomeni promatraju se u relaciji s drugim mislima, ponašanjima i emocijama. Identifikacija sindroma temelji se na deduktivnoj metodi-od općenito utvrđenih obilježja (podaci na velikim uzorcima) do specifičnih (podaci dobiveni analizom pojedinih slučajeva)

3) razina depresivnih poremećaja - predstavlja klastere simptoma, tj. sindroma koji imaju prepoznatljivu etiologiju, te su povezani sa značajnim posljedicama na planu svakodnevnog funkcioniranja. Polazi se od toga da poremećaj predstavlja prepoznatljive sindrome povezanih simptoma, koji traju neko određeno vrijeme i značajno ometaju aktivnosti u važnim životnim područjima i svakodnevno funkcioniranje osobe.

S obzirom na prevalenciju, Compas i suradnici (1993) navode da oko 15-40% djece i adolescenata pokazuje neki simptom depresije, od čega 5-6% adolescenata doživljavaju depresiju na razini sindroma, a jedna manja grupa njih (1-3%) razvija depresivni poremećaj. Simptomi depresije mogu se pojaviti u bilo kojoj životnoj dobi, u rasponu od osjećaja žalosti, tuge pa sve do depresije. Mogu trajati nekoliko dana ali i godina, mogu se smanjivati, ali i pojaviti u teškom obliku. Simptomi depresije mogu se pojaviti kroz reakciju na stresni događaj ili gubitak ali se može pojaviti i bez ikakvog vanjskog povoda (Vulić-Prtorić, 2003).

2.2. Kriteriji dijagnosticiranja depresije

Danas je u svijetu u uporabi u psihijatriji više klasifikacijskih modela za dijagnosticiranje depresije. Za što objektivnije i bolje dijagnosticiranje predlagani su različiti kriteriji. U širokoj uporabi je DSM-5 (američki „Dijagnostički i statistički priručnik duševnih poremećaja“). Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji revidiran je „Međunarodni sustav klasifikacije bolesti (MKB)—, poznat kao ICD, stoga je danas u svijetu prihvaćena 10. revizija odnosno ICD-10. ICD je kratica nastala od naziva „International Classification of Diseases (<http://hrcak.srce.hr/19802>). Najvažnije dvije klasifikacije bez sumnje su ona Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) MKB-10 i Američke psihijatrijske asocijacije (APA) DSM- 5. Govori se da je za svakodnevni klinički rad obavezna MKB-10, no činjenica je da je američka klasifikacija popularnija u današnjoj psihijatrijskoj znanosti. Dijagnoza depresivnog poremećaja prema MKB-10 uključuje depresivnu epizodu (F32), ponavljani depresivni poremećaj (F33) i distimiju (F34.1).

MKB temelji se na Europskoj psihijatrijskoj školi, naslonjena na njemačku psihijatrijsku tradiciju. Grupa autora izrađivala je 10.reviziju MKB, a objavila ju je 1992. godine. MKB je u Republici Hrvatskoj na snagu stupila 1.siječnja 1995. a vrijedi još i danas. Vrlo je edukativna i kliničaru korisna knjiga u kojoj se navode opisi slučajeva odraslih bolesnika razvrstanih prema MKB-10. Za razliku od MKB-9, MKB-10 daje više fleksibilnosti i mogućnosti u sortiranju i eventualnom ubacivanju poremećaja u buduća izdanja. Mnogi poremećaji su svrstani u različite podskupine, neki su izostavljeni ili se navode pod drugim imenom. Depresivni poremećaji svrstani su u poglavlje „Poremećaji raspoloženja“ koje nose oznaku F30- F39 (<http://hrcak.srce.hr/19802>).

Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje (DSM) Američke psihijatrijske udruge klasifikacija je psihičkih poremećaja s njima pridruženim kriterijima osmišljenima da se pomogne pouzdanije dijagnosticirati poremećaje. Namijenjen je za uporabu kao praktičan, funkcionalan i fleksibilni vodič za uređivanje podataka koji mogu pomoći u točnoj dijagnostici i liječenju. U ovom petom izdanju Priručnika, objavljenom 2013. g. u Sjedinjenim Američkim Državama, a 2014. u Hrvatskoj, uvedene su neke promjene u odnosu na DSM- IV.

Neke od tih promjena su: bolja organizacija poglavlja (poglavlja bolje odražavaju pristup tijeka života, pri čemu su poremećaji koji se dijagnosticiraju u djetinjstvu smješteni na početku priručnika, a poremećaji koji su prisutni u starijoj dobi smješteni su pred kraj), u samom tekstu nalaze se podnaslovi o razvoju i tijeku mijenjanja kliničke slike poremećaja kroz život, razdvajanje poremećaja, izbacivanje ranijih dijagnostičkih kategorija i sl. (DSM V, 2014). Poremećaji raspoloženja u DSM- V, poput ostalih psihijatrijskih poremećaja, i dalje se baziraju na opisu i grupiranju simptoma. Bipolarni i depresivni poremećaji najčešće su dijagnosticirani poremećaji u psihijatriji. Da bi se poboljšala klinička i edukativna primjena potrebno je bilo reorganizirati prikaz tih poremećaja. Umjesto razdvajanja definicija manične, hipomanične i velike depresivne epizode od definicija Bipolarnog poremećaja I. i II. I velikog depresivnog poremećaja (što je bilo u prethodni slučajevima)uključili su sve kriterije ovih komponenti unutar odgovarajućih kriterija za svaki poremećaj. Taj način će olakšati postavljanje dijagnoze i samo liječenje. Iz skupine bipolarnih i sličnih poremećaja izbačene su miješane epizode. U skupini depresivnih poremećaja nalaze se tri nova poremećaja: poremećaj regulacije raspoloženja, perzistirajući depresivni poremećaj (distimija) i premenstrualni disforični poremećaj. U DSM- V, uz odgovarajući poremećaj u klasifikaciji se nalazi i njegova MKB- 10 šifra (DSM V, 2014).

3. VRSTE POREMEĆAJA

Depresija kao poremećaj u DSM-IV klasifikaciji opisuje se u grupi *Poremećaja raspoloženja* pri čemu se u dijagnostici koriste isti kriteriji i za djecu i za odrasle. Zajedno sa ostalim bolestima u grupi *Poremećaja raspoloženja* spada u tzv. internalizirane poremećaje. Internalizirani poremećaji su poremećaji čiji su simptomi uglavnom prekriveni i teže uočljivi. S obzirom na depresiju, simptomi depresivnosti mogu biti vrlo uočljivi (tužan izgled lica, gubitak apetita, socijalno povlačenje), oni rijetko budu i prepoznati kao znak depresivnosti (Vulić-Prtorić, 2004).

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, 246).

„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“ (Nikolić i Marangunić, 2004, 246).

Da bi se neka promjena raspoloženja klasificirala kao psihijatrijski poremećaj nužan je patološki otklon, odnosno promjena koja se razlikuje od normalnog po neskladu s bilo kakvom situacijom, uz pervazivni utjecaj na osobu, djelovanje na sposobnost procjene i odlučivanja, dugo trajanje, sklonost ponavljanju (Nikolić i Marangunić, 2004). Zdrava osoba doživljava različite promjene raspoloženja, ali ih može na neki način kontrolirati. Kada se radi o psihijatrijskim poremećajima, tada se misli na stanja značajne promjene raspoloženja pod čijim se utjecajem mijenja sveukupno razmišljanje, opažanje, tjelesno stanje (Dodig-Ćurković, 2013). Podjela depresije s obzirom na simptome potrebna je stručnjacima kako bi mogli odabrati najbolji i odgovarajući način liječenja depresije.

Prema Nikolić i Marangunić (2004) promjene raspoloženja su:

1. Depresivni (unipolarni) poremećaji
2. Bipolarni poremećaji
3. Poremećaji raspoloženja zbog općeg zdravstvenog stanja

4. Poremećaji raspoloženja prouzročeni psihoaktivnim tvarima

5. Neodređeni poremećaji raspoloženja

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, opisuju se riječima „glup/a sam, loš/a sam, nitko me ne voli“. 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

Veliki depresivni poremećaj je relativno težak, akutni oblik depresije. (Vulić-Prtorić, 2004). Može započeti u bilo kojoj dobi, ali vjerojatnost prve pojave značajno raste s pubertetom (DSM-V, 2013). Prema DSM-V, simptomi potrebni za zadovoljenje kriterija za veliki depresivni poremećaj moraju biti prisutni svakodnevno, s izuzetkom simptoma promjene tjelesne težine i suicidalnih promišljanja. Depresivno raspoloženje mora biti prisutno najveći dio dana. Osnovno je obilježje velikog depresivnog poremećaja jedna ili više depresivnih epizoda (Nikolić i Marangunić, 2004). Prema DSM-V, osnovno obilježje velike depresivne epizode je razdoblje od najmanje dva tjedna trajanja, tijekom kojeg su prisutni ili depresivno raspoloženje ili gubitak užitivanja ili zanimanja u gotovo svim aktivnostima.

Neki od 4 dodatna simptoma koje dijete ili adolescent doživljava tijekom velikih depresivnih epizoda su:

- gubitak težine bez dijete ili dobivanje na težini
- nesanica ili previše spavanja
- psihomotorna usporenost ili ubrzanost

- umor ili gubitak energije
- osjećaj bezvrijednosti ili velike i neodgovarajuće krivnje
- smanjena sposobnost mišljenja ili koncentracije
- razmišljanje o smrti, plan za samoubojstvo, pokušaj samoubojstva

(Nikolić i Maranguić, 2004)

Može se iskusiti jedna depresivna epizoda depresije ili više. Nakon prve depresivne epizode, nastanak nove je oko 50%. Nakon svake epizode, nastanak tj. povratak nove se sve više povećava (Kramlinger, 2005). Simptomi moraju obuhvaćati dovoljno izraženu tugu da se ona može nazvati potištenošću ili očajem (često zvanu depresivnim raspoloženjem) ili gubitak zanimanja za uživanje u svakodnevnim aktivnostima (anhedonija). Ostali psihički simptomi obuhvaćaju osjećaj bezvrijednosti ili krivnje, ponavljajuće misli o smrti ili samoubojstvu, smanjenju sposobnost koncentracije, te ponekad uznemirenost. Tjelesni simptomi obuhvaćaju promjene tjelesne težine ili apetita, gubitak energije, zamor, psihomotornu retardaciju ili agitaciju i poremećaje spavanja (nesanicu, pretjeranu potrebu za snom, rano jutarnje buđenje).

Bolesnici se mogu doimati jadno, suznih očiju, namršteni, obješenih usana, pogrbljeni, izbjegavajući kontakt pogledom, bezizražajnog lica, prilično nepokretni, uz promjene u govoru (npr. tihog glasa, s nedostatkom naglašavanja, korištenjem jednosložnih riječi). Prehrana može biti jako poremećena, što zahtijeva hitan postupak. Neki deprimirani bolesnici zanemaruju osobnu higijenu ili čak vlastitu djecu, voljene osobe ili ljubimce (<http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/psihijatrija/poremecaji-raspolozenja/depresivni-poremecaji>).

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

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 (Nikolić i Marangunić, 2004). Trajanje depresivne epizode u visokom depresivnom poremećaju je 7 do 9 mjeseci. Oko 90% smanjuje se u razdoblju od 1,5 do 2 godine nakon pojavljivanja, dok 6-10% se nastavlja i dalje (Vulić – Prtorić, 2004). Neliječena

velika depresivna epizoda traje od 6 do 18 mjeseci. Rano liječenje ublažava razvoj depresije, te nastavak liječenja nakon nestanka simptoma može spriječiti povratak bolesti (Kramlinger, 2005).

Veliki depresivni poremećaj kod djece podjednako se javlja i kod djevojčica i kod dječaka, dok je kod adolescenata taj odnos 2:1. Javlja se nakon nekog stresnog događaja, npr. zdravstveni problemi u ranom djetinjstvu povezani su s kasnijom depresijom i zdravstvenim problemima. Relativno je neuobičajen u kasnom djetinjstvu, iako pojava agresivnosti, manjak samokontrole kod dječaka od 7 godina može prethoditi pojavi depresije u dobi od 18 godina i isto tako kod djevojčica kod kojih je pretjerana samokontrola i poslušnost, u kasnom djetinjstvu predstavlja sklonost za kasniju depresiju (Vulić- Prtorić, 2004). Često se uz ovaj poremećaj javljaju i poremećaji ponašanja koji dodatno kompliciraju kliničku sliku depresije, a mogu trajati i nakon što je depresija prošla (Vulić- Prtorić, 2004).

3.3. Distimični poremećaj

Distimija je dugotrajni oblik blage depresije, koju karakterizira trajno negativan stav o životu. Traje dvije, a katkad i više od pet godina. Povećava vjerojatnost nastanka velike depresivne epizode. Simptomi su nalik simptomima velike depresivne epizode, ali slabijeg intenziteta (Kramlinger, 2005). Osnovno obilježje distimije je depresivno raspoloženje koje se pojavljuje veći dio dana, prisutno u većem broju dana nego što nije prisutno, najmanje dvije godine ili najmanje jednu godinu za djecu i adolescente (DSM-V, 2013,169).

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, 55).

Tijekom razdoblja prisutna su barem dva od navedenih simptoma:

- slab apetit ili prejedanje
- nesanica ili pretjerano spavanje
- niska energija ili umor
- nisko samopoštovanje
- slaba koncentracija ili teškoća u stvaranju odluka
- osjećaj beznadnosti

Distimični poremećaj može se pojaviti i kod djece i kod adolescenata. U djetinjstvu ima dugotrajno razdoblje razvoja s prosječnom epizodom od oko 4 godine i povezan je s povećanim rizikom za veliki depresivni poremećaj, te za poremećaje ovisnosti (Vulić- Prtorić, 2004). Rano javljanje vezano je za nevoljnost, ljutnju, tjelesne pritužbe, samoomalovažavanje i neposlušnost. Dijete ponekad bude tako dugo depresivno da ljudi oko njega ni ne primjećuju da je raspoloženje neobično (Vulić- Prtorić, 2004). 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).

3.4. Bipolarni poremećaj

Bipolarni poremećaj u staroj klasifikaciji naziva se još i manično - depresivni poremećaj (Kramlinger, 2005).

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, 272).

Vulić-Prtorić (2004) spominje da se u DSM – IV opisuju dva oblika bipolarnog poremećaja a to su: Bipolarni poremećaj I i Bipolarni poremećaj II, koji se razlikuju s obzirom na razinu manije: prvi je povezan s manijom, a drugi s hipomaničnom epizodom. Kramlinger u svojoj knjizi MayoClinic odepresiji (2005) uz ova dva bipolarna poremećaja spominje i Cikoltimiju, blaži, ali kronični oblik bipolarne bolesti s izmjenom kratkih razdoblja blage depresije i hipomanije u ciklusu koji traje najmanje dvije godine.

Djeca obično imaju kontinuirani poremećaj raspoloženja koji ima karakteristike i manije i depresije. Posljedice brzog i teškog cikličkog izmjenjivanja između raspoloženja su kronična iritabilnost i malo čistih razdoblja dobrog stanja 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). Manija je endogena psihoza, počinje u mlađoj dobi, a za nju su karakteristični poremećaji mišljenja, afekta i motorike. Razgovorljivi su puni ideja, no te su ideje neorganizirane te daju dojam rastresenosti. Uključuju se pretijesno i nepromišljeno u neke ugodne aktivnosti kao npr. kupovanje, seksualne aktivnosti i slično. Razlika između hipomanije i manije je u intenzitetu. Kod hipomanije smetnje nisu dovoljno jake da uzrokuju značajno oštećenje u socijalnom ili radnom djelovanju ili da zahtijevaju hospitalizaciju, za razliku od manije (<http://blog.dnevnik.hr/anksioznost123/2009/10/1626795055/manija-i-hipomanija.html>).

Simptomi bipolarnog poremećaja mogu se javiti u vrlo ranom djetinjstvu, a neki od njih su: poremećaji spavanja, majke teško smiruju dijete, teško odvajanje od roditelja, ispadi bijesa i zlovolje, halucinacije, razdražljivost; kod adolescenta povećana potreba za snom, ubrzani govor, povećana tjelesna i mentalna aktivnost... (Vulić- Prtorić, 2004).

4. DEPRESIJA KOD DJECE I MLADIH

„Bolest je izabrala vas. Da, s pet godina. Kako se to dogodilo? Pritiskujući bijelo zvonce na tamnim orahovim vratima kuće, bio sam usisan u vir melankonije.. Srce mi je klonulo.“

OTTIERO OTTIERI

Pojedinačni opisi depresija kod djece nalaze se već u 17. stoljeću, ali sve do 1960. godine smatralo da depresija ne postoji kod djece. Razne tvrdnje tvrdile su da depresija ne može postojati bez superega, jer tek kad se razvije superego onda je moguće razviti i osjećaj krivnje, grižnje savjesti, samopodcjenjivanja i svega onoga što se smatralo bitnim elementima ove bolesti (Zoli, 2004). 90-ih godinaprošlog stoljeća depresija je postala kao uobičajena prehlada, ali u skupini mentalnih oboljenja, a svoje žrtve prvi put pogađa već početkom srednje škole – ako ne i ranije (Seligman, 2005). U posljednjih petnaest godina, kliničko promatranje je opovrglo ovakvo gledanje i zapravo se pokazalo da i naši najmanji pate od jakih poremećaja raspoloženja. Dapače, da stvar bude još gora, depresija čim se ranije pojavi to ima teži oblik (Zoli, 2004). Promjena u razmišljanju nastala je nakon Četvrtog europskog pedopsihijatrijskog kongresa koji se održao u Stockholmu 1970. godine. Glavna tema sastanak su bila depresivna stanja u djece i adolescenata i tada je zaključeno da depresivna stanja zauzimaju važno mjesto u dječjoj psihopatologiji(<http://hrcak.srce.hr/19810>).

Naglašava se da depresija kod djece i mladih prema njenim bitnim oznakama slični depresiji odraslih. Ključne razlike su u opsegu, žestini i utjecaju simptoma (<http://hrcak.srce.hr/57136>). Činjenica je da se depresija kod mladih javlja znatno češće nego što ljudi misle. Smatraju ju bolešću budućnosti, te će prema procjenama Svjetske zdravstvene organizacije uskoro postati drugi vodeći javnozdravstveni problem u svijetu(<http://www.poliklinika-djeca.hr/aktualno teme/depresija-u-djece-i-adolescenata/>).

4.1. Prepoznavanje depresije kod djece i mladih

Često depresija nije prepoznata te se djecu počinje prekoravati i kažnjavati. Roditeljima smeta jer postaju „bezzvoljni“, „gube vrijeme“, ništa „pametno“ ne rade. Tete u vrtiću i učitelji u školi prvi vide da s takvom djecom nešto nije uredu. Nadovezujući se na to, današnja djeca više vremena provode u vrtiću, školi ili produženom boravku nego kod kuće sa svojom obitelji. Međutim, prvo se pomišlja na tenzije među roditeljima, svađu s roditeljima, obiteljske probleme, ljutnju na učiteljicu, lošu ocjenu na taj način pronade se već pripremljeno sociopsihološko objašnjenje koje je svima pri ruci i jako dobro poznato (Zoli, 2004). Jednoga dana dogodi se da to veselo i zaigrano dijete, nemirno i nezaustavljivo, u nekoliko sekundi prestaje zračiti srećom, odustaje biti vođa u igrama, sportu. Ako se radi o djevojčici ona prestaje biti dominantna u grupi svojih prijateljica. Postaje manje ekspanzivno, manje brzo u odgovorima, postaje pospanko i šutljivo. Ukočeno i sramežljivo. Ako je prije učilo s lakoćom, sada teško pamti i teško se koncentrira; djeluje zamišljeno, rastreseno, usporeno i bez inicijative. No, ne mora uvijek izražavati tugu, anksioznost ili unutarnju patnju (Zoli, 2004).

Nadalje, kod malog djeteta prestaje igra, ne vodi više brigu o svojim stvarima, apatično je, napeto, razdražljivo, plače, u vrtiću stoji u jednom kutu, odbija kontakt, ne jede, mršavi. Noću ne spava i uvijek želi biti uz majku, roditelje (Zoli, 2004). Užasavajuće je saznanje i činjenica da tako malo djece, tek „procvali pupoljci“, vjesnici sreće i blagostanja budu okovani takvom mračnom „vješticom“. U dječjoj dobi depresija se gotovo podjednako javlja kod dječaka i djevojčica. Smatra se da se poslije 10. godine života taj omjer mijenja u korist djevojaka koje u adolescentnom razdoblju iskazuju veću učestalost javljanja depresije (<https://www.zdravobudi.hr/clanak/969/dijagnosticiranje-i-lijecenje-depresije-kod-djece-i-adolescenata>). Prema postojećim klasifikacijskim sustavima kriteriji za postavljanje dijagnoze depresivnog poremećaja jednaki su i za odrasle i djecu i adolescente, mada se klinička slika depresije kod djece i adolescenata razlikuje i često je obilježena problemima u ponašanju, agresivnošću, ljutnjom i somatskim simptomima. Ovisno o razvojnoj fazi očitovanje depresije je različito (<https://www.zdravobudi.hr/clanak/969/dijagnosticiranje-i-lijecenje-depresije-kod-djece-i-adolescenata>). Depresija kod djece i mladih često nastupa postupno i teško ju je prepoznati. Primijećeno je da je pojavnost depresije u nekim obiteljima češća. Pretpostavlja se da geni čine da osoba na stresne situacije reagira depresivnim simptomima.

Nadalje, istraživanja su pokazala da se u mozgu oboljelih od depresije događaju konkretne promjene i to na nivou aktivnosti određenih neurotransmitera-kemijskih tvari pomoću kojih moždane stanice komuniciraju (<http://www.poliklinika-djeca.hr/aktualno teme/depresija-u-djece-i-adolescenata/>). Primijećeno je, a i dokazano da kod depresije dolazi do smanjena aktivnosti određenih neurotransmitera u određenim dijelovima mozga te su stoga razvijeni lijekovi za liječenje depresije kojima je cilj utjecati na tu smanjenu aktivnost neurotransmitera i na taj način djelovati na simptome(<http://www.poliklinika-djeca.hr/aktualno teme/depresija-u-djece-i-adolescenata/>).

Čimbenici ličnosti podrazumijevaju sklonost osobe negativnom kognitivnom stilu koji rezultira beznadom i depresijom u situacijama neuspjeha, interpersonalnih gubitaka, odbacivanja. Prema tomu, neki depresivnost definiraju posljedicom kombinacije negativnih iskustava i negativne interpretacije događaja (<http://www.poliklinika-djeca.hr/aktualno teme/depresija-u-djece-i-adolescenata/>). Okolinski čimbenici za pojavnost depresivnih simptoma podrazumijevaju štetna zbivanja u okolini kao što su zanemarivanje i zlostavljanje, stresni životni događaji kao što su gubitak, razvod roditelja, obiteljska disfunkcionalnost što podrazumijeva postojanje značajnih i učestalih konflikata između članova obitelji, obiteljsko nasilje, svjedočenje obiteljskom nasilju, kronične bolesti, ovisnost (<http://www.poliklinika-djeca.hr/aktualno teme/depresija-u-djece-i-adolescenata/>).

4.2.Simptomi depresije

Mala i mlađa školska djeca izgledaju žalosno, usporenih su pokreta, često su usamljena. Kod manje djece depresija je često prikrivena somatskim smetnjama kao što su bol u truhu, glavobolje. Takva djeca gotovo uvijek izgledaju nesretno i tužno. Inhibirani su u igri, često traže kontakt, imaju napade plača ili bijesa. Često su prisutni noćni strahovi, noćna mokrenja i općenito poremećaji sna i apetita (<https://www.zdravobudi.hr/clanak/969/dijagnosticiranje-i-lijecenje-depresije-kod-djece-i-adolescenata>). Preadolescenti često ne priznaju da su depresivnog raspoloženja već se žale da im je dosadno ili da nisu zainteresirani za uobičajene aktivnosti. Iritiranost, socijalno povlačenje i nesposobnost suočavanja i s najmanjim frustracijama kao i pokazivanje ljutnje su često prisutni.

Takva djeca mogu se žaliti na lošu koncentraciju i pažnju i počinju postizati lošiji školski uspjeh (<https://www.zdravobudi.hr/clanak/969/dijagnosticiranje-i-lijecenje-depresije-kod-djece-i-adolescenata>). U adolescenciji očitovanje depresije sve je sličnije onom u odrasloj dobi uz određene specifičnosti. Depresivni adolescenti se često žale na apatiju i nedostatak energije. Poremećaj sna i apetita su mnogo češći. Može se javiti nedostatak apetita ili obrnuto, pretjeran unos hrane. Teškoće usnivanja (početna nesanica) i često buđenje noću mogu činiti adolescenta iscrpljenim tijekom dana, a isto tako se može javiti pojačana dnevna pospanost. Depresivni adolescenti mogu početi uzimati alkohol ili druga sredstva ovisnosti u želji da im bude bolje. Često su razdražljivi i impulzivni. Imaju osjećaj uzaludnosti i bez perspektivnosti. U težim slučajevima prisutne su suicidalne misli i parasuicidalno ponašanje. Sve skupa često dovodi do lošijeg školskog uspjeha i socijalnog povlačenja (<https://www.zdravobudi.hr/clanak/969/dijagnosticiranje-i-lijecenje-depresije-kod-djece-i-adolescenata>).

4.3. Simptomi depresivnosti

Terminološki simptom označava određene emocionalne, kognitivne i ponašajne karakteristike, bez uzročnih faktora u pozadini tih karakteristika. Simptome depresivnosti dijeli u četiri osnovne skupine: emocionalnu, tjelesnu ili somatsku, kognitivnu i bihevioralnu. To je grupa simptoma na području ponašanja i socijalne prilagodbe (Vulić- Prtorić, 2004).

4.3.1.Emocionalni simptomi

Tablica 1. Klinička obilježja depresivnosti u djece i adolescenata (Vulić-Prtorić, 2004)

EMOCIONALNI SIMPTOMI	<ul style="list-style-type: none">• tužno, utučeno, obeshrabreno raspoloženje• osjećaj ispraznosti• dosada• gubitak sposobnosti• nagle promjene raspoloženja, najgore ujutro• ljutnja, srdžba, razdražljivost, izljevi bijesa• osjećaj krivnje• anksioznost (tjeskoba) i očekivanje negativnih ishoda
-----------------------------	--

Dva od najčešćih opisanih simptoma su i disforija i anhedonija. Disforija ili disforno raspoloženje je negativno raspoloženje različitog intenziteta, često je povezano s osjećajem manje vrijednosti, gubitkom samopouzdanja i povjerenja u vlastite sposobnosti (Vulić-Prtorić, 2004). U knjizi *Depresivnost u djece i adolescenata* autorica Anita Vulić-Prtorić (2004) kazuje da je anhedonija gubitak ugone i uživanja u aktivnostima koje je osoba do sada smatrala privlačnima i u kojima je uživala. Overholser i suradnici (1995, prema Vulić-Prtorić, 2004) navode da je kod djece i adolescenata gotovo uvijek prisutno disforno raspoloženje i zajedno je s anhedonijom simptom koji je specifičan za dijagnozu depresije u toj dobi.



Slika 1. Depresija kod djece

(<http://savršenikrug.ba/wp-content/uploads/2013/02/depresija.jpg>)

Depresivno dijete može svoju tugu prekrivati prkošenjem, šutnjom, neposluhom i time izazivati ljutnju kod roditelja. Ovakvi odnosi često pogoršavaju daljnju situaciju jer ne pridonose međusobnom povjerenju i uvjetima za zajedničko rješavanje problema (Vulić-Prtorić, 2004, 32).

Žalost je osnovno obilježje depresije koja je prisutna kod djece i adolescenata. Iako, loše raspoloženje kod djece i adolescenata može istovremeno imati i suprotne kvalitete- poput razdražljivosti ili izljeva bijesa. Utvrđeno je da čak 80% adolescenata u situacijama kada su depresivni imaju istovremenu pojavu žalosti i ljutnje, dok je kod djece od deset godina ljutnja viši, moćniji osjećaj u odnosu na žalost (Živčić, 1994). Ljutnja može potaknuti agresivno ponašanje zbog čega često depresivno dijete bude dijagnosticirano kao dijete s poremećajem u ponašanju. Depresivna djeca sklonijasu usmjeravati svoju ljutnju prema sebe ili nekim neprikladnim objektima, dok nedepresivna djeca lakše izražavaju svoju ljutnju prema van ili premaprikladnim objektima. Što su djeca depresivnija to se više ljute na sebe, viču na druge, iskaljuju svoj bijes na drugima, pozele sve porazbijati i sl. (Vulić-Prtorić, 2001). Važnost ljutnje je u ukazivanju na suicidalnost kod djece. Potisnuta ljutnja povezana je s beznadnosti, a visoke razine ljutnje, depresivnosti i beznadnosti znakovi su upozorenja za suicidalno ponašanje kod djece i adolescenata (Vulić- Prtorić, 2004). Krivnja je osjećaj koji se javlja u vrijeme puberteta i ključni je simptom kliničke slike depresivnosti, što je zapravo i specifičan

simptom, prema nekim autorima, depresije za djecu iznad 11.godina. Oko 14% djece u uzorku od 500 učenika od petog razreda do osmog razreda ima snažan osjećaj krivnje zbog loših stvari koje su im se dogodile u životu (Vulić- Prtorić, 2000). Krivnja se javlja kada dijete postane sposobno shvatiti pravila ponašanja i kada ne uspijeva zadovoljiti ta pravila. Krivnju pojačava i nesklad između realne i idealne slike o sebi (Vulić-Prtorić, 2004).

Depresivno ponašanje često se javlja u kombinaciji s nekim drugim negativnim emocijama. Obilježje normalnog tužnog raspoloženja je kod djece tuga za nekim ili nečim izgubljenim, ljutnja je gubitak i znak napuštanja, a anksioznost činjenica da bi se još neki gubitci mogli dogoditi u budućnosti. Nije rijetkost da depresivno dijete prolazi kroz sva tri emocionalna stanja istovremeno (depresivno ponašanje, iritabilnost i anksioznost) (Vulić-Prtorić, 2004). Simptomi anksioznosti ili tjeskobe kod depresivne djece: pretjerana zabrinutost, preokupacija prošlim neuspjesima i anticipaciju budućih, veći broj somatskih simptoma anksioznosti i separacijske probleme. Pokazalo se da depresivna djeca imaju veći broj anksioznih simptoma nego što anksiozna djeca imaju depresivnih (Vulić-Prtorić, 2000).

4.3.2. Tjelesni simptomi

Tablica 2. Klinička obilježja depresivnosti u djece i adolescenata (Vulić- Prtorić, 2004)

TJELESNI SIMPTOMI	<ul style="list-style-type: none">• smanjena učinkovitost, teškoće u obavljanju svakodnevnih aktivnosti• manjak energije i umor• promjene u tjelesnoj težini, smanjen ili povećan apetit• insomnija-teškoće s uspavlivanjem, buđenje tijekom noći, prije vremena• pospanost ili hipersomnija• glavobolje i bolovi
--------------------------	--

Kada dijete doživljava neugodu u školi ili u nekim drugim situacijama u kojima se ne osjeća ugodno tjelesni simptomi mu mogu omogućiti izbjegavanje neugodne situacije i priskrbiti mu pojačanu brigu i pažnju roditelja. Slab apetit uobičajen je kod depresivnih petogodišnjaka (37% djevojčica i 29% dječaka ima problem s hranjenjem), no njegova se učestalost smanjuje u dobi od 9 godina (9% djevojčica i 6% dječaka). Te oscilacije tjelesne težine ponovno postaju značajne u simptomatologiji starijih depresivnih adolescenata (Vulić-Prtorić, 2004). Tjelesni simptomi su često sastavni dio i nekih drugih poremećaja u djetinjstvu i adolescenciji poput anksioznih poremećaja, psihoza, poremećaja somatizacije te su manje diskriminativni za depresivne poremećaje. Smatra se da su tjelesni simptomi uobičajeni u depresiji, ali nisu specifični za dijagnozu depresije. Tjelesni simptomi često nastaju i uslijed poremećaja u regulaciji neurofizioloških, endokrinih i imunoloških funkcija (Vulić-Prtorić, 2004).

4.3.3.Kognitivni simptomi

Tablica 3. Klinička obilježja depresivnosti u djece i adolescenata (Vulić- Prtorić, 2004)

KOGNITIVNI SIMPTOMI	<ul style="list-style-type: none">• bespomoćnost• nisko samopoštovanje• gubitak interesa• pokušaji samoubojstva ili samoubilačke ideje• teškoće u koncentraciji i donošenju ideja• problemi u savladavanju školskog gradiva• negativna percepcija sebe i budućnosti• beznadnost
----------------------------	--

Depresija može utjecati na pamćenje i procese mišljenja, pridonositi smetnji koncentracije, donošenju nekih odluka koje su prije bile lake, čak i neke bezazlene odluke mogu postati teške (što obući, kakav obrok pripremiti itd.) (Kramlinger, 2005). Depresivna djeca opisuju sebe, svijet oko sebe i budućnost u negativnim terminima, doživljavaju da ih njihovo socijalno okruženje (obitelj, prijatelji) ne podržava, pretjerano kritizira, prema njima se odnosi neprijateljski itd. Suicidalne misli i namjere mogu se javiti kada se udruži ekstremna beznadnost i osjećaj krivnje (Vulić-Prtorić, 2004).

Kognitivni simptomi su specifični zbog svog višestrukog određenja: opisuje ih se kao antecedentne ili prethodnice depresivnosti, kao one koji pojačavaju ili ublažavaju utjecaj negativnih stresnih događaja. Također, opisuje ih se i kao simptome patoloških procesa, kao i zaštitne faktore npr. djeca s niskim samopoštovanjem pokazuju tendenciju depresivnosti, a povećanje samopoštovanja smanjuje depresivnost. Najviše istraživani kognitivni simptomi su: nisko samopoštovanje, beznadnost, bespomoćnost i depresivni atribucijski stil (Vulić- Prtorić, 2004). Weiss i suradnici (1998, prema Vulić- Prtorić, 2004) utvrdili su da je nisko samopoštovanje zajednička karakteristika svih oblika razvojne psihopatologije bilo da se radi o internaliziranim ili eksternaliziranim poremećajima: djeca i adolescenti u oba slučaja imaju sniženo samopoštovanje, nisko vrednuju svoje postignuće i sebe, imaju negativnu percepciju vlastitog tjelesnog izgleda i ponašanja. Nisko poštovanje je centralni aspekt depresije. Razvija se uslijed obiteljskih interakcija i pritiska djece da ostvare neke nerealne ciljeve. Jedno je od glavnih i najčešćih simptoma depresije u djetinjstvu prema rezultatima brojnih istraživanja.

Nisko samopoštovanje često je povezano s pokušajima samoubojstva. Vježbanje samopoštovanja poželjno je u svim oblicima depresivnosti kod djece i adolescenata. Simptomi beznadnosti podrazumijevaju negativno očekivanje od budućnosti. U dobi od 8 do 13 godina djeca mogu doživljavati i izvještavati o svojoj negativnoj percepciji budućnosti, čak i mlađa djeca koju su izložena raznim medijima mogu uobličiti i verbalizirati osobno iskustvo poput beznadnosti ili depresije (Živčić, 1994). Bepomoćnost se javlja u situacijama kada djeca nemaju kontrolu nad događajima u vlastitom životu i kada misle da kontrolu neće imati niti ubuduće. Usvajanje bepomoćnosti karakteristično je za djecu mlađe dobi (oko 6.godine) kada ponavljano kritiziranje onog što dijete čini izaziva reakcije tipične za bepomoćnost: svoje uratke smatra lošima, govori da se osjeća tužno ili ljutito (Vulić- Prtorić, 2004).

Svi ovi simptomi, nisko samopoštovanje, bepomoćnost i beznadnost pokazali su se značajnima u slučajevima dječje suicidalnosti. Suicidalne ideje i pokušaji suicida češći su kod djece koja u kliničkoj slici depresivnosti imaju visoko izraženu beznadnost. Većina autora smatra da su suicidalne ideje prisutne tek u adolescenciji, iako postoje i oni koji smatraju da suicidalne ideje ima i kod djece u prepubertetu, čak podjednak broj suicidalnih ideja. Ono što im nedostaje da suicidalne ideje pretvore u planirane suicidalne pokušaje jest kognitivna sposobnost (Harrington, 1993).

4.3.4. Bihevioralni simptomi

Tablica 4. Klinička obilježja depresivnosti u djece i adolescenata (Vulić- Prtorić, 2004)

BIHEVIORALNI SIMPTOMI	<ul style="list-style-type: none">• agresivno ponašanje i izljevi bijesa• psihomotorni nemir- nemirno sjedi, korača• psihomotorna usporenost- usporeni govor, pokreti tijela• zanemarivanje ili nedostatak ugone u aktivnostima koje su prije bile ugone• socijalno povlačenje• problemi u obiteljskim odnosima• problemi u školskom okruženju• odbacivanje od strane vršnjaka i obitelji
------------------------------	--

Bihevioralni pristup je usmjeren na ponašanje koje za cilj ima otkrivanje zakonitosti ponašanja ljudi u određenim situacijama, stoga umjesto bihevioralni pristupi možemo reći i ponašanje i socijalna prilagodba (<https://hr.wikipedia.org/wiki/Bihevizizam>).

Na planu ponašanja uočavaju se psihomotoričke promjene, nemir ili agitacije (nesposobnost da se mirno sjedi, čupkanje, trljanje kože, odjeće) i psihomotoričke usporenosti ili retardacije (usporeni govor, pokreti tijela, produžene stanke u govoru). Psihomotoričke promjene, nemir ili agitacija, djeluju na sposobnost koncentracije i usmjeravanja pažnje, a psihomotoričke usporenosti na motivaciju i interes za školske sadržaje i aktivnosti (Vulić-Prtorić, 2004). Dolazi do gubitka zanimanja za hobije ili druge aktivnosti u kojima je dijete uživalo ili se nastavlja baviti tim aktivnostima ali ne pokazuje ono zadovoljstvo od prije. Dijete se žali da je stalno umorno i svakodnevne obaveze mu predstavljaju značajan napor. Te promjene u ponašanju utječu na djetetovo postignuće u školi i na njegovo kognitivno funkcioniranje. (Vulić-Prtorić, 2004). Na planu socijalnog funkcioniranja roditelji i nastavnici primjećuju da se dijete povlači iz socijalnih kontakata, da više nije popularno i omiljeno među vršnjacima ili čak i da je odbačeno. Da bi privuklo nečije prijateljstvo dijete opisuje sebe kao osamljeno, manje vrijedno i nesposobno da uspostavi kontakte s drugim ljudima. Depresivnu djecu njihovi vršnjaci često opisuju kao agresivnu djecu koja se s nikim ne žele igrati i voli najviše biti sama.

Agresivno ponašanje i napadaji bijesa u obliku actingout (djelovanje prema van, psihološko-psihijatrijski termin za regresivno ponašanje i neprimjerenu reakciju) ponašanja česti su kod depresivne djece i pogoršavaju osjećaje krivnje i depresivnosti (Weiss i Carton, 1994, prema Vulić-Prtorić, 2004). Dijete se nalazi u tom jednom zatvorenom krugu samookrivljavanja i samoobezvređivanja. Negativna iskustva djece s njihovim vršnjacima uzrokuju nesigurnost i sumnju u vlastite sposobnosti pri čemu dolazi do još većeg socijalnog povlačenja i manjka samopoštovanja (Vulić-Prtorić, 2004). Odrasle depresivne osobe pokazuju neprijateljsko, nekooperativno i kažnjavajuće socijalno ponašanje, depresivni adolescenti pored toga mogu biti i pretjerano ovisni o drugima, imati neefikasne strategije suočavanja sa stresom, manje socijalne podrške od strane prijatelja i roditelja, dok depresivna djeca imaju deficite u socijalnim vještinama i nezadovoljavajuće interakcije u obitelji i s vršnjacima (Vulić- Prtorić, 2004).

Noel-Hoeksema i suradnici (1992, prema Vulić- Prtorić, 2004) utvrdili su da djeca kod koje su terapijom smanjeni simptomi depresije i dalje pokazuju deficite u socijalnim vještinama, dok se njihov znanje uspjeh poboljšao ili vratio na ono prije depresije. Važnu ulogu u razvoju depresije, ali i u njenom održavanju ima socijalno ponašanje. Problem je u tome što depresivne osobe izazivaju kod drugih ambivalentne reakcije- podršku ali i agresivnost (Vulić-Prtorić, 2004). Kognitivni stil u razdoblju djetinjstva i adolescencije nije još oblikovan te se zbog toga pesimistični atribucijski stil može razviti uslijed depresivnog raspoloženja. Trajanje negativnih vjerovanja djeteta da je nesposobno i da se nikome ne sviđa utječe na djetetov osjećaj kontrole nad važnim događajima u njegovom životu (Vulić-Prtorić, 2004).



Slika 2. Depresija kod djece i adolescenata

(<http://www.roditelji.me/wp-content/uploads/2015/04/depresija3.jpg>)

Odrasli trebaju biti posebno oprezni i pažljivi kada se dijete ili adolescent povlače u sebe i osamljuju više nego što je za njih to uobičajeno (Vulić- Prtorić, 2004).

4.4. Simptomatologija depresivnosti s obzirom na spol i dob djeteta

U raznim istraživanjima pokušava se utvrditi koja su to specifična obilježja, sličnosti i razlike u depresivnoj simptomatologiji djece različita uzrasta i spola. Te se promjene ne događaju linearno: broj simptoma depresivnosti u funkciji dobi pokazuju značajne oscilacije ako ih promatramo posebno kod dječaka i djevojčica; neki su simptomi specifični za predškolsku djecu i adolescente, ali ne i za djecu u razdoblju srednjeg djetinjstva. Prirodno je za očekivati da simptomatologija depresivnosti pokazuje konzistentnost u funkciji dobi i spola kada se radi o osnovnim obilježjima, ali djeca i adolescenti pokazuju simptome na drugačiji način. Poznavanje dobne i spolne simptomatologija može imati presudno značenje u postupcima dijagnostike i terapije. Uspoređujući simptome depresivne djece sa simptomima odraslih, pokazano je da anhedonija, dnevne promjene raspoloženja, psihomotorička retardacija i deluzije se povećavaju s dobi, dok depresivni izgled, nisko samopoštovanje i tjelesne pritužbe smanjuju se s dobi. Umor, agitacija i slabi imunitet češći su kod predškolaca i odraslih nego kod djece i adolescenata (Vulić-Prtorić, 2004).

Što je dijete mlađe, klinička slika je manje jasna, uobličena i izdefinerana, a broj pridruženih simptoma iz drugih poremećaja veći i češći u ranijoj dobi. Depresivni se sindromi mogu javiti, ali su rijetki kod djece predškolske dobi, povećavaju se u razdoblju do adolescencije, a naglo rastu u adolescenciji kada ujedno dolazi i do razlika u spolu: djevojčice postaju depresivnije od dječaka (Vulić-Prtorić, 2004).

Tablica 6. Simptomi depresivnosti s obzirom na dob (Vulić- Prtorić, 2004)

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

4.4.1. Od rođenja do kraja predškolske dobi

Pedesetih i šezdesetih godina prošlog stoljeća pojavili su se prvi zapisi o depresiji kod djece u ranijoj dobi i to u radovima Rene Spitz i Johna Bowlbyja, te se odnose na depresiju opaženu kod napuštene djece. Simptomi koji se javljaju kao reakcija na odvojenost od voljene osobe Spitz je nazvao analitička depresija. Spitz opisuje reakcije tuge, povlačenja, gubitak apetita i probleme spavanja kod djece koja su bila odvojena od majki i smještena u bolnici (Vulić- Prtorić, 2004). John Bowlby (1992, prema Vulić- Prtorić, 2004) probleme male djece koja su odgajana u institucijama pripisivao je nedostatku ili poremećaju u razvoju privrženosti prema vlastitoj majci ili osobi koja će se o djetetu skrbiti tijekom ranog djetinjstva. Smatra da je rana komunikacija između djeteta i majke ključna za razvoj djeteta, te prijetnja da će dijete izgubiti majku ili osobu kojoj je privrženo kroz odvajanje ili emocionalno nereagirane od strane majke stvara temelj za depresiju.

Emocionalna deprivacija, odvajanje od roditelja i nedostatak ljubavi i privrženosti predstavljaju rizične faktore u etiologiji depresivnosti o čemu postoje brojni i klinički dokazi iz rada sa zanemarivanom ili emocionalno zlostavljanom djecom (Vulić-Prtorić, 2004). Depresivnost je moguće dijagnosticirati kod djece nakon dobi od 2-3 godine. Rezultati istraživanja pokazuju da su depresivni sindromi izuzetno rijetki u djece predškolske dobi, dok se dijagnoza depresivnog poremećaja u općoj populaciji može postaviti najviše u 1% slučajeva (Gotlib i Hammen, 1996 prema Vulić- Prtorić. 2004). U predškolskoj dobi dominantni simptomu su iritabilnost, apatija, tjelesne pritužbe i plačljivost. Kod djeteta se zapaža mračan izgled, nedostaje mu uobičajeno razmetanje i hvalisanje kao kod nedeprativnih vršnjaka (Vulić-Prtorić, 2004).

4.4.2. Kasno djetinjstvo i prepubertet (7-12 godina)

U ovom razdoblju djetetova života dijagnoza depresije postavlja se vrlo rijetko, te djeca u ovoj dobi imaju malo depresivnih simptoma. Prema Vulić-Prtorić (2004) za to su dva osnovna razloga:

1) djetetova nesposobnost da opiše i verbalizira ono što osjeća, a roditelji, učitelji i ostali odrasli su loši procjenjivači kada se radi o ovoj grupi problema. Pokazano je putem

istraživanja da o internaliziranim problemima i simptomima puno pouzdanije izvještavaju sama djeca nego druge osobe

2) Drugi razlog je visoka komorbidnost između simptoma depresivnosti i drugih poremećaja u ovoj dobi. Utjecajna su psihodinamska shvaćanja prema kojima se depresivni simptomi u srednjem djetinjstvu javljaju u obliku depresivnih ekvivalenata ili maskirane depresije

Depresija je maskirana simptomima nekih drugih psihopatoloških stanja (poput fobija, delikventnog ponašanja, somatizacije) ili se izražava kroz ekvivalente –depresije (izljevi bijesa, hiperaktivnost, neposlušnost, bježanje od kuće...) Najčešći simptomi depresije su nisko samopoštovanje, pesimizam, razdražljivost, tjelesne pritužbe, problemi sa školom i vršnjacima. Uz to mogu se javiti i suicidalne prijetnje. Često roditelji kažu da je dijete nezadovoljno, nesretno, mrzi samog sebe i sve oko sebe, da je izgubilo interese za nešto što mu je pružalo prije zadovoljstvo i sreću (Vulić-Prtorić, 2004). Prema Harringtonu (1993) mogu se javiti i halucinacije koje su u skladu s promjenama raspoloženje. Također, navodi 3 razvojna tipa depresije: prvi, afektivni tip javlja se kod djece od 6 do 8 godina, karakterizira ga izražavanje tuge, beznadnosti i bespomoćnosti; drugi tip je uobičajeni nakon 8.godine djetetova života i karakterizira ga nisko samopoštovanje; za treći tip koji se javlja nakon 11. godine karakterističan je osjećaj krivnje.

4.4.3. Pubertet i adolescencija

„U doba puberteta i adolescencije djevojke doživljavaju više problema povezanih s vlastitim sazrijevanjem i stoga je kod njih ponekad teško razlikovati uobičajeno neraspoloženje od depresivnog raspoloženja“ (Vulić- Prtorić, 2004, 70).

Zna se da vrijeme puberteta i adolescencije nije jednostavno. Može se reći da je to pa čak i najdinamičnije razdoblje. Događaju se promjene, fizičke i psihičke, na tijelu s kojima se do sad mladi nisu susretali. Osim fizičkih i psihičkih promjena, kreće se u srednju školu, više obaveza, odrastanje, prve ljubavi, izlasci. Sve to utječe na živote mladih ljudi. Neki mladi se mogu nositi dobro s tim promjenama, općenito tom fazom života, dok drugi nisu još spremni psihički, no nemaju izbora, jer ipak je to život. Život ne pita slažu li se ljudi s njegovim tokom ili ne. Zato se često mladi izgube u toku životu, zastanu na tren, ne drže korak, potonu. Pitanje

koje je karakteristično za ovo razdoblje je kako zapravo razlikovati depresivnog adolescenta od neraspoloženog adolescenta?



Slika 3. Depresija kod djece

(<https://poliklinika-irac.ba/2016/11/21/psihologija-depresija-kod-djece-poliklinika-medical-irac-tuzla/>)

Vulić-Prtorić (2004) u svojoj knjizi *Depresivnost u djece i mladih* kaže da je adolescencija vrijeme u kojem se mnoge promjene događaju brzo i intenzivno. Adolescenti više nisu toliko ovisni o roditeljima, sami preuzimaju odgovornost za sebe, svoje odluke. Simptomi koji se javljaju kod adolescenata i dosežu svoj vrhunac su zlovolja, depresija i samopodcjenjivanje. Također, određeni psihopatološki fenomeni pokazuju svoj uspon u adolescenciji: suicidi i pokušaji suicida, alkoholizam, zlouporaba droge, anoreksija, nervoza i sl. Djeca općenito izražavaju pojačane osjećaje krivnje, bespomoćnosti i beznadnosti. Dva osnovna obilježja depresivnosti u adolescenciji prema navedenoj autorici su:

1) Porast u broju simptoma-porast se povezuje s burnim promjenama koje su specifične za sva područja funkcioniranja (emocionalno, kognitivno, bihevioralno, tjelesno i socijalno). Kognitivni razvoj pridonosi mogućnosti javljanja simptoma. Razmišljanje o smislu života, budućnosti, razmišljanje o svijetu, događanjima oko sebe...

2) Pojava spolnih razlika u depresivnoj simptomatologiji-nakon puberteta depresivni simptomi su češći kod djevojčica nekog kod dječaka. Djevojčice su ovisnije o pozitivnim

socijalnim odnosima i teže podnose gubitak ili prekid. Traže podršku odraslih, roditelja, vršnjaka. Žele biti popularne u društvu, biti najbolje, najpopularnije. Dječaci toliko ne pridaju važnost i ravnodušniji su. Provedeno je istraživanje koje je pokazalo razlike s obzirom na sve tri razine depresivnosti:

a) na razini simptoma uočeno je da broj simptoma depresivnosti koji razlikuju dječake od djevojčica pokazuje porast u funkciji dobi i u svakoj dobnoj skupini su različiti simptomi (Vulić-Prtorić i Sorić, 2001)

b) na razini sindroma utvrdili su da postoje razlike s obzirom na grupiranje simptoma u sindrome

c) na razini ukupnog rezultata pokazan je obrat u odnosu na spol: kod mlađeg uzrasta ne postoji značajna razlika između dječaka i djevojčica, premda su dječaci općenito nešto depresivniji od djevojčica, u srednjoj se dobnoj skupini (8.razredi) događa obrat nakon kojeg djevojčice (4. razredi srednje škole) postaju depresivnije nego dječaci.

5. UZROCI DEPRESIJE KOD DJECE I MLADIH

Seligman (2005) smatra da je za depresiju u mlađoj dobi kriv odgoj, odgoj u obitelji, u školi, općenito u društvu. Također, smatrada suvereno društvo pokušava ukinuti „loše“ osjećaje kao što su tuga, tjeskoba, žalost. Takvi nas osjećaji pokreću na promjenu situacije u kojoj se osjećamo „loše“ (Živković, 2006). U današnje vrijeme sve manje ljudi „staje na loptu“ i uzme za sebe, kako bi se reklo, pet minuta odmora. Kao društvo smo takvi, jurimo na sve strane, hodamo kao „muhe bez glave“ ne razmišljajući prvenstveno o sebi, svojoj djeci, roditeljima, prijateljima. Ljudi su u stanju proći pokraj vlastitog djeteta ne primjećujući ga jer su zalučeni svojim brigama i onim što im nameće društvo ioni iznad njih, a to je borba za opstanak. Malo vremena roditelji provode sa svojom djecom.

Djecu treba učiti kako savladati male neuspjehe na putu prema cilju kaže Seligman. Ali kako ćemo naučiti djecu nečemu takvome, ako samo sebe ne možemo tome naučiti. Dijete koje se suočava s neuspjehom doživljava baš i poput nas odrasli neugodne osjećaje kao što su ljutnja, tuga, tjeskoba. Živković (2006) u svojoj knjizi *Depresija kod djece i mladih* spominje kako se situacija neuspjeha može riješiti samo na dva načina-odustajanjem ili ulaganjem većeg napora i promjenom naše aktivnosti da bismo ostvarili ono što želimo. Toj upornosti trebamo poučavati sebe, ali i našu djecu. Pesimizam je podloga za razvoj depresije. Pesimistično dijete ulaskom u novim razred reći će da nikada neće steći prijatelje i neće se ni truditi promijeniti to razmišljanje. Za dobru ocjenu će naći trenutno rješenje, ali ne i ono koje bi moglo uvijek biti moguće.

Za lošu ocjenu će reći da je glup i smatrati da se ništa ne može promijeniti te na kraju krajeva dalje neće ni učiti. posljedica ovakvih objašnjenja je depresija, jer dijete ne vidi „problem“ u sebi, ako će učiti dobit će bolju ocjenu, ako se potruđi naučit će više, ako priđe drugom djetetu možda pronađe prijatelja. Depresivne osobe odgovornost za važne pozitivne događaje pripisuju vanjskim, specifičnim i promjenjivim utjecajima („Ovaj put sam imala sreće“). Djecu trebamo naučiti kako interpretirati neuspjeh, kako ga promijeniti i pretvoriti u uspjeh. Istraživanja upozoravaju na mnoge rizične faktore: težak temperament, nisko samopoštovanje, problemi u odnosu s roditeljima, psihološki problemi u obitelji i dr. (Živković, 2006).

Obiteljski odnosi mogući su faktori depresivnosti- odnos depresivne djece i njihovih roditelja bili su obilježeni smanjenom komunikacijom, povećanom hostilnošću, manjkom zajedničkih aktivnosti, a posebice su bili pogoršani odnosi depresivne djece i njihove braće ili sestara (Lebedina Manzoni, 2010). Sva depresivna djeca imaju problema u socijalnim vezama, pa se postavlja pitanje što je tu uzrok, a što posljedica, tj. ima li dijete zbog depresije manje prijatelja ili pak manjak prijateljskih veza donosi depresivnost ili pak neka treća varijabla uzrokuje i depresivnost i interpersonalne probleme (Lebedina Manzoni, 2010).

6.LIJEČENJE DEPRESIJE

„Svima onima koji smatraju, a zbog razloga intelektualnog ponosa, kako je čovjek u stanju imati sve pod kontrolom volje i kako je gospodar svog tijela... odgovaramo kako je jedna od karakteristika depresije upravo ta da nadvlada svaku volju, svaku mogućnost reagiranja...“

Daniel Widlocher, psihijatar

Prije 20. stoljeća, kod većine osoba oboljelih od depresije, bolest je ostala neprepoznata i neliječena. Specifični lijekovi za liječenje depresivnih poremećaja nisu bili poznati. Radi boljeg razumijevanja psihičkih poremećaja, istraživači su započeli s klasifikacijom bolesti prema simptomima i kliničkim značajkama bolesti. Klasifikacija psihičkih bolesti s obzirom na simptome i kliničku pojavnost bolesti u nešto detaljnijem obliku se zadržala do danas. Liječenje depresije doživjelo je procvat nakon što su istraživači počeli razlikovati posebne oblike depresivnog poremećaja (Kramlinger, 2005).

Liječenje depresije treba započeti što prije! Kod liječenja depresije primjenjuju se psihoterapijske intervencije i terapija lijekovima. Izbor terapijske tehnike ovisi o dobi djeteta, njegovim mogućnostima razumijevanja, težini depresivne epizode, stupnju teškoća u funkcioniranju, obiteljskom funkcioniranju (Dodig-Čurković, 2013). 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). Psihoanaliza, psihijatrijska tehnika, je terapijska tehnika koja uključuje razgovor o sebi, doživljajima iz djetinjstva, analiza snova. Provođi se jedan do više puta tjedno kroz nekoliko mjeseci ili katkad i godina (Kramlinger, 2005).

Kod mlađe djece najprikladnija je terapija igrom u kojoj se dijete izražava neverbalnom komunikacijom kroz pokrete ili sadržaj igre. Terapija igrom može se provoditi individualno ali i grupno (Dodig-Čurković, 2013). Kod starije djece i adolescenata kod blaže i umjerene depresivne epizode liječenje se može započeti psihoterapijom. Najčešće primjenjivane psihoterapijske tehnike: psihodinamski orijentirana psihoterapija, kognitivno bihevioralna psihoterapija, suportivna psihoterapija i interpersonalna terapija. Također, može se koristiti i grupna terapija koja omogućava da dijete u grupi lakše izrazi svoje osjećaje, da ih razumije svoje vlastite i tuđe osjećaje, te stekne sigurnost. Potrebno je ponekad uključiti i

članove obitelji (obiteljska terapija) ili terapiju dijete-majka (Dodig-Čurković, 2013). Cilj kognitivne bihevioralne terapije je utvrditi nezdrava i negativna uvjerenja i zamijeniti ih zdravijim i pozitivnijim (Kramlinger, 2005).

Kada se psihoterapijom ne postignu odgovarajući, zadovoljavajući rezultati tada se kreće liječenje lijekovima. Antidepresivi prvog izbora za liječenje dječje depresije su selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina zbog svoje učinkovitosti, sigurnosti i jednostavnosti primjene. Fluoksetin je za djecu od 7 do 18 godina, a escitalopram za adolescente od 13 do 18 godina. Antidepresivi uklanjaju i umanjuju depresivne simptome bolesti. Kod primjene antidepresiva nužno je pažljivo praćenje bolesnika zbog mogućih nuspojava (mučnina, glavobolja, bihevioralna aktivacija...) te suicidalnost. Analize su pokazale da tijekom uzimanja antidepresiva kod osoba mlađih od 18 godina je povećan rizik za suicidalne misli i ponašanja. Smatralo se da antidepresivi induciraju bihevioralnu aktivaciju (anksioznost, iritabilnost, agitacija) koja može poticati suicidalne misli (Dodig-Čurković, 2013).

Ovisno o tipu depresivnog poremećaja i pridruženim bolestima, liječnik uz antidepresiv može dati i dodatni lijek. Neki od tih lijekova su litij, antikonvulzivi, anksiolitici, razni sedativi. Terapija svjetlom, liječenje se sastoji u izlaganju posebnom uređaju koji isijava dnevno svjetlo. Pokazala se učinkovitost terapije svjetlom za depresivne osobe (Kramlinger, 2005). Kombinacija lijekova i psihoterapije koristi se u slučaju teške ili kronične depresije. U psihijatriji su postojale dvije struje koje su zagovarale dva različita načina liječenja depresije. Jedna strana je zagovarala liječenje lijekovima, druga psihoterapijom. Na kraju su se za potrebe teške ili kronične depresije ujedinila ta dva načina liječenja (Kramlinger, 2005). Prema nedavnim istraživanjima neke osobe oboljele od depresije liječe se alternativnim metodama. Obično se radi o biljnim i dijetnim pripravcima koji su dostupni u slobodnoj prodaji. Iako se zapravo i ne zna njihova učinkovitost, trebala bi se znati kroz nekoliko godina, potrebno je ipak posavjetovati se s liječnikom prije uporabe. Neki od alternativnih pripravaka: gospina trava, SAM (S-adenozil – metonin, kemijska tvar), omega-3 masne kiseline (kapsule ribljeg ulja bogate mastima i kalorijama) (Kramlinger, 2005).

Davno prije, prije nego su postojali svi ovi načini liječenja depresije, depresija se liječila „olakšavanjem duše“, odnosno međusobnim razgovorom s obitelji, prijateljima, bližnjima. S obzirom da depresija postaje vrlo popularna bolest i sve veći broj ljudi obolijeva od nje, potrebno je pokušati spriječiti pojavu depresije i njen razvoj. Stara poslovice kaže:

„Bolje spriječiti, nego liječiti“. S obzirom na dostupnost računala, mobitela, interneta svim mogućim uzrastima, moguće je educirati se o aktualnim bolestima današnjeg doba. Naše bake, djedovi nisu imali mogućnost tog izbora i nisu bili upoznatima s raznim poremećajima, ali zato smo mi tu da iskoristimo sve „darove“ modernog doba i probamo spriječiti razvoj te mračne sile. Paradoksalno je to što u današnje vrijeme, u vrijeme tehnologije i mnoštvo obrazovanih građana Republike Hrvatske i ostalih država, depresija je popularna i česta bolest poput gripe, a u doba naših starih je bila tek neka nepoznanica, nazovimo ju nepoznanica x. Važno je da roditelji budu otvoreni i iskreni mlade sa svime od traženja dijagnoze na stvaranje zdrave promjene kod kuće da traže profesionalni tretman. Uključivanje u proces dijagnostike i liječenja pomaže adolescentu preuzeti kontrolu nad svojim mentalnim zdravljem(<https://www.psychom.net/depression.central.teens.html>).

6.1. Uloga obitelji i prijatelja

Depresija osim što utječe na onog tko od nje boluje, također, utječe i na ljude koji su bliski osobi oboljeloj od te bolesti - obitelj, prijatelje, kolege. Često smo se našli u situaciji u kojoj je netko od naših bližih bio u lošem psihičkom stanju. Pitanja koja su nam se motala po glavi su bila: Što napraviti? Kako ga/ju utješiti? Kako mu/joj pomoći? i još mnogo sličnih pitanja. Najbitnije od svega što smo mogli napraviti jest biti uz tu osobu. Ponekad nisu potrebne riječi, dodiri, već je bitan osjećaj da nisi sam. Kod bliskih ljudi oboljelih od depresije bitno je naučiti i informirati se o depresiji, njenim simptomima, posljedicama i liječenju. Bilo da se radi o obitelji, prijateljima, djetetu, što je osoba više upućenija imat će i veću želju i sposobnost pomoći. Znanjem će se smanjiti strah, nesigurnost, a povećati sposobnost i volja. Proživljavanje depresije s oboljelom osobom može iscrpiti energiju i biti iscrpljujuće iskustvo.

„Drugim osobama je vrlo teško objasniti koliko se očajno osjeća čovjek u teškoj depresivnoj epizodi, koliko izgubljeno, bespomoćno, žalosno. A na izlazu iz tunela ne nadzire se svjetlost.“

MikeWallace

MikeWallace, novinar je koji je prebolio nekoliko depresivnih epizoda, a ovo su njegove riječi koje je napisao u predgovoru knjige „Kako preživjeti njihovu depresiju“, AnneSheffield. Mike je u pravu, netko tko se nije susreo s takvom bolešću ne može znati

kakav je to osjećaj, kako se osjećaju bolesne osobe, što se događa u njihovima glavama, tijelu, njihova četiri zida kada ostanu sami. Iako se ne može razumjeti kako se osjećaju oboljeli, može se ponuditi podrška i suosjećanje. Često se smatra da osobe glume, da su samo lijeni, ne da im se, neraspoloženi su, no depresija nije rezultat karakterne mane, već opasna bolest iz koje se oboljeli ne mogu izvući kao što to mogu oboljeli od dijabetesa ili artritisa (Kramlinger, 2005). Nekoliko načina na koje obitelji prijatelji mogu pružiti pomoć svojim bližnjima: pružiti potporu, ponuditi pomoć, izraziti nadu, ponuditi ohrabrenje, zadržati smisao za humor, podržati zdravo ponašanje i aktivnosti. Voljena osoba će možda odbiti pomoć, te odbije liječenje, no ne treba odustati. Ako osoba pristane na pomoć i pojave se rezultati, potrebno je oboljeloj osobi to naglasiti, jer joj to može biti samo poticaj za dalje (Kramlinger, 2005).

Mike Wallace, opisao je što je Mary njegova tadašnja djevojaka, sadašnja supruga, osjećala tijekom njegovih razdoblja depresije:

„Bio sam izrazito loše društvo za bilo koga s kim bih došao u kontakt, osobito za Mary, koja je morala trpjeti moju stalnu zlovolju i impulzivnost... Nema pravog načina kojim bi opisao tjeskobu koju depresivna osoba donosi u vlastitu obitelj. Zlovolja, propast, bez ljubavi, bez prave komunikacije, impulzivnosti i zanovijetanje „pusti me na miru.“ Zagonetno je zašto se više brakova ne raspadne pod tim razarajućim okolnostima, jer si duboko u sebi svjestan štete koju nanosiš onima koje voliš, onima koji s tobom to proživljavaju i pate od posljedica, a opet si nekako nesposoban bilo što učiniti kako bi njima olakšao teret“ (Kramlinger, 2005,176).

Vjeruje se da je teško i osobama oboljelima od depresije, ali je jednako teško i njihovim obiteljima i prijateljima. Svjesni smo da nitko od nas nema savršen život. Nitko sretniji od nas da smo mi sami živi, zdravi, sretni, ispunjeni ljubavlju, okruženi isto tako živim, zdravim, punim ljubavi nama voljenim osobama. Idealno, savršeno. No život, onaj pravi, kojeg živimo sa dvije „čvrste noge na tlu“ nije ni idealan ni savršen. Svakodnevno se susrećemo s lošim stvarima, događajima, tragedijama, bolestima, smrću. Bombardiraju nas sa smrću mladih osoba koje su oboljele od zloćudnih bolesti ili poginule u nesreći, raznim prirodnim katastrofama, raspadima brakova i obitelji. Sve je to dio nas i dio našeg života. Pitanje je koliko smo jaki nositi se s današnjicom? Jučer je bio netko drugi tko je morao biti jak, danas smo možda mi, sutra netko treći. Život je poput ruleta, iskušava našu sreću. Naša uloga kćeri, sina, majke, oca, braće, prijatelja je iznimno važna i velika. U dobrom životnom

periodu svi smo tu za sve, svi smo dobri, povezani, no važnije je jesmo li dobri, povezani, sposobni preuzeti teret kada se pojavi težak period.?!

6.2.Savjet roditeljima i učiteljima

Dijete, škola i roditelj nisu samo vrhovi trokuta čija bi međuovisnost simbolički bila predstavljena stranicama tog trokuta. Ta tri pojma su zapravo jako zamršeno klupko, u njemu je vidljiva samo površina. kakvi su njeni končići u nutrini i na koji način su povezani, zapravo je nepoznato. Dijete škola i roditelj najznačajniji su čimbenici života. Upijaju najviše energije i vremena te zaslužuju pozornije i bolje upoznavanje njihovih osnovnih obilježja. No, još je značajnije otkrivanje njihova uzajamnog utjecaja (Gruden i Gruden, 2006).

Učitelj i roditelj su tu da zajedničkim snagama „guraju“ i usmjeruju dijete,učenika u bolje. Često su zaokupljeni time kako od djeteta treba napraviti što boljeg učenika, a na kraju i osobu. No, koliko je njih zapravo se zamislilo postoji li kakav problem u tim malim glavama u kojima se u jednom danu događa na tisuće i tisuće problema, muka i patnji. Toga svega roditelji, a zatim i učitelji nisu svjesni. Često zatvaraju oči, ili se bar prave, pred onim lošim. Očekuju da će sve biti sve biti po pravilima i onako kako su zamisli. Svi vole razgovarati o djeci, učiti ih, odgajati, usmjeravati, poticati, no jesu li spremni priznati , prvenstveno, sami sebida sve dalje i sve veći broj djece trpi određeni oblik „psihičke boli“, u ovom slučaju depresiju i pružiti im pomoć.

Kod depresije roditelji, učitelji trebaju govoriti, postavljati pitanja ali i biti voljni poslušati ono što dijete ima za reći. Ne smiju se zanemarivati djetetovi problemi, jer i njihovi problemi su važni. Roditelji i nastavnici ne smiju ignorirati niti se šaliti na račun adolescentovih briga, naročito ako njemu izgledaju jako važne i čine ga nesretnima. Biti poštenu, reći ako postoji zabrinutost. Izreći svoje osjećaje, pokazati djetetu da nije sam, da i odrasli imaju probleme i da se svatko povremeno osjeća tužno i depresivno. Zatražiti pomoć i za sebe i za svoje dijete, razgovarati s obiteljskim liječnikom, dječjim i adolescentnim psihijatrom, razrednikom, školskim psihologom. Ne smije se čekati da problem „prođe“ jer problem sam od sebe nikada neće proći. Iako osjećaj tuge i depresije mogu nestati, ako što su se i pojavili, oni mogu narasti i do točke kada se samoubojstvo vidi kao jedini izlaz. Adolescenta, koji pokuša samoubojstvo, odmah treba smjestiti u bolnicu. Potražiti u telefonskom imeniku brojeve lokanih telefona za pomoć, centara za mentalno zdravlje i

kriznih centara (Živković, 2006). 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).

7. KOMORBIDNOST

Komorbidnost je termin koji se originalno koristi u medicini kako bi se opisalo postojanje različitih odvojenih bolesti ili poremećaja koji su prisutni u isto vrijeme. Osobito je česta među internaliziranim poremećajima zbog sličnosti među simptomima karakterističnima za pojedini poremećaj. Rezultati epidemioloških istraživanja ukazuju na činjenicu da je u psihologiji djetinjstva i adolescencije komorbidnost pravilo a ne izuzetak (Vulić-Prtorić, 2004). Kao što je već rečeno, depresija se ne pojavljuje sama, često prati druge psihičke bolesti, najčešće anksiozni poremećaj, poremećaj prehrane, osobnosti, ovisnosti i dr. U slučaju kombinacije depresije i drugog psihičkog poremećaja, liječenje može biti zahtjevno. Osoba može tražiti od liječnika pomoć za liječenje depresije, međutim ako osoba ima i anksiozni poremećaj, a on se ne prepozna velika je vjerojatnost da će simptomi depresije trajati ili se uporno vraćati. Jedini način razrješavanja tog zamršenog spoja međuzavisnosti poremećaja jest prepoznavanje i liječenje oba poremećaja (Kramlinger, 2005).

7.1. Anksioznost i depresija

Anksioznost (tjeskoba) se odnosi na prirodni osjećaj koji obuzima čovjeka s vremena na vrijeme u stresnim situacijama. Osoba anksioznost može osjetiti kada treba dovršiti posao u kratkom roku, voziti u lošim vremenskim uvjetima, žurno prevoziti s jednom mjesta na sljedeće. Također, anksioznost može biti simptom ili vrsta psihičke bolesti. Anksiozni poremećaj očituje se tjeskobom koja je prisutna većinu vremena, učestalo se pojavljuje kada se osoba mora suočiti s nekom od uobičajenih situacija (Vulić-Prtorić, 2004). Kao simptom često pojavljuje uz depresiju. Čak više od 50% osoba koje boluju od depresivnog poremećaja osjećaju i anksioznost. Spojе lijekova i psihoterapije najučinkovitija je metoda liječenja udruženog anksioznog i depresivnog poremećaja. Prema Kramlingeru (2005) tjeskoba je obično simptom jednog od anksioznih poremećaja:

1) generalizirani anksiozni poremećaj- pretjerani osjećaji straha ili zabrinutosti. Osoba je čitavo vrijeme prestrašena, preplavljena osjećajem sumnje u svaku svoju odluku, osjećaj da će se dogoditi nešto loše;

2) socijalni anksiozni poremećaj- pretjerano pribojavanje društvenih situacija, tjeskoba se može pojaviti u društvu nepoznatih osoba, prije javnog nastupa;

3) opsesivno kompulzivni poremećaj- osobe koje od njega boluju imaju trajne, nekontrolirajuće prisilne radnje ili oboje, osoba je stalno zabrinuta hoće li pogriješiti. Klasični primjeri su pretjerano pranje ruku ili čišćenje kuće u svrhu uništavanja klica, provjeravanje jesu li zatvorena vrata i sl.;

4) panični poremećaj- panični poremećaji su iznenadni, intenzivni osjećaji užasa i strave, pojačavaju se otkucaji srca, osoba se pretjerano znoji. Polovina osoba koje boluju od paničnog poremećaja dožive bar jednu depresivnu epizodu;

5) posttraumatski stresni poremećaj- PTSP se može razviti kod ljudi koji su doživjeli tjelesnu ili emocionalnu traumu, mogu se vraćati slike događaja. Sve je više dokaza koji ukazuju na razvoj depresije nakon produženog PTSP-a. Također, depresija može prethoditi razvoju PTSP-a.

Visoka povezanost tumači se kao posljedica sadržajno sličnih ili sličnih tvrdnji uvrštenih u skale samoprocjene anksioznosti i depresivnosti. Depresivni i anksiozni poremećaji su svakako najčešći oblici istovremenih dijagnoza kod djece i adolescenata. Postotak djece kod kojih je dijagnosticirana anksioznost i depresivnost kreće se od 15% do 80%. Simptomi miješanog anksiozno-depresivnog poremećaja: teškoće pri koncentraciji, zabrinutost, očekivanje najgoreg, smetnje spavanja, umor ili nedostatak energije, razdražljivost, plačljivost, beznade, nisko samopoštovanje (Vulić-Prtorić, 2004).

7.2. Zlouporaba sredstva ovisnosti i depresija

„Potrebno je uvijek biti pijan. Upravo tako... Morate se opijati beskrajno, kako ne bi osjećali strašan teret Vremena, koje vam lomi leđa i baca vas na zemlju.“

Charles Baudelaire

Prema Vulić-Prtorić (2004), depresija je poremećaj koji pokazuje snažnu povezanost sa zlouporabom sredstava ovisnosti. Kod zadarskih ispitanika, 9% ih je reklo da su depresija i drugi oblici neurotskih simptoma bili glavni motivi za prvo uzimanje sredstava ovisnosti (Vulić- Prtorić i Prtorić, 1999).

Djeca koja žive u obiteljima gdje su česti konflikti, svađe, stresne situacije, djeca koja nemaju socijalnu podršku drogu mogu koristiti kao suočavanje sa svojim problemima. Nisko samopoštovanje najčešći je povod da pijenjem alkohola ili pušenjem dobiju na važnosti u društvu, što je adolescentima potrebno (Vulić- Prtorić, 2004). Mlade depresivne osobe u sredstvima ovisnosti traže spas, olakšanje, nadu da će ako uzimaju sredstva ovisnosti depresija biti smanjena, uzimanje sredstava ovisnosti stvaraju si privid socijalne pripadnosti i zajedništva što je problem kod depresivnih osoba, postižu popularnost kod vršnjaka, sredstvima ovisnosti sami sebi stvaraju iluzije (Vulić-Prtorić, 2004).

Otpribliže 20% osoba koji zlorabljavaju droge, boluju ili su bolovali od velike depresivne epizode, one osobe koje zlorabljavaju alkohol, oko njih 30%, zadovoljavaju kriterije depresivnog poremećaja. Često osobe kako bi se osjećale bolje zlorabljavaju alkohol i droge. Međutim, čak i umjerene količine alkohola ili drugih sredstava ovisnosti mogu potaknuti ili pogoršati razvoj depresije (Kramlinger, 2005). Djeca i adolescenti s komorbidnim poremećajima depresivnosti i ovisnosti zahtijevaju vrlo dugotrajan i pažljivo planiran tretman (Vulić-Prtorić, 2004). Kako bi liječenje bilo uspješno potrebno je liječiti oba poremećaja. Postoji ipak problem, osoba se može uključiti u program liječenja ovisnosti o drogama, no njena depresija može ostati nepoznata i neliječena ili stručnjak za mentalno zdravlje može liječiti depresiju, ali ne liječiti ili čak i ne prepoznati problem ovisnosti. Liječenje ovisnosti o alkoholu i drogama započinje prekidom uzimanja sredstava ovisnosti uz nadzor liječnika, te kasnije apstiniranjem. Ostali dijelovi liječenja uključuju potporu, edukaciju, psihoterapiju pa i katkad lijekove. Da bi liječenje depresije bilo uspješno, potrebno je savladati problem ovisnosti, sve dok se problem ovisnosti ne savlada, liječenje depresije vjerojatno neće biti uspješno. Također, liječenjem ovisnosti poboljšavaju se ili povlače simptomi depresije, bez uporabe antidepressivnih lijekova (Kramlinger, 2005).

7.3. Poremećaji prehrane i depresija

„Kunem vam se, pred Bogom... kako se jednom ili dva puta dnevno prisilim uzeti hranu... Pažljivo sam proučila tu svoju slabost i mislila na Boga, koji mi ju je, u svojoj dobroti, dao, kako bi h se riješila poroka proždrljivosti.“

Sveta Katarina Sienska

Ako osoba boluje od poremećaja prehrane, možda ima pridruženu depresiju. Oko 50% do 75% osoba otprilike koje boluju od anoreksije ili bulimije nervoze imali su ili i imaju simptome depresije (Kramlinger, 2005). Prema Vulić-Prtorić(2004)poremećaji prehrane manifestiraju se u dva osnovna oblika: anoreksija nervoze koju karakterizira gubitak tjelesne težine i bulimija nervoze koju karakterizira kružno izmjenjivanje prejedanja i povraćanja. Mnogi anoreksični pacijenti imaju simptome bulimije i obrnuto. Osobe koje boluju od anoreksije sebe doživljavaju predebelima, konzumiraju malu količinu hrane, pretjerano vježbaju. Posljedice anoreksije mogu dovesti do smrti. Bulimija podrazumijeva konzumiranje hrane i automatsko povraćanje. Ostali poremećaji prehrane:

1) emocionalni poremećaj izbjegavanja hrane- dijete pored izbjegavanja hrane pokazuje simptome depresije, anksioznosti, opsesivno – kompulzivne smetnje

2) sindrom pervazivnog odbijanja- dijete ne samo da odbija hranu, već se odbija uključiti u druge socijalne aktivnosti i brigu o sebi

Komorbidnost između depresije i poremećaja hranjenja zaokupirala je liječnike i znanstvenike zato što velik broj djece koji imaju poremećaje hranjenja imaju i afektivne poremećaje, posebice depresiju. Kod oba poremećaja simptomi su: gubitak samopoštovanja i osjećaj gubitka kontrole. Anoreksija služi djeci i adolescentima kao pokušaj vraćanja samopoštovanja kroz ostvarivanje idealizirane slike o sebi i svome tijelu, zaokupljanje roditeljeve pažnje. I depresiji i anoreksiji zajednički su obiteljski problemi, kod anoreksične djece dominira pretjerano uplitanje i inzistiranje na zajedništvu, pretjerano zaštićivanje, odsutnost rješavanja problema, a kod depresivne djece dominantna je pretjerana kontrola, neprihvatanje djetetovih ideja, namjera, postignuća. Još jedan problem prisutan kod depresije i anoreksije je samodestruktivnost. Depresivna osoba ne prihvaća sebe i svoj život onakvim kakav je, dok anoreksična osoba taj problem neprihvatanja manifestira odbijanjem hrane (Vulić-Prtorić, 2004). Liječenjem depresije može se poboljšati raspoloženje, vratiti pozitivan

stav o životu i osoba se može usmjeriti na savladavanje poremećaja prehrane. Potrebno je što ranije liječiti poremećaj prehrane, jer kasnije će osoba teško moći promijeniti ustaljene navike prehrane (Kramlinger, 2005).

7.4. Poremećaji osobnosti i depresija

U mlađoj odrasloj dobi obično se razvija poremećaj osobnosti. Takve osobe teže uspostavljaju kontakt s drugim osobama. Sa depresijom su najčešće povezani:

1) granični poremećaj osobnosti – osobe kod kojih je prisutan granični poremećaj osobnosti nestabilne su u odnosima s drugim osobama, vlastitom doživljaju sebe i raspoloženju. Služe se prijetnjama, pokušajima samoozljeđivanja ili samoubojstva, neke osobe se osakaćuju grebanjem, rezanjem ili paljenjem vrućim predmetom. Teška depresija i anksioznost pojavljuju se s graničnim poremećajem osobnosti. Liječenje se psihoterapijom. Cilj terapije je smanjiti ili ukloniti negativne obrasce ponašanja i pomoći osobama kako se nositi sa sobom te prilagoditi životnim okolnostima. Kada se depresija i granični poremećaj pojavljuju zajedno mogu se propisati antidepresivni u kombinaciji s drugim psihijatrijskim lijekovima (Kramlinger, 2005).

2) ovisni poremećaj osobnosti – osobe s ovisnim poremećajem osobnosti imaju snažnu emocionalnu potrebu za ljubavlju, zbog čega njihovo ponašanje često bude pasivno, ponizno i podložno. Osoba ima izrazitu potrebu za brigom druge osobe, nesposobna je za samostalni život, treba stalnu potvrdu od drugih, teško donosi odluke bez pomoći drugih (Kramlinger, 2005).

7.5. Suicidalnost i depresivnost

„Samoubojica je zatvorenik koji, gledajući kako podižu vješala u dvorištu, vjeruje kako su njemu namijenjena, pobjegne noću iz ćelije, siđe u dvorište i ubije se sam.“

Franz Kafka

„Suicid i pokušaji suicida nisu psihijatrijski poremećaji sami po sebi, već simptomi emocionalne patnje koji mogu biti povezani s određenim psihijatrijskim poremećajima, naročito depresijom“ (Vulić- Prtorić, 2004, 199).

Prema istraživanjima, svaka dva sata u SAD jedna osoba mlađa od osamnaest godina počini samoubojstvo, a broj onih koji ga pokušavaju učiniti je 5 do 20 puta veći. Tragično je da je ta brojka s godinama sve veća i veća. Što se tiče dobi i spola, suicid je relativno rijedak kod djece mlađe od 10 godina, ali se kroz pubertet i adolescenciju povećava, djevojčice su te koje su sklonije pokušajima samoubojstva ali dječaci ih ipak više izvršavaju. Dječaci koriste više nasilnih metoda, imaju problema sa zakonom, financijskih problema. Osobe koje su počinile samoubojstvo prije smrti imale su poremećaj ponašanja, probleme s alkoholom, zlouporabom sredstava ovisnosti te anksiozni poremećaj. U razvoju suicidalnosti najčešće se ističe uloga depresije. Kod odraslih osoba povezanost između depresije i suicidalnosti je utvrđena u brojnim istraživanjima, a slični rezultati se dobivaju i kod djece i adolescenata. Samoubojstvo osobama „služi“ kao bijeg iz situacije koja je postala neizdrživa, neugodna; kao poziv u pomoć koji se upućuje okolini, čin agresije, ljutnje i kažnjavanja drugih, rješavanje želje da se bude s osobom koje nema, koja je preminula (Vulić-Prtorić, 2004).

8. ZAKLJUČAK

Depresija je psihički poremećaj prisutan u životu ljudi. Svrstava se u bolest današnjice. Smatralo se da depresija pogađa osobe zrele dobi, no razna istraživanja su pokazala da su sve više u opasnosti djeca i adolescenti. Može se pojaviti sama, ali i u kombinaciji sa drugim poremećajima. O njoj se može govoriti na razini simptoma, sindroma i depresivnih poremećaja. Dijagnosticira se promatrajući simptome u kontekstu normalnih razvojnih promjena, pokušavajući utvrditi njihov intenzitet i učestalost. Simptomi s kojima se susrećemo svaki dan su tuga, neraspoloženje, žalost, ljutnja i dr. no ako njihovo trajanje je duže i intenzitet jači tada to mogu biti simptomi koji ukazuju na depresiju. Simptomi depresije dijele se na četiri osnovne skupine: emocionalnu, tjelesnu, kognitivnu i bihevioralnu.

Postoje razni kriteriji dijagnosticiranja depresije koji pomažu kliničarima pri dijagnosticiranju, a to su MKB 10 i DSM- 5. Kriteriji su sažeti i jasni i namjera im je da poboljšaju objektivnu procjenu simptoma kliničke slike u različitim uvjetima. U DSM- 5 opisani su razni poremećaji, njihovi simptomi, razvoj i tijek... Kod djece depresija pogađa jednako i djevojčice i dječake, dok u adolescenciji se broj povećava u korist djevojčica u razmjeru 2:1. Važnu ulogu kod liječenja depresije ima rano otkrivanje, pravilna dijagnoza i pravilan način liječenja uz pomoć psihijatrije, raznih lijekova. Iako se može liječiti, depresija može uništiti i duh i tijelo.

LITERATURA

- Američka psihijatrijska udruga. (2014). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, peto izdanje*. Jastrebarsko: Naklada Slap
- Dodig – Ćurković, K. (2013). *Psihopatologija dječje i adolescentne dobi*. Osijek: Svjetla grada.
- Gruden, Z., Gruden, V. (2006). *Dijete-škola-obitelj*. Zagreb: Medicinska naklada.
- Gotlib, I. H., Hammen, C.L. (1996). *Psychological Aspects of Depression*. New York: John Wiley&Sons.
- Hauck, P.(1990). *Depresija*. Ljubljana- Zagreb: Založba Mladinska knjiga.
- Harrington, R. (1993). *Depressive Disorder in childhood and Adolescence*. New York: John Wiley&Sons.
- Hautzinger, M. (2002). *Depresija-modeli dijagnosticiranja, psihoterapije, liječenje*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Hotujac, Lj. i sur. (2006). *Psihijatrija*. Zagreb: Medicinska naklada.
- LebendinaManzoni, M. (2007). *Psihološke osnove poremećaja u ponašanju*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Jensen, E. (2004). *Različiti mozgovi, različiti učenici: kako doprijeti do onih do kojih se teško dopire*. Zagreb: Educa.
- Nikolić, S., Maranguić, M. i sur. (2004). *Dječja i adolescentna psihijatrija*. Zagreb: Školska knjiga.
- Seligman, M. (2005). *Optimistično dijete*. Zagreb: IEP.
- Vulić- Prtorić, A. (2000). *Struktura anksioznosti i depresivnosti u djece i adolescenata: Provjera hijerarhijskog modela*. Zagreb: Filozofski fakultet.

Vulić- Prtorić, A. (2001). Suočavanje sa stresom i depresivnost u djece i adolescenata, *Suvremena psihologija*, 4, 25-39.

Vulić- Prtorić, A. (2003). *SDD- Priručnik za skalu depresivnosti za djecu i adolescente*. Jastrebarsko: Naklada slap.

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

Vulić- Prtorić, A., Cifrek- Kolarić, M. (2011). *Istraživanja u razvojnoj psihopatologiji*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Vulić- Prtorić, A., Sorić, I. (2001). Taksonomija depresivnosti u djetinjstvu i adolescenciji: Razlike i sličnosti s obzirom na dob i spol ispitanika. *Medica Jadretina*, 31(3-4), 115-140.

Zoli, S (2002). *I izbavi me iz mračnog zla*. Jastrebarsko: Naklada slap.

Živković, Ž. (2006). *Depresija kod djece i mladih*. Đakovo: Tempo.

Živić, I. (1994). *Depresivnost u dječjoj dobi kao reakcija na stresne životne događaje izazvane ratnom situacijom*. Zagreb: Filozofski fakultet.

Web izvori:

<http://blog.dnevnik.hr/anksioznost123/2009/10/1626795055/manija-i-hipomanija.html> (26.5.2017.)

<http://djecja-psihijatrija.hr/depresija-u-djecjoj-i-adolescentnoj-dobi/> (24.5.2017.)

<http://hrcak.srce.hr/19802>(26.5.2017.)

<http://hrcak.srce.hr/19810> (29.5.2017.)

<http://hrcak.srce.hr/57136> (1.6.2017)

<https://hr.wikipedia.org/wiki/Biheviorizam> (10.6.2017)

<http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/psihijatrija/poremecaji-raspolozenja/depresivni-poremecaji>(22.5.2017)

<http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/psihijatrija/poremecaji-raspolozenja/depresivni-poremecaji> (25.5.2017)

<https://www.plivazdravlje.hr/tekst/clanak/16187/Sto-je-depresija.html>. (22.5. 2017.)

<http://www.poliklinika-djeca.hr/aktualno teme/depresija-u-djece-i-adolescenata/>(1.6.2017)

<http://www.poliklinika-djeca.hr/aktualno teme/depresija-u-djece-i-adolescenata/> (8.6.2017.)

<https://www.psycom.net/depression.central.teens.html> (10.6.2017.)

<https://www.zdravobudi.hr/clanak/969/dijagnosticiranje-i-lijecenje-depresije-kod-djece-i-adolescenata> (9.6.2017.)

<http://sjaj.hr/aktivnosti/dnevni-centar/poezija/> (20.6.2017.)

<https://poliklinika-irac.ba/2016/11/21/psihologija-depresija-kod-djece-poliklinika-medical-irac-tuzla>/28.6.2017.)

<http://savrsenikrug.ba/wp-content/uploads/2013/02/depresija.jpg> (28.6.2017.)

<http://www.roditelji.me/wp-content/uploads/2015/04/depresija3.jpg> (28.6.2017.)

KRATKA BIOGRAFSKA BILJEŠKA

Osobni podaci

Ime: Lucija

Prezime: Jembri

Datum rođenja: 25. 2. 1994..

Mjesto rođenja: Zagreb

Državljanstvo: Hrvatsko

Adresa:

E-mail:

Mobitel:

Obrazovanje

Osnovna škola: II. osnovna škola Vrbovec

Srednja škola: Opća gimnazija Vrbovec

Fakultet: Sveučilište u Zagrebu, Učiteljski fakultet – Odsjek u Petrinji

Specifična znanja i vještine

Rad na računalu

MS Office (Word, Excel, Power Point)

Microsoft Outlook/Internet

IZJAVA

Ja, dolje potpisana, Lucija Jembri, kandidatkinja za magistricu primarnog obrazovanja ovime izjavljujem da je ovaj diplomski rad rezultat isključivo mogjeg vlastitog rada te da se oslanja na objavljenu literaturu kao što to pokazuju korištene bilješke i bibliografija. Izjavljujem da niti jedan dio Diplomskog rada nije napisan na nedozvoljen način, odnosno da je prepisan iz kojeg necitiranog rada, te da ikoji dio rada krši bilo čija autorska prava.

Studentica: _____

IZJAVA O JAVNOJ OBJAVI RADA

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 Prezime

OIB

Potpis
