

Depresija kod djece

Mikolaj, Martina

Undergraduate thesis / Završni rad

2018

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:147:179782>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-06-15**

Repository / Repozitorij:

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



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
UČITELJSKI FAKULTET
ODSJEK ZA ODGOJITELJSKI
STUDIJ

MARTINA MIKOLAJ
ZAVRŠNI RAD

DEPRESIJA KOD DJECE

Čakovec, rujan 2018.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
UČITELJSKI FAKULTET
ODSJEK ZA ODGOJITELJSKI STUDIJ
(ČAKOVEC)

ZAVRŠNI RAD

Ime i prezime pristupnika: Martina Mikolaj

TEMA ZAVRŠNOG RADA: DEPRESIJA KOD DJECE

MENTOR: dr.sc. Tea Pahić

Čakovec, rujan 2018.

SADRŽAJ

Sažetak	1
Summary	2
UVOD	3
1. POJAM DEPRESIJE	4
2. TEORIJSKI PRISTUPI	5
2.1. Biološke teorije depresivnosti	5
2.1.1. Genetičke teorije	5
2.1.2. Biokemijske teorije	6
2.1.3. Neurofiziološke teorije.....	7
2.2. Psihoanalitičke teorije depresije	7
2.2.1. Freudova teorija ljutnje	7
2.2.2. Teorija niskog samopoštovanja Edwarda Bibringa.....	8
2.2.3. Teorija privrženosti i autonomije Sidneya Blatta.....	8
2.3. Bihevioralne teorije	8
2.3.1. Teorija socijalnih vještina Petera Lewinsohna.....	9
2.3.2. Teorija samokontrole Lynn Rehm	9
2.4. Kognitivne teorije.....	10
2.4.1. Kognitivna teorija Aarona Becka.....	10
2.4.2. Teorija naučene bespomoćnosti Martina Seligmana.....	11
2.4.3. Atribucijska teorija bespomoćnosti.....	12
2.4.4. Teorija beznadnosti	12
3. SIMPTOMI DEPRESIJE.....	14
4. VRSTE DEPRESIJE.....	16
4.1. Gubitak roditelja.....	16
4.1.1. Kratkoročni učinci.....	17
4.1.2. Dugoročni učinci.....	17
4.2. Gubitak samopoštovanja	17
5. DJECA DEPRESIVNIH MAJKI	19
6. DEPRESIVNOST I SUICIDALNOST	20
7. LIJEČENJE DEPRESIJE	22
ZAKLJUČAK	23
LITERATURA.....	24
ŽIVOTOPIS	25

Sažetak

Depresija, tj. depresivnost je emocionalno stanje osobe koje karakteriziraju osjećaji tuge, neraspoloženja, žalosti i utučenosti. Ona je danas sve učestalije životno iskustvo suvremenog čovjeka (Vulić – Prtorić, 2003).

Literatura o uzroku depresije u djetinjstvu i adolescenciji je svakim danom sve bogatija novim spoznajama. Pri tome se koriste različiti pristupi ovisno o teorijskoj orijentaciji istraživača. Uzroci su mnogobrojni, vrlo raznoliki te često međusobno isprepleteni. Zbog toga je otežano njihovo identificiranje te pravilna dijagnoza i odabir tretmana. Navedene su biološke, psihoanalitičke, bihevioralne te kognitivne teorije depresije (Vulić – Prtorić, 2003).

Sindrom depresije u dječjoj dobi je sličan depresiji u odrasloj dobi. Sadrži promjene u četiri područja, a to su raspoloženje, motivacija, tjelesno i motoričko funkcioniranje i spoznaja. Međutim, unatoč istim simptomima, postoje velike razlike među depresivnom djecom. Upravo zbog toga, svakom djetetu se treba individualno pristupiti u vezi liječenja jer liječenje heterogene skupine kao da je homogena stvar a i povećanu konfuziju (Wenar, 2003).

Liječenje depresije postiže se lijekovima kao što su tricijlički antidepresivi te psihoterapijom. Lijekovi umanjuju depresivne simptome, no njihova učinkovitost ovisi o razini u plazmi te je manja kod djece sa psihotičnim simptomima. U adolescenciji, lijekovi imaju ograničenu učinkovitost, najvjerojatnije zbog spolnih hormona koji ometaju njihov antidepresivni učinak (Wenar, 2003). Međutim, lijekovi omogućuju primjenu psihoterapije, koja je u dječjem slučaju igra ili obiteljska terapija (Živković, 2006).

U ovom radu pod nazivom „Depresija kod djece“ pobliže će se objasniti pojam depresije, njena teorijska polazišta, simptomi, uzroci te liječenje. Svrha rada je približiti pojam odgajateljima, roditeljima te zajednici kako bi što prije uočili simptome kod djece te pomogli kod liječenja.

Ključne riječi: depresija, djeca, liječenje, simptomi, uzrok

Summary

Depression is the emotional state of a person which is characterized by feelings of sadness, sorrow and dejection. Today it is frequently lifelong experience of a contemporary man. (Vulić – Prtorić, 2003).

Literature about the cause of depression in the childhood and adolescence is increasingly richer in new knowledge every day. Different approaches are used, depending on the theoretical orientation of the researcher. The causes are many, very various and often intertwined. Therefore, it is difficult to identify them and to properly diagnose and select the treatment. In paper are mentioned biological, psychoanalytic, behavioral and cognitive theory of depression (Vulić – Prtorić, 2003).

Depression syndrome in childhood is similar to depression in a adulthood. It contains changes in four domains, such as mood, motivation, body and motor function and cognition. However, despite the same symptoms, there are big differences among depressive children. That is why every child should be treated individually because treatment of the heterogeneous group as homogeneous creates increased confusion (Wenar, 2003).

Treatment of depression is achieved with medications such as tritrial antidepressants and psychotherapy. Medications reduce depressive symptoms, but their effectiveness depends on plasma levels and is lower in children with psychotic symptoms. In adolescence, medications have limited effectiveness, most likely because of sex hormones that interfere with their antidepressant effect (Wenar, 2003). However, medications allow the use of psychotherapy, which in a child's case is playing or family therapy (Živković, 2006).

In this paper entitled "Depression in children", the term depression, its theoretical starting point, symptoms, causes and treatment will be explained more closely. The purpose of the paper is to bring closer the concept to educators, parents and the community to identifying the symptoms in children and helping them with treatment.

Key words: cause, children, depression, symptoms

UVOD

Depresija je, kao i anksioznost i srdžba, normalan fenomen koji doživljava većina ljudi. Međutim, mora se razlikovati tugaljivost ili depresivni afekt kao pojedinačni simptom od depresije kao sindroma. Depresiju kao sindrom čini veći broj simptoma koji imaju određenu etiologiju, tijek, ishod i odgovor na liječenje, uz karakteristična psihološka, obiteljska i biološka obilježja (Wenar, 2003). Depresija je, također, jedan od najvećih psiholoških problema adolescencije. Uz nju se vežu osjećaji tuge, frustriranosti i beznađa u životu, praćeni gubitkom užitivanja u većini aktivnosti i poremećajima u spavanju, apetitu, koncentraciji i energiji (Berk, 2008).

Depresija je bila prilično neuobičajeno stanje sve do 1960-ih godina. U pravilu je pogađala srednjovječne žene. Početkom 60-ih, postala je mnogo češća pojava. Teška depresija danas je ne samo mnogo češća pojava nego pogađa i sve mlađe žrtve. Istraživanje u jugoistočnom dijelu SAD-a pokazalo je da je depresija zastupljena kod 9% od 3000 ispitane djece u dobi između dvanaest i četrnaest godina (Seligman, 2005).

Osim u SAD-u, klinička depresija je tako prostranjena da je razlog oko 75% psihijatrijskih hospitalizacija. Čak 15 do 20% odraslih u nekom razdoblju života trpe veliku razinu znakova depresije (Fenell, 1990; prema Živković, 2006).

Kao najveći krivac depresije navodi se amortiziranje disforije. Zbog propagande da se moraju osjećati dobro i uživati visoko samopoštovanje, ljudi su počeli vjerovati da trebaju izbjegavati disforiju, to jest, ljutnju, tjeskobu i tugu. Te emocije imaju svoju svrhu, nabiju ljude potrebnom energijom da bi djelovali i promijenili sebe ili svoj svijet te su zbog toga vrlo važne (Seligman, 2005).

1. POJAM DEPRESIJE

Depresija se ubraja u najranije opisane bolesti u medicini i može se reći da je stara koliko i sama naša civilizacija. I samo njezino ime ima drevni korijen: dolazi od latinske riječi *deprimere*, koja znači pritisnuti ili udubiti (Karlović, 2017).

Važno je razlikovati depresivno ponašanje, koje svi ljudi ponekad imaju, od depresivnog sindroma te depresivnog poremećaja. Depresivni sindrom ima manji broj ljudi i to je kombinacija nekih simptoma depresije kao što su: iritabilnost, smanjenje teka, povlačenje iz društva, tužan izraz lica i slično (Živković, 2006). On sadrži promjene u četiri područja, a to su: raspoloženje, motivacija, tjelesno i motoričko funkcioniranje i spoznaja. Prema tome, sličan je u dječjoj dobi kao i u odrasloj (Wenar, 2003). Depresivan poremećaj pripada depresivnom sindromu koji ima određenu jačinu i trajanje. Ako depresivni sindromi imaju negativne posljedice na funkcioniranje pojedinca u svakodnevnom životu, tada govorimo o depresivnom poremećaju (Živković, 2006).

Depresija je često povezana s povećanim rizikom od drugih psihijatrijskih poremećaja, slabim akademskim, socijalnim i radnim funkcioniranjem, zloupotrebom različitih sredstava ovisnosti i suicidom (Rudan i Tomac, 2009).

Depresivnost se manifestira kroz više simptoma kao što su: promjene raspoloženja, umor, gubitak interesa, teškoće u koncentraciji i donošenju odluka, osjećaj bezvrijednosti i krivnje, a na tjelesnom planu: poremećaj apetita, spavanja i psihomotoričke organizacije (Vulić – Prtorić, 2003).

Depresivna djeca vjeruju kako su razlozi loših događanja stalni te da će se loše stvari uvijek događati. Kad se dogodi nešto loše, uvjereni su da je to njihova krivica. Također, dobre stvari koje im se dese, pripisuju slučaju i misle da su samo privremene (Seligman, 2005).

Što su djeca depresivnija, više se ljute na sebe i druge oko sebe te iskaljuju bijes vikanjem i razbijanjem. Lako se može zamijeniti za smetnje ponašanja poput mrzovolje, zlovolje i destruktivnosti. Zbog toga se pokazalo da je većina depresivnih odraslih ljudi imala depresiju i u dječjoj dobi, samo što nije bila prepoznata (Živković, 2006).

2. TEORIJSKI PRISTUPI

Postoji mnogo različitih uzroka depresije i često su vrlo isprepleteni što otežava njihovo poznavanje. Kao što ima mnogo uzroka, tako ima i mnogo teorijskih pristupa o tumačenju depresivnosti. Većina teorija ima mnogo toga zajedničkog, a razlike su često samo u naglašavanju važnosti pojedinih čimbenika u tom procesu. Svaka od tih teorija doprinosi svojim spoznajama o određenom poremećaju, njegovom porijeklu i specifičnim terapijskim intervencijama. Osnovni teorijski pristupi su: biološke teorije, psihoanalitičke teorije, bihevioralne teorije te kognitivne teorije (Vulić – Prtorić, 2003).

2.1. Biološke teorije depresivnosti

Biološki pristup obuhvaća znanja iz genetike, neurokemije, neuroendokrinologije, psihoneuroimunologije i sličnih područja. Općenito se može govoriti o tri grupe teorija koje opisuju biološke čimbenike kod depresije, a to su: genetičke teorije, biokemijske teorije te neurofiziološke teorije (Vulić – Prtorić, 2003).

2.1.1. Genetičke teorije

Genetičke teorije ukazuju na to da predispozicija za poremećaje raspoloženja može biti genetički prenošena. Nasljeđuje se biološka preosjetljivost za poremećaj u regulaciji jednog ili više sustava kao što su: sustav za regulaciju amina, disfunkcije imunološkog sustava, abnormalnosti cirkadijurnog ritma i sezonskog javljanja depresije (Vulić – Prtorić, 2003).

U istraživanjima su korištene metode obiteljske analize, analize blizanaca i usvojene djece (Vulić – Prtorić, 2003).

Kod studija obitelji dokazalo se da postoji kontinuitet depresivnih osoba u obitelji što može ukazati na genetsku komponentu. Isto tako, istraživanja depresivne djece pokazuju učestalost psihijatrijskih poremećaja kod rođaka. Podaci koji su dobiveni u studijama obitelji ukazuju na to da ako samo jedan roditelj ima dijagnozu bipolarnog poremećaja, rizik kod djeteta iznosi 25%, a uz oba roditelja čak 50 – 75% za poremećaj promjene raspoloženja. Iako, kada se radi o bipolarnom poremećaju, djeca imaju većinom unipolarne depresije, a ne bipolarne poremećaje (Vulić – Prtorić, 2003).

Prema nekim istraživanjima se pokazalo kako veći rizik imaju djeca čiji srodnici imaju ranu pojavu depresije, komorbidni poremećaj i alkoholizam (Weissman i sur., 1988; Shiner i Marmorstein, 1998; Kaplan i Sadock, 1998; Davison i Neale, 1999.; prema Vulić – Prtorić, 2003).

Kod studije blizanaca podaci su relativno konzistentni i podupiru shvaćanje da bipolarni poremećaji imaju nasljednu komponentu. Međutim, podaci iz tog studija o zajedničkim okolinskim uvjetima su manje konzistentni, čak i zanemareni. Zbog nedostataka u ovoj studiji te nemogućnosti direktne provjere utjecaja zajedničkih okolinskih faktora, provodila se i studija usvojene djece (Vulić – Prtorić, 2003).

Studija usvojene djece utvrdila je snažnu obiteljsku povezanost u afektivnim poremećajima. Međutim, dodatno istraživanje (Thalia Eley i sur., 1998; prema Vulić – Prtorić, 2003) usvojene djece nije potvrdilo genetski utjecaj u razvoju depresivnih simptoma u srednjem djetinjstvu i tako su nekonzistentni s nalazima studija blizanaca. Zaključeno je da u toj dobi (9-12) faktori okoline više pridonose razvoju depresivnosti od genetskih faktora (Vulić – Prtorić, 2003).

2.1.2. Biokemijske teorije

U okviru biokemijske teorije su uglavnom istraživanja neurotransmitera i hormonske neravnoteže u etiologiji depresije. Istraživanja su počela kada su se triciklički antidepresivi i inhibitori monoamino oksidaze pokazali djelotvornima u ublažavanju simptoma depresije. Ti lijekovi povećavaju koncentraciju noradrenalina i serotonina u mozgu (Vulić – Prtorić). Rezultati istraživanja iz tog područja raspodijelili su se u nekoliko teorija. Neki tvrde da se depresija javlja kod pomanjkanja neurotransmitera norepinefrina na kritičnim mjestima prijenosa živčanog uzbuđenja unutar središnjeg živčanog sustava, neki pak da se javlja radi smanjene koncentracije neurotransmitera serotonina. Treća teorija jest da je kod depresivnih osoba narušena ravnoteža između adrenergičkih i kolinergičkih neurotransmiterskih sustava (Davison i Neale, 1999; Hautzinger, 2002; prema Vulić – Prtorić, 2003).

2.1.3. Neurofiziološke teorije

U toj teoriji, pretpostavka je da su psihopatološki fenomeni posljedice naslijeđenih ili stečenih patoloških promjena mozga. Rezultati su dobiveni kod promatranja odraslih depresivnih osoba. Pokazalo se da se dominantni simptomi depresije mogu uočiti kod spavanja. Depresivne osobe imaju smetnje kod uspavljivanja, česta buđenja po noći, ranojutarnja buđenja i slično. U istraživanjima su se koristili fiziološki testovi kojima se mjeri moždana aktivnost, pokreti očiju te mišićni tonus kod spavanja. Međutim, kada su povezanost provjerili kod djece i adolescenata, podaci nisu bili u tolikoj mjeri jednoznačni (Vulić – Prtorić, 2003).

2.2. Psihoanalitičke teorije depresije

U okviru psihoanalitičkih teorija postoji velik broj međusobno različitih stajališta. Ortodoksni psihoanalitičari su dugo smatrali da se depresivni poremećaj ne može pojaviti u djetinjstvu, jer dijete štiti njegova nezrelost. Prema njihovim stajalištima, depresija rezultira iz agresije okrenute protiv sebe, iz konflikta koji rađa krivnju te iz niskog samopoštovanja koji nastaje iz usporedbe realnog i idealnog ja. Te postavke su opovrgla brojna istraživanja koja su ukazala na sve raniju pojavu te duže trajanje prvih depresivnih sindroma (Vulić – Prtorić, 2003).

Od mnogih psihoanalitičkih teorija, treba izdvojiti Freudovu, Bibringovu i Blattovu teoriju depresije (Carr, 1999; prema Vulić – Prtorić, 2003).

2.2.1. Freudova teorija ljutnje

Freud je tumačio nastanak depresije u uskoj vezi s agresivnošću i ljutnjom. Smatrao je da se nakon gubitka drage osobe događa regresija na ranije stadije razvoja u kojem je izgubljena osoba sastavni, unutrašnji dio doživljavanja sebe. Zbog tog osjećaja napuštenosti javlja se agresija, ali kod depresivnih osoba ona se usmjerava prema sebi u obliku samoagresije i samomržnje. Djeca čiji su skrbnici bili pretjerano popustljivi ili nisu zadovoljili njihove potrebe za ovisnošću u oralnoj fazi imaju predispozicije za razvoj depresije. Ta djeca očajnički traže ljubav, a kada izgube nekog koga vole, osjećaju gubitak mnogo snažnije i skloniji su samoagresiji. Freud je, također, naglasio važnost životnih događaja u ranoj dobi u stvaranju ranjivosti za depresiju (Carr, 1999; prema Vulić – Prtorić, 2003).

2.2.2. Teorija niskog samopoštovanja Edwarda Bibringa

Bibring uvodi pojmove niskog samopoštovanja te bespomoćnosti kao ključne za kasnije depresivne simptome (Malmquist, 1972; prema Vulić – Prtorić, 2003). Opisuje depresiju kao afektivno stanje ega koji doživljava sebe kao preslabog i bespomoćnog i u nemogućnosti da učini nešto. Javlja se napetost u usporedbi idealne i realne slike o sebi i svijest o vlastitoj bespomoćnosti dovodi u depresiju u kojoj je slomljeno samopoštovanje te raste samomržnja i javlja se želja za smrću. Velik broj istraživanja se slaže s njegovom idejom da je nisko samopoštovanje važan element za nastajanje depresije (Carr, 1999; prema Vulić – Prtorić, 2003).

2.2.3. Teorija privrženosti i autonomije Sidneya Blatta

Blatt smatra da postoje dva tipa depresije koji su povezani s ranim odnosima djeteta s roditeljima i koji uzrokuju ranjivost za depresiju:

1. Dijete koje u ranom djetinjstvu ima pretjerano popustljive roditelje ili ga roditelji zanemaruju postaje preosjetljivo i ranjivo za sve stresne događaje u kojima se može dogoditi nekakvo napuštanje ili gubitak privrženosti i ljubavi dragih osoba. Najčešći obrambeni mehanizmi u tom slučaju su poricanje i represija. Posljedica toga je depresija u kojoj su ključna obilježja osjećaji napuštenosti, bespomoćnosti, potrebe za nekim tko će im pružiti ljubav te gubitak privrženosti.
2. Dijete koje u ranom djetinjstvu doživljava previše kritiziranja od strane roditelja ili kažnjavanja, kasnije postaje preosjetljivo i ranjivo za one događaje u kojima postoji opasnost da izgube kontrolu ili autonomiju. Najčešći oblici obrambenih mehanizama su projekcija i reaktivna formacija. A posljedica toga je depresija u kojoj su ključna obilježja osjećaji inferiornosti, bezvrijednosti, gubitak kontrole, doživljavanje neuspješnosti, krivnje i pretjerane odgovornosti (Blatt i Zuroff, 1992; Luthar i Blatt, 1995; prema Vulić – Prtorić, 2003).

2.3. Bihevioralne teorije

Bihevioralne teorije promatraju depresiju u terminima reakcije na podražaje u pretjerane generalizacije te se usredotočuju na učenje, utjecaje iz okoline i nedostatak vještina. Najvažniji autori takvih teorija su Peter Lewinsohn i Lynn Rhem (Vulić – Prtorić, 2003).

2.3.1. Teorija socijalnih vještina Petera Lewinsohna

Osnova Lewinsohnove teorije jest da su simptomi depresije posljedica problema u interakciji s okolinom, pogotovo nedostataka socijalnih vještina i pozitivnih potkrepljenja u interpersonalnim interakcijama. Ako djetetovo ponašanje ne izaziva dovoljno pozitivnog potkrepljenja, ono se povlači, postaje pasivno te pokazuje afektivne i kognitivne simptome depresije. To potvrđuju i neka istraživanja čiji rezultati pokazuju da ako se depresivna djeca uključe u više ugodnih aktivnosti u kojima dobivaju pozitivna potkrepljenja, simptomi depresije se smanjuju. Zbog toga, teorije u okviru bihevioralnog modela naglašavaju ulogu socijalnih vještina u kojima djeca mogu dobiti manje ili više pozitivnih potkrepljenja iz okoline (Lewinsohn i sur., 1999; Hops i Lewinsohn, 1995; prema Vulić – Prtorić, 2003).

2.3.2. Teorija samokontrole Lynn Rehm

Teorija samokontrole predstavlja pokušaj da se integriraju osnovne postavke Lewinsohnove, Seligmanove i Beckove teorije depresije. Međutim, ova teorija uključuje unutrašnje faktore. Usmjeren je na neprilagođene i deficitarne načine suočavanja sa stresom, najviše na području samoopažanja, samovrednovanja i samopotkrepljenja. Prema ovoj teoriji, depresivna osoba ima šest osnovnih obilježja:

- opaža samo negativne događaje
- opaža samo trenutne, a ne i odgođene posljedice svog ponašanja
- postavlja sebi stroge standarde prilikom samoprocjene
- okrivljuje sebe za sve negativne događaje, a za pozitivne pripisuje zasluge drugima
- nedovoljno nagrađuje samu sebe kako bi se motivirala na dugoročne ciljeve
- pretjerano se kažnjava što utječe na uspješno razmatranje problema, njegovo rješavanje i učvršćivanje takvog ponašanja (Vulić – Prtorić, 2003).

Postavke Lewinsohnove i Rhemine teorije predstavljaju osnovu za kasnije interakcijske paradigme u tumačenju depresije koje su u nekim radovima opisane zajedničkim nazivom interpersonalne teorije depresije (Vulić – Prtorić, 2003). Prema modelu specifičnih kognitivnih deficita, depresivne osobe imaju interpersonalne teškoće zbog manjkavosti u vještinama rješavanja socijalnih problema. To se odnosi na teškoće u pronalaženju alternativnih rješenja te na donošenje odluka u socijalnim situacijama (Nezu, D'Zurilla, 1989; prema Vulić – Prtorić, 2003).

2.4. Kognitivne teorije

Kognitivne teorije su vrlo slične bihevioralnim teorijama depresije jer se različite verzije oslanjaju na slične konstrukte te ih je ponekad teško razdvojiti. Značajno je njihovo preklapanje u terapijskim intervencijama. Osnovni sustavi u razumijevanju depresije po kognitivnim teorijama su percepcija, atribucija, očekivanje i vjerovanje (Vulić – Prtorić, 2003).

2.4.1. Kognitivna teorija Aarona Becka

U Beckovoj teoriji osnovu depresije čine negativni kognitivni procesi koje on naziva negativnim kognitivnim shemama ili vjerovanjima. Te sheme određuju način na koji osoba procjenjuje i događaje i ljude oko sebe te tako neposredno pridonose pojavi simptoma depresije (Vulić – Prtorić, 2003). Također, evaluacijska praćenja kognitivnih terapija depresivnih osoba pokazala su da u depresivnim poremećajima dominiraju kognitivna iskrivljavanja koja čine depresivnu kognitivnu trijadu: negativno viđenje sebe, svijeta i budućnosti (Beck i sur., 1979, Rehm, 1989; prema Vulić – Prtorić, 2003). Depresivne kognitivne sheme stječu se tijekom djetinjstva i adolescencije kroz traumatske događaje kao što su gubitak dragih osoba, odbacivanje od strane vršnjaka, depresivni stavovi roditelja i slično (Vulić – Prtorić, 2003).

Beck je smatrao da postoje dvije dimenzije osobnosti koje su važne za razvoj depresije: prva je sociotropija koja se odnosi na socijalno postignuće i pozitivne odnose s drugim ljudima, a druga je autonomija koja se odnosi na potrebu osobe da bude uspješna i nezavisna o drugima. Budući da se depresija javlja kada osoba misli da je doživjela neki gubitak, osoba koju dominira sociotropija će postati depresivna ako doživi neki interpersonalni gubitak ili odbacivanje, dok će osoba kod koje dominira autonomija postati depresivna ako procjeni da je neuspješna ili ako osjeti da gubi kontrolu nad okolinom (Vulić – Prtorić, 2003).

Depresivne sheme dopuštaju osobi da osjeća samo negativne osjećaje, da se osjeća nesretnom, nesposobnom i nevoljenom. Ako je osoba razvila ove negativne kognitivne sheme, sve stresne događaje interpretira na negativan, depresivan način. Tako nastaju kognitivne distorzije, tj. logičke pogreške u zaključivanju.

Najčešće kognitivne distorzije su:

- polarizacija – razmišljanje „sve ili ništa“, dijete osjeća pritisak da mora uvijek biti najbolje, svaki mali neuspjeh gleda kao katastrofu
- selektivnost i generalizacija – dijete izvađa zaključak iz razgovora i daje mu veći smisao te ga koristiti za stvaranje negativne slike o sebi, svom ponašanju i vrijednosti
- personalizacija – dijete misli da se sve loše događa zbog njega, interpretira događaje na egocentričan i subjektivan način
- arbitrarnost – donošenje zaključaka na temelju dokaza koji su neprimjereni ili čak suprotni izvedenom zaključku (Vulić Prtorić, 2003).

2.4.2. Teorija naučene bespomoćnosti Martina Seligmana

Seligmanova teorija se temelji na rezultatima laboratorijskih pokusa na životinjama u kojima ih se naučilo bespomoćnosti. Prema tom modelu, depresija se temelji na neugodnim iskustvima nad kojima osoba nije imala kontrolu i koji su rezultirali pasivnošću i očekivanjima da neće imati kontrolu niti nad nadolazećim situacijama. Posljedice takvih očekivanja poznate su kao deficiti naučene bespomoćnosti na motivacijskom, kognitivnom i emocionalnom planu. Bespomoćnost vodi u pasivnost, socijalnu neprilagođenost, usporenost u ponašanju i slične simptome. Seligman je naučenu bespomoćnost smatrao modelom depresije bespomoćnosti (Peterson, Maier i Seligman, 1993). Međutim, teorija ima nekoliko nedostataka:

- ne objašnjava kada i u kojim situacijama osjećaji bespomoćnosti postaju stabilni, a kada nestabilni
- ne objašnjava kada će se ti deficiti generalizirati u različite domene života osobe, a kada će ostati specifični za jednu domenu
- ne objašnjava razlog zašto ljudi gube samopoštovanje u situacijama bespomoćnosti
- ne objašnjava zašto su neke osobe sklonije bespomoćnosti (Nolen – Hoeksema i sur., 1986; prema Vulić – Prtorić, 2003).

2.4.3. Atribucijska teorija bespomoćnosti

Zbog nedostataka Seligmanove teorije bespomoćnosti, Abramson, Seligman i Teasdale su proširili taj model u atribucijsku teoriju bespomoćnosti. Atribucije su načini na koje osoba objašnjava sebi zašto se nešto događa, hoće li se to i ubuduće događati te koliko će trajati. Prema toj teoriji, osoba postaje depresivna kada koristi depresivni atribucijski stil, tj. kada negativne životne događaje pripisuje internalnim, stabilnim i globalnim uzrocima. Internalne atribucije smanjuju samopoštovanje, globalne pojačavaju generalizaciju neuspjeha te njegove učinke, a stabilne te učinke čine dugoročnima (Vulić – Prtorić, 2003).

Također se pokazalo da je za atribucijski stil djeteta presudan takav stil majke. Djetetova negativna slika o sebi je u skladu s majčinim negativnim atribucijama u vlastitom atribucijskom stilu (Cicchetti, Toth, 1998; prema Vulić – Prtorić, 2003).

2.4.4. Teorija beznadnosti

1989. godine teorija bespomoćnosti je doživjela svoju treću reviziju. U toj teoriji, teoriji beznadnosti, Abramson, Metalsky i Alloy smatraju da neki oblici teorije mogu biti uzrokovani stanjima beznadnosti. Beznadnost je očekivanje da nikad neće doći do nekog poželjnog ishoda ili da ako dođe do njega, taj ishod će biti neugodan. Prema toj teoriji, ključno pitanje je zašto su neki ljudi depresivni i beznadni kad se susretnu s negativnim životnim događajima, a drugi nisu. Autori su odgovorili na to pitanje pomoću tri tipa zaključivanja koji vode u depresiju:

1. Zaključci koji su vezani za uzroke tog događaja – Stabilne i globalne atribucije rezultiraju bespomoćnošću, a stabilne i specifične pesimizmom. Osim toga, u atribuiranju uzroka nekog događaja sudjeluju i pitanja: ima li taj događaj opći karakter, je li konzistentan te je li značajno različit od ostalih događaja u životu. Ta pitanja čine kauzalne atribucije za neke životne događaje vjerojatnijima nego za druge.
2. Zaključci ovisno o posljedicama negativnih događaja – Neovisno o kauzalnim atribucijama, posljedice mogu utjecati na javljanje depresije. Ako osoba negativne ishode događaja smatra važnima, nepopravljivima i utjecajnim na mnoge sfere života, zaključivanje će voditi u beznadnost. Međutim, ukoliko utječu na ograničene sfere života, prije će se javiti pesimizam nego beznadnost.

3. Zaključivanje ovisno o karakteristikama doživljavanja sebe – Ako osoba vjeruje da te karakteristike nije moguće promijeniti ni izbjeći, a da će i ubuduće ometati postignuće u njenom životu, zaključivanje vodi u beznadnost (Abramson, Metalsky, Alloy, 1989; prema Vulić – Prtorić, 2003).

3. SIMPTOMI DEPRESIJE

Simptomi depresivnosti se mogu javljati kao reakcije na stresne događaje, ali, također, mogu se pojaviti i bez nekog vanjskog utjecaja (Živković, 2006).

Postoje četiri skupine simptoma depresije. Prvi od simptoma se odnosi na promjenu djetetovog razmišljanja. Dijete drugačije razmišlja kad je u depresiji i kad nije. Kad je depresivno, dijete misli da zbog njegovog manjka sposobnosti, njegova budućnost je beznadna te ono ima mračnu predodžbu o sebi, svojoj budućnosti, ali i o svijetu. Ono vjeruje da će upropastiti sve što dotakne te zbog takvog načina razmišljanja za svaki svoj uspjeh pronalazi razloge kako bi ga okarakterizirao kao neuspjeh. Uzroke loših događaja, depresivno dijete vidi kao trajne i osobne dok uzroke dobrih događaja vidi kao privremene (Seligman, 2005).

Druga skupina simptoma se odnosi na negativnu promjenu raspoloženja. Depresivno dijete je tužno, obeshrabreno, očajno. Često plače, a kad postane krajnje očajno ne može se ni rasplakati. Sve aktivnosti u kojima je prije uživalo tada mu dosade. Nema volje za životom, rijetko se smiješi, a nikad se ne smije. Osim tuge, pojavljuje se i živčanost i tjeskoba (Seligman, 2005).

Treći niz simptoma dječje depresije obuhvaća pasivnost, neodlučnost i suicidalnost. Depresivno dijete ne može započeti nikakve zadatke, osim onih najrutinskijih, a i onda odustane ako ga netko omete. Osim toga, kad dođe do nekog izbora, ne može se odlučiti za jednu od ponuđenih mogućnosti. Što je najgore, depresivno dijete često razmišlja i o samoubojstvu, ili zbog okončanja patnje ili zbog manipulacije. Ako misli da će se postojeće stanje nastaviti, želi sve okončati kako bi se oslobodilo patnje. Međutim, razmišlja o samoubojstvu i ako samo žele uzvraćanje ljubavi ili osvetu ili zadnju riječ u nekom sukobu (Seligman, 2005).

Zadnji, četvrti niz simptoma jest tjelesni. Događa se da depresivna djeca ne mogu jesti, nemaju apetit. Međutim, postoje djeca koja rade upravo suprotno, jedu čak i kad nisu gladna. Osim problema s jelom, postoje i problemi sa spavanjem. Ili spavaju mnogo više nego inače ili ne mogu zaspati uopće, pogotovo ako pate od tjeskobe. Također, sve normalne bolove ili bolesti preuveličavaju te mnogo češće traže pomoć (Seligman, 2005).

Ako dijete ima jedan od sljedećih simptoma, depresivno je raspoloženo, ako ima dva ili više gubi zanimanje ili uživanje, a ako ima najmanje pet simptoma tijekom istog dvotjednog razdoblja i predstavljaju promjenu od ranijeg funkcioniranja, tada dijete ima veliku depresivnu epizodu:

- gotovo svakodnevno depresivno ponašanje veći dio dana
- gotovo svakodnevno značajno smanjeno uživanje ili čak i zanimanje u aktivnostima
- gotovo svakodnevno smanjenje ili povećanje apetita, tj. značajan gubitak na težini ili dobivanje na težini
- gotovo svakodnevna nesanica ili hipersomnija
- gotovo svakodnevna psihomotorička agitacija ili usporenost
- gotovo svakodnevni osjećaj bezvrijednosti ili pretjerane ili neodgovarajuće krivnje
- gotovo svakodnevno smanjena mogućnost razmišljanja ili koncentriranja ili neodlučnost
- razmišljanja o smrti, suicidalne ideje bez specifičnog plana ili pokušaj suicida ili specifičan plan za izvršenje suicida (Wenar, 2003).

4. VRSTE DEPRESIJE

Tijekom normalnog razvoja, postoje dvije sklonosti: privrženost i samopouzdanje kao komponenta inicijative. Pretjerana zaokupljenost bilo kojom od njih može dovesti do depresije. Ta zaokupljenost je posljedica poremećenog roditeljstva u prve dvije godine života u kojima su temeljna pitanja privrženost i individualnost. U to je uključeno pretjerivanje i fiksacija. U konačnosti, pojava depresije je posljedica životnih strahova i čimbenika koji pojačavaju učinke rizika dva temeljna tipa: gubitka voljene osobe te gubitka samopoštovanja (Wenar, 2003).

4.1. Gubitak roditelja

Prva vrsta depresije je posljedica poremećaja u interpersonalnim odnosima. Osoba, to jest, dijete je ovisno i potrebna mu je ljubav i skrb, boji se napuštanja i gubitka ljubavi i osjeća se bespomoćno i slabo. Kao uzrok takve vrste depresije navodi se gubitak voljene osobe, npr. majke. Odgovarajuće majčinstvo u dojenačkoj dobi je apsolutno neophodno za optimalan fiziološki i psihološki razvoj. Odsutnost majke, nakon što se stvori veza puna ljubavi, dovodi do depresije. Reakcije dojenčadi na odsutnost majke promatra se kroz tri stadija. Prvi stadij se naziva stadij prosvjeda. Dijete traga za majkom radi ponovnog uspostavljanja ljubavi, nada se da će se ona vratiti. Ono je anksiozno, glasno plače, ukolo traži majku, tresu krevetom i odbija sve ostale ljude. Moguće je i da se pojavi generalizirana srdžba te dijete udara zamjenske skrbnike ili je destruktivan prema predmetima. Druga faza je stadij očajanja. Dijete gubi nadu za povratkom majke. Ono tada postane povučeno, neaktivno. Ako se pokuša uspostaviti kontakt s djetetom, ono paničari i vrišti. Također, u toj fazi prisutni su gubitak apetita, gubitak tjelesne težine te nesаница. Za takvo ponašanje se koristi izraz anaklitička depresija. Posljednja, treća faza je stadij odvajanja. Tada se dijete štiti od ponovnog doživljavanja boli zbog gubitka tako što poriče postojanje privrženosti. Ono ponovo reagira na skrbnike, hranu i igračke. Veze između djeteta i drugih osoba su prihvatljive, ali im nedostaje dubina osjećaja (Wenar, 2003).

4.1.1. Kratkoročni učinci

Ako se separacija od majke dogodi nakon djetetovih šest mjeseci, karakteristična ponašanja se nastavljaju javljati tijekom prve tri godine života. Međutim, ne pokazuju sva dojenčad takva ponašanja nakon separacije. Postoje razlike zbog različitosti u temperamentima i ovisno o ranijih iskustvima separacije. Postoje mnogi čimbenici koji utječu na djetetovu reakciju na gubitak majke. Depresivna reakcija na stres je manja ako je separacija kratkotrajna, kad majka može biti s djetetom s vremena na vrijeme ili kad je dostupna neka druga pouzdana zamjena. Kad se pak radi o dužem vremenu zadržavanja u nepoznatoj, bezosjećajnoj okolini s malo ili nimalo kontakta s majkom ili nekom drugom poznatom osobom, reakcija bi mogla biti uništavajuća (Wenar, 2003).

Može se reći da učinci odsutnosti majke ovise o ukupnom interpersonalnom, intrapersonalnom i vremenskom kontekstu (Etaugh, 1980; prema Wenar, 2003).

4.1.2. Dugoročni učinci

Rutter (1972, 197b; prema Wenar, 2003) u svom pregledu ne nalazi dokaze da deprivacija bez drugih stresova ima veze s kasnijom psihopatologijom. Ako se dijete i hospitalizira, to može dovesti do anaklitičke depresije u dojenačkoj dobi, ali opet to ne mora značiti da će biti psiholoških smetnji u kasnijem djetinjstvu. Antisocijalno ponašanje djeteta je češće u razvedenim obiteljima, nego u nepotpunim obiteljima zbog smrti roditelja. Zaključuje se da je poremećeni odnos roditelja i djeteta povezan s kasnijim razvojem psihopatoloških fonema, a ne prekid veze (Wenar, 2003).

4.2. Gubitak samopoštovanja

Samopoštovanje je uvjerenje koje djeca imaju sama o sebi (Harter, 1985; prema Vasta, Haith, Miller, 2005). Ono ne obuhvaća samo dječje kognitivne prosudbe o vlastitim sposobnostima, već i njihove reakcije na takva samovrednovanja (Vasta, Haith, Miller, 2005).

Do depresije ne dovodi samo gubitak samopoštovanja, već i ideja da osoba ne može promijeniti stanje stvari, što se može nastaviti do unedogled. Pažnja je ponajviše usmjerena na osjećaje bezvrijednosti, bespomoćnosti i beznađa (Wenar, 2003).

Naučena bespomoćnost je kad osoba shvati kako se pogubni događaji javljaju neovisno o njihovim reakcijama te zbog toga ni ne pokušavaju izbjeći bol (Wenar, 2003). Također, posljedica je i nedosljednosti u odgoju, to jest, kada dijete ne može predvidjeti reakcije odraslih pa ni ne pokušava nešto učiniti jer unaprijed zna da neće uspjeti (Živković, 2006). Bespomoćnost se može promatrati kognitivno i motivacijski. Kognitivno, osobe nauče da su reakcije uzaludne, a to dovodi do smanjenja motivacije za reagiranje. Osoba, tj. dijete nakon toga samo prima svaku nadolazeću bol (Wenar, 2003). Modelu bespomoćnosti kasnije je dodan čimbenik pripisivanja uzročnosti (Abramson, Seligman i Teasdale, 1978; prema Wenar 2003). U to su uključene tri dimenzije: kako bi dovelo do depresije, pripisivanje mora biti interno, stabilno i opće. Bespomoćnost je interna kad se događaji koji se ne mogu kontrolirati pripisuju karakteristikama vlastite osobnosti te se tako ona pojačava i gubi se samopoštovanje. Stabilna je kad se događaji pripisuju čimbenicima koji traju dulje vrijeme, dok je opća bespomoćnost kad se nemogućnost kontrole pripisuje čimbenicima koji su prisutni u različitim situacijama. Međutim, ni sam taj model, kao ni događaji koji se ne mogu kontrolirati ne dovode do depresije, sami za sebe (Wenar, 2003).

Predškolska djeca sebe ocjenjuju kao potpuno dobra ili potpuno loša. No, te ocjene se mijenjaju ovisno o situacijama. U školskoj dobi, ocjene su sve stabilnije i dijete može imati dugotrajne osjećaje ponosa ili posramljenosti. Stoga se mogu osjećati vrijednima ili bezvrijednima. Ti osjećaji su posljedica socijalnih prosudbi te uspjeha ili neuspjeha u ostvarivanju vlastitih standarda (Wenar, 2003).

Nema mnogo dokaza da su predškolska djeca sposobna za beznađe pošto žive prvenstveno ovdje i sada. Ona ne mogu shvatiti taj pojam niti ga projicirati u budućnost. Postoji malo podataka za beznađe u školskoj dobi, no podaci iz različitih izvora pokazuju kako se tek u adolescenciji dijete sreće s pojmom beznađa (Wenar, 2003).

Za razliku od reakcije na gubitak voljenog roditelja, gubitak samopoštovanja ne može postojati u dojenačkoj dobi (Wenar, 2003).

5. DJECA DEPRESIVNIH MAJKI

„Jedan od mogućih uzroka depresije u dječjoj dobi jest njega koju pruža depresivna majka.“(Wenar, 2003, 208.str). Kod tog uzroka, depresija nema veze s gubitkom. Djeca koju odgajaju depresivne majke imaju veliki rizik da i sama postanu depresivna (Dodge, 1990b; prema Wenar, 2003). Osim predispozicija, depresivni roditelji daju manje pozitivnih poticaja djetetu (Živković, 2006).

Depresija kod majki se najčešće javlja uz još neke psihološke smetnje kao što su anksioznost i smetnje ličnosti ili interpersonalne teškoće poput problema u braku ili razvoda. Također, depresivne žene se često udaju za muškarce sa psihičkim bolestima te se time povećava rizik za probleme u obitelji. Zato su djeca izložena, osim majčinoj depresiji, i drugim oblicima psihopatologije te bračnim konfliktima i štetnim životnim uvjetima (Wenar, 2003).

Jasan primjer učinaka majčine depresije dolazi nam iz istraživanja Field (1992, prema Wenar, 2003) u kojem zaključuje da dojenčad depresivnih majki razvija takav stil već u dobi od osam mjeseci te ako traje duže od godine dana štetno utječe na rast i intelektualni razvoj. Međutim, ako se majka oporavi i dijete se oporavlja (Wenar, 2003).

Nakon dojenačkog razdoblja, nije više tako jasno što se događa. Lovejoy (1991; prema Wenar, 2003) piše da se u predškolskom razdoblju, depresivno ponašanje djece ne može toliko povezati s depresivnim majkama. Radke-Yarrow i suradnici (1992; prema Wenar, 2003) nalazu kako majčina depresija utječe na tijek depresije kod djece, to jest, pojačava je od rane do predškolske dobi, ali ne i nakon nje.

Osim depresivnih majki, djeca shizofrenih majki su također pod većim rizikom od depresije (Wenar, 2003).

6. DEPRESIVNOST I SUICIDALNOST

Uz depresiju se nerijetko vežu i suicid i pokušaji suicida koji nisu psihijatrijski poremećaji sami po sebi već simptomi emocionalne patnje (Vulić – Prtorić, 2003).

Postoje različite definicije suicida, ali je najčešća ova definicija: „Suicid je smrt koja nastaje iz čina nad samim sobom s namjerom oduzimanja života“ (Kozarić - Kovačić i Jendričko, 2004).

Što se tiče dobi djece, suicid je dosta rijedak kod djece mlađe od deset godina, ali se značajno povećava kada dijete uđe u pubertet i adolescenciju. Mlađa djeca nisu toliko socijalno izolirana jer u djetinjstvu postoji široka mreža socijalne podrške te nemaju promjene u kognitivnom razvoju jer one nastupaju tek u doba puberteta i adolescencije (Vulić – Prtorić, 2003).

Ako gledamo na spol djece, suicid se češće događa kod dječaka nego kod djevojčica, tj. djevojčice su sklonije suicidalnim pokušajima, ali ih dječaci najčešće i izvrše. Brent i suradnici (1999; prema Vulić – Prtorić, 2003) utvrdili su da dječaci koriste više nasilnih metoda te da oni imaju veći broj antisocijalnih ponašanja, problema sa zakonom, financijskih problema, interpersonalnih gubitaka te češće zloupotrebljavaju sredstva ovisnosti.

Suicid je, također, vezan i za promjene raspoloženja, razne oblike poremećaja vezanih za alkoholizam i zloupotrebljavanje sredstava ovisnosti te neke oblike anksioznih poremećaja. Iako se suicid povezuje s velikim brojem psihijatrijskih poremećaja, najčešće se ističe uloga depresije (Vulić – Prtorić, 2003).

Navedeni su neki faktori rizika za suicidalne pokušaje:

- prijašnji pokušaji suicida
- pokušaj suicida nekog člana obitelji
- ranija psihijatrijska hospitalizacija
- neki nedavni gubici kao što su smrt rođaka, razvod roditelja, prekid veze
- socijalna izolacija
- zloupotreba alkohola i droge
- izloženost nasilju u kući ili u socijalnom okruženju
- dostupnost oružja u kući (Vulić – Prtorić, 2003).

Osim faktora rizika, postoje i znakovi upozorenja za suicidalne pokušaje:

- suicidalne prijetnje ili poticanje razgovora o suicidu
- prevelika zaokupljenost temama o smrti i umiranju
- simptomi depresivnosti
- promjene u ponašanju, pogotovo izrazi bijesa
- darivanje osobnih stvari ili dogovaranje kako da se završe njegovi nedovršeni poslovi
- problemi sa spavanjem i apetitom
- upuštanje u rizične aktivnosti
- zloupotreba sredstava ovisnosti
- gubitak interesa za uobičajene aktivnosti (Vulić – Prtorić, 2003).

7. LIJEČENJE DEPRESIJE

Depresija te nagnjanje samoubojstvu su psihički poremećaji i mogu se izliječiti lijekovima i psihoterapijom (Živković, 2006). Najistraživaniji lijekovi su triciklički antidepresivi, poput imipramina. Lijekovi umanjuju depresivne simptome, no njihova učinkovitost ovisi o razini u plazmi te je manja kod djece sa psihotičnim simptomima. U adolescenciji ima ograničenu učinkovitost zbog spolnih hormona koji tijekom tog razdoblja ometaju njihov antidepresivni učinak. Premda postoje i drugi lijekovi koji umanjuju depresivne simptome, oni imaju i neželjene posljedice kao što su štetni utjecaji na rast, inteligenciju i nesimptomatsko ponašanje (Wenar, 2003). Lijekovi pomažu da depresivno dijete izađe iz dubokih ponora depresije i oni omogućuju primjenu psihoterapije, koja je u dječjem slučaju igra (Živković, 2006). Djeca igraju uloge kako bi naučila interpersonalne tehnike i tehnike rješavanja problema. Psihoterapija uključuje i kognitivno restrukturiranje da se umanje neprilagođena kognitivna shvaćanja te velik broj različitih tehnika samoprosudbe i samopotkrepljenja. Kod nekih istraživanja koristile su se i tehnike relaksacije (Wenar, 2003). Osim igre, često se koristi i obiteljska terapija jer su često problemi uzrokovani ili podržani lošim obiteljskim odnosima. Odrasli trebaju saslušati dijete te ono treba podijeliti svoje osjećaje. Ne bi smjeli zanemarivati djetetove probleme i smatrati ih nevažnima. Mnogi mladi koji su skloni samoubojstvu traže pomoć na neki način. Djetetu treba približiti osjećaj nade te treba znati da će ga odrasli slušati, da će se stvari popraviti te da mogu svladati svoje probleme. Ako roditelji primijete da dijete pokazuje znakove depresije, svakako bi trebali porazgovarati s njim o njegovim brigama te, ako se znakovi nastave, potražiti stručnu pomoć (Živković, 2006).

ZAKLJUČAK

Ovim radom prikazuje se sve veći i češći problem depresije kod djece.

Depresija kod djece javila se već u 17. stoljeću, ali sve do 1960. godine velik broj stručnjaka sumnjao je u to s obrazloženjem da djeca nisu dovoljno zrela za razvoj depresije (Kocijan Hercigonja i Hercigonja Novković, 2004).

Danas je depresija kod djece sve češća pojava te, u odnosu na ostale psihološke poremećaje, pokazuje najveći kontinuitet od djetinjstva do odrasle dobi. Zabrinjavajuća činjenica jest da samo 20 – 30% depresivne djece dobiva adekvatnu psihološku pomoć (Cicchetti i Toth, 1998; prema Vulić – Prtorić, 2003).

Kako bi se taj postotak povećao, roditelji, skrbnici, odgajatelji i svi ostali uključeni u život i odgoj djeteta trebali bi znati prepoznati simptome depresije kod djeteta.

Simptomi depresije se dijele u četiri skupine, a to su: promjena djetetovog razmišljanja, negativna promjena raspoloženja, pasivnost, neodlučnost i suicidalnost te tjelesni simptomi. Promjena djetetovog razmišljanja se odnosi na njegovo mračno razmišljanje o sebi i svojoj budućnosti. Dijete smatra kako će uništiti sve što dotakne. Negativne promjene raspoloženja se odnose na djetetovu sve manju volju za život te za aktivnosti koje je prije volio. Dijete često plače te se ne smije. Kod trećeg niza simptoma dijete ne može obavljati nikakve zadatke, osim onih najrutinskijih, kada dođe u poziciju da treba nešto izabrati, ne može odlučiti te razmišlja o samoubojstvu. Tjelesni simptomi uključuju promjene u apetitu i spavanju (Seligman, 2005).

Nakon što se simptomi primijete, djetetu bi trebalo pružiti adekvatnu pomoć pomoću lijekova te psihoterapije. Što se ranije primijeti depresija, lakše ju je izliječiti.

LITERATURA

1. Berk, L. E. (2008). *Psihologija cjeloživotnog razvoja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
2. Karlović, D. (2017). Depresija: klinička obilježja i dijagnoza. *Medicus* 26(2). Dostupno na web stranici:
https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=278583,
Preuzeto 30.8.2018.
3. Kocijan Hercigonja, D., Hercigonja Novković, V. (2004). Depresija kod djece. *Medicus* 13(1). Dostupno na web stranici:,
https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=31029,
Preuzeto 16.8.2018.
4. Kozarić – Kovačić, D., Jandričko, T. (2004). Suicidalnost i depresija. *Medicus* 13(1). Dostupno sa web stranici:
https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=31027,
Preuzeto 30.8.2018.
5. Rudan, V., Tomac, A. (2009). Depresija u djece i adolescenata. *Medicus* 18(2). Dostupno na web stranici:
https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=86648,
Preuzeto 30.8.2018.
6. Seligman, M.E.P. (2005). *Optimistično dijete*. Zagreb: IEP.
7. Vasta, R., Haith, M. M., Miller, S. A. (20005). *Dječja psihologija*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
8. Vulić – Prtorić, A. (2003). *Depresivnost u djece i adolescenata*. Jastrebarsko: Naklada Slap
9. Wenar, C. (2003). *Razvojna psihopatologija i psihijatrija od dojenačke dobi do adolescencije*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
10. Živković, Ž. (20006). *Depresija kod djece i mladih*. Đakovo: Tempo.

ŽIVOTOPIS

Zovem se Martina Mikolaj, rođena sam u Varaždinu, 29.8.1996. godine. Pohadala sam Osnovnu školu Trnovec. Nakon završene osnovne škole, upisala sam srednju Gospodarsku školu Varaždin za smjer ekonomista. Kasnije sam upisala Preddiplomski sveučilišni studij Ranog i predškolskog odgoja na Učiteljskom fakultetu Zagreb, odsjek u Čakovcu kako bi što više naučila o poslu odgajateljice koji želim raditi.