

# Depresija kod djece i adolescenata

---

**Matković, Ivana**

**Master's thesis / Diplomski rad**

**2014**

*Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj:* **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:105:074651>

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

*Download date / Datum preuzimanja:* **2025-01-22**



*Repository / Repozitorij:*

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository](#)



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU  
MEDICINSKI FAKULTET**

**Ivana Matković**

**Depresija kod djece i adolescenata**

**DIPLOMSKI RAD**



**Zagreb, 2014.**

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU  
MEDICINSKI FAKULTET**

**Ivana Matković**

**Depresija kod djece i adolescenata**

**DIPLOMSKI RAD**



**Zagreb, 2014.**

Ovaj diplomski rad izrađen je na Katedri za psihijatriju i psihološku medicinu Kliničkog bolničkog centra Zagreb pod mentorstvom doc. dr. sc. Zorane Kušević, dr. med. i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2013./2014.

# Sadržaj

1. Sažetak	
2. Summary	
3. Uvod.....	1
4. Epidemiologija.....	4
5. Etiopatogeneza.....	5
6. Klinička slika.....	13
7. Klasifikacija depresije.....	17
8. Dijagnoza.....	25
9. Terapija.....	32
10. Zaključak.....	38
11. Literatura.....	39
12. Životopis.....	42

# 1. Sažetak

## Depresija kod djece i adolescenata

Ivana Matković

Depresija je prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti (MKB-10) stanje kontinuiranog sniženog raspoloženja i gubitka energije koje utječe na misli, ponašanje, osjećaje i fizičko stanje osobe, a traje minimalno 2 tjedna.

Depresija je čest i ozbiljan problem koji sve češće počinje u djetinjstvu. Danas se procjenjuje da oko 10-15% djece iz opće populacije ima izražene simptome depresije. Povezana je s rizikom razvoja drugih psihijatrijskih poremećaja, slabijim akademskim uspjehom, sklonošću konzumaciji sredstava ovisnosti te pokušajima suicida.

Važno je prepoznati i dijagnosticirati depresiju u djece i adolescenata kako bi se na vrijeme započelo s liječenjem. Najdjelotvorniji pristup liječenju je onaj koji nije samo usmjeren na simptome depresije nego i na svakodnevno funkcioniranje djeteta. U liječenju se primjenjuju medikamenti u kombinaciji s biopsihosocijalnim intervencijama te takav pristup umanjuje rizik od psihosocijalnog oštećenja.

Ključne riječi: depresija, djeca, adolescenti

## 2. Summary

### Depression in children and adolescents

Ivana Matković

Depression based on International classification diseases (ICD-10) is a state of low mood and aversion to activity that can affect a person's thoughts, behaviour, feelings and physical well-being which lasts minimum for 2 weeks.

Depression is common and serious problem that often starts in childhood. Today is estimated that approximately 10-15% of children in general population has symptoms of depression. It is associated with an increased risk of other psychiatric disorders, poor academic success, abuse of various addictive substances and suicide attempt.

Depression should be recognized and diagnosed as early as possible in children and adolescents in order to start treatment on time. The most efficient treatment is a treatment that is not focused on depressive symptoms only, but also on functioning on daily bases in children. In therapy are administered medications in combination with biopsychosocial interventions and this type of approach reduces the risk psychosocial damages.

Key words: depression, children, adolescents

### 3. Uvod

Depresija je stara koliko i čovječanstvo. Ubraja se u najstarije opisane bolesti, ali i najčešće psihičke poremećaje. Samo ime depresija dolazi od latinske riječi depressum, a znači potištenost.

Depresija je poremećaj raspoloženja kojeg karakterizira skup raznih vrsta simptoma: kognitivnih (negativne misli i očekivanja, ponekad i misli samoubojstva, pad koncentracije, neodlučnost, samokritičnost, beznadnost), ponašajnih (manjak aktivnosti, povlačenje), tjelesnih (gubitak apetita ili pretjerani apetit, nesanica), afektivnih (osjećaji: žalost, krivnja, anksioznost) i motivacijskih (gubitak interesa, tromost, sve je napor, odgađanje) koji svi skupa mogu, manje ili više sniziti stupanj raspoloženja, ugrožavajući funkcioniranje pojedinca, odnosno njegovu sposobnost prilagodbe životu društva (Hotujac, 2006.).

Danas se dob nastupa depresije pomiče prema mlađoj dobi te se javlja u širokom rasponu simptoma. Simptomi mogu varirati od blagih raspoloženja tuge do teških poremećaja. Mogu trajati od nekoliko dana do nekoliko godina, javljajući se samostalno ili istovremeno sa simptomima drugih poremećaja. Češće se simptomi javljaju kao reakcija na neki stresni događaj, ali se mogu javiti i bez vanjskog povoda. Često se depresija ne smatra bolešću nego prolaznom slabosti, nedostatkom samopouzdanja i osjećajem manje vrijednosti koji se jakom voljom može prevladati. Takav stav okoline navodi bolesnika da se osjeća lošije.

Kada se depresija javi u djetinjstvu i adolescenciji, to je vrlo neugodno iskustvo kako za mladu osobu tako i za članove njene obitelji.



Depresija u djece i adolescenata danas predstavlja jedan od velikih problema u psihodijagnostici. Naime, radi se o izuzetno heterogenoj kliničkoj slici koja ovisi o funkciji sazrijevanja.

Mlađa depresivna djeca izgledaju tužno, imaju spore kretnje, monoton glas i nisko samopouzdanje. Zakazuju u školskom funkcioniranju te se povlače iz ranije omiljenih izvanškolskih aktivnosti (Nikolić i Marangunić, 2004.).

Kod predškolske djece karakterističan je tužan izgled lica uz odsutnost smijeha, plačljivost, iritabilnost, zaostajanje u rastu i razvoju te manjkavo uključivanje u igru i aktivnosti (Nikolić i Marangunić, 2004.).

Djeca školske dobi zbog boljih verbalnih sposobnosti navode loše raspoloženje, teškoće koncentracije, lošu učinkovitost u školi, iritabilnost te česte tjelesne simptome poput glavobolje i abdominalnih tegoba (Nikolić i Marangunić, 2004.).

U adolescenciji simptomatologija postaje sličnija onoj u odraslih (Kocijan-Hercigonja, 2004.). Adolescenti često imaju smetnje ponašanja i asocijalno ponašanje, zlorabe psihoaktivne tvari, promiskuitetni su te slabije brinu o osobnoj higijeni. Pojačano su osjetljivi na odbacivanje od strane drugih (Kaplan i Sadock 1998.). U adolescentima se javlja osjećaj samoće, ljutnje i bespomoćnosti te razočaranje u roditelje i vršnjake koji ih ne razumiju. Javlja se potreba da se ode od kuće, odbija se sudjelovati u obiteljskim aktivnostima (Vulić-Prtorić, 2004.). Odnosi u obiteljima mladih s depresijom često su opterećeni konfliktima, maltretiranjem, odbacivanjem, problemima u komunikaciji i manjkom emocionalne potpore (Begovac i sur., 2009.).

Nadalje, simptomi i učestalost istih se razlikuju među dječacima i djevojčicama iste dobi. Simptomi u dječjoj dobi se javljaju podjednako i u dječaka i u djevojčica, a u adolescenciji su dva puta zastupljeniji u djevojčica. Smatra se da je to posljedica bioloških, socijalnih (povećana i školska očekivanja, veća mogućnost izloženosti

negativnim stresorima) te psiholoških i kognitivnih (povećana autonomija) faktora. Djevojčice su sklonije probleme rješavati na introspektivan način te su podložnije većem pritisku okoline. Ranije ulaze u pubertet sa svim psihosocijalnim posljedicama koje nosi to burno razdoblje (Nikolić i Marangunić, 2004.). U doba puberteta i adolescencije djevojke proživljavaju probleme s vlastitim sazrijevanjem te je kod njih ponekad teško razlikovati uobičajeno loše raspoloženje od depresivnog raspoloženja (Vulić-Prtorić, 2004.).

Stoga je bitna karakteristika pristupa ovom problemu, utvrđivanje spolnih i dobnih razlika u izražavanju, učestalosti i intenzitetu pojedinih simptoma.

## 4. Epidemiologija

U procjeni prevalencije dječje depresije postoje razlike s obzirom na populaciju u kojoj se procjena vršila. Za veliku razliku odgovorno je nepostojanje primjerenog instrumenta za procjenu (upitnik, skala) i ne pridržavanje istih dijagnostičkih kriterija među istraživačima.

Depresivni poremećaj postoji u svakoj dobi, a njegova učestalost kod djece raste s dobi (Kaplan i Sadock, 2009.).

Epidemiološke studije pokazuju da je incidencija depresije u predškolske djece 0,9%, školske djece 1,9%, adolescenata 4,7% (Kocijan-Hercigonja i Hercigonja-Novković, 2004.).

Do 5% djece i 25-28% adolescenata je imalo depresivnu epizodu koja odgovara velikom depresivnom poremećaju u odraslih. Do puberteta nema značajnih razlika u učestalosti, a kasnije je depresija dvostruko učestalija u žena (Begić, 2011.).

Ova djeca imaju veliko obiteljsko opterećenje depresijom, značajna psihosocijalna oštećenja i povećani rizik od suicida (Rudan i Tomac, 2009.). S porastom stope depresije povećala se i stopa suicida među mladima (Jeffery i sur., 2005.). Incidencija pokušaja suicida doseže vrhunac tijekom kasne adolescencije. U razvijenim zemljama samoubojstvo je treći uzrok smrti u djece i adolescenata (Begić, 2011.).

## **5. Etiopatogeneza**

Točna etiologija depresije je i dalje nepoznanica. Smatra se da su uzroci depresije mnogobrojni, vrlo raznoliki i međusobno isprepleteni, što dodatno otežava njihovu identifikaciju. Ističe se uloga brojnih faktora uključujući genetske, biokemijske i okolišne tj. socijalne i intrapsihičke.

### **Biološke teorije depresije**

Biološke teorije depresije integriraju u sebi znanja iz genetike, neurokemije, neuroendokrinologije i dr. Općenito govorimo o tri grupe teorija koje opisuju biološke faktore u etiopatogenezi depresije:

1. Genetičke teorije
2. Biokemijske teorije
3. Neurofiziološke teorije

### **Genetičke teorije**

Rezultati istraživanja na ovome polju ukazuju da predispozicija za depresiju može biti genetički prenošena u smislu preosjetljivosti za poremećaj u regulaciji jednog ili više sustava.

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

### **Studije obitelji**

Istraživanja depresivnih obitelji pokazuju kontinuitet među članovima, dok istraživanja depresivne djece pokazuju veću učestalost među rođacima što govori u prilog genetskoj komponenti.

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

Također se pokazalo da rizik za djecu nije specifičan samo za depresiju nego uključuje i druge psihijatrijske poremećaje osobito anksioznost, poremećaj ophođenja i ADHD (Nikolić i Marangunić, 2004.). Većem riziku izložena su djeca čiji srodnici imaju ranu pojavu depresije, anksiozni poremećaj i alkoholizam (Kaplan i Sadock, 1998.).

### **Studije blizanaca**

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

### **Studije usvojene djece**

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

### **Biokemijske teorije**

Istraživanja na ovome polju su uglavnom vezana za neurotransmitore i hormonalnu neravnotežu u etiologiji depresije. Smatra se da je u patofiziologiju depresije uključen

noradrenergički, serotoninergički, acetilkolinergički i gabaerģički sustav. Posljedica smanjenje aktivnosti biogenih amina u mozgu je hipersenzitivnost njihovih receptora. Tome u prilog govori djelovanje antidepresiva koji uspostavljaju regulaciju neurotransmitorskih sustava.

### **Serotoninska hipoteza**

Depresija je posljedica smanjenje koncentracije serotonina u mozgu. Smanjena serotoninska aktivnost u amigdalama uzrokuje gubitak doživljaja sreće i zadovoljstva, dok smanjenje u ponsu dovodi do poremećaja spavanja (Nikolić i Marangunić, 2004.).

### **Kateholaminska hipoteza**

Ističe važnost dopamina i noradrenalina u nastaku depresije. Smanjenje dopaminergičke aktivnosti i disfunkcija mezolimbičkog dopaminergičkog puta u depresiji. Smanjena koncentracija noradrenalina u hipokampusu i hipotalamusu povezuje se sa gubitkom apetita, libida i energije (Nikolić i Marangunić, 2004.).

### **Kolinergička hipoteza**

Neki oblici depresije posljedica su apsolutne ili relativne hiperaktivnosti kolinergičkog sustava u mozgu (Nikolić i Marangunić, 2004.).

### **Neurofiziološke teorije**

Ova teorija se temelji na istraživanjima odraslih depresivnih osoba. Naime, pokazalo se da se dominantni simptomi depresije uočavaju na planu spavanja. Mjerenjem moždane aktivnosti EEG-om pokazani su poremećaji uspavljivanja, rana jutarnja

buđenja, buđenja tijekom noći i sl. Ti poremećaji su zamijećeni u 60-65% bolesnika. No kada je ova teorija provjeravana u djece i adolescenata rezultati su pokazali da se depresivna djeca ne razlikuju od nedeprisivnih, a u adolescenata se javljaju slične promjene kao i u odraslih s obzirom na ove pokazatelje (Vulić-Prtorić, 2004.).

## **Psihoanalitičke teorije depresije**

### **Freudova teorija ljutnje**

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

### **Spitzova teorija anaklitičke depresije**

Spitz je prvi opisao pojavu depresije u djece u dobi od 6 do 12 mjeseci. Opisao je simptome tuge, povlačenje, apatije, gubitka apetita i poremećaje spavanja u djece koja su bila odvojena od svojih majki i smještena u bolnice. Te simptome koji nastaju kao reakcija na odvajanje od voljene osobe nazvao je anaklitička depresija i opisao razvoj kliničke slike kroz 3 mjeseca : u 1. mjesecu dijete je plačljivo i zahtjevno, u 2. Mjesecu odbija kontakte, slabo spava, gubi na težini te se primjećuje ukočeni izraz lica i motorička retardacija, a u 3. mjesecu kod djeteta je i dalje prisutna ukočenost lica, plač biva zamijenjen jecanjem, a motorička retardacija napreduje do letargije. Ukoliko se prije isteka ovog kritičnog perioda vrati majka ili neka druga voljena osoba poremećaj može brzo nestati. U slučajevima daljnje odsutnosti voljene

osobe anaklitička depresija može završiti stuporom, tjelesnim propadanjem, a u ekstremnim situacijama čak i smrću djeteta (Spitz, 1946.).

### **Bowlbyeva teorija privrženosti**

Bowlby je opisao emocionalne probleme djece odgajane u institucijama. Te je probleme pripisao nedostatku ili poremećaju privrženosti prema vlastitoj majci ili nekoj drugoj osobi koja će se skrbiti o djetetu tijekom ranog djetinjstva. Poput drugih psihoanalitičara, smatrao je da je rana komunikacija između djeteta i majke bitna za daljnji razvoj djeteta. Prijetnja da će izgubiti voljenu osobu kojoj je privrženo predstavlja temelj ranjivosti za depresiju. U situacijama separacije od majke ili voljene osobe kod djeteta se javljaju depresivni simptomi (Vulić-Prtorić, 2004.).

Problem u emocionalnoj povezanosti kao izolirani faktor nije dovoljno specifičan za razvoj depresije, ali zajedno sa drugim faktorima kao npr. stres uslijed hospitalizacije mogu dovesti do kasnije depresije.

Iako djetetov odnos privrženosti igra važnu ulogu u razvoju psihopatologije, dijete niti je potpuno zaštićeno zahvaljujući sigurnoj privrženosti, niti je predodređeno na psihopatologiju uslijed nesigurne privrženosti (Harrington, 1993.).

### **Bibringova teorija niskog samopoštovanja**

Bibring je istaknuo koncept niskog samopoštovanja i bespomoćnosti u razvoju depresije. Opisao je depresiju kao afektivno stanje ega koje doživljava sebe nerealno. Napetost između realnog i idealnog vodi u depresiju u kojoj je slomljeno samopoštovanje, raste mržnja prema sebi i bespomoćnost. Smatrao je da su za



razvoj nerealne slike o sebi odgovorni strogi i kritiziranju skloni roditelji (Vulić-Prtorić, 2004.).

### **Blattova teorija privrženosti i autonomije**

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

### **Fonagyeva teorija mentalizacije**

Mentalizacija je psihološki koncept koji opisuje sposobnost razumijevanja vlastitog mentalnog stanja, ali i mentalnog stanja drugih. Omogućuje nam da uočimo i protumačimo ljudsko ponašanje kao što su potrebe, želje, zahtjevi, ciljevi, razlozi i vjerovanja. Fonagy smatra da je mentalizacija usko povezana s teorijom privrženosti i osobnim razvojem. Proces mentalizacije može biti zaustavljen kao odgovor na konflikte i traume u predisponiranog pojedinca. Osobe bez odgovarajuće privrženosti će imati poteškoće u razvoju mentalizacije. Nesposobnost mentalizacije može dovesti do poremećaja ličnosti i poremećaja raspoloženja (Fonagy i sur., 2002.).

### **Kohutova teorija selfa**

Self-psihološki pristup u razumijevanju depresije zasniva se na pretpostavci da tijekom razvoja djetetova selfa postoje posebni zahtjevi koji moraju biti zadovoljeni od strane roditelja u smislu davanja pozitivnog doživljaja samopoštovanja i cjelovitosti vlastite ličnosti. Depresija u ovom teorijskom pristupu uvjetovana je masovnim gubitkom samopoštovanja koje dovodi do narušavanja doživljaja vlastitog selfa (Kohut, 1971.).

## **Teorija depresivne pozicije Melanie Klein**

Pristup depresiji Klein temelji na nesposobnosti uspješnog prevladavanja depresivne pozicije koja je normalna faza psihološkog razvoja djeteta. Pod pojmom depresivna pozicija opisuju se osjećaji strepnje, ambivalencije i krivnje koji se javljaju uslijed istovremene mržnje i ljubavi, potrebe za ovisnosti i neovisnosti. Smatra da je za nastanak depresije bitnija kvaliteta odnosa između majke i djeteta, osobito u prvoj godini od nekih traumatskih događanja. Klein vidi depresivnu osobu kao bolesnika koji je ostao fiksiran na depresivnoj poziciji. Smatra da ako dijete ne dobiva povratnu informaciju da je voljeno i dobro od majke, neće moći prevladati ambivalentne osjećaje prema voljenoj osobi i bit će pod rizikom za pojavu depresije (Klein, 1975.).

## **Kognitivno-bihevioralne teorije depresije**

Kognitivne i bihevioralne modele je teško razdvojiti pa se razmatraju zajedno.

### **Beckova teorija**

Ova teorija proizlazi iz kognitivne trijade: negativno viđenje sebe, svijeta oko sebe i budućnosti. Te negativne sheme stječu se tijekom djetinjstva i adolescencije kroz iskustva gubitka dragih osoba, traumatskih događanja itd. Kasnije se aktiviraju kada se osoba nađe u nekoj nepoznatoj situaciji pridonoseći iskrivljenoj i negativnoj percepciji tih događaja (Vulić-Prtorić, 2004.).

### **Seligmanova teorija**

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

### **Rehmove teorija**

Teorija samokontrole je usmjerena na neprilagođene načine suočavanja sa stresom naročito na području samopromatranja, samoprocjene i samopotkrepljivanja. Pogrešna procjena depresivne osobe usmjerava pažnju na negativne događaje i pogrešnu procjenu vlastitih dostignuća što rezultira samokažnjavanjem, postavljanjem nerealnih ciljeva i sagledavanjem kratkoročnih posljedica svoga ponašanja (Vulić-Prtorić, 2004.).

### **Lewinshonova teorija**

Lewinshon je zamijetio da depresivne osobe nemaju razvijene socijalne vještine što je osobito značajno za adolescente zbog odnosa sa vršnjacima. Kada ponašanje djeteta ne izaziva dovoljno pozitivnog potkrepljivanja iz okoline dijete postaje pasivno i povlači se, pokazujući simptome depresije. Nedostatak socijalnih vještina otežava depresivnoj osobi organiziranje i realizaciju cilju usmjerenog ponašanja. Treninzi vještina interpersonalnih odnosa pridonose smanjenju simptoma depresije (Vulić-Prtorić, 2004.).

## 6. Klinička slika

Istraživanja i opisi kliničke slike depresije u djece i adolescenata do danas su prošla dug put. Nekada se smatralo da se depresija ne može javiti kod djece ili se javlja u zamaskiranom obliku kao ispadi bijesa, nemir, agresivnost i sl. Napretkom u medicini 80.-ih godina je opisana klinička slika depresije u djece pomoću kriterija za odrasle te na taj način postala sastavni dio klasifikacijskih sistema (Vulić-Prtorić, 2004.).

U važećim sistemima (MKB-10 i DSM-5) navode se specifičnosti za djecu i adolescente.

Simptomi depresije u djece i adolescenata slični su onima u odraslih osoba. Mogu se podijeliti u 4 osnovne skupine: emocionalnu, tjelesnu, kognitivnu i bihevioralnu grupu simptoma.

### **Emocionalni simptomi**

Najčešće opisivani simptomi depresije su disforija i anhedonija. Disforija je negativno raspoloženje koje je često povezano s osjećajem manje vrijednosti. Anhedonija je gubitak uživanja u aktivnostima u kojima je osoba do tada uživala. Disforija i anhedonija se smatraju specifičnim simptomima za dijagnozu depresije u djece i adolescenata.

Duboka žalost je također obilježje depresije i često je prisutna u djece predškolske dobi i adolescenata (Vulić-Prtorić, 2004.). Uz žalost se često javljaju i simptomi iritabilnosti, razdražljivosti i ljutnje. Depresivna djeca su sklona usmjeravanju ljutnje prema sebi ili neprikladnim objektima. Potisnuta ljutnja povezana je s beznadnosti, a to predstavlja upozorenje za suicidalno ponašanje (Vulić-Prtorić, 2004.).

Osjećaj krivnje karakterističan je za razdoblje prepuberteta te se prema nekim autorima smatra specifičnim simptomom za djecu iznad 11 godina (Vulić-Prtorić, 2004.). Nesklad između nerealne i idealne slike o sebi pojačava ovaj osjećaj.

Depresivna djeca vrlo često pokazuju i simptome anksioznosti: pretjeranu zabrinutost, preokupaciju prošlim neuspjesima i separacijske probleme (Vulić-Prtorić, 2004.).

### **Tjelesni simptomi**

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

Tjelesni su simptomi u većini slučajeva dio i drugih psihičkih poremećaja u djetinjstvu i adolescenciji. Pritužbe vezane za tjelesnu simptomatologiju su uobičajene u depresiji, ali nisu specifične za dijagnozu (Vulić-Prtorić, 2004.).

### **Kognitivni simptomi**

Od kognitivnih simptoma javljaju se teškoće u koncentriranju i ispunjavanju školskih obaveza, samookrivljavanje i nisko samopoštovanje (Vulić-Prtorić, 2004.). Najčešće prvi simptomi koji privuku pažnju su vezani za funkcioniranje u školi i ponašanje s vršnjacima i nastavnicima. Upravo oni mogu upozoriti na depresivne procese. Depresija negativno djeluje na školski uspjeh, a to povećava osjećaj depresivnosti. Djeca imaju slabiji uspjeh i poteškoće u učenju koje se ne povezuju s njihovim intelektualnim funkcioniranjem (Vulić-Prtorić, 2004.). Slab uspjeh u školi negativno djeluje na sliku o sebi.

Depresivna djeca opisuju sebe, svijet oko sebe i budućnost negativno te ja taj simptom karakterističan za razdoblje od 8 do 13 godine (Vulić-Prtorić, 2004.).

Doživljavaju da ih njihova okolina ne podržava, kritizira te da se prema njima odnosi neprijateljski. Depresivna djeca i adolescenti imaju sniženo samopoštovanje, nisko vrednuju sebe, imaju negativnu sliku sebe, svog izgleda i ponašanja. Nisko samopoštovanje je najčešći simptom depresije u djetinjstvu te se povezuje sa suicidalnim mislima i pokušajima suicida u adolescenciji (Vulić-Prtorić, 2004.).

Simptomi bespomoćnosti javljaju se u situacijama kada dijete nema kontrolu nad događajima i kada očekuje da ju neće imati niti ubuduće (Vulić-Prtorić, 2004.). Radi se o vrlo neugodnom osjećaju za dijete koje može dovesti do potpune apatije. Karakteristično se javlja u mlađe djece kada kritiziranje onoga što dijete radi dovodi do bespomoćnosti. Može se javiti i kao reakcija na izrazito stresne situacije u životu djeteta. Naime, uslijed učestalih hospitalizacija i gubitka kontrole i nade može se javiti ekstremni oblik bespomoćnosti sindrom pervazivnog odbijanja (Vulić-Prtorić, 2004.).

### **Bihevioralni simptomi**

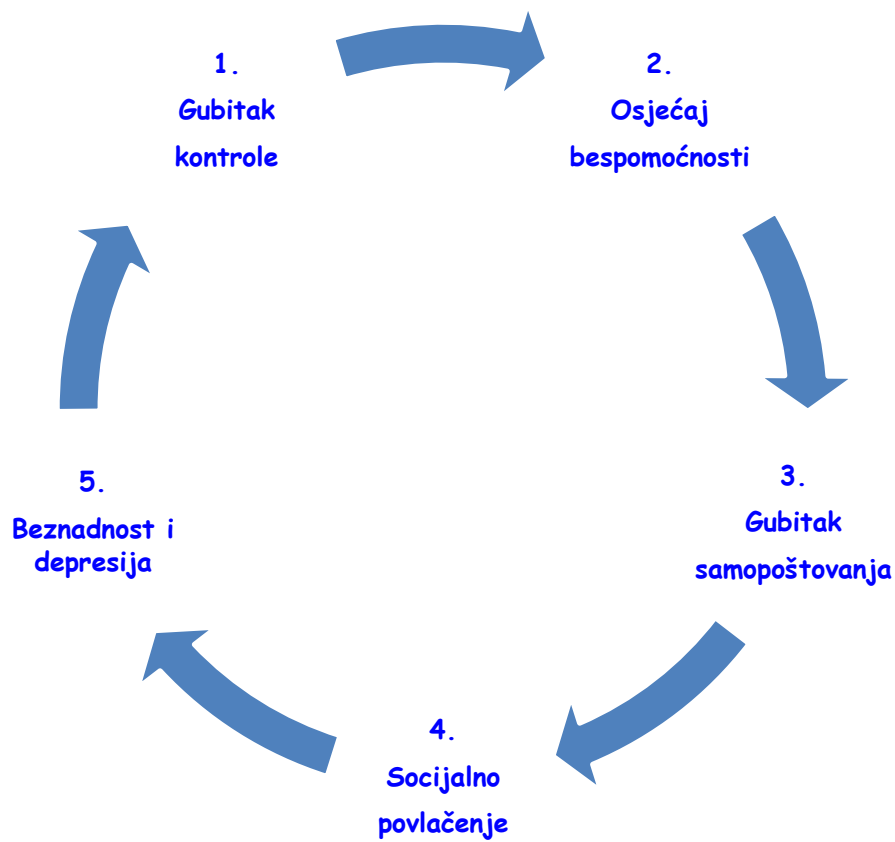
Na planu ponašanja najuočljivije su promjene poput nemira (nesposobnost da mirno sjedi, čupkanje odjeće) i psihomotoričke usporenosti (usporen govor, usporeni pokreti) (Nikolić i Marangunić, 2004.). Uočava se gubitak zanimanja za hobije i druge aktivnosti u kojima je dijete prije uživalo. Ako se dijete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

Na planu socijalnog funkcioniranja roditelji i nastavnici primijete da se dijete povlači, da više nije omiljeno među vršnjacima ili da je odbačeno od strane prijatelja. Često se javljaju napadaji bijesa i agresivno ponašanje u obliku acting out ponašanja te se još pogoršava osjećaj depresivnosti (Vulić-Prtorić, 2004.).

Negativna iskustva s vršnjacima uzrokuju sumnju i nesigurnost u sebe i vlastite sposobnosti te dovode do još većeg socijalnog povlačenja i manjka samopoštovanja i pogoršavanja simptoma depresije.

Socijalno povlačenje ima bitnu ulogu u razvoju, ali i u održavanju depresije.

Depresivni simptomi se održavaju upravo zahvaljujući negativnim reakcijama okoline.



Slika 1. Začarani krug depresije

## 7. Klasifikacija depresije

Kroz povijest su se poremećaji u djetinjstvu i adolescenciji zanemarivali. Razvoju ovog područja su pridonijele promjene u najčešće korištenim klasifikacijskim sistemima: MKB-10 i DSM-5. U skladu s tim promjenama razvijeni su dijagnostički intervjui i skale za procjenu intenziteta simptoma za roditelje, nastavnike i djecu te su se pokazale kao pouzdani instrumenti za psihodijagnostičku procjenu.

U najnovijoj klasifikaciji DSM-5 depresivni su poremećaji opisani u poglavljima „Depresivni poremećaji“ i „Bipolarni i slični poremećaji“ dok su u DSM-IV bili opisani u poglavlju „Poremećaji raspoloženja“. Depresivne poremećaje je moguće razlikovati prema broju simptoma, trajanju simptoma i stupnju teškoća koje ti simptomi uzrokuju na planu svakodnevnog funkcioniranja.

Kada se spominju depresivni poremećaji u djece i adolescenata najčešće se opisuju 3 grupe poremećaja : veliki depresivni poremećaj , distimija i bipolarni poremećaj.

### **Veliki depresivni poremećaj, VDP**

Ranije poznat kao unipolarna depresija. Prema DSM-5 svrstava se u poglavlje „Depresivni poremećaji“. Obilježen je jednom ili više velikih depresivnih epizoda u trajanju od najmanje 2 mjeseca. Naime, radi se o relativno teškom akutnom obliku depresije. Može se javiti kao jedna epizoda ili u ponavljajućem obliku.

Prema kriterijima DSM-5 za VDP pet (ili više) sljedećih simptoma mora biti prisutno tijekom kontinuiranoga dvotjednog razdoblja, veći dio dana. Za postavljanje dijagnoze mora biti prisutan barem jedan od prva dva nabrojena simptoma, a to su simptomi depresivnog raspoloženja ili gubitka interesa ili zadovoljstva u svim ili gotovo svim aktivnostima, uz još neke od dolje navedenih simptoma:



1. depresivno raspoloženje, na koje upućuje subjektivno izvješće (tj. osjećaj tuge ili praznine) ili zapažanje drugih (tj. tužan ili uplakan izgled)
2. uočljivo smanjenje interesa ili zadovoljstva u svim ili gotovo svim aktivnostima (na što upućuje subjektivno izvješće ili zapažanja drugih)
3. značajan gubitak težine bez poduzimanja dijete ili dobitak težine (tj. promjena u tjelesnoj težini više od 5% u mjesec dana) ili smanjenje ili povećanje apetita (u djece treba razmotriti neuspjeh u dobivanju očekivane težine)
4. nesanica ili previše spavanja
5. psihomotorna ubrzanost ili usporenost (koje zapažaju drugi, a ne samo subjektivni osjećaji nemira ili usporenosti)
6. umor ili gubitak energije
7. osjećaj bezvrijednosti ili jaka ili neodgovarajuća krivnja (koja može biti sumanuta), a ne samo samopredbacivanje ili krivnja zbog bolesti
8. smanjena mogućnost razmišljanja ili koncentracije, ili neodlučnost (bilo iz subjektivnog izvješća ili zapažanja drugih)
9. povratne misli o smrti (ne samo strah od umiranja), povratna suicidalna ideja bez specifičnog plana ili suicidalni pokušaj ili specifični plan za izvršenje suicida.

Prema DSM-5 kriterijima za Veliki depresivni poremećaj osoba može patiti od Velike depresivne epizodu u razdoblju žalovanja, tj. nakon gubitka voljene osobe. Uvrštavanjem kriterija žalovanja u DSM-5 među ostale kriterije iz DSM-IV došlo je do značajne promjene u odnosu na DSM-IV prema kojemu se nije mogao dijagnosticirati Veliki depresivni poremećaj ako je osoba u fazi žalovanja.

Klinička slika velikog depresivnog poremećaja se razlikuje s obzirom na razvojni stadij kroz koji dijete ili adolescent prolazi (Jeffery i sur., 2005.).

Malo dijete može izražavati uznemirenost, povlačenje u sebe, imati gubitak tjelesne težine, poremećaj spavanja i razvojnu usporenost. Takvi simptomi su uočeni kod djece koja su odvojena od roditelja u najranijoj dobi i nazvani su anaklitička depresija (Spitz, 1946.). Predškolska djeca imaju karakterističan tužan izraz lica, odsutnost osmijeha, plačljivost, manjkavo sudjelovanja u igrama i ostalim aktivnostima i često navode somatske pritužbe dok djeca školske dobi navode loše raspoloženje, poteškoće koncentracije, loše funkcioniranje u školi, izbjegavanje vršnjaka, plačljivost te tjelesne simptome kao glavobolja i abdominalne tegobe (Nikolić, 2004.).

S porastom dobi smanjuju se tjelesne tegobe, a raste anhedonija, pospanost, promjene težine, osjećaj krivnje i sumanutost (Nikolić i Marangunić, 2004.).

Adolescenti će vjerojatnije u razgovoru otkriti postojanje depresivnog raspoloženja i suicidalnih misli (Rudan i Tomac, 2009.). Također mogu pokazivati razdražljivost, probleme ponašanja, promiskuitetno seksualno ponašanje, bijeg od kuće i zloupotreba sredstava ovisnosti. Njihovi simptomi često se razvijaju u apatiju, dosadu, nebrigu za vanjski izgled, socijalno povlačenje (Nikolić i Marangunić, 2004.). Očaj i beznadnost se održavaju u povećanom broju pokušaja i izvršenih suicida.

## **Distimija**

Prema DSM-5 naziva se Dugotrajni depresivni poremećaj te se svrstava u poglavlje „Depresivni poremećaji“. Poremećaj raspoloženja sličan Velikom depresivnom poremećaju, ali s manje teškim depresivnim simptomima koji su dugotrajni i kronični.

Prema kriterijima DSM-5 za distimiju adolescent trpi zbog depresivnog raspoloženja veći dio dana u trajanju od barem jedne godine. Barem dva od sljedećih simptoma moraju biti prisutna :

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

Kako bi se zadovoljili kriteriji za distimiju navedeni simptomi ne smiju biti posljedica zlupotrebe tvari (alkohola, droge i lijekova) ili zdravstvenog stanja (rak). Simptomi također moraju izazivati znatne tegobe ili pogoršanje u socijalnim, obrazovnim i drugim područjima funkcioniranja.

Velik broj djece s dijagnozom distimije ima i Veliki depresivni poremećaj (Vulić-Prtorić, 2004.).

## **Bipolarni poremećaj**

Prema DSM-IV svrstavao se u „Poremećaje raspoloženja“, dok se u DSM-5 razmatra u zasebnom poglavlju „Bipolarni i slični poremećaji“. Poznat je kao i manično-depresivni poremećaj. To je teško i dugotrajno psihijatrijsko stanje. Osnovno obilježje bipolarnog poremećaja jest jedna ili više maničnih ili hipomaničnih epizoda s jednom ili više depresivnih epizoda. Prema DSM-5 kriterijima postoje 3 oblika bipolarnog poremećaja (tip I, tip II i neodređen). Bipolarni I i bipolarni II poremećaj se razlikuju s obzirom na razinu manije. Prvi poremećaj je povezan s manijom, a drugi s hipomaničnom epizodom, dok bipolarni poremećaj neodređen ne odgovara kriterijima ni za bipolarni I ni za bipolarni II poremećaj.

Simptomi mogu biti prisutni od ranog djetinjstva ili se mogu iznenadno javiti u adolescenciji. Prva manifestacija bipolarnog poremećaja je najčešće depresivna

epizoda, a manična obilježja se mogu javiti za vrijeme depresivne epizode ili nakon razdoblja bez simptoma (Vulić-Prtorić, 2004.).

Djeca obično imaju kontinuirani poremećaj raspoloženja koji ima karakteristike i manije i depresije. Brza i ciklička izmjenjivanja raspoloženja imaju za posljedicu kroničnu iritabilnost i malo razdoblja dobrog raspoloženja između epizoda. Adolescenti u slučaju bipolarnog I poremećaja doživljavaju izmjenjivanje epizoda intenzivne i psihotične manije i depresije, a kod bipolarnog II poremećaja javljaju se epizode hipomanije između povratnih epizoda depresije. Hipomanija je povišeno ili iritabilno raspoloženje udruženo s povišenom tjelesnom ili mentalnom energijom.

Neki traumatski događaj može biti okidač za prvu epizodu manije ili depresije (Vulić-Prtorić, 2004.). Kasnije epizode se mogu javiti neovisno o nekom stresnom događaju ili se mogu pogoršati sa stresom.

Kada je bolest započela, epizode pokazuju tendenciju vraćanja i pogoršanja ukoliko se ne započne terapija.

## **Klasifikacija depresije u RH**

U Hrvatskoj, prema preporuci Ministarstva zdravlja dijagnozu depresije treba postaviti prema međunarodnoj MKB -10 klasifikaciji no činjenica je da je DSM-5 klasifikacija popularnija u današnjoj psihijatriji zbog svoje detaljnosti. MKB klasifikacija temelji se na Europskoj psihijatrijskoj školi koja je usko naslonjena na njemačku psihijatrijsku tradiciju. Psihijatrijske dijagnoze se u MKB-10 klasifikaciji nalaze u V. poglavlju koje se označava sa slovom F. Poremećaji raspoloženja su svrstani od F30 do F39.

Unutar poglavlja „Poremećaji raspoloženja” navode se slijedeći depresivni poremećaji:

F32 Depresivna epizoda

F33 Ponavljajući depresivni poremećaj

F34 Perzistentni poremećaji raspoloženja (afektivni poremećaji)

F38 Drugi poremećaji raspoloženja (afektivni poremećaji)

F39 Neodređeni poremećaji raspoloženja (afektivni poremećaji)

### **F32 Depresivna epizoda**

Dijagnoza depresivnog poremećaja se postavlja na temelju svih raspoloživih podataka, a treba sagledati sljedeće: broj simptoma, trajanje simptoma, utjecaj simptoma na svakodnevno funkcioniranje i okolnosti pojave simptoma

Među tipične simptome depresije MKB navodi sljedeća tri:

1. depresivno raspoloženje
2. gubitak interesa i uživanja
3. smanjenje energije, obično povećani umor i smanjena aktivnost (često je uočljiv zamor i nakon najmanje aktivnosti)

Drugi uobičajeni simptomi su:

1. smanjena koncentracija i pažnja
2. smanjeno samopouzdanje i samopoštovanje
3. osjećaj krivnje i bezvrijednosti (čak i u blagom obliku epizode)
4. sumorni i pesimistični pogledi na budućnost
5. ideje o samoozljeđivanju ili suicidu
6. poremećaj spavanja
7. smanjeni apetit

Somatski simptomi u depresiji su:

1. gubitak interesa i zadovoljstva u aktivnostima koje su normalno ugodne
2. gubitak emocionalnih reakcija na događaje koje normalno proizvode emocionalni

odgovor

3. jutarnje buđenje dva ili više sata ranije od uobičajenoga
4. depresivno stanje teže izjutra
5. izražena psihomotorna retardacija ili agitacija
6. značajan gubitak apetita
7. gubitak tjelesne težine (od 5% ili više u posljednjih mjesec dana)
8. izrazit gubitak libida

Razlikovanje različitih stupnjeva intenziteta depresivnog poremećaja i dalje ostaje problem, no u sadašnjoj klasifikaciji, navode se 3 odnosno 4 stupnja:

**F32.0 Blaga depresivna epizoda** (prisutna 2 tipična + 2 druga simptoma; blage teškoće u obavljanju uobičajenog posla i socijalnih aktivnosti, ali ne dolazi do potpunog prekida aktivnosti)

**F32.1 Umjerena depresivna epizoda** (prisutna 2 tipična + 3 druga simptoma; obično postoje značajne teškoće u socijalnim, radnim i kućnim aktivnostima)

**F32.2 Teška depresivna epizoda bez psihotičnih simptoma** (prisutna sva 3 tipična + 4 druga simptoma; socijalne, radne i kućne aktivnosti znatno su ograničene)

**F32.3 Teška depresivna epizoda sa psihotičnim simptomima** (prisutna sva 3 tipična + 4 druga + psihotični simptomi; socijalne, radne i kućne aktivnosti znatno su ograničene)

Šifrom F32.00 označit ćemo prvu depresivnu epizodu bez somatskih simptoma (tj. kada ne postoji ni jedan somatski simptom ili ih je manje od četiri). Šifrom F32.01 označit ćemo pak prvu depresivnu epizodu sa somatskim simptomima (i to kada postoje barem četiri ili više somatskih simptoma ili ako su prisutna dva ili više vrlo izražena intenziteta). Treba napomenuti da je klasifikacija uređena tako da ovaj

somatski sindrom mogu uporabiti oni koji to žele, ali može biti i zanemaren bez gubitka drugih informacija.

### **F33 Ponavljajući depresivni poremećaj**

Ovaj se poremećaj dijagnosticira kad su prisutne samo ponavljane epizode depresije (bilo koje težine: blage, umjerene, teške bez psihotičnih simptoma ili s njima) i kada nikada nisu bili zadovoljeni kriteriji za maničnu epizodu. Procjenjuje se težina sadašnje epizode.

#### **F34.1 Distimija**

Karakteristika kliničke slike distimije jest kronično depresivno raspoloženje koje nikada ili vrlo rijetko postaje dovoljno teško da ispuni kriterije za ponavljani depresivni poremećaj blage ili umjerene težine. Uobičajeno traje najmanje nekoliko godina. Karakteristična je izmjena razdoblja normalnog raspoloženja koje traje nekoliko dana ili tjedana, s depresivnim raspoloženjem koje traje većinu vremena, bolesnici se često osjećaju umorni i ništa im ne donosi zadovoljstvo, loše spavaju. Socijalno funkcioniranje nije jače poremećeno. Uobičajeno se mogu nositi s osnovnim zahtjevima svakodnevnog života.

## 8. Dijagnoza

Klinička procjena i dijagnoza depresivnih poremećaja predstavlja složen i odgovoran zadatak. U dijagnostiku depresivnih poremećaja je uključen tim stručnjaka s obzirom na to da je djetetu u odnosu na njegove probleme potreban takav pristup. Važnu ulogu u timu ima supspecijalist dječje i adolescentne psihijatrije i pedijatar. U rad tima su uključeni i drugi stručnjaci koji rade na zaštiti mentalnog zdravlja kao što su psiholozi, pedagozi i socijalni radnici. Uobičajen je postupak da se djeca prvo pedijatrijski obrade, a potom se upute na daljnju procjenu. Praksa je zatražiti psihološko testiranje i obradu od strane kliničkog dječjeg psihologa te potom uputiti psihijatru. Za razliku od odraslih djeca dolaze psihijatru kada ih upute ili dovedu odrasli. Kognitivne i verbalne sposobnosti, pogotovo mlađe djece često otežavaju opisivanje emocionalnih problema. U tome smislu bitni su heteroanamnestički podaci od strane roditelja i učitelja za uvid u problematiku. Dijagnostika depresije zahtijeva prepoznavanje specifične simptomatologije. Bitna je identifikacija simptoma depresije u svakodnevnom okruženju i usmjeravanje pažnje na specifične oblike disfunkcionalnosti. To zahtijeva prepoznavanje simptoma, ali i promatranje simptoma s obzirom na zrelost djeteta, simptome drugih komorbiditetnih poremećaja i sl.

Uključivanje roditelja u kliničku procjenu bitno je zbog dobivanja podataka o ranom razvoju djeteta, djetetovom temperamentu, stresnim životnim događajima kojima je dijete bilo izloženo i sl. Iako je razgovor s roditeljima sastavni dio dijagnostičke procjene dosadašnja klinička iskustva su pokazala malo slaganja između opisa simptoma koje daju roditelji i onih koje daje dijete (Vulić-Prtorić, 2004.). O problemima i simptomima pouzdanije izvještavaju djeca. Stoga, kada se nametne



pitanje kome više vjerovati u dijagnostičkoj procjeni odgovor će najčešće biti – i djeci i roditeljima. Informacije koje dobivamo su rezultat razlika u percepciji i interpretaciji problema

Zbog specifičnosti problema depresije u djece i adolescenata preporučuje se provođenje psihološke procjene u 6 faza pri čemu su prve dvije prioritete (Vulić-Prtorić, 2004.).

Procjena rizika samoozljeđivanja i suicida

Procjena djetetove ugroženosti

Procjena simptoma depresivnosti

Diferencijalna dijagnostika

Procjena rizičnih i zaštitnih faktora

Procjena faktora za planiranje tretmana.

### **Procjena rizika samoozljeđivanja i suicida**

Već ranije je opisivana povezanost depresije i suicida u djece i adolescenata i rizika samoozljeđivanja. Budući da je u depresiji značajno povećan rizik suicida, procjena rizika suicidalnosti je ključna u evaluaciji pacijenta. Pri tome se ne obraća pažnja samo na suicidalna ponašanja i namjere već općenito na suicidalne ideje i beznadnost. Postoje dokazi da veliki broj djece i adolescenata koji počine suicid imaju izražene simptome nekog psihičkog poremećaja. Najčešće se radi o poremećajima raspoloženja u kombinaciji s anksioznošću i agresivnim ponašanjem (Vulić-Prtorić, 2004.). No, nažalost u velikoj većini slučajeva okolina te simptome ne doživljava kao znakove upozorenja.

U procjeni rizika za suicid i prepoznavanje znakova upozorenja kliničaru mogu pomoći Smjernice za intervju sa suicidalnim djetetom i adolescentom (Vulić-Prtorić,

2004.). Kliničaru je bitno saznati o suicidalnim mislima i idejama, nesuicidalnim oblicima samoozljeđivanja te o pokušajima suicida.

### **Procjena djetetove ugroženosti**

Procjena ugroženosti djeteta je drugo prioritarno područje rada kliničara. Potrebno je utvrditi u kojoj su mjeri depresivni simptomi reakcija na neku stresnu ili traumatsku situaciju koje zahtijevaju zaštitu djeteta. Bitno je ustanoviti postojanje teških patoloških stanja u djetetovoj okolini i pokrenuti postupak za zaštitu djeteta.

### **Procjena simptoma depresivnosti**

Potrebno je utvrditi prirodu i širinu simptoma. Odabir metoda i mjernih instrumenata koji će se koristiti ovisi o mnogo faktora, a ovdje se navode samo neki:

svrha procjene: početna procjena ili u diferencijalno dijagnostičke svrhe

prirodi problema: manifestiraju li se problemi na tjelesnom planu ili kroz sukobe s drugima, agresivnost

karakteristike djeteta: spol, dob, sposobnosti

karakteristike obitelji: socioekonomski status, obrazovanje obitelji, cjelovitost obitelji

kontekst u kojem se vrši procjena: vrtić, škola, bolnica

karakteristike procjenjivača: iskustvo, osobne preferencije (Vulić-Prtorić, 2004.).

Za procjenu simptoma depresivnosti od velike pomoći mogu biti Smjernice za procjenu kliničke značajnosti simptoma depresivnosti u djece i adolescenata (Vulić-Prtorić, 2004.). Bitno je ustanoviti promjenu u odnosu na dotadašnje stanje, dužinu

trajanja simptoma, broj i intenzitet simptoma i utjecaj simptoma na svakodnevno funkcioniranje.

U dijagnostičkoj procjeni na raspolaganju su nam mnoge skale procjene i samoprocjene simptoma depresije, intervju za roditelje, učitelje, dijete ili adolescente. Najčešće korištene metode u psihodijagnostici su skale. Sastoje se od liste opisa emocija i simptoma za koje se pretpostavlja da odražavaju simptome depresije. Pomoću skala se simptomi promatraju u kontekstu normalnih razvojnih promjena i pokušava se utvrditi njihova učestalost i intenzitet. Skale imaju brojne prednosti, jednostavne su za primjenu i sistemom odgovaranja prihvatljive su školskoj djeci. Mogu se primjenjivati u razrednom okruženju te su bitan instrument za rano prepoznavanje simptoma depresije. Rezultati dobiveni na taj način imaju važnost za kliničara, mogu biti dobra smjernica za daljnju individualnu procjenu.

Također se u dijagnostičkoj procjeni koriste strukturirani i polustrukturirani intervjui. Oni su izrađeni tako da obuhvaćaju veći broj različitih poremećaja u djetinjstvu i adolescenciji te olakšavaju donošenje dijagnostičkih odluka prema DSM-5 i MKB-10 kriterijima.

Najčešće primjenjivana skala za procjenu depresije u djece i adolescenata je CDI – Children's Depression Inventory, koja se upotrebljava i u RH. Radi se o posebno prilagođenoj skali BDI – Beck's Depression Inventory za dječji i adolescentni uzrast, odnosno za dob između 8 i 17 godina. Ljestvica se sastoji od 27 čestica koje obuhvaćaju kognitivne, neurovegetativne i bihevioralne simptome depresije u djece. Svaka čestica sastoji se od tri tvrdnje od kojih dijete odabire onu koja ga najbolje opisuje tijekom protekla 2 tjedna. Svakoj od tri tvrdnje pridodane su brojčane vrijednosti 0, 1 i 2 , a ukupan rezultat predstavlja mjeru depresivnosti gdje veći

rezultat ukazuje na veći intenzitet depresivnosti. Raspon vrijednosti može biti od 0 – 54. Nedostatak ove ljestvice je niska osjetljivost (Mišćević, 2007.).

Za adolescentnu dob postoji RADS – Reynold’s Adolescent Depression Scale koja je namijenjena za dob od 12 – 18 godina. Sastoji se od 30 čestica koje procjenjuju prisutnost simptoma prema kriterijima za Veliki depresivni poremećaj i Distimni poremećaj. Pokazala se učinkovitom u praćenju tretmana depresije. Uporaba ove skale u RH nije zaživjela, neki psiholozi ju smatraju pogodnim instrumentom dok ju drugi ne preferiraju.

### **Diferencijalna dijagnostika**

Simptomi koji se javljaju u depresiji sastavni su dio i drugih poremećaja u djetinjstvu i adolescenciji. Najčešće se radi o anksioznim poremećajima, poremećajima ponašanja, poremećaju učenja, poremećaju prilagodbe ili ovisnosti. Diferencijalno dijagnostički podaci se dobivaju primjenom adekvatnog instrumenta koji svojim sadržajem obuhvaća simptome većeg broja poremećaja. U diferencijalno dijagnostičke svrhe nam od velike pomoći može biti MMPI – Minesota multifazični inventar ličnosti za adolescente. To je sveobuhvatni instrument namijenjen dijagnostici psihopatoloških simptoma i identifikaciji problema na osobnom, socijalnom i planu ponašanja. Sastoji se od 478 tvrdnji raspoređenih u 6 ljestvica te se na taj način utvrđuju simptomi depresije, paranoje, anksioznosti i dr. Ukoliko se kroz intervju dobiju podaci o depresivnim simptomima može se primijeniti neka od skala depresivnosti.

Osobito je važno isključiti i tjelesne bolesti koje se mogu očitovati depresivnom simptomatologijom, a najčešće među njima su:

neurološke bolesti: epilepsije, neoplazme, migrene, MS, Wilsonova bolest, apneja u spavanju, SAH

infektivne bolesti: AIDS, pneumonije, tuberkuloza, hepatitis

endokrine bolesti: Addisonova bolest, Cushingova bolest, dijabetes, tiroidne bolesti

ostalo: anemija, celijakija, upalne bolesti crijeva, cistična fibroza, porfirija, lupus erithematodes, intoksikacija olovom, medikamenti (Nikolić i Marangunić, 2004.).

U procjenu bi trebalo uključiti i tjelesni pregled od strane pedijatra, procjenu kliničkoga dječjeg psihologa, laboratorijsku obradu, toksikološke analize, EKG, EEG i CT mozga kako bi se isključile gore navedene bolesti.

### **Procjena rizičnih i zaštitnih faktora**

Za procjenu rizičnih ili zaštitnih faktora u razvoju depresije kliničar se mora poslužiti informacijama prikupljenim intervjuom i ostalim instrumentima kojima se mjere ti faktori. Pri tome su bitni podaci o samopoštovanju, osjećaju beznadnosti, stresnim životnim situacijama te strategijama suočavanja s njima.

### **Procjena faktora za planiranje tretmana**

Rad s depresivnom djetetom i adolescentom započinje kliničkom procjenom za kojom slijedi planiranje i provođenje tretmana. Pri planiranju tretmana kliničar se vodi informacijama koji je dobio putem psihološke procjene. Oslanja se na informacije o izraženosti simptoma, strategiji suočavanja sa stresom te o podršci i razumijevanju obitelji i okoline. Procjena kvalitete obiteljskih interakcija je bitna zbog donošenja

odluke o uključivanju obitelji u tretman. Takav pristup planiranju tretmana omogućuje usmjeravanje na probleme i efikasnu pomoć djetetu.

## **9. Terapija**

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

### **Faze psihološkog tretmana**

Psihološki tretman se odvija kroz nekoliko faza koje su prepoznatljive bez obzira na terapijski pravac i problematiku.

#### **Akutna faza**

U ovoj fazi je osnovni cilj uspostaviti dobar odnos između terapeuta i djeteta te terapeuta i roditelja te dovesti do smanjenja simptoma depresije.

Postavlja se pitanje koji tip terapije će se koristiti: farmakoterapija, psihoterapija ili kombinacija?

S obzirom na kompleksnost problema u okviru kojih se depresija javlja sama farmakoterapija obično nije dovoljna.

#### **Faza terapijskog kontinuiteta**

Nakon što je došlo do smanjenja simptoma, terapija se mora nastaviti još najmanje 6-12 mjeseci kako bi se smanjila mogućnost recidiva i da se održi postignuto stanje. Cilj ove faze je da se učvrste vještine naučene tijekom akutne faze, te se pomaže djetetu u suočavanju sa psihosocijalnim posljedicama depresije.

Primjena kognitivno bihevioralnih tehnika i jednomjesečni sastanci mogu efikasno spriječiti vraćanje simptoma (Vulić-Prtorić, 2004.). Bitno je naglasiti da ako su se tijekom akutne faze koristili antidepresivi potrebno ih je nastaviti koristiti i dalje.

### **Faza terapijskog održavanja**

Osnovni cilj ove faze je ojačavanje zdravog rasta i razvoja te sprečavanje ponovnog javljanja simptoma. Ova faza može trajati dulje od godine dana, a sastoji se od sastanaka jednom mjesečno ili tromjesečno, ovisno o kliničkom statusu i procjeni terapeuta (Vulić-Prtorić, 2004.).

## **Terapijski pristupi u tretmanu depresije**

Odabir metoda tretmana nije nimalo lak zadatak za kliničara. Postoji veliko preklapanje među tehnikama pojedinih terapija. U terapiji veliki problem predstavljaju simptomi drugih poremećaja koji se mogu javiti zajedno s depresivnim simptomima. Oni utječu na održavanje i recidiv simptoma pa o njima ovisi uspješnost tretmana depresije. Najčešće se koriste kombinacije različitih tehnika i metoda i lijekova.

### **Psihofarmakoterapija**

Primjena lijekova za liječenje depresivnih stanja u djece rezervirana je za teške depresivne epizode, ponavljajuće depresivne epizode te kada postoje simptomi koji ometaju uspješnost psihoterapije (Nikolić i Marangunić, 2004.). Primjena farmakoterapije u djece i adolescenata je dio šireg terapijskog protokola koji uključuje i psihoterapiju (Kušević, 2009.). Još uvijek se malo zna o djelovanju psihofarmaka na mozak u razvoju (Jeffery i sur., 2005.). Mnoge kliničke studije dokazuju učinkovitost primjene psihofarmaka u djece, ali pitanje podnošljivosti i sigurnosti je i dalje vrlo



delikatno (Kocijan-Hercigonja i sur., 2002.). Zbog svoje učinkovitosti i relativno dobre podnošljivosti antidepresivi su jedna od najvažnijih farmakoloških skupina za liječenje psihičkih smetnji u djece i adolescenata (Kaplan i Sadock, 2009.).

Za liječenje Velikoga depresivnog poremećaja se primjenjuju najčešće : fluoksetin, sertralin, citalopram, escitalopram, fluvoksamin, paroksetin, imipranim, venlafaksin, trazodon i mirtazapin (Kaplan i Sadock, 2009.). Manji dio spomenutih lijekova je indiciran za liječenje depresije u dječjoj dobi u RH.

Postoje određena randomizirana, placebom kontrolirana istraživanja koja podupiru upotrebu SSRI-a u djece i adolescenata. Provedeno je istraživanje fluoksetina za kojeg je utvrđeno da ima bolju podnošljivost i manje nuspojave u odnosu na klasične antidepresive te je utvrđeno da je superioran placebo u akutnoj fazi tretmana depresije (Emslie i sur., 2002.).

Također treba napomenuti da su randomizirana istraživanja pokazala da triciklički antidepresivi nisu djelotvorniji od placeba u tretmanu dječje i adolescentne depresije. Triciklički antidepresivi nisu antidepresivi „prve linije“ tretmana u djece i adolescenata. Zbog nedjelotvornosti, nuspojave i letalnosti kod predoziranja, smatra se da bi tricikličke antidepresive trebalo ukloniti s liste lijekova koji dolaze u obzir za liječenje depresije u djece i adolescenata (Rudan i Tomac, 2009.).

Prilikom primjene lijekova potrebno je poštovati specifičnosti kada se radi o djeci ili adolescentima. Profesionalac koji uvodi psihofarmakoterapiju u djece mora dobro poznavati fiziološke karakteristike dječjeg organizma i različite farmakodinamske karakteristike lijeka (Kocijan-Hercigonja i sur., 2002.). Potrebno je poznavati i psihološke čimbenike pogotovo kada se radi o djeci mlađe dobi što se posebno odnosi na pitanje kako djetetu pružiti informacije o lijeku i dobiti povratne informacije o djelovanju lijeka.

U slučajevima depresivnih poremećaja Jeffery i sur. preporučuju započeti terapiju psihoedukacijom i psihoterapijom te uvesti jedan SSRI – selektivni inhibitor ponovne pohrane serotonina te ga koristiti 6-12 tjedana. Ako je odgovor djelomičan, može se razmotriti povišenje doze. Ako ni tada nema odgovora, treba prijeći na drugi SSRI te ga rabiti daljnjih 6-12 tjedana. Ako ni tada nema odgovora, potrebno je ponovno razmotriti dijagnozu i komorbidne poremećaje te druge čimbenike koji bi mogli negativno utjecati na liječenje. Ako dijete ili adolescent već nije u tretmanu specijalista za dječju ili adolescentnu psihijatriju, bilo bi ga potrebno uputiti specijalistu, a može se prijeći i na antidepresiv „druge linije“ (bupropion, venlafaksin, mirtazapin, nefazodon). Nakon pozitivnog odgovora treba nastaviti medikaciju od 6 do 12 mjeseci i tada, ako nema relapsa, progresivno prekidati tretman. U slučaju pojave druge nekomplikirane epizode medikaciju treba nastaviti od 1 do 3 godine. U slučaju dviju ili više kompliciranih depresivnih epizoda, triju ili više nekomplikiranih epizoda ili kronične depresije, medikacija se može nastaviti do tri godine, a katkada i do kraja života (Jeffery i sur., 2005.).

Nuspojeve nakon primjene antidepresiva u djece i adolescenata slične su kao i kod odraslih, gastrointestinalne tegobe, promjene apetita i promjene spavanja. Ponekad izazivaju agitaciju, pa djeca mogu postati prkosna i impulzivna (Kušević, 2009.).

Zadnjih godina lijekovi iz skupine SSRI se u SAD-u označuju s upozorenjem black box, a to se odnosi na činjenicu da mogu povećati rizik pojave suicidalnih ideja i ponašanja (Begovac i sur., 2009.).

### **Individualna terapija**

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

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

Kod djece između 6-12 godina primjenjuju se psihoterapijske tehnike koje se temelje na transferu i najčešće počinju suportivnom fazom, progresivnom empatijom i self-opservacijom. Fokus terapije je na odnosima (Kocijan-Hercigonja i Hercigonja-Novković, 2004.). Usmjerena je na odnose depresivnog djeteta s drugim ljudima i probleme koji proizlaze iz tih odnosa. U tom periodu često se kombinira terapija igrom i transferna terapija, a materijali koji se rabe vrlo su različiti (crtanje, igranje lutkama, životinjama, pričanje priča i sl.). S obzirom na to da depresivna djeca često imaju i različita traumatska iskustva, terapeut mora biti fleksibilan i spreman tijekom terapijskog procesa mijenjati terapijske pristupe i tehnike ovisno o situaciji i posebice pratiti djetetove mogućnosti napredovanja u terapijskom procesu (Kocijan-Hercigonja i Hercigonja-Novković, 2004.).

Kognitivno-bihevioralna terapija se često provodi kod djece i adolescenata. Terapeut tijekom terapijskog procesa pomaže djetetu razumjeti događaje, posebice odluke odraslih koje su za dijete stresogene (rastava, gubitak i dr.) te mu pomaže u reevaluaciji i promjeni mišljenja posebice u odnosu na sebe s obzirom na to da depresivna simptomatologija uključuje negativnu sliku o sebi (Kocijan-Hercigonja i Hercigonja-Novković, 2004.). Razvija socijalne vještine tako da dijete ili adolescent mogu započeti i zadržati pozitivne socijalne odnose. Kognitivno-bihevioralna terapija posebno je korisna kod adolescenata i ona traži od terapeuta fleksibilnost te se terapeutova uloga mora često mijenjati od uloge učitelja, eksperta, roditelja i prijatelja. Psihoterapijski rad s djecom i adolescentima vrlo je kompleksan. Zahtijeva

znanje, vrijeme i razumijevanje pacijenta i samoga terapeuta jer se pred njega postavljaju različiti zahtjevi i očekivanja.

### **Grupna terapija**

Danas grupna terapija predstavlja jednu od terapijskih mogućnosti u liječenju depresije. U ovom terapijskom pristupu dijete treba uključiti u grupu tek kada se ostvari pozitivan kontakt s terapeutom. Grupna terapija pomaže da dijete lakše u grupi izrazi svoje emocije, uspostavi empatiju s drugim članovima grupe i stekne sigurnost. Doživljaj prihvaćenosti od drugih članova grupe i osjećaj grupne pripadnosti poboljšava i aktivira komunikacije sposobnosti djeteta.

### **Obiteljska terapija**

Kako su roditelji vrlo važan čimbenik u nastanku i u terapiji depresije djece, roditeljski trening zauzima važno mjesto u terapijskom procesu. Tijekom treninga roditelji uče kako razgovarati i slušati djecu. Kako vrlo često kod depresivnih stanja djece nalazimo i poremećene obiteljske odnose, indicirana je i obiteljska terapija koja ima za cilj poboljšanje međusobnih odnosa. Uloga obitelji je da pomogne mladoj osobi da razvije nova vjerovanja i načine uspostavljanja socijalnih odnosa koji će ga zaštititi da upadne u loše raspoloženje.

Važno je da roditelji i dijete prepoznaju da u depresiji postoji specifična povezanost između određenog načina razmišljanja, ponašanja i socijalnih odnosa koje je moguće svjesno kontrolirati i da će cilj terapije biti uvježbavanje kontrole nad tim odnosima, procesima i ponašanjima (Vulić-Prtorić , 2004.).

## 10. Zaključak

Depresija u djece i adolescenata je u značajnom porastu. Predstavlja problem i djetetu ili adolescentu te članovima njegove obitelji. Također predstavlja svojevrsan izazov stručnjacima koji sudjeluju u zaštiti mentalnog zdravlja ponajprije supspecijalistima dječje i adolescentne psihijatrije. Valja se nadati da će se unatoč složenosti i heterogenosti kliničke slike razvijati novi dijagnostički i terapijski pristupi koji će dovesti do uspjeha u dijagnostici i liječenju ove problematike.

## 11. Literatura

1. BEGIĆ D. (2011.) Psihopatologija. Zagreb, Medicinska naklada.
2. BEGOVAC I., MAJIĆ G., ŠKRINJARIĆ J., VIDOVIĆ V. (2009.) Depresija u djece u: Barišić N. i sur. Pedijatrijska neurologija. Zagreb, Medicinska naklada.
3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition. Text revision (2000.) Washington DC. American Psychiatric Association.
4. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition. (2013.) Washington DC. American Psychiatric Association.
5. EMSLIE GJ., HEILIGENSTEIN JH., WAGNER KD. i sur. ( 2002.) Fluoxetine or acute treatment of depression in children and adolescents: a placebo-controlled, randomized clinical trial. JAACP 41:1205-1215.
6. FOLNEGOVIĆ-ŠMALC V. (1999.) MKB-10 Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja-klinički opisi i dijagnostičke smjernice. Zagreb, Medicinska naklada.
7. FONAGY P., GERGELYG., JURIST EL., TARGET M. (2002.) Affect regulation, mentalization and the development of the self. New York, Other Press.
8. HARRINGTON R. (1993.) Depressive disorder in childhood and adolescence. New York, John Wiley and Son.
9. HERCIGONJA V. (2000.) Što znamo o dječjoj suicidalnosti. Zagreb, Potpora.
10. HOTUJAC Lj. i sur. (2006.) Psihijatrija. Zagreb, Medicinska naklada.
11. <http://www.dsm5.org>

12. <http://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/index.shtml>
13. <http://psychcentral.com/lib/children-and-depression>
14. <http://psychcentral.com/lib/teenage-depression>
15. JEFFERY DA., SAVA DB., WINTERS NC. (2005.) Depressive disorders in: Cheng K, Myers Kathleen M. eds. Child and Adolescents Psychiatry The Essentials. Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins.
16. KAPLAN HI., SADOCK BJ. (1998.) Priručnik kliničke psihijatrije. Jatebarsko, Naklada Slap.
17. KAPLAN HI., SADOCK BJ. (2009.) Concise textbook of child and adolescent psychiatry. Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins.
18. KLEIN M. (1975.) Mourning and its Relation to Manic-depressive States in: Love, Guilt, and Reparation and the Other Works 1921-1945. New York, Free Press.
19. KOHUT H. (1971.) Analysis of the Self: A Systematic Approach to the Psychoanalytic Approach of the Narcissistic Personality Disorders. New York, International Universities Press.
20. KOCIJAN-HERCIGONJA D., KOZARIĆ-KOVAČIĆ D., HERCIGONJA V. (2002.) Psihofarmakoterapija kod djece i adolescenata. Medicus 11:259-262.
21. KOCIJAN-HERCIGONJA D., HERCIGONJA-NOVKOVIĆ V. (2004.) Depresija u djece. Medicus 13:89-93.
22. KUŠEVIĆ Z. (2009.) Primjena antidepresiva u dječjoj i adolescentnoj dobi u: Mihaljević-Peleš A., Šagud M. Antidepresivi u kliničkoj praksi. Zagreb, Medicinska naklada.
23. LUBY JL. (2009.) Early childhood depression. Am J Psychiatry 166:974-979.

24. MIŠĆEVIĆ M. (2007.) Simptomi anksioznosti i antidepresivnosti kod osnovnoškolske djece, diplomski rad. Zagreb, Filozofski fakultet, Odsjek za psihologiju.
25. NIKOLIĆ S., MARANGUNIĆ M. i sur. (2004.) Dječja i adolescentna psihijatrija. Zagreb, Školska knjiga.
26. RUDAN V., TOMAC A. (2009.) Depresija u djece i adolescenata. Medicus 18:173-179.
27. SPITZ R. (1946.) Anaclitic depression. PSYCHOANAL STUD CHIL 12:313-342.
28. VULIĆ-PRTORIĆ A. (2004.) Depresivnost u djece i adolescenata. Jastrebarsko, Naklada Slap.
29. ŽIVKOVIĆ Ž. (2006.) Depresija kod djece i mladih. Đakovo, Naklada Tempo.



## 12. Životopis

### Osobni podaci

Datum rođenja: 08.03.1988

Adresa: Vidovec Krapinski 14, 49000 Krapina

GSM: 00385 95 897 4633

E-mail: matkovic.ivana@gmail.com

### Obrazovanje

2007-2014 Medicinski fakultet, Sveučilište u Zagrebu

Diplomski rad: „Depresija kod djece i adolescenata“

2002-2006 Zdravstveno učilište, smjer farmaceutski tehničar, Zagreb

Maturalni rad: „Kapi za oko“

1994-2002 Osnovna škola „Ljudevit Gaj“, Krapina

### Radno iskustvo

listopad 2008-lipanj 2014 „HNK“, Zagreb; studentski posao

listopad 2006-listopad 2007 „Ljekarne Zubić“, Krapina; pripravnički staž

### Vještine

Strani jezici: engleski (aktivno)

Vozačka dozvola: B kategorija

Uporaba računalnih paketa: MS Windows, MS Office

Hobi i interesi: kazalište, planinarenje, botanika

