

# Depresija kao rizični čimbenik za školski uspjeh kod adolescenata

---

Logožar, Milena

Master's thesis / Diplomski rad

2020

*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:105:305915>

*Rights / Prava:* [In copyright](#)

*Download date / Datum preuzimanja:* **2022-06-25**



*Repository / Repozitorij:*

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



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU  
MEDICINSKI FAKULTET  
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA**

**Milena Logožar**

**Depresija kao rizični čimbenik za školski uspjeh kod  
adolescenata**

**DIPLOMSKI RAD**



**Zagreb, 2020.**

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU  
MEDICINSKI FAKULTET  
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA**

**Milena Logožar**

**Depresija kao rizični čimbenik za školski uspjeh kod  
adolescenata**

**DIPLOMSKI RAD**



**Zagreb, 2020.**

„Ovaj diplomski rad izrađen je na Sveučilištu u Zagrebu, Medicinski fakultet, Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“ Katedra za medicinsku sociologiju i zdravstvenu ekonomiku pod vodstvom doc.dr.sc.Tee Vukušić Rukavine i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2019/2020“.

## **POPIS I OBJAŠNENJE KRATICA**

ADHD – Attention deficit hyperactivity disorder/Poremećaj hiperaktivnosti i deficita pažnje

APA – American psychiatric association/ Američka psihijatrijska asocijacija

DALY - Disability-adjusted life years/Godine života prilagođene invalidnosti

DSM-V – Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, peto izdanje

EKT/EST – elektrokonvulzivna terapija/ elektrostimulativna terapija

FDA – Food and Drug Administration/Američka agencija za hranu i lijekove

IPT - interpersonalna psihoterapija

KBT - kognitivno bihevioralna terapija

MAOI - inhibitori monoaminooksidaze

MKB - Međunarodna klasifikacija bolesti

NIMH - The National Institute of Mental Health/Nacionalni institut za mentalno zdravlje

SIPPS – Selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina

SZO –/Svijetska zdravstvena organizacija

SŽS – Središnji živčani sustav

TAD/TCA – Triciklički antidepresivi/Tricyclic antidepressant

TADS - Treatment for Adolescents with Depression Study/Skala za liječenje adolescenta s depresivnim stadijem

# SADRŽAJ

1. UVOD .....	1
1.1. Pojam depresije i epidemiologija .....	1
1.2. Povijest depresivnog poremećaja .....	2
1.3. Teorije nastanka depresije/etiologija.....	3
1.4. Klinička slika depresije .....	4
1.5. Vrste i klasifikacija depresije .....	5
2. ADOLESCENCIJA.....	8
2.1. Razvojne faze čovjeka.....	8
2.2. Specifičnosti adolescencije .....	8
3. DEPRESIJA KOD ADOLESCENATA.....	11
3.1. Specifičnosti depresije kod adolescenata .....	11
3.2. Rizični čimbenici nastanka depresije .....	12
3.3. Klinička slika i klinički tijek depresije kod adolescenata .....	13
3.4. Depresija kod darovite djece .....	15
3.5. Depresija i rizik samoubojstva kod adolescenta.....	16
3.6. Dijagnoza depresije kod adolescenta .....	17
4. DEPRESIJA KAO RIZIČNI ČIMBENIK ZA ŠKOLSKI USPJEH KOD ADOLESCENTA.....	19
4.1. Posljedice depresije kod mladih .....	19
4.2. Školski uspjeh .....	20
4.3. Školski neuspjeh.....	21
4.4. Strategije suočavanja s depresijom u školskom okruženju .....	22
5. PREVENCIJA I LIJEČENJE DEPRESIJE KOD ADOLESCENATA.....	25
5.1. Prevencija depresije.....	25
5.2. Uloga medicinske sestre.....	30
5.3. Liječenje depresije kod adolescenata .....	30
6. ZAKLJUČAK .....	34
7. ZAHVALE .....	35
8. LITERATURA.....	36
9. ŽIVOTOPIS .....	41

# 1. SAŽETAK

## Depresija kao rizični čimbenik za školski uspjeh kod adolescenata

**Milena Logožar**

Depresija je stanje kontinuiranog sniženog raspoloženja i gubitka energije koje utječe na misli, ponašanje, osjećaje i fizičko stanje osobe. To je bolest s tisuću lica i svrstava se među najčešće poremećaje današnjice. Iako se donedavno depresija smatrala poremećajem koji pogađa osobe zrele i starije životne dobi, istraživanja su pokazala da se ovaj poremećaj sve više pojavljuje kod djece, adolescenata te ljudi mlađe životne dobi. Adolescencija je burno razdoblje u kojem se postiže psihosocijalna zrelost, formira se identitet, razrješavaju se krize ranijih razvojnih faza. Ukoliko se krize adekvatno ne razriješe, djelovanjem nasljednih ili različitih psiholoških, emocionalnih i socijalnih čimbenika, dolazi do razvoja depresije. Simptomi koji se manifestiraju kod depresivnog adolescenata mogu biti različitog intenziteta, mogu trajati kratko, a mogu biti prisutni i tijekom cijelog života. Depresija se najčešće javlja kao primarni poremećaj, ali se može javiti i u kombinaciji s drugim psihološkim poremećajima. Kod adolescenata, depresija nosi veliki rizik za razvoj delikventnog ponašanja, zloupotrebu sredstava ovisnosti i alkohola, školski neuspjeh i pokušaj suicida. Dijagnosticiranje depresije u djece i adolescenata može biti zahtjevno zbog specifičnosti kliničke slike u odnosu prema odraslima. Stoga u dijagnostici depresivnih poremećaja sudjeluje tim stručnjaka, a važnu ulogu u timu ima subspecijalist dječje i adolescentne psihijatrije. Liječenjem depresije u djece i adolescenata teži se uklanjanju simptoma i postizanje potpune remisije, prevenciji recidiva, ublažavanju dugotrajnog morbiditeta i stvaranje uvjeta za normalan rast i razvoj. U tretmanu je potreban holistički i multimodalni pristup, koji obuhvaća psihoedukaciju, psihoterapiju i prema potrebi farmakoterapiju. Pravilnom dijagnostikom, odabirom metoda liječenja te uz neizbježnu podršku obitelji i prijatelja, depresija može biti izliječena. Pošto je depresija multifaktorijalna bolest, koja ostavlja brojne posljedice na daljnje fizičko i psihičko zdravlje adolescenta, naglasak je na prevenciji. Faktori rizika i zaštite mogu se naći u školskom, obiteljskom i društvenom okruženju, što onda znači da bi i prevencija trebala biti multifaktorijalna.

**Ključne riječi:** depresija, adolescencija, školski uspjeh

## **SUMMARY**

### **Depression as a risk factor for school success in adolescents**

**Milena Logožar**

Depression is a condition of continuous low mood and loss of energy that affects a person's thoughts, behaviour, feelings, and physical condition. It is a disease with a thousand faces and is one of the most common disorders nowadays. Although until recently depression was considered a disorder that affects adults and the elderly, research has shown that this disorder is increasingly occurring in children, adolescents, and younger people. Adolescence is a turbulent period in which psychosocial maturity is achieved, identity is formed, crises of earlier developmental stages are resolved. If crises are not adequately resolved, the action of hereditary or various psychological, emotional and social factors leads to the development of depression. Symptoms that manifest in a depressed adolescent can be of varying intensity, may be short-lived, and may be present throughout life. Depression most commonly occurs as a primary disorder, but it can also occur in combination with other psychological disorders. In adolescents, it carries a high risk of developing delinquent behaviour, substance abuse and alcohol abuse, school failure, and suicide attempt. Diagnosing depression in children and adolescents can be challenging due to the specificity of the clinical picture in relation to adults. Therefore, a team of experts participates in the diagnosis of depressive disorders, and an important role in the team is played by a subspecialist in child and adolescent psychiatry. The treatment of depression in children and adolescents aims to eliminate symptoms and achieve complete remission, prevent recurrence, alleviate long-term morbidity and create conditions for normal growth and development. The treatment requires a holistic and multimodal approach, which includes psychoeducation, psychotherapy and, if necessary, pharmacotherapy. With proper diagnosis, choice of treatment methods and the inevitable support of family and friends, depression can be cured. Since depression is a multifactorial disease, which leaves numerous consequences on the further physical and mental health of adolescents, the emphasis is on prevention. Risk and protection factors can be found in the school, family and social environment, which then means that prevention should also be multifactorial.

**Key words:** depression, adolescence, school success



# 1. UVOD

Loše raspoloženje, bezvoljnost, manjak energije, plačljivost, nesanica, prejedanje, različiti bolovi.... svatko od nas na svoj način reagira na stres i velike zahtjeve okoline. Netko je kreativan cijele godine, ali potone po zimi, netko je lepršav kroz tjedan, ali za vikend ga spopadne malaksalost i migrena. Svaki pojedinac nastoji održati ravnotežu na svoj individualni način budući da na nas vrlo često djeluje istovremeno više različitih stresora. Za razliku od tuge, iscrpljenja, stresa, depresija je mnogo više. Ona nema ograničeno vrijeme trajanja, simptomi ne nestaju bez profesionalne pomoći i opasna je za samog bolesnika.

## *1.1. Pojam depresije i epidemiologija*

Prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti (MKB-10) depresija je stanje kontinuiranog sniženog raspoloženja i gubitka energije koje utječe na misli, ponašanje, osjećaje i fizičko stanje osobe, a traje minimalno dva tjedna. Depresivnost je emocionalno stanje koje karakterizira osjećaj tuge, neraspoloženja, žalosti i utučenosti koje je danas sve češće životno iskustvo suvremenog čovjeka (1). Za depresiju možemo reći da je bolest s tisuću lica koja se u svakog bolesnika manifestira na jedinstven način uz neka zajednička svojstva svim depresivnim poremećajima (2). Kao što ne postoje dva identična čovjeka, tako je teško pronaći dva oboljela sa identičnom kliničkom slikom depresije. Riječ depresija potječe od lat. riječi *depressio*, što u prijevodu znači pritisnuti, utisnuti. Visoka stopa morbiditeta i mortaliteta, česti komorbiditeti te narušena kvaliteta života karakteristika su depresivnih poremećaja te ga čine velikim javnozdravstvenim problemom, dijelom i zbog posljedica koje ostavlja na cjelokupno zdravstveno stanje bolesnika, na radnu sposobnost ili školske obveze oboljelog i dovodi do poremećenih odnosa u obitelji (2). Depresija je vrlo često neprepoznata, podcijenjena, neadekvatno liječena te može predstavljati rizični čimbenik za razvoj različitih psihosomatskih bolesti. Za samog bolesnika depresija predstavlja veliku patnju i bolno iskustvo te je stoga veliki izazov za liječnika i obitelj bolesnika. Hrvatsko društvo za biologijsku psihijatriju i klinički psihofarmakobiologiju u suradnji s Hrvatskim psihijatrijskim društvom pokrenulo 1993. godine program ranog prepoznavanja i liječenja što većeg broja depresivnih poremećaja u Hrvatskoj pod nazivom „Zajedno protiv depresije“ (2). Cilj je bio što bolja edukacija liječnika obiteljske medicine za prevenciju, prepoznavanje, i liječenje depresija u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

1998. godine objavljen je vodič za depresivne bolesnike i njihove obitelji, čija je svrha edukacija bolesnika o liječenju, prevenciji novih epizoda depresije i izgradnji partnerskog odnosa sa svojim liječnikom. U sklopu programa „Zajedno protiv depresije“ održana su predavanja u svim većim hrvatskim gradovima, a provodi se i edukacija svih drugih profesionalnih pomagača (psiholozi, pedagozi, nastavnici) koji mogu pridonijeti uspješnoj borbi protiv depresije. Posljednjih desetljeća zamijećen je porast broja oboljelih od depresije, posebno kod žena, što mnogi pripisuju emocionalnoj nježnosti žena, hormonskim promjenama, naučenom obrascu bespomoćnosti, čestim smetnjama u funkciji štitnjače. Depresija je danas jedan od najčešćih medicinskih problema u svijetu. Depresivni poremećaji po svojoj ozbiljnosti i proširenosti predstavljaju u Hrvatskoj i svijetu veliki javnozdravstveni prioritet. Prema svjetskim podacima trenutna prevalencija depresivnih poremećaja varira između 2 i 10% ovisno o definiciji depresije i promatranoj populaciji (3). Prognoza Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) za 2020. potvrđuje ranija upozorenja da će depresija biti drugi zdravstveni problem u svijetu (4). Velike socijalne promjene, promjene moralnih, vjerskih i drugih vrijednosti, raspad tradicionalnih obitelji, velik broj samačkih obitelji, učestale migracije i emigracije, veliki broj izvanbračno rođene djece, nagle tehnološke promjene koje dovode sve više do virtualne komunikacije, nerealna i sve veća materijalna očekivanja, dovode do osamljenosti i depresije (5). Liječenje depresije, osim s medicinskog stajališta, važno je i s aspekta ekonomije i financija. 2016. godine SZO i Svjetska banka objavili su da ulaganje u liječenje depresije i anksioznosti dovodi do četverostrukog prinosa, budući da ove patologije koštaju globalno gospodarstvo milijun milijardi dolara svake godine (6). Depresija se podjednako javlja u svakoj životnoj dobi. Depresija je najčešća između adolescencije i 45. godine života, a prosječna dob javljanja je 27 godina (7).

## ***1.2. Povijest depresivnog poremećaja***

Pojam depresije nalazimo već u tekstovima starih civilizacija. U starom zavjetu su osobu koja je imala simptome depresije opisivali kao opsjednutu zlim duhom. U antičko doba, depresiju je prvi opisao Hipokrat. Prema Hipokratu melankolija nastaje zbog pretjeranog stvaranja žući u slezeni. Bolest je pripisivao prirodnim čimbenicima, a ne natprirodnim silama. Za sprečavanje bolesti, Hipokrat je preporučio održavanje ravnoteže organizma pomoću zdravog života i relaksacije, što se održalo i do danas (8). Glavno štivo o depresiji Celsusovo enciklopedijsko djelo „O melankoliji“ i Burtonova „Anatomija melankolije“ potječu iz 15. i 16. stoljeća. Engleski pisci Chaucer i Shakespeare u svojim djelima pišu o melankoliji. Tek

sredinom 20. stoljeća dolazi do današnjeg razumijevanja i klasifikacije poremećaja raspoloženja. Sigmund Freud bavio se pojmom ljetnje, koja je usmjerena na vlastito ja zbog osobnog gubitka, kao mogućim uzrokom nastanka depresije. Danas se gubitak smatra temeljem psihosocijalnih tumačenja nastanka depresije. Radi se o stvarnom ili simboličnom gubitku, bilo zbog gubitka bliske osobe, ljubavi, materijalnih gubitaka ili neostvarenje realnih ili nerealnih očekivanja (9).

### ***1.3. Teorije nastanka depresije/etiologija***

Nastanak depresije nastoji se razjasniti i objasniti brojnim teorijama.

#### *1. Biološke teorije*

Prema ovoj teoriji, nasljeđe ima bitnu ulogu u nastanku depresije. Epidemiološka istraživanja upozoravaju na 2 do 3 puta veći rizik za obolijevanje od depresije u obiteljima depresivnih bolesnika (9). Biokemijski poremećaji u mozgu povezuju se s promjenama u nastanku i razgradnji neurotransmitera u mozgu, kao što su serotonin, noradrenalin i serotonin (7). Serotonin ima važnu ulogu u izbjegavanju opasnosti, štete i patnje, noradrenalin ima energetske funkcije koja omogućava ustrajnost i izdržljivost, a dopamin ima ulogu u sustavu nagrade i osjećaju užitka. Neuro-imuno-endokrinološki poremećaji podlogu imaju u prvom redu kod bolesti štitnjače i nadbubrežne žlijezde. Upalna teorija depresije polazi od opažanja da su upalne i autoimune bolesti često praćene simptomima depresije te je u depresivnih bolesnika utvrđen porast citokina, C – reaktivnog proteina, gama interferona i prostaglandina koji smanjuju aktivnost serotonina (9). Jedan od uzroka depresije može biti i poremećaj cirkadijurnog ritma; ritmičkih bioloških procesa koji se ponavljaju unutar 24 sata (budnost, spavanje, tjelesna temperatura, sekrecija hormona...)

#### *2. Psihološke teorije:*

Obuhvaćaju psihodinamsku, kognitivnu i bihevioralnu teoriju. Prema psihodinamskoj teoriji do depresije dolazi kao posljedica neučinkovitog žalovanja zbog gubitka voljene osobe ili objekta. Prema kognitivnoj teoriji depresija nastaje kao posljedica pogrešnog mišljenja i obrade informacija koje dovode do negativnog vjerovanja ili negativne trijade (pesimistički stavovi o sebi, budućnosti i svijetu). Teorija naučene bespomoćnosti, atribucijska teorija i teorija beznađa međusobno se proširuju i nadovezuju, a polaze od pretpostavke da izloženost neugodnim

situacijama na koje se ne može djelovati dovode do osjećaja neuspjeha, bespomoćnosti i beznađa (7). Prema bihevioralnim teorijama depresivni bolesnici imaju manjak socijalnih vještina što vodi prema neuspjehu u ostvarivanju socijalnih kontakata i odnosa te doprinosi samoizolaciji depresivnih osoba. Prema ovoj teoriji pojavi depresije pogoduju i crte ličnosti (pasivnost, povučенost, zatvorenost) i poremećaji ličnosti (distimija, opsesivno – kompulzivni).

### *3. Teorija o stresnim događajima*

Depresiju mogu uzrokovati i različiti stresni životni događaji, koji su individualno uvjetovani. Stresor dovodi do fiziološke osjetljivosti središnjeg živčanog sustava (SŽS) i nastanka depresije, a kasnije svaki manji stresor može biti okidač za novu depresivnu epizodu. Osjećaj gubitka kontrole dovodi do osjećaja bespomoćnosti te manjka pozitivnog potkrepljenja koji se nalazi u osnovi anksioznih i depresivnih poremećaja (2).

### *4. Depresogene ličnosti i temperament*

Već su stari Grci razlikovali četiri temperamenta; kolerik (naprasit), sangvinik (vatren), flegmatik (trom) i melankolik (turoban) smatrajući da je priroda čovjekove bolesti povezana s njegovim temperamentom. Smatrali su da onaj tko već od djetinjstva pokazuje turoban karakter ima veću vjerojatnost razvoja depresije u stresnim situacijama. Osobe s normalnim raspoloženjem (eutimija) sve svoje emocije nastoje držati pod kontrolom. Osobe koje boluju od depresije gube kontrolu nad svojim emocijama te imaju sniženo raspoloženje (hipotimija), a oni s manjom povišeno raspoloženje (hipertimija) (2,10).

#### ***1.4. Klinička slika depresije***

Kroz život nailazimo na različite životne izazove, nedaće, koje manje-više uspješno svladavamo i usput sazrijevamo. O depresiji govorimo ukoliko je tuga prisutna stalno, bez pravog razloga, dolazi do gubitka životne radosti i volje za svakodnevne obveze. Depresija je ozbiljna bolest koja uzrokuje smetnje pamćenja i ostalih kognitivnih funkcija, sniženo raspoloženje, tjelesne promjene i promjene ponašanja, osjećaj tuge, beznađa, bespomoćnosti, krivnje, pada samopoštovanja i samopouzdanja (8). Psihomotorne promjene prisutne su u vidu psihomotorne inhibicije ili agitacije (11). Tjelesne promjene očituju se u poremećaju ritma spavanja, prehrane, tjelesne težine i seksualnosti.

Simptomi depresivne epizode prema MKB – 10 su:

1. Depresivno raspoloženje
2. Gubitak interesa i užitaka
3. Smanjenje energije
4. Gubitak samopouzdanja ili samopoštovanja
5. Neprimjereni samoopuživanje ili osjećaj krivnje
6. Ponavljajuće misli o smrti ili samoubojstvu
7. Otežano mišljenje i koncentracija; neodlučnost
8. Agitacija ili retardacija
9. Poremećaj spavanja
10. Poremećaj apetita i promjena tjelesne težine (2)

Klinička slika depresije kreće se od blagih do vrlo teških oblika bolesti.

Teška depresiju ili velik depresivni poremećaj karakteriziraju simptomi koji ukazuju da je narušeno naše dnevno funkcioniranje, obavljanje uobičajenih aktivnosti i aktivnosti koje su nam ranije pričinjavale zadovoljstvo. Lakši tip depresije, distimija, podrazumijeva dugotrajne kronične simptome koji sprječavaju čovjeka da dobro funkcionira i da se dobro osjeća. Za mnoge stručnjake kao što su psiholozi, socijalni radnici, medicinske sestre, nastavnici, pedagozi koji se susreću s depresivnim osobama važno je prepoznavanje simptoma depresije i upućivanje na pravovremeno liječenje.

### ***1.5. Vrste i klasifikacija depresije***

Prema MKB -10 klasifikaciji, poremećaji raspoloženja označeni su kategorijama F30 do F39, a uključuju maniju, bipolarni afektivni poremećaj, depresiju, povratni depresivni poremećaj i perzistirajući poremećaj raspoloženja (9). Svaka epizoda depresije može imati blaži ili teži oblik sa ili bez psihotičnih elemenata. Postoje različite vrste i oblici depresija s obzirom na broj, izraženost i zastupljenost depresivnih simptoma, težinu kliničke slike, vrijeme javljanja, trajanja epizoda i povezanost s drugim poremećajima.

- Prva ili ponovljena depresivna epizoda – Kod prve epizode potrebno je utvrditi o kojem se depresivnom poremećaju radi, da li je moguć ponavljajući depresivni poremećaj ili bipolarni afektivni poremećaj.

- Velika ili mala depresivna epizoda - Ovisi o broju prisutnih simptoma i trajanju simptoma. Zastupljenost više od pet navedenih simptoma ukazuje na „major“ ili veliku depresivnu epizodu, a četiri ili manje na „minor“ ili malu depresivnu epizodu
- Psihoteična ili nepsihoteična depresivna epizoda – Kod psihoteične depresivne epizode prisutne su sumanute misli i ideje, halucinacije dok su nepsihoteične epizode one odsutne.
- Reaktivne ili endogene depresivne epizode – Reaktivne epizode nastaju kao reakcija na stresne situacije ili životne probleme. Kada ne postoji opravdan razlog za nastanak depresije, uzrok je unutarnji ili nepoznati, govorimo o endogenoj depresiji.
- Tipična ili atipična depresivna epizoda – Kod tipičnih depresija prisutni su uobičajeni simptomi depresije za razliku od atipične gdje su prisutni simptomi koji nisu u većini slučajeva karakteristični za depresiju.
- Akutna ili kronična depresivna epizoda – O akutnim epizodama govorimo kada su simptomi prisutni od dva tjedana do šest mjeseci, a kod kroničnih su oni prisutni najmanje dvije godine.
- Agitirana ili inhibirana depresivna epizoda – U agitiranim depresivnim epizodama bolesnik može imati nemirnu, agitiranu psihomotoriku. U inhibiranim depresivnim epizodama bolesnik je psihomotorno usporen ili inhibiran.
- Hiposomna ili hipersomna depresivna epizoda – U hiposomnih epizoda osoba zaspi bez teškoća, ali ima problema s održavanjem sna. U hipersomnim epizodama bolesnik spava dulje od potrebnog ili uobičajenog.
- Suicidalna ili ne suicidalna depresivna epizoda – Suicidalnom ponašanju obično prethodi dulje ili kraće vrijeme razmišljanja o smrti, rizično ponašanje, prisustvo suicidalnosti u obiteljskoj anamnezi ili sam pokušaj samoubojstva.
- Depresivna epizoda sa somatskim sindromom
- Čiste ili miješane kliničke slike

- Kratkotrajne depresijske epizode – Traju kraće od dva tjedana. Primjer je depresivna epizoda koja je povezana s menstrualnim ciklusom (7).

Depresivna epizoda je depresija koja se javlja jednom i ima različitu jačinu simptoma. Ponavljaju li se depresivne epizode govorimo o ponavljajućem ili rekurativnom depresivnom poremećaju. Indikatori ponavljajućih depresija uključuju raniju dob nastupa, veći broj i jačinu epizoda, prisutnost psihotičnih obilježja, prisustvo komorbiditeta, psihosocijalne stresore, manjkavu suradnju tijekom tretmana i prisutnost depresivnog ili nekog drugog psihijatrijskog poremećaja kod roditelja (12).

## **2. ADOLESCENCIJA**

### ***2.1. Razvojne faze čovjeka***

Svatko od nas različito reagira na životne situacije i događaje. Svaki način reagiranja kao i crta naše osobnosti ostavlja traga na nama i mijenja nas. Sigmund Freud psihičke je funkcije podijelio u tri grupe: Id, Ego i Superego. Id je prisutan od rođenja, predstavlja naše genetsko nasljeđe i teži za nagonskom ugodom. Ego se razvija kao rezultat razvoja SŽS, naših iskustava i različitih vanjskih podražaja i predstavlja naše svjesno mišljenje, rasuđivanje, pamćenje, učenje i percepciju. Superego je dio psihičkih funkcija koji se odnosi na naše moralne zahtjeve, zabrane društva i naše težnje i proizvod je kulture, obrazovanja i društvenih normi (13). Teorije o razvojnim fazama čovjeka razlikuju nekoliko faza koje svako ljudsko biće prolazi, od rođenja do sazrijevanja. Oralna faza je najranija faza gdje vodeću ulogu i mjesto užitka imaju usta. Cilj ove faze je stjecanje povjerenja u blisku osobu. Slijedi analna faza tijekom druge i treće godine života kada dijete počinje postizati kontrolu nad sfinkterom crijeva i mokraćnog mjehura, čiji je cilj stjecanje autonomije i izražavanje svoje volje. Slijedi falusna faza otkrivanja svog spolnog organa i zapažanja razlike među spolovima. Razdoblje latencije ili nagonskog mira nastupa između 6 - 12 godine života kada su pred dijete postavljeni novi zahtjevi obitelji, škole, vršnjaka. Tijekom ove faze potisnut je libido te je dijete usmjereno prema obrazovnim aktivnostima, što ima za cilj razvoj osjećaja produktivnosti. Najvažniji proces tijekom latencije je socijalizacija, prilagođavanje sociokulturnoj sredini u kojoj dijete odrasta i novim životnim uvjetima. Nakon razdoblja latencije nastupa genitalna faza, odnosno razdoblje rane adolescencije (12 – 15 godine) i razdoblje prave adolescencije (15 - 18 godine). Razdoblje puberteta karakterizira buran biološki razvoj, razvoj seksualnog identiteta i seksualnog ponašanja, postizanje psihosocijalne zrelosti i formiranje identiteta (14,15). U tom periodu mlada osoba nastoji steći svoju autonomiju, odvojiti se od ovisnosti o roditeljima vežući se više za grupu vršnjaka. U svakoj od ovih razvojnih faza razrješava se konflikt koji je specifičan za tu fazu, što je neophodno za nastavak zdravog razvoja.

### ***2.2. Specifičnosti adolescencije***

Adolescencija je razdoblje između puberteta i odrasle dobi, koje započinje između 11 – 13 godine, a završava oko 18 – 20 godine, prelaskom adolescenta iz djetinjstva u odraslu dob (16). To je burno razdoblje, vrijeme buntovništva, unutrašnjih sukoba, sukoba s obitelji i okolinom, isprobavanja različitih izazova, mogućeg razvoja ovisnosti, želje da se brzo odraste,



ali i najljepši period stjecanja samostalnosti. Osim fizioloških promjena događaju i socijalne, psihološke i emocionalne promjene poput razvoja seksualnosti, izgrađivanja vlastitog identiteta, razvoj apstraktnog razmišljanja, raste želja za slobodom i samostalnošću, središnje mjesto u životu adolescenta zauzimaju vršnjaci, javlja se kritičnost prema vrijednostima roditelja i odvajanje od povezanosti s roditeljima. Te ogromne promjene mogu za adolescenta predstavljati vrlo izazovno i stresno razdoblje i zahtijevaju osobno privikavanje. Ovo razdoblje možemo podijeliti u tri faze:

- a) preadolescencija koju karakterizira drsko, bučno prkosno ponašanje
- b) adolescencija u užem smislu obilježena je traženjem neovisnosti u svim područjima
- c) post adolescencija je vrijeme kada adolescent ulazi u svijet odraslih, polako formirajući svoj spolni i profesionalni identitet (17).

Svaka od faza adolescencije krije u sebi opasnost za pojavu krize, a svima su zajednička obilježja pojačana tjeskoba i promjene u raspoloženju. Raspoloženje može biti nestabilno i promjenjivo, ali najčešće je sniženo-depresivno. Unutar kriznih stanja depresivnog tipa može doći do povlačenja i izbjegavanja, pretjeranog i prenaplašenog druženja, konzumiranja sredstava ovisnosti koje se nažalost nude kao "brza i efikasna" rješenja, do onih težih koja vode u bolest (ovisnost, anoreksija) i onih najtežih i najdrastičnijih – autoagresivnih reakcija koje ponekad završavaju i suicidom adolescenta (18). U tom periodu dolazi do značajnih promjena u izgledu, što adolescent mora uklopiti u postojeću sliku koju ima o sebi. Neuspjeh bi doveo do gubitka samopoštovanja. Na neki način adolescenti žive u svome imaginarnom svijetu, često mijenjaju raspoloženja, ne zanima ih previše stvarnost, njihove preokupacije su im najvažnije te se zbog toga teže usmjeravaju na učenje. Emocije su im snažne i promjenjive te teže impresioniranju suprotnog spola. Veliku pažnju pridaju svom stilu oblačenja te se vrlo često poistovjećuju sa svojim idolima ili junacima. Ponekad čine neka nedjela da bi bili kažnjeni, da bi oni nekoga kaznili ili da privuku pažnju i na taj način izražavaju svoje stvarne potrebe (14). Osim obitelji veliki utjecaj na psihosocijalni razvoj adolescenata imaju vršnjaci, vršnjačke grupe. U jednoj ranijoj studiji kod adolescenata, utvrđeno je da su članovi školskih grupa vrlo slični po socioekonomskom statusu, po godini školovanja, po interesima i vrijednostima (15). Za zdravi kognitivni, emocionalni i socijalni razvoj važna je svakodnevna komunikacija i interpersonalni odnosi adolescenta s vršnjacima (14,15,19). Grupe vršnjaka (peer groups) na neki način svojim strogim zahtjevima konformnosti (uniformizam u odijevanju, stilovi glazbe,

rituali) pružaju zaštitu od nesigurnosti i tjeskoba (19). Prema istraživanju koje su proveli Brown, Eicher, Petrie, kako navodi Lacković-Grgin (15), važnost pripadanja grupi najizraženija je od 12 – 18 godine. Adolescenti vrlo često sanjare bježeći na taj način od svakodnevne rutine, ali i životnih poteškoća. Ukoliko je ono umjereno može biti konstruktivan čimbenik za mentalno zdravlje (14). Adolescente možemo klasificirati kao:

- a) Jednostavne adolescente – To su oni kod kojih ne postoje psihičke komplikacije, već prirodno postižu spolnu zrelost.
- b) Neurotična grupa koja je mnogobrojna, te adolescenti pokazuju obrambene mehanizme; težnja samoći, asketizam, idealizacija.
- c) Miješane grupe mladih u kojih osobine prelaze iz jedne u drugu grupu (14).

Adolescencija je razvojni period kojim završava odrastanje. Obitelj adolescenta nalazi se u specifičnoj fazi životnog ciklusa. Školski neuspjeh ili školska neprilagođenost često je prvi signal da se nešto "dogđa" s adolescentom (18). Roditelji su ti koji postavljaju granice koje ne smiju biti ni prečvrste, ni preblage. Ukoliko izostanu granice od strane roditelja, adolescent to doživljava kao roditeljsku nebrigu te ulijeće u nova iskustva nesvjesno izazivajući sukobe ili ludosti kako bi izazvao pažnju roditelja. Ako su granice prečvrste, pregrube, teže je vezivanje adolescenta za vršnjačke skupine. Upravo je roditeljska toplina sa socijalnom podrškom i stilom nošenja sa stresom najvažniji protektivni faktor za depresiju (20). Depresivna stanja u ovoj fazi odvajanja od roditelja normalne su i uobičajene pojave odrastanja. Isto su tako ova depresivna stanja dio razvojnog procesa koji adolescentu omogućava da ostvari razvojne zadaće i postigne svoju samostalnost (18). U adolescenciji je osoba često, u većoj ili manjoj mjeri izložena rujanju, bilo od strane bližnjih, kolega, vršnjaka, što može isprovocirati neprimjerene reakcije poput agresivnog ponašanja, depresivnog ponašanja, popuštanja u školi i opsesivne preokupacije izgledom (21). Adolescencija je razdoblje kriza, buntovništva, ali i razdoblje procjena, donošenja odluka i preuzimanje odgovornosti. Brojna istraživanja su potvrdila da za razvoj depresije kod mlade osobe bitnu ulogu imaju negativni životni događaji, teškoće u uspostavljanju odnosa s drugima, nedostatak socijalnih vještina te pesimizam kao kognitivni stil (22).

### 3. DEPRESIJA KOD ADOLESCENATA

#### 3.1. *Specifičnosti depresije kod adolescenata*

Koncept depresije u dječjoj i adolescentskoj dobi javlja se sedamdesetih godina dvadesetog stoljeća kada prvi istraživači počinju dijagnosticirati slučajeve depresije u djece i adolescenata (23). Ranije se smatralo da je depresija bolest starije životne dobi te da su djeca zaštićena od depresije zbog nerazvijenosti svog super - ega (2). U djetinjstvu se depresija može javiti kao posljedica nezadovoljenih potreba od strane majke. Depresija kod djece najčešće nastaje zbog velikih fizičkih ili psihičkih opterećenja, nedovoljno odmora, bolesti roditelja, gubitka roditelja ili voljene osobe, razorene obitelji, nasilja ili posljedica zlostavljanja djeteta. Pojavnost različitih oblika depresije u djece i adolescenata ovisi o osobitosti pojedinih razvojnih faza. U adolescentskoj dobi, dijete traži uzrok svoje tuge često okrivljujući sebe za nešto što nije krivo te nezadovoljstvo projiciraju na sebe, a ne na okolinu. Razlike između depresivnog adolescenta i odrasle osobe je u doživljaju vremena i odnosu prema budućnosti. Adolescent zbog manjka životnog iskustva želi sve odmah te svaku lošu situaciju doživljava kao neuspjeh. Takvo ga shvaćanje često dovodi do rizičnih odluka i posljedica. Mnogi razvojni zadaci koji prate adolescenciju, mogu u slučaju neuspjeha biti okidač za depresiju (23). Danas se upravo adolescencija smatra razdobljem češćih pojava depresivnog raspoloženja, kada zbog potreba za samostalnošću, odvajanjem i autonomijom u adolescenata, dolazi do spoznaje i raspetljavanja različitih osobnih doživljaja ili gubitaka. Adolescentna depresija slična je depresiji odraslih, a ključne razlike su u opsegu, jačini i utjecaju simptoma (24). Nova kanadska studija, kako navode Majić, Bokić-Sabolić, Škrinjarić, Begovac (23) izvještava o najvišoj stopi depresije (1,4% - 9,1%) među tinejdžerima i adolescentima između 12 – 24 godine. Američki autori također prijavljuju česte depresije među mladima, s prevalencijom od 0,8 do 2% u djece i 4,5 – 8% u adolescenata, s time da se rizik pojave poslije puberteta povećava za 2 do 4 puta, posebno za ženski spol (23, 25). Prema The National Institute of Mental Health - NIMH iz 2012, kako navode Desrochers i Houck (26) otprilike 11% djece i adolescenata u Americi s navršениh 18 godina iskusit će neki oblik dijagnosticiranog depresivnog poremećaja. Svjetska zdravstvena organizacija – SZO, prema Desrochers i Houck (26) izvještava da je depresivni poremećaj vodeći uzrok invaliditeta među Amerikancima u dobi od 15 do 44 godine. Adolescenti se vrlo često sami pokušavaju liječiti uzimanjem droga ili alkohola, čime ublažuju svoju unutarnju patnju i prividno jačaju samopouzdanje. Poput odraslih i adolescenti mogu razviti atipičnu depresiju koja se očituje razdobljima kratkotrajnih poboljšanja simptoma nakon

nekog pozitivnog događaja (8). U dječjoj dobi, i dječaci i djevojčice imaju jednak rizik za obolijevanje od depresije. U adolescenciji taj rizik se dvostruko povećava za djevojke, bilo zbog genetike, ženskih spolnih hormona ili zbog različitih psiholoških i društvenih čimbenika (8). Djevojke se češće žale na simptome poput žalosti, osjećaja praznine, dosade, ljutnje i anksioznosti. Obično su više zabrinute vršnjačkim odnosima, manje zadovoljne izgledom, savjesnije i nižeg samopoštovanja u odnosu na mladiće koji se češće žale na osjećaj prijezira i pokazuju smetnje ponašanja u vidu markiranja, bježanja od kuće, fizičkog nasilja, krađa i zlorabe sredstava ovisnosti (27). Učenici koji pokazuju simptome depresije često imaju poteškoće u održavanju društvenih veza s vršnjacima, pokazujući razdražljivost, ravnodušnost ili probleme u ponašanju kojim se otuđuju od svojih kolega iz razreda, pridonoseći time još više osjećajima nepovezanosti, otuđenosti i depresije (26). S druge strane u ovoj dobi adolescent ili njegovi prijatelji ili kolege najbolje mogu dati informacije o depresivnim promjenama, dok roditelji i nastavnici ne prepoznaju pravovremeno kao kod mlađe djece. Kod djece i adolescenata depresiju često prate i druge psihičke bolesti poput poremećaja prehrane, anksiozni poremećaj, zloraba sredstava ovisnosti, posttraumatski stresni poremećaj. Egzistencijalne depresije nastaju kao posljedica duhovne krize, samospoznaje, postavljanja pitanja o svrsi i smislu postojanja i češće su kod adolescenata i mladih odraslih osoba (28). Brojna istraživanja, prema navodu Hoermana (29), pokazuju da adolescenti s depresijom imaju povećan rizik od "nikotinske ovisnosti", zlorabe ili ovisnost o alkoholu, samoubilačko ponašanje, neuspjeh u školi i smanjena vjerojatnost upisa na sveučilišno ili srednjoškolsko obrazovanje u dobi između 16 i 21 godine. Također navode da pojedinci koji depresiju doživljavaju kao djeca ili adolescenti, obično imaju veću stopu nezaposlenosti i ranog roditeljstva nego osobe koje nisu bile depresivne tijekom djetinjstva ili adolescencije.

### ***3.2. Rizični čimbenici nastanka depresije***

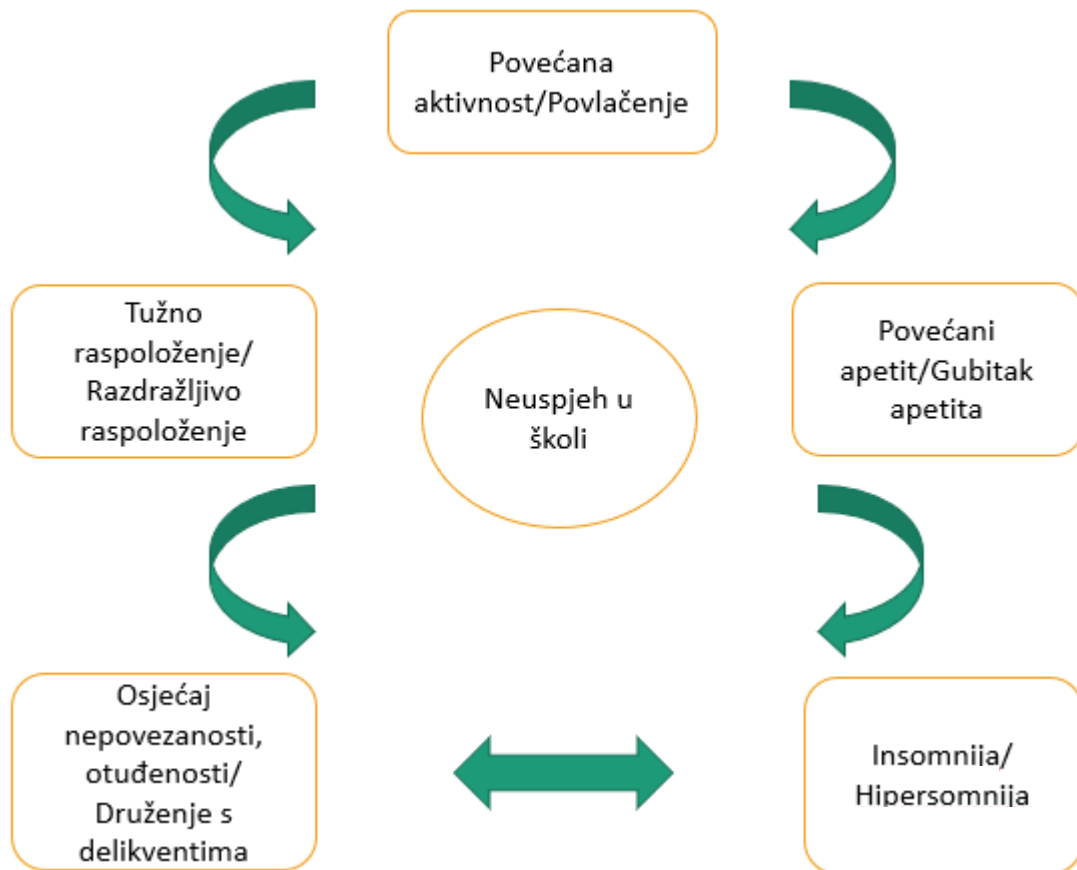
Čimbenici nastanka depresije u dječjoj i adolescentskoj dobi mogu biti biološke, psihološke i socijalne prirode. U biološke čimbenike ubraja se nasljeđe, te mladi čiji roditelj ima depresiju dva puta češće obolijevaju u odnosu na djecu ne depresivnih roditelja (7, 12). Depresivni roditelj vrlo često ne može adekvatno zadovoljiti djetetove emocionalne potrebe ili pak dolazi do prenošenja obrasca sniženog raspoloženja s roditelja na dijete. Psihološki rizični čimbenici su nisko samopoštovanje, problemi u ponašanju, stresni događaji, prethodna depresija te raniji pokušaji suicida. Rizične socijalne čimbenike čine neadekvatne socijalne vještine, poput čestih konflikta, slaba vještina suočavanja sa problemima te slaba socijalna

podrška od strane obitelji ili prijatelja. Od ostalih čimbenika bitni su tjelesni (tjelesna bolest, slabije zdravlje, smanjena aktivnost) i akademski (nezadovoljstvo školskim uspjehom, izostajanje iz škole (7)). U adolescenciji se povećavaju postoci javljanja depresije kao posljedica brojnih razloga poput hormonskih promjena, veća sposobnost razmišljanja o budućnosti i zamišljanja užasnih ishoda, manje zadovoljstva odnosom s roditeljima, tjelesne promjene i druženje s često proturječnim vršnjacima (29). Depresija se u mnogim slučajevima javlja kao reakcija na životni događaj poput neuspjeha u školi, bolesti, ljubavnog neuspjeha, emocionalnog ili seksualnog zlostavljanja ili rastave roditelja. Ponekad depresija kod adolescenata može imati jake genetske ili biološke temelje posebno kada depresivni simptomi počinju vrlo rano, kada su teški i kada ne postoje očiti situacijski razlozi depresije. Odnos privrženosti formiran u djetinjstvu ima svoj slijed i u prijateljskim odnosima i djeluje kroz čitav život određujući tako emocionalne veze s nama važnim osobama, pa tako i s vršnjacima (30).

### ***3.3. Klinička slika i klinički tijek depresije kod adolescenata***

Depresija kod adolescenata može je javiti u obliku akutnog ili kroničnog depresivnog poremećaja ili kao sekundarni depresivni poremećaj. Akutni depresivni poremećaj karakteriziraju uobičajeni simptomi depresije. Kronični depresivni poremećaj uz osjećaj manje vrijednosti i nevoljenosti očituju se često neprilagođenim ponašanjem i neuspjehom u školi i društvu uz poremećaj spavanja, apetita, hranjenja i suicidalnosti (2). Sekundarni depresivni poremećaji nastaju kao posljedica organskih oštećenja, disfunkcija mozga, kao posljedica različitih tjelesnih bolesti, zlouporabe alkohola i psihoaktivnih tvari. Psiholozi i psihijatri razlikuju tri kategorije adolescentne depresije; 1. depresivno raspoloženje, 2. depresivni sindrom i 3. klinička depresija (2). Depresivno raspoloženje predstavlja negativnu emocionalnu reakciju u nekom periodu života, dok depresivni sindrom označava depresivno raspoloženje sa prisutnim simptomima, ali nisu zadovoljeni kriteriji za kliničku depresiju. Iako se depresija u adolescenata dijagnosticira po istim kriterijima kao u odraslih, postoje simptomi koji su karakteristični upravo za adolescentsku dob. Simptomi poput osjećaja tuge, nemogućnost uživanja u ugodnim aktivnostima, povećana aktivnost ili povlačenje, razdražljivost, pritužbe na tjelesne tegobe kao što su glavobolja i bolovi u truhu, česta izostajanja iz škole ili školski neuspjeh, trajna dosada, manjak energije, loša koncentracija, promjene u navikama vezanim uz prehranu ili spavanje, ukoliko su intenzivni i/ili dugotrajni, ukazuju na depresiju (31,32). Razne fobije, bijeg od kuće, antisocijalno ponašanje i delikvencija također mogu biti znak depresije u djece i mladih. S druge strane u adolescenata je češće prisutno razdražljivo ili hirovito

raspoloženje nasuprot tužnom, depresivnom raspoloženju, a često mogu imati burne emocionalne reakcije i ispade bijesa. Depresivni adolescenti također ne moraju izražavati klasične simptome depresije nego mogu djelovati lijeno, kao da su usporeni ili se dosađuju, mogu popuštati u školskim rezultatima, napuštati školu, ili se upustiti u manja delikventna djela. Mogu pokazivati i znakove koji upućuju na zbrku identiteta i krhkog samopoštovanja, zbog kojih su preosjetljivi na sumnjičenja i otvorenu kritiku (33). Najčešće opisivani simptomi depresije su disforija i anhedonija. Disforija je negativno raspoloženje koje se povezuje 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 (34). Nekoliko ključnih simptoma depresije, poput oslabljene sposobnosti koncentracije, gubitka interesa, slabe inicijative, psihomotorne retardacije, niskog samopoštovanja, osjećaja bezvrijednosti kao i socijalnog povlačenja, može značajno poremetiti kognitivne funkcije i smanjiti volju za učenjem. Depresija može oslabiti kognitivno funkcioniranje zato što se depresivni adolescent koncentrira na depresivne misli umjesto na stvarne zadatke ili zato što depresija izravno blokira kognitivne sposobnosti ili zbog oba razloga (29). Adolescent u depresiji je stalno umoran, gubi energiju, javlja se osjećaj bezvrijednosti i krivnje, povlačenje i izoliranost, oscilacije tjelesne težine, poremećaj spavanja osobito pretjerano spavanje, izbjegava omiljene aktivnosti, češće se svađa s roditeljima i nastavnicima, odbija svoje obveze i kućanske poslove, ima teškoće s koncentracijom, nerijetko pribjegava suicidalnom razmišljanju i ponašanju (7,8,27,33). Klinički i subklinički simptomi depresije tijekom adolescencije osim kognitivnog razvoja mogu oslabiti socijalni i emocionalni razvoj, smanjiti povezanost roditelja i djeteta te dovesti do višestrukih štetnih posljedica na funkcioniranje u odrasloj dobi, uključujući loše obrazovanje i druge poremećaje mentalnog zdravlja (12,31). Veliki depresivni poremećaj kod djece i adolescenata povećava rizik od ponavljanja depresivnih epizoda te pojavu težeg depresivnog poremećaja u odrasloj dobi. Kod 40 - 60% mladih s velikim depresivnim poremećajem dolazi do relapsa nakon tretmana, kao posljedica smanjene suradljivosti, prirodnim tijekom velikog depresivnog poremećaja, prisutnošću psihosocijalnih stresora ili prebrzim prekidom farmakološkog i psihoterapijskog tretmana, što dodatno naglašava potrebu za kontinuiranim tretmanom (12).



Slika 1. Prema: Sva lica dječje depresije i kako je prevladati? <https://www.poliklinika-djeca.hr/aktualno/novosti/nova-publikacija-sva-lica-djecje-depresije-i-kako-je-prevladati-psihoedukativna-radna-biljeznica/>.

### 3.4. Depresija kod darovite djece

Sve veći broj istraživača, kako navode Webb i sur. zabilježilo je da su određeni poremećaji raspoloženja, bipolarni afektivni poremećaji i depresije, češći u osoba darovitih u području kreativnosti (28). Darovita djeca češće vide obje strane problema koju većina djece ne zamjećuje, vide prisutno licemjerstvo, nepravde, patnje, što ih dovodi do spoznaje da ne postoji idealan svijet. Kod darovite djece uzrok depresije nije prirodni već je uzrok nesklad između darovite osobe i njezine okoline, osjećaja različitosti i otuđenosti. Nedostatak razumijevanja i potpore od strane nastavnika, kolega i vršnjaka ili obitelji može potaknuti i ubrzati stvarne probleme raznih vrsta, uključujući i depresiju (28). Daroviti rano razvijaju sposobnost metakognicije – razmišljanje o svojem razmišljanju, prije stjecanja emocionalnih i životnih iskustava što u kombinaciji s njihovim idealizmom i osjetljivošću dovodi do otuđenja

od svijeta oko njih (28). Oni vide svijet kakav bi trebao biti što kod njih dovodi do osjećaja nemoći i očaja, zbog nemogućnosti promjena. Često se takvi adolescenti uključe u društvene, političke ili vjerske aktivnosti pri čemu se osjećaju važniji i povezaniji s drugima.

### ***3.5. Depresija i rizik samoubojstva kod adolescenta***

Pojam adolescencije danas, mijenja se u odnosu na dvadeseto stoljeće. Period adolescencije traje dulje zbog ranijeg ulaska mladih u pubertet i dulje financijske ovisnosti o roditeljima. Period adolescencije produžuje se za više godina u treće desetljeće života i odgađa prijelaz mladih u odraslu dob, koja se odvija do 29/30 godine života, što je mnogo dulje u usporedbi s 23/24 godine, do kojih se odvijala sredinom dvadesetog stoljeća (33). Takav sociokulturni trend znači da su mladi duže ovisnosti o roditeljima te su više usmjereni prema narcističkim i egoističnim ciljevima (moda, muzika, prema samome sebi) nego društvu i realnim životnim ciljevima. Psihoanalitičari smatraju da su adolescenti sve više skloni depresijama upravo zbog njihove narcističke osjetljivosti koja ujedno povećava i vjerojatnost zloupotrebe sredstava ovisnosti (33). Da se izbjegne istinski trud, angažiranje, emocionalna patnja koja je karakteristična za razdoblje sazrijevanja, mladi se vrlo često priključuju različitim pa i delikventnim grupama, i ulaze u svijet alkohola i droga. Mladi, čiji proces sazrijevanja nije bio ugrožen traumatskim ili štetnim iskustvima, iz ranog djetinjstva prelaze u odraslu dob usmjeravajući svoje ciljeve prema pravim vrijednostima. Depresija povećava vjerojatnost skraćenja životnog vijeka od očekivanog u populaciji zbog visoke stope suicida i mogućih somatskih bolesti u depresivnih bolesnika. Depresija je povezana s visokim suicidalnim rizikom. S povećanjem stope depresivnih poremećaja povećava se u posljednja četiri desetljeća i stopa suicida, i to čak trostruko, među mladim ljudima, a gotovo 90% žrtava ima psihijatrijsku dijagnozu (33). Veća je vjerojatnost počinjenja suicida kod adolescenata, dok adolescentice dva do tri puta više pokušaju suicid u odnosu na dečke. Općenito se smatra da 15 do 30% samoubojstva u adolescenata pokušavaju osobe koje su imale manifestirane psihijatrijske poremećaje (21). Najveći rizik za počinjenje suicida nose afektivni poremećaji, depresija i bipolarni poremećaj te anksiozni poremećaji. Uzrok suicida neovisno o patologiji je i tendencija adolescenta prema akciji koja obično bude vezana uz jaku tjeskobu zbog promijenjenog doživljaja tijela ili teškoća u verbalnoj komunikaciji (21). Rizik za suicid kod mladih čini njihova impulzivnost, slabo prosuđivanje, socijalna otuđenost, poteškoće s vršnjacima, frustracija, dvojbe, niska tolerancija, problematično, agresivno i napadačko ponašanje, obiteljski sukobi, gubitak roditelja, partnera, školski neuspjeh, akutni stresovi, zlostavljanja (14,35). Osim depresije, uzroci suicidalnog ponašanja mogu biti zanemarivanja, različiti oblici



zlostavljanja te adolescentna kriza kao razvojni period krize psihičkog i socijalnog funkcioniranja i ponašanja koja u uobičajenom intenzitetu nema patološki značaj. Suicid predstavlja napad na vlastito tijelo, a za adolescenta je tijelo mjesto borbe između unutarnjih i vanjskih iskustava i dvojba. U svakodnevnom radu s depresivnim pacijentom važno je procjenjivati suicidalni rizik. Temelj procjene je klinički intervju kojim se istražuju relevantni faktori i dobivaju podaci o simptomima bolesti, stresoru, postojanju ili odsutnosti podrške, rizičnim faktorima i postojanju suicidalnih ideja i namjera (35,36). Početak i kraj depresivne epizode nosi povećan rizik od samoubojstava. Suicid nakon depresivne epizode za bolesnika znači izlaz iz patnje ili strah od ponavljanja bolesti. Osim velikog depresivnog poremećaja pokušaju suicida pridonose i drugi rizični čimbenici poput zloupotrebe droga i alkohola, stresni životni događaji, prijašnji pokušaj suicida, pokušaj suicida bliske osobe, nedostatna komunikacija s roditeljima i vršnjacima, impulzivnost i dostupnost toksičnim sredstvima. Najtragičniji trošak povezan s depresijom je samoubojstvo. Prema NIMH iz 2010. samoubojstvo je treći vodeći uzrok smrti među djecom i adolescentima u Americi u dobi od 10 do 24 godine (26).

### ***3.6. Dijagnoza depresije kod adolescenta***

Depresija je prvi puta 1971. godine priznata poremećajem sa značajnim porastom kod djece i adolescenata od strane europskih dječjih psihijatara (37). Klinička depresija i subklinički oblici depresije u djece i adolescenata povećavaju rizik za depresiju u odrasloj dobi, za psihijatrijske hospitalizacije, za bračne probleme, nezaposlenost i pokušaje suicida i počinjeni suicid (37). Stoga je važno prepoznati ovaj ozbiljan psihički poremećaj što ranije kako bi se pravovremeno započelo liječenje. Dijagnosticiranje depresije u djece i adolescenata može biti zahtjevno zbog specifičnosti kliničke slike u odnosu prema odraslima. U dijagnostici depresivnih poremećaja sudjeluje tim stručnjaka, a važnu ulogu u timu ima subspecijalist dječje i adolescentne psihijatrije. U tim su uključeni i drugi stručnjaci koji rade na zaštiti mentalnog zdravlja kao što su psiholozi, pedagozi i socijalni radnici. Najvažnije dvije klasifikacije su ona Svjetske zdravstvene organizacije, MKB-10 i Američke psihijatrijske asocijacije - APA, DSM-V. Prema Međunarodnoj klasifikacija bolesti - MKB-10 i DSM-5 klasifikaciji za dijagnozu velikog depresivnog poremećaja kod djece i adolescenata primjenjuju se isti dijagnostički kriteriji kao i za odrasle (27). Dijagnostička procjena uključuje klinički intervju (dijete, roditelj, učitelj), anamnezu i hetero anamnezu, primjenu dijagnostičkih instrumenata i mjernih skala za procjenu i samoprocjenu simptoma, procjenu suicidalnosti, prisutnost potencijalnih rizičnih čimbenika, procjenu komorbidnih stanja te fizički pregled i laboratorijske pretrage (27,34). Za

adolescente, u dobi od 12 -18 mogu se primijeniti screening testovi (Patient health questionnaire for adolescents i Beck depression inventory) (3). Zbog specifičnosti problema depresije u djece i adolescenata preporučuje se provođenje psihološke procjene u 6 faza pri čemu su prve dvije prioritete.

- Procjena rizika samoozljeđivanja i suicida
- Procjena djetetove ugroženosti
- Procjena simptoma depresivnosti
- Diferencijalna dijagnostika
- Procjena rizičnih i zaštitnih faktora (1).

## **4. DEPRESIJA KAO RIZIČNI ČIMBENIK ZA ŠKOLSKI USPJEH KOD ADOLESCENTA**

### ***4.1. Posljedice depresije kod mladih***

Najčešće posljedice depresije kod mladih su:

- Problemi u školi – dolazi do izostanaka, lošijeg školskog uspjeha, napetosti, odustajanja ili razočaranja kod ranije dobrih učenika.
- Bježanje od kuće – mnogi depresivni mladi biježe od kuće, čime samo žele privući pozornost ili traže pomoć.
- Štetna uporaba alkohola i droga – mladi mogu koristiti alkohol i droge kao pokušaj samoliječenja njihove depresije, što samo dodatno pogoršava stanje.
- Sniženo samopoštovanje – učestalije su misli o neuspjehu, ružnoći, sramu, bezvrijednosti.
- Ovisnost o internetu – pretjerano korištenje interneta dovodi do socijalne izolacije i jačanja depresivnosti, a predstavlja bijeg od vlastitih problema u imaginarni svijet.
- Rizična ponašanja – depresivni mladi hrle bez razmišljanja u rizična ponašanja poput brze vožnja, ekstremnih sportova, nekontrolirano pijenje ili seksualno ponašanje.
- Nasilje – neke depresivne mlade osobe postaju nasilne (najčešće dječaci koji su žrtve zlostavljanja). Mržnja prema samome sebi i zlostavljaču želja mogu dovesti do nasilnog ponašanja prema drugima i ponekad pokušaja ubojstva ili suicida (36).

Brojne kliničke i epidemiološke studije pokazuju da 40 do 70% djece i adolescenata s depresijom ima još jedan psihički poremećaj, poput anksioznog poremećaja, zlouporaba sredstava ovisnosti, poremećaji ponašanja koji se može nastaviti nakon što depresivna epizoda prođe, ADHD, poremećaj osobnosti, osobito granični poremećaj osobnosti te teškoće učenja (37).

## *4.2. Školski uspjeh*

Edukacija učenika pretpostavlja uzajamno poštovanje učenika i učitelja, koji jedan u drugome prepoznaju dostojanstvo ljudske osobe i osjećaju odgovornost u provedbi i postizanju zajedničkog, društveno korisnog cilja (38). Dobar nastavnik ima za cilj pomoći učeniku u stjecanju znanja i vještina, razvoju kritičkog razmišljanja i pristupanju problemima te jačanju moralnih stavova, prema dobi učenika. Nastavnik ima autoritet da organizira nastavu uz sugestiju učenika, vrednuje i nagrađuje znanje, rad, trud, a sankcionira neznanje ili nerad (38). Dobar nastavnik posjeduje pozitivan autoritet, blag je i ljubazan, učenici ga slijede, identificiraju se s njime i vide u njemu uzor. Dobar nastavnik poštuje učenikovu individualnost, dostojanstvo te uspostavlja odnos povjerenja i suradnje. U najranijoj dobi dijete usvaja, uči da bi izbjeglo kaznu, a u dobi između 10 do 20 godine uči da bi izbjegao osude i odbacivanja od strane odraslih i radi izbjegavanja vlastitog osjećaja krivice. Adolescenti vide moralne standarde od strane autoriteta i ponašaju se na način koji se od njih očekuje. Na učenje utječu stil učenja, način rada samog nastavnika, primijenjene nastavne metode, nastavna pravila, metode vrednovanja. Razredni ugođaj ima snažan utjecaj na učenikovu motivaciju i odnos prema učenju. Razredni ugođaj koji najbolje potiče učenika na učenje je svrhovit, radni, opušten, srdačan, poticajan i sređen. Učenici u srednjoj školi traže više autonomije, dok učitelji nameću svoju disciplinu i kontrolu što često izaziva sukob. U tom periodu adolescenti pokušavaju postati neovisni i oslanjati se na sebe. Humanistički pristup obrazovanju prema Maslowu i Rogersu, podrazumijeva da obrazovanje mora isticati važnost cijele osobe, osobnog razvoja, učeničkog svjetonazora te koncepciju osobnog djelovanja i mogućnosti izbora (39). Stalni neuspjesi ili podrugljive ili neadekvatne nastavnikove primjedbe o slabom učeničkom napretku mogu negativno djelovati na učenikovo samopouzdanje i samopoštovanje. Na učenikovu motivaciju utječe i stanje u roditeljskom domu (koliko ih roditelji potiču na važnost stjecanja znanja), stanje u školi (omjer uspjeha i neuspjeha), te kako doživljavaju nastavnička očekivanja i zahtjeve koje pred njih postavljaju različite aktivnosti (39). Kod razvijanja zaštitnih faktora važnu ulogu ima slobodno vrijeme. U slobodno vrijeme mladi zadovoljavaju vlastite potrebe za igrom, druženjem, slobodom, ljubavlju, učenjem, fizičkim aktivnostima i ostalim aktivnostima koje čovjek voli (40). Uspjeh u školi definira se kao stupanj propisanog znanja, vještina i navika, razvoj psihofizičke sposobnosti i formiranje moralne spoznaje, htijenje i djelovanje, a koje su učenici trajno usvojili nastavnim planom (39). Školski uspjeh uz pedagoške (stil učenja i podučavanja, razredna klima, i sl.) uključuje brojne psihološke čimbenike (motivaciju, osobine ličnosti, stavove), i socijalne čimbenike (kultura,

socioekonomski status, šira i uža zajednica). Prema državnom zavodu za statistiku, kako navodi Vulić-Prtorić (41) oko 19% stanovništva Hrvatske čine djeca i mladi do 18. godine, a procjenjuje se da je među njima oko 20% onih koji imaju psihičke smetnje koje su toliko intenzivne da im ometaju svakodnevni život. U razredu koji broji dvadeset učenika, njih četvero se suočava sa psihičkim smetnjama koje mogu otežavati učenje, ali i odnose s nastavnicima, vršnjacima i roditeljima (41). Istraživanja povezanosti školskog postignuća i mentalnog zdravlja upozoravaju na snažno međusobno djelovanje, školski neuspjeh može biti okidač za javljanje različitih simptoma psihopatologije, a simptomi psihopatologije mogu ometati procese učenja i dovesti do školskog neuspjeha, drugih zdravstvenih problema ili zlouporabe sredstava ovisnosti (41). Negativan odnos između učitelja i učenika predstavlja nedostatak sigurnosti, izvor je sukoba i može ugroziti učenikovu namjeru za svladavanjem školskih zahtjeva. Osjećaj pripadnosti školi i pozitivan odnos s učiteljima važan za prilagodbu adolescenata, na smanjenje rizika od odustajanja od školovanja, socijalnu i emocionalnu prilagodbu i smanjenje rizika od devijantnog ponašanja. Učitelji svojim autoritativnim, demokratskim ili dosljednim pristupom i jačanjem suradnje s učenicima mogu pridonijeti prilagodbi i boljem školskom uspjehu učenika u fazi adolescencije. Korelacijska analiza naglašava da su ne klinička depresija, sklonost depresiji i anksioznost u direktnoj pozitivnoj korelaciji dok su depresija te samoprocjena/vlastita percepcija akademskog uspjeha u direktnoj negativnoj korelaciji (42).

### **4.3. Školski neuspjeh**

Polaskom u školu učenik postaje član neke grupe, a svaki učenik sa sobom donosi svoje želje, očekivanja, ali i strahove. Važan čimbenik je i sam učitelj koji ima dvije uloge; prenijeti znanje na pedagoški prihvatljiv način te odgovoriti na potrebe grupe ili svakog pojedinca. Učitelj je osoba koji osim većeg znanja posjeduje veću razinu društvene prilagodbe, koje je tolerantnije, pravednije i koje kažnjava nepristrano (14). Školski neuspjeh je nagli pad ocjena, popuštanje u školi kod učenika koji su prije bili dobri ili odlični đaci. Neuspjeh se obično javlja pri prijelazu iz nižih razreda u više, pri prijelazu iz osnovne u srednju školu ili iz srednje na više ili visoko školovanje. Školski neuspjeh je redovan simptom svakog emocionalnog poremećaja djeteta ili mladeži (14). Školskim neuspjehom kao posljedicom emocionalnih problema učenika bavi se psihoterapijska pedagogija. Najčešći uzrok emocionalnih problema su sama obitelj, rastava, bolest, smrt, bračne nesuglasice, svađe, a manje genetička podloga. Kod školskog neuspjeha potrebno je potražiti poremećaj u obitelji i istodobno početi s pružanjem pomoći djetetu i obitelji. Nepovoljna emocionalna situacija u obitelji uzrok je i mnogih psihičkih problema, a školski neuspjeh je redovan simptom. Kao

posljedica gubitka voljene osobe ili objekta mogu se javiti depresivne reakcije. Psihosomatske bolesti javljaju se kod učenika koji ne mogu verbalno izraziti i iskazati veliku unutarnju emocionalnu napetost. Poznavanjem psihopatologije može se pomoći učeniku i njegovom roditelju da promijeni neke svoje stavove ili se prema potrebi javi na psihoterapijako ili psihijatrijsko liječenje (14). Svaki je učenik individua za sebe stoga je osim formalne potrebna i dodatna edukacija za učitelje. Oboružani dodatnim znanjem, učitelji mogu utjecati na emocionalnu stranu učenikove osobnosti, na polaganu promjenu vrijedonosnog sustava te mogu adekvatno pristupiti svakom učeniku. Učenici s depresijom često imaju poteškoće u školskom uspjehu i društvenim interakcijama. Dolazi do pada motivacije, inicijative i upornosti, a nastavnici ih ponekad pogrešno doživljavaju kao lijene ili nezainteresirane. To može rezultirati manjim brojem pozitivnih interakcija učenika i nastavnika, a potom daljnjim odvajanjem učenika od škole i pojačanim depresivnim simptomima (26). Roditelji koji ne prihvaćaju i ne vrednuju dijete zbog njega kao osobe, već ga vrednuju prema njegovim uspjesima ili prema svojim vlastitim očekivanjima i zahtjevima, vode prema razvoju depresije, anksioznosti, anoreksije i psihosomatskim poremećajima (14). Dobar roditelj će se usmjeriti na pozitivnu stranu djeteta i zajedno s djetetom istražiti i otkriti ono što djetetu najviše odgovara. Ponekad je kod lošijeg školskog uspjeha dovoljna samo promjena u organizaciji radnog okruženja, dnevni raspored učenja, adekvatna tehnika učenja ili adekvatan pristup nastavnika.

#### ***4.4. Strategije suočavanja s depresijom u školskom okruženju***

Poznato je da škole mogu imati snažan utjecaj na intelektualni rast učenika, na socijalno i emocionalno blagostanje učenika. Istraživanja pokazuju da što je bolje socio-edukacijsko okruženje u školi (socijalna klima, klima u razredu, mogućnosti učenja, pravednost u ocjenjivanju, jasna školska pravila, školska sigurnost) potencijalno se smanjuje rizik od pojave depresivnih simptoma kod adolescenata (31). Upravo pozitivno, koherentno i sigurno školsko okruženje može predstavljati zaštitni čimbenik za pojačanu promjenu raspoloženja i ranjivosti, naročito kod djevojaka (31). Školske sredine trebaju pružati odgovarajuću socio-edukacijsku podršku za najvažnije razvojne potrebe učenika, kao što su kompetencija, autonomija, osigurati kvalitetan odnos učenik – učenik, učenik – učitelj, učenik – učitelj – roditelj, podrška kolega, učitelja i roditelja, povezanost učenika, kvalitetno upravljanje razredom jer sve navedeno smanjuje rizik od depresivnih simptoma kod učenika. Siromašno školsko socio-edukativno okruženje može biti veći uzrok kroničnog stresa od nekog akutnog životnog događaja ili stresne epizode (31). Programi za mentalno zdravlje trebali bi biti od pomoći depresivnih pojedinaca, čime im dajemo do znanja da se njihova depresija liječi, da im

se može pomoći, ali i savjet ostalima kako prevenirati mentalnu bolest. Škola je mjesto gdje mladi provode najviše vremena te je za očekivati da škole postanu dio rješenja nudeći sveobuhvatne programe mentalnog zdravlja koji uključuju prevenciju i intervenciju, usluge usmjerene na djecu i mlade koji pate od depresije (29). Ulazak multidisciplinarnog stručnog tima za zaštitu mentalnog zdravlja u suradnju sa školama, pridonosi razvoju prikladnijih odnosa prosvjetnih radnika prema učenicima koji imaju bilo kakav oblik mentalnog poremećaja (12). Kod depresivnih adolescenata uočene su niže razine vršnjačke i roditeljske podrške nego kod zdravih. Istraživanja su pokazala da postoji obrnuta povezanost između depresivnih simptoma i akademske uspješnosti. Kako su se simptomi depresije povećavali, akademska uspješnost se smanjivala (29). Važno je napomenuti da je svaki učenik jedinstven pojedinac i da su njihovi simptomi i iskustvo depresije također jedinstveni. Razlike proizlaze iz različitih životnih okolnosti i niz problema koji uzrokuju ili doprinose pojavi depresije. Mladi koji su pogođeni dječjom i adolescentnom depresijom imaju veću vjerojatnost da će kasnije imati probleme sa mentalnim zdravljem poput anksioznosti, sklonost samoubilačkom ponašanju (29). Kada se depresija ne liječi, mladi ljudi mogu doživjeti neuspjeh u školi, razviti delinkventno ponašanje, razviti anoreksiju i bulimiju, školska fobiju, zloupotrebu tvari ili čak samoubojstvo. Učitelji su ti koji svakodnevno imaju kontakt s više djece i kao rezultat toga mogu pratiti trendove i promjene u ponašanju učenika. Prepoznavanje depresije u školama od najveće je važnosti, kao i procjena i liječenje koji slijede nakon prepoznavanja. Škole imaju ključnu ulogu u ovom projektu, jer imaju dugoročan pristup učenicima i adolescentima u kritičnim razdobljima njihovog razvoja, zapošljavaju stručnjake za mentalno zdravlje sposobne za prepoznavanje, poduzimanje odgovarajućih intervencija i nalaze se na spoju sustava obitelj - škola i zajednica (26). Škole bi se trebale pozabaviti i pojmom stigme koja se odnosi na mentalnu bolest i depresiju u namjeri da se poveća otvorenost prema toj bolesti i kod učenika i nastavnika i da se depresivni učenici ne osjećaju isključenima. Neuspjesi, negativne reakcije i povratne informacije od strane učitelja i učenika vjerojatno će dodatno pogoršati depresivnu epizodu (43). Škole bi trebale provoditi edukaciju i programe za poboljšanje mentalnog zdravlja. Dobro mentalno zdravlje nije samo odsutnost bolesti, već i posjedovanje vještina potrebnih za suočavanje sa životnim izazovima (29). U programima mentalnog zdravlja, važno je podržati trenutne vještine učenika vezane uz pozitivno mentalno zdravlje, ali i upoznati sa zaštitnim čimbenicima koji će učenicima pomoći spriječiti buduće probleme mentalnog zdravlja. Adolescenti koji su bili izloženi riziku zbog stresa, niskog socioekonomskog statusa ili problematičnog obiteljskog okruženja mogli bi uspješno prevladati ove faktore rizika uz zaštitne čimbenike poput izvanškolske nastave i aktivnosti na kojima bi se više povezali i družili

s drugim učenicima. Istraživanje provedeno u Americi pokazuje da je fokus na izgradnji zaštitnih čimbenika, razvoj pozitivnog self – koncepta, unutarnjeg lokusa kontrole, poticanje otpornosti kod učenika te promicanja kompetentnosti, samo efikasnosti i samopoštovanja (29). Suvremeno društvo visoko ocjenjuje akademska postignuća, pa to može one manje sposobne staviti u nepovoljan položaj koji se ne odnosi samo na karijeru, već i na mentalno zdravlje (43). Akademska i školska postignuća vjerojatno će biti presudna za daljnje obrasce osobne prilagodbe tijekom adolescencije, a loša postignuća mogu predstavljati faktor rizika za naknadnu depresiju i za nisku razinu obrazovanja u odrasloj dobi (43). Nažalost, većina nastavnika ne zna, ne uči dovoljno o prepoznavanju znakova depresije i nije svjesna da depresija utječe na školski uspjeh, da je se može spriječiti i da školsko osoblje može učinkovito provoditi programe koji sprečavaju i smanjuju simptome depresije (26). U Sjedinjenim Američkim Državama većinu usluga mentalnog zdravlja koje se pružaju djeci, pružaju se u školi i provode ih zaposlenici škole za mentalno zdravlje, uključujući školske savjetnike, školske sestre, školske psihologe i školske socijalne radnike. Učenici koji sudjeluju u programima namijenjenim promicanju socijalnog i emocionalnog zdravlja ostvaruju znatno bolje rezultate na akademskim rezultatima od onih koji nemaju pristup tim programima. Škole koje nude takve programe obično imaju akademske rezultate otprilike 11 bodova više od škola koje to nemaju (26). U procesu reformiranja našega odgojno – obrazovnog sustava, važnu savjetodavnu i edukativnu ulogu morale bi imati ustanove koje se bave zaštitom mentalnog zdravlja djece i mladih. Prisnijom suradnjom s odgojno – obrazovnim ustanovama, stekla bi se potrebna informiranost o ključnim problemima odgojno – obrazovnog procesa. Time bi nastavnici stekli dodatnu izobrazbu iz psihodinamske psihologije, psihopatologije i mentalne higijene djece i mladih koje bi pridonijele unapređenju higijensko – mentalnih mjera u školi i zajednici (12).



## 5. PREVENCIJA I LIJEČENJE DEPRESIJE KOD ADOLESCENATA

### 5.1. *Prevenција depresije*

Prema procjenama Svjetske zdravstvene organizacije za ukupno opterećenje bolestima Disability-adjusted life years - DALYs za Hrvatsku, mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja su na 3. mjestu vodećih skupina, iza kardiovaskularnih i malignih bolesti, s udjelom 11,7%. Također, među 10 vodećih pojedinačnih uzroka unipolarni depresivni poremećaji nalaze se na 3. mjestu s udjelom 5,0% (44). Prema statističkim podacima, depresija se javlja u 0.3-1.4% predškolske djece, 1-2% školske djece, te 3-8% adolescenata (45). Današnje društvo je sve zahtjevnije prema adolescentima. S jedne strane pruža im više mogućnosti, ali i odgovornosti, što period adolescencije čini izazovnijim nego u prošlosti, a istodobno ga izlaže većem riziku od negativnih zdravstvenih ishoda i razvoja depresivnih simptoma (42). Povećanje svijesti učenika o vlastitom rastu, osjećajima za svoje kompetencije, samoispitivanje i samoprosuđivanje, mogu biti učinkovita obrazovna i savjetodavna strategija koja im može pomoći da prepoznaju i kontroliraju depresivne simptome (42). Kada se depresija ne liječi, mladi ljudi mogu doživjeti neuspjeh u školi, razviti delinkventno ponašanje, razviti anoreksiju i bulimiju, školsku fobiju, zloupotrebu tvari ili čak samoubojstvo. Aktivnosti iz područja zaštite mentalnog zdravlja uključuju prevenciju, rano prepoznavanje i ranu intervenciju kod poremećaja ponašanja i problematike mentalnog zdravlja. Prema prijedlogu američkog Institute of Medicine preventivne mjere u području mentalnih bolesti u primarnoj prevenciji dijeli na univerzalne, selektivne i indicirane intervencije (47).

*1. Univerzalne intervencije* usmjerene na populaciju ili određene dio populacije na jačanje zaštitnih faktora radi smanjenja depresivnih simptoma. Program prevencije depresije u adolescenata uključen je u školski kurikulum i baziran na učenju vještina rješavanja i suočavanja s problemima, socijalnih vještina te pokazuje smanjivanje depresivne simptomatologije za 50 % u godinu dana nakon intervencije (47). Program Zdravstvenog odgoja ima 4 modula (Živjeti zdravo, Prevencija ovisnosti, Prevencija nasilničkog ponašanja te Spolno/rodna ravnopravnost i odgovorno spolno ponašanje) čime se osigurava primjerena programska zastupljenost različitih aspekata zdravlja. Dio programa Zdravstvenog odgoja integriran je kroz Međupredmetne teme (Zdravlje, osobni i socijalni razvoj) u nastavne programe predmeta, sate razrednika, školske projekte i druge školske aktivnosti i pridonosi cjelovitom sagledavanju zdravstvenog odgoja i obrazovanja (48). Poučavanje o zdravlju, važno

je zbog skladnoga rasta i razvoja tjelesnih, mentalnih ili duševnih, socijalnih ili društvenih sposobnosti i kompetencija učenika (49).

Služba za školsku i adolescentnu medicinu kroz odjele za školsku i adolescentnu medicinu provodi poslove predviđene Programom specifičnih i preventivnih mjera zdravstvene zaštite učenika osnovnih i srednjih škola te redovitih studenata u gradu Zagrebu: sistematske preglede, probire, preglede za utvrđivanje zdravstvenog stanja i sposobnosti za nastavu tjelesne i zdravstvene kulture, utvrđivanje primjerenog oblika i programa školovanja, cijepljenje učenika, zdravstveni odgoj, savjetovanje djece, mladih, roditelja i nastavnog osoblja, zaštita i unapređenje školskog okruženja, nadzor nad prehranom učenika i studenata (50). U segmentu mentalnog zdravlja često predstavlja prvu liniju obrane provodeći savjetovanišni rad sa učenicima, roditeljima i stručnom službom škole te pravovremeno prepoznajući anksioznost i depresiju kod adolescenata. Važna je i preventivna uloga Gradskog ureda za zdravstvo, koji u suradnji s Centrom za zdravlje mladih kao izvaninstitucionalnim izvorom, provodi specijalističko savjetovanje, projekte promocije i unapređenja mentalnog zdravlja (Slušam te, Pogled u sebe), prevencije ovisnosti, savjetovanište o prehrani i zdravim stilovima života i zaštitu spolnog zdravlja. Razvijeni su i brojni skriningi, organizacijski i edukacijski programi za poboljšavanje, prepoznavanje i liječenje depresije. U svrhu prevencije mentalnog zdravlja, timovi školske medicine u školskoj godini 2019./2020. počinju sa provođenjem pilot – projekta „Probir rizika u mentalnom zdravlju školske djece“ tijekom sistematskih pregleda učenika 1. razreda srednje škole. Cilj projekta je pravovremeno utvrđivanje rizika te pružanje stručne pomoći tijekom adolescentnog razvoja i obrazovanja (51).

Prevenција mentalnog zdravlja u školskim ustanovama provodi se i kroz Zakonske regulative:

➤ Zakon o odgoju i obrazovanju u osnovnoj i srednjoj školi

Čl. 67. - Sigurnost i zaštita zdravlja u školskim ustanovama:

- Školske ustanove dužne su stvarati uvjete za zdravi mentalni i fizički razvoj te socijalnu dobrobit učenika
- Spriječiti neprihvatljive oblike ponašanja
- Brinuti o zdravstvenom stanju učenika i obavještavati nadležnog liječnika školske medicine
- Pratiti socijalne probleme učenika

- Pružati savjetodavan rad učenicima (52).
- Pravilnik o načinu postupanja odgojno - obrazovnih radnika školskih ustanova u poduzimanju mjera zaštite prava učenika te prijave svakog kršenja tih prava nadležnim tijelima

Čl. 23. i 24.- Školska ustanova obvezna je donijeti i provoditi školske preventivne programe, evaluacija istih i pisanje izvješća (53).

*2. Selektivne intervencije* usmjerene su na populacijske podgrupe koje imaju veći rizik obolijevanja od opće populacije.

*3. Indicirane intervencije* za osobe koje imaju određene depresivne simptome, ali još uvijek ne i bolest obično se provode kroz primarnu zdravstvenu zaštitu ili kroz različite indicirane skupine kao što su npr. adolescenti. To su kognitivno bihevioralni programi za edukaciju osoba s problemom stvaranja pozitivnog mišljenja, mijenjanja negativnih obrazaca mišljenja i poboljšavanju vještina rješavanja problema (47).

Sekundarna prevencija ističe važnost ranog otkrivanja i adekvatnog liječenja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

Tercijarna prevencija usmjerena je na smanjivanju težine bolesti i onesposobljenosti liječenje, rehabilitaciju, skrbi za kvalitetu života te sprječavanje prijevremenog umiranja i prevenciju samoubojstava.

Prema Nacionalnoj strategiji zaštite mentalnog zdravlja za razdoblje od 2011. do 2016. godine u provođenju zaštite mentalnog zdravlja u RH sudjeluju Ministarstvo zdravlja, Ministarstvo znanosti, obrazovanja i sporta, Ministarstvo socijalne politike i mladih, Ministarstvo zaštite okoliša i prirode, Ministarstvo graditeljstva i prostornoga uređenja, Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Ministarstvo unutarnjih poslova Republike Hrvatske, Agencija za odgoj i obrazovanje, županijski zavodi za javno zdravstvo, jedinice lokalne i područne samouprave, zdravstvene ustanove, centri za socijalnu skrb, akademske institucije, stručna društva i strukovne komore u zdravstvu, mediji, nevladine udruge (54).

- Program mjera za djelatnost zdravstvene zaštite mentalnog zdravlja

### **Savjetovanje usmjereno zaštiti mentalnog zdravlja djece i adolescenata**

- savjetovanje obitelji, majki s dojenčadi i predškolskom djecom, savjetovanje za školsku djecu i adolescente s ciljem zdravog odrastanja i što boljeg uklapanja u okolinu;
- savjetovanje i edukacijski rad s nastavnim osobljem predškolskih i školskih ustanova u vezi zdravog odrastanja;
- sudjelovanje u provođenju zdravstvenog odgoja.

### **Rad na očuvanju mentalnog zdravlja djece i adolescenata s rizičnim ponašanjem**

- savjetovanje i skrb za djecu i adolescente rizičnog ponašanja, kao i one posebno izložene stresu s ciljem povećanja sposobnosti za savladavanje kriznih stanja i prilagodbu na nove okolnosti te sprječavanja nastupa mentalnog/duševnog poremećaja;
- edukacijski rad s nastavnim osobljem predškolskih i školskih ustanova u vezi prepoznavanja i rada s djecom i adolescentima pod povećanim rizikom;
- sudjelovanje u provođenju zdravstvenog odgoja.

### **Rano otkrivanje, dijagnostika i terapija djece i adolescenata s poremećajima ponašanja i problemima mentalnog zdravlja**

- senzibiliziranje i edukacija primarne zdravstvene zaštite za rano prepoznavanje poremećaja ponašanja i problema mentalnog zdravlja;
- rad s nastavnim osobljem predškolskih i školskih ustanova u cilju ranog prepoznavanja poremećaja ponašanja i problema mentalnog zdravlja djece i adolescenata;
- savjetovanje, individualna i grupna terapija za djecu i adolescente s poremećajima ponašanja i problemima mentalnog zdravlja;
- liječenje i rehabilitacija prema medicinskoj indikaciji, sukladno suvremenim medicinskim saznanjima i stručnim smjernicama;
- uključivanje obitelji u terapijski proces (54).

Hrvatska od 2010. godine obilježava Europski dan borbe protiv depresije (01.10.), koje organiziraju Hrvatsko društvo za kliničku psihijatriju i udruga Zdravi grad iz Splita. Od 2011. godine postoji kao samostalna struka dječja i adolescentna psihijatrija sa ukupno 47 dječjih i adolescentnih psihijatara (2). Najveći broj stručnjaka nalazi se unutar 4 velika Klinička centra,

a manji broj pri Domovima zdravlja i Općim bolnicama. Jedina bolnica koja je predviđena za liječenje djece i adolescenata je Psihijatrijska bolnica za djecu i mladež u Kukuljevićevoj u Zagrebu, ali sa malim brojem kreveta. Važnu ulogu ima i Poliklinika za zaštitu djece i mladih u gradu Zagrebu, koja pruže efikasnu pomoć zanemarenoj i zlostavljanoj djeci, ali i njihovim roditeljima. Prema Nacionalnoj strategiji razvoja zdravstva Republike Hrvatske 2012-2020. mentalno zdravlje djece i adolescenata je jedan od prioriteta Republike Hrvatske. Dječja i adolescentna psihijatrija je preventivna struka jer prevenira poremećaje u odrasloj dobi. Prvi Međunarodni kongres dječje psihijatrije je organiziran 1937. godine kada je i donesen Akt o osnivanju dječje psihijatrije kao medicinske psihijatrijske discipline. Ubrzo su primjer slijedile i druge države te je osnovano i Europsko udruženje za dječju psihijatriju uz danas Međunarodno udruženje za dječju psihijatriju i granična područja (55). Jednu od najbolje organiziranih službi za zaštitu mentalnog zdravlja djece imaju Francuska i Skandinavske zemlje, koje naglasak stavljaju primarno na prevenciju i podizanju svijesti o važnosti mentalnoga zdravlja među mladima. Prepoznali su potrebu što ranije intervencije u pojavi psihičkih poremećaja među mladima, a s ciljem izlječenja ili ublažavanja smetnji kroz odraslu dob (12,55). Iz iskustva svakodnevnog rada s mladima, zamjećuje se da su današnja djeca i mladi sve nesretniji i depresivniji. Već sada događa se da unutar jednog razreda skoro  $\frac{2}{3}$  djece ima iskustvo odlaska psihologu ili u konačnici i psihijatru (55). U univerzalnim preventivnim programima koji se provode u školama, intervencija se fokusira na same učenike, a ne na holistički pristup. Pošto je depresija multifaktorijalna bolest, faktori rizika i zaštite mogu se naći ne samo u školskom, već i u obiteljskom i društvenom okruženju, što onda znači da bi i prevencija trebala biti multifaktorijalna (6). U Republici Hrvatskoj su još uvijek nejasne zakonske regulative posebno kada govorimo u skrbi za djecu i adolescentnu populaciju, tako da još uvijek usprkos činjenici da bi dobna granica za djecu trebala biti 18 godina, naša regulativa “proteže” tu dobnu granicu i do 21 godinu života. Time se često događa da upravo u tom iznimno osjetljivom razdoblju “života” ili tzv. “tranzicijskome razdoblju”, osoba ne dobije adekvatnu skrb jer “niti pripada dječjem psihijatru, a niti ima potrebu da se javi odraslom psihijatru” (55). Dječja i adolescentna psihijatrija je posebna specijalizacija u Hrvatskoj od 2011. godine, koja se bavi se prevencijom, ranom dijagnostikom, liječenjem psihičkih poremećaja u dječjoj i adolescentnoj dobi te znanstvenim istraživanjima. Zakonska regulativa unutar Europske unije od 1994. godine prizna posebnu specijalizaciju za djecu i adolescente, dok Hrvatska tek od 2011. godine. Jedna od velikih barijera u zaštiti i unaprjeđenju mentalnog zdravlja mladih je stigma i diskriminacija bolesnika i članova njihove obitelji u vezi s mentalnim poremećajima. Mnogi i danas osobe s mentalnim poremećajima doživljavaju kao teške, neinteligentne ili nesposobne u donošenju

odluka, što može dovesti do zlostavljanja, odbacivanja i izolacije. U Hrvatskoj imamo premali broj dječjih psihijatara koji su uz to neravnomjerno raspoređeni u Hrvatskoj. Potreban je veći broj specijalizacija, bolja interdisciplinarna suradnja svih sudionika u radu s djecom, u zaštiti i unaprjeđenju mentalnog zdravlja, bolja edukacija svih stručnjaka koji rade s djecom i mladima, kako bi se mentalni poremećaji na vrijeme prepoznali i počeli liječiti.

### ***5.2. Uloga medicinske sestre***

Medicinske sestre zajedno s ostalim stručnjacima trebaju biti uključene u razvoj mreže skrbi za mentalno oboljele kroz primarnu, sekundarnu i tercijarnu prevenciju i liječenje. Takav pristup daje rezultate kroz manji broj hospitalizacija i institucionalizacija, poboljšanje kvalitete života, pružanje skrbi u prirodnom okruženju i na kraju ušteda troškova liječenja (56). Ciljevi skrbi za mentalno zdravlje su sprečavanje psihičkih smetnji i poremećaja, pravodobno otkrivanje, rad s osobama koje trpe od smetnji i poremećaja, podrška i rad s obiteljima, profesionalno osposobljavanje, pomoć kod zapošljavanja i osamostaljivanja, nadzor redovitosti i suradnje u liječenju, poboljšanje kvalitete života te integracija oboljelih u društvenu zajednicu (56). U komunikaciji s depresivnim treba biti empatičan, iskren i uspostaviti odnos povjerenja, ne primjenjuje se pokroviteljski odnos, ne podilazi se osobi, ne postavlja se superiorno, ne pokazuje se lažno razumijevanje ili potvrđivanje nerealnih ideja te se vodi računa o suprotstavljanju što može voditi prekidu komunikacije (57). Preduvjeti za uspješnu komunikaciju s adolescentom podrazumijevaju uspostavljanje povjerenja osim životno opasnih situacija, omogućavanje neovisnosti, sudjelovanje u odlučivanju, izbjegavati prosuđivanje i autoritaran nastup, provjeravati razumijevanje rečenog, potruditi se razumjeti neformalni način izražavanja i rječnik adolescenta, procijeniti sposobnost razumijevanja posljedica ponašanja - pozitivnih i negativnih, naročito dugoročnih jer se ta sposobnost razvija tek u adolescenciji, pružiti točne informacije, bez nametanja vlastitog sustava vrijednosti.

### ***5.3. Liječenje depresije kod adolescenata***

Prije 20. stoljeća depresija nije bila prepoznata kao bolest, ili je bila neliječena ili neadekvatno liječena. Sredinom 19. stoljeća pojavljuju se prva znanstvena objašnjenja depresivnog poremećaja te klasifikacija bolesti prema simptomima i kliničkim značajkama bolesti (8). 1917. godine Sigmund Freud objavljuje knjigu „Žalovanje i melankolija“ u kojoj depresiju opisuje kao ljutnju usmjerenu na samoga sebe. Zajedno sa svojim sljedbenicima zastupao je teoriju da se depresija može liječiti psihoanalizom, terapijskom tehnikom razgovarajući o doživljajima iz djetinjstva, analizirajući snove i slobodne asocijacije (8). U

periodu od 1930 – 1950 važan dio predstavljala je elektrokonvulzivna ili elektrostimulativna terapija – EKT/EST, koja se u poboljšanom obliku koristi i danas kod teških oblika depresije. U ranim 1950 – im godinama dolazi do otkrića prvih tzv. tricikličkih antidepresiva te dviju psihoterapijskih tehnika koje su se održale do danas; kognitivna - bihevioralna i interpersonalna terapija. Kasnih 1980 – ih godina dolazi do otkrića druge generacije antidepresiva SIPPS – selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina. Ranih 1990 – ih u psihijatriji se javljaju dvije struje. Jedna struja zagovara liječenje isključivo lijekovima, a druga psihoterapijom (individualna, grupna, bračna ili obiteljska). Provedena istraživanja ukazuju da se najbolji rezultat postiže kombinacijom lijekova i psihoterapije (2,3,8). Danas se teži pronaći zamjenu za elektrokonvulzivnu terapiju te se sve više pažnje pridaje magnetskom zračenju za stimulaciju moždanih područja. Drugi postupak je stimulacija moždanih dijelova putem vagalnog živca. Posebno područje istraživanja danas čini genetika kako bi se lijek mogao modificirati prema genskim obilježjima pojedinca.

Najznačajnija je podjela antidepresiva po generacijama:

- I. generacija antidepresiva neselektivni antidepresivi s teškim nuspojavama (TCA – triciklički antidepresivi – s kardiotsičnošću i MAOI – inhibitori monoaminoooksidaze – s hipertenzivnim krizama.
- II. generacija antidepresiva kojima se nastoji izbjeći kardiotsičnost i antikolinergički učinci
- III. Generacija antidepresiva koju karakterizira selektivni mehanizam djelovanja ( selektivna inhibicija ponovne pohrane serotonina ili noradrenalina i selektivna i reverzibilna inhibicija MAO tipa A) (13).

Cilj liječenja depresije u djece i adolescenata kao i kod odraslih je uklanjanje simptoma i postizanje potpune remisije, prevencija recidiva, ublažavanje dugotrajnog morbiditeta i stvaranje uvjeta za normalan rast i razvoj. U tretmanu je potreban holistički i multimodalan pristup, koji obuhvaća psihoedukaciju, psihoterapiju i prema potrebi farmakoterapiju (27). Liječenje depresije ovisi o dobi pacijenta u kojoj se depresija javlja te o rizičnim čimbenicima koji su zaslužni za razvoj određenog oblika depresije. Izbor postupka u planu liječenja donosi se na temelju procjene cjelokupnog kliničkog stanja, simptoma i težina depresije te uključuju; farmakološko liječenje, psihosocijalne metode te neurostimulativne metode - EKT (3). Kod

mladih je važno pravovremeno prepoznavanje depresije te adekvatno liječenje čime se smanjuje mogućnost ponovnih depresivnih epizoda. Psihoterapijske tehnike kod djece i adolescenata su kognitivno bihevioralna terapija - KBT, obiteljska terapija, interpersonalna psihoterapija - IPT i psihodinamska terapija (individualna i grupna). Kod blagih i umjerenih depresije KBT se pokazala najefikasnijom izborom kod djece i adolescenata, što potvrđuju i mnoge meta-analize (27). Kognitivno–bihevioralna terapija usmjerena je na promjenu kognitivnih procesa (misli, vjerovanja, osjećaja) i promjenu obrazaca krivog ponašanja čime se želi prevenirati nova epizoda depresije. Prema Teasdaleu, većina ljudi može se nositi sa povremenim tužnim raspoloženjima, dok osobe koje su bile depresivne i mala promjena raspoloženja može pokrenuti veliku i negativnu promjenu u obrascima mišljenja (4). Kognitivnom terapijom želi se promijeniti pacijentov odnosa prema vlastitim negativnim mislima i osjećajima, sagledavanjem tih osjećaja i misli iz drugačije perspektive, odnosno odmakom od ovakvih misli (12). Bihevioralnom terapijom adolescenta se uči vještinama i promjeni okolnosti koje onda mijenjaju kvalitetu interakcije s okolinom (12). Kognitivno - bihevioralna terapija djelotvoran je tip psihoterapije i u suočavanju s komorbiditetom, suicidalnim mislima i osjećajem beznadnosti (24). Marsha Linehan u svom terapijskom priručniku uvela je proceduru trening „Mindfulness – puna svijesnost“ koji može pacijentima pomoći kao zaštita od vlastitih snažnih misli i emocija, koji se sastoji od toga da ih se nauči da se udalje od njih i da ih ne doživljavaju previše osobno (4). Interpersonalnom terapijom - IPT pomaže se osobi da razvije odgovarajuću strategiju rješavanja emocionalnih, komunikacijskih problema međuljudskih odnosa. Cilj IPT -a je ublažavanje depresivnih simptoma i poboljšanje sadašnjih, postojećih međuljudskih odnosa, bez pokušaja izazivanja dubokih promjena u strukturi ličnosti (10). Odabir i propisivanje lijekova mora biti u domeni dječjeg i adolescentnog psihijatra kako je i ustrojeno na razini zakonske legislative u Europi, posebno kada se propisuju antipsihotici (55). Prvi izbor za liječenje teže depresije kod adolescenata su antidepressivi iz skupine selektivnih inhibitora ponovne pohrane serotonina (SIPPS). Američka agencija za hranu i lijekove - FDA službeno je odobrila samo fluoksetin za liječenje depresije kod djece i adolescenata, dok je ecitalopram odobren samo za djecu iznad 12. godine (3). Uvijek treba uzeti u obzir dobne razlike u apsorpciji i eliminaciji lijeka. Da bi se izbjegle neželjene nuspojave važna je postepena titracija do pune doze. Moguće nuspojave su mučnina, povraćanje, nesanica, agitacija, smanjenje apetita, glavobolja. Poseban oprez među psihijatrima izazvala je studija koju je provela FDA, koja ukazuje da antidepressivi mogu pogoršati stanje ili izazvati suicidalne ideje kod djece i mladih, osobito u početnoj fazi liječenja (3). Autori brojnih studija preporučuju opreznu primjenu antidepressiva i ograničavaju ih na bolesnike s umjerenom do teške depresije, posebno



kada psihosocijalne intervencije nisu učinkovite ili nisu izvedive (6). Stoga FDA preporučuje u početku terapije tjedne i dvotjedne kontrole te kasnije mjesečne kontrole. Liječenjem antidepresivima živčane stanice ponovno počinju dobivati jasne informacije i uspostavlja se adekvatna komunikacija između živčanih stanica. Glavni mehanizam djelovanja antidepresiva odnosi se na sniženu koncentraciju noradrenalina i serotonina u SŽS – u. Psihijatri Furukava i Bondar analizirali su individualne simptome kod adolescenata na skali Treatment for Adolescents with Depression Study – TADS, prilikom čega su identificirali dvije skupine simptoma. Simptomi jedne skupine depresivnih adolescenata su bili depresivno raspoloženje, ahedonija, poremećaj sna, razdražljivost, socijalno povlačenje, otežan školski rad, pretjerani umor i niska samopoštovanje dok su kod druge skupine prevladavali pojačani ili smanjeni apetit, fizičke pritužbe, pretjerani plač, pretjerana krivnja, morbidne ideje i samoubojstvo. U istraživanje su bili uključeni adolescenti liječeni samo sa antidepresivom (fluoksetin), antidepresivom sa kognitivno bihevioralnom terapijom ili samo tabletom placeba te je uspješnost liječenja ovisila je o skupini simptoma koje depresivni adolescent posjeduje (za skupinu jedan antidepresiv sa ili bez kognitivno bihevioralne terapije, za skupinu dva antidepresiv sa kognitivno – bihevioralnom terapijom). Stoga se postavlja pitanje, koji predmeti bi trebali biti uključeni u ljestvice korištene u budućim ispitivanjima raznih oblika liječenja depresije, da li ovisno o načinu liječenja (npr. lijekovima, psihoterapijom, neuromodulacijom), populaciji (npr. adolescenti, odrasli, starije osobe) ili ispitivanje podvrste depresija (58). Temeljem dostupnih dokaza, još uvijek se sa stopostotnom sigurnošću ne može utvrditi je li psihološka terapija, antidepresivi ili njihova kombinacija najučinkovitiji izbor za liječenje depresivnih poremećaja u djece i adolescenata (59). Preporučuje se da bolesnici koji su tijekom akutne faze bili liječeni antidepresivima, nastave uzimati iste lijekove kroz najmanje šest do devet mjeseci kako bi se održalo postignuto poboljšanje, smanjila opasnost od vraćanja depresivnih simptoma i prevenirao relaps (10, 32).

## 6. ZAKLJUČAK

Depresija je jedna od prvih opisanih, ali i najčešćih psihičkih poremećaja danas. Njezina učestalost svrstava je u vodeći javnozdravstveni problem u svijetu kako zbog morbiditeta, mortaliteta, komorbiditeta tako i zbog velikog financijskog i ekonomskog opterećenja za društvo. Smatralo se da depresija pogađa osobe zrele dobi, no novija istraživanja pokazuju da su sve više u opasnosti djeca i adolescenti. Depresija nastaje kao interakcija biopsihosocijalnih faktora, koji u podlozi imaju genetsko nasljeđe, osobnost pojedinca ili razne životne okolnosti. Depresija kod adolescenata može oslabiti kognitivni, socijalni i emocionalni razvoj, smanjiti povezanost roditelja i djeteta te dovesti do višestrukih štetnih posljedica na funkcioniranje u odrasloj dobi, uključujući loše obrazovanje i druge poremećaje mentalnog zdravlja. Stoga je važno depresiju kod mladih prepoznati na vrijeme i poduzeti određene korake kako bi im se što ranije moglo pomoći i krenuti s liječenjem. Zbog mogućih posljedica koje ostavlja na mladu još neizgrađenu ličnost, svojevrsan je izazov stručnjacima koji sudjeluju u zaštiti mentalnog zdravlja, ponajprije supspecijalistima dječje i adolescentne psihijatrije. Pošto mladi najviše vremena provode u školi od izuzetne je važnosti prepoznavanje depresije u školama. Pozitivno, koherentno i sigurno školsko okruženje može predstavljati zaštitni čimbenik za pojačanu promjenu raspoloženja i ranjivost kod adolescenata. Škole trebaju imati ključnu ulogu u preventivnim projektima, jer imaju dugoročan pristup učenicima i adolescentima u kritičnim razdobljima njihovog razvoja, zapošljavaju stručnjake za mentalno zdravlje sposobne za prepoznavanje, poduzimanje odgovarajućih intervencija i nalaze se na spoju sustava obitelj - škola i zajednica. Škole bi se trebale pozabaviti i pojmom stigme koja se odnosi na mentalnu bolest i depresiju u namjeri da se poveća otvorenost prema toj bolesti i kod učenika i nastavnika i da se depresivni učenici ne osjećaju isključenima.

Pišući zadnje redove svog diplomskog rada, na stranicama Poliklinike za zaštitu djece i mladih grada Zagreba objavljena je nova publikacija „Sva lica dječje depresije i kako je prevladati? - Psihoedukativna radna bilježnica, kao odgovor na znatan utjecaj na promjenu raspoloženja kod mladih uslijed pandemije korona virusom i potresa u gradu Zagrebu. Ova publikacija predstavlja pozitivan iskorak jedne ustanove u prevenciji i ranom prepoznavanju depresije, a djeca je mogu koristiti sama ili uz pomoć roditelja ili nastavnika.

## **7. ZAHVALE**

Zahvaljujem se mentorici doc.dr.sc. Tei Vukušić Rukavini na stručnoj pomoći i savjetima pri izradi diplomskog rada.

Zahvaljujem se svojoj obitelji i prijateljima na bezuvjetnoj podršci i razumijevanju tijekom studiranja i izrade diplomskog rada.

## 8. LITERATURA

1. Vulić-Prtorić A. Depresivnost u djece i adolescenata. Zagreb: Naklada Slap; 2004.
2. Jakovljević M. Depresivni poremećaji: od ranog prepoznavanja do uspješnog liječenja. Zagreb: Pro Mente; 2003.
3. Štrkalj-Ivezić S, Jukić V, Jakovljević M. Kliničke smjernice za liječenje depresivnog poremećaja. *Medix*. 2013;21(Suppl.1):2-19.
4. Segal Z, Williams M, Teasdale J. Mindfulness: kognitivna terapija u tretmanu depresije. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2019.
5. Folnegović Šmalc V. Klinička slika depresije danas. *Medix*. 2009;210(82):183-6.
6. Bernaras E, Jaureguizar J, Garaigordobil M. Child and adolescent depression: a review of theories, evaluation instruments, prevention programs, and treatments. *Front Psychol*. 2019 Mar 20;10:543.
7. Begić D. Psihopatologija. 2. izd. Zagreb: Medicinska naklada; 2014.
8. Kramlinger K, ur. Mayo Clinic o depresiji: kako razumjeti, prepoznati i liječiti depresiju. Zagreb: Medicinska naklada; 2005.
9. Mihaljević-Peleš Alma. Poremećaji raspoloženja. U: Begić D, Jukić V, Medved V. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 2015.
10. Hautzinger M. Depresija: modeli, dijagnosticiranje, psihoterapije, liječenje. 2. knjiga. Jastrebarsko: Naklada Slap; 1998.
11. Ivanušić J, Degmečić D. Klinička slika, dijagnoza i diferencijalna dijagnoza depresivnih poremećaja. *Medix*. 2013; 226(106):139-43.
12. Nikolić S i sur., ur. Dječja i adolescentna psihijatrija. Zagreb: Školska knjiga; 2004.
13. Gregurek R i sur. Suradna i konzultativna psihijatrija: psihijatrijski i psihološki problemi u somatskoj medicini. Zagreb: Školska knjiga; 2006.
14. Gruden Z. Dječja psihoterapija. Zagreb: Medicinska naklada; 1996.
15. Lacković-Grgin K. Psihologija adolescencije: Psihosocijalni pristup adolescenciji. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2006. Str.125-194.
16. The Free Dictionary. Adolescence [Internet]. Farlex: Pennsylvania; c2020 [pristupljeno 02.07.2020.] Dostupno na:  
<https://medical-dictionary.thefreedictionary.com/adolescence>
17. Poliklinika za zaštitu djece i mladih grada Zagreba. Trebamo li brinuti? Priručnik o adolescentima za roditelje i stručnjake [Internet]. Zagreb: Poliklinika za zaštitu djece i mladih Grada Zagreba; 2010. [pristupljeno 14.04.2020.].

Dostupno na: <https://www.poliklinika-djeca.hr/publikacije/trebamo-li-brinuti/>

18. Graovac M. Adolescent u obitelji. *Medicina Fluminensis*. 2010;46(3):261-266.
19. Godjons H. *Pedagogija: temeljna znanja*. Zagreb: Educa; 1993.
20. Štrkelj Ivezić S, Mihaljević-Peješ A, Mihanović M, Dračevac-Sabljar R. Smjernice za kliničko vođenje i plan liječenja depresije. *Medix*. 2013;226(106):175-80.
21. Nikolić S. *Zaštita duševnog zdravlja mladih*. Zagreb: Medicinska naklada; 1993.
22. Spence SH, Sheffield JK, Donovan C L. Preventing adolescent depression: an evaluation of the problem solving for life program. *J Consult Clin Psychol*. 2003;71(1):3-13.
23. Majić G, Bokić-Sabolić A, Škrinjarić J, Begovac I. Smjernice za dijagnosticiranje i liječenje depresije u djece i adolescenata. *Medix*. 2013;226(106):189-92.
24. Rudan V, Tomac A. Depresija u djece i adolescenata. *Medicus*. 2009;265(2):173-9.
25. Stojanović-Špehar S, Skočilić A, Blažeković-Milaković S, Vuković H, Kumbrija S. Depresija i komorbiditetne bolesti u ambulantama liječnika specijalizanata obiteljske medicine: pilot istraživanje. *Med Jad*. 2007;37(1-2):5-14.
26. Desrochers J, Houck G. *Depression in Children and adolescents: guidelines for school practice* [Internet]. Silver Spring: National Association of School Nurses (NASN); 2013. [pristupljeno 02.07.2020.]. Dostupno na: <https://www.amazon.com/Depression-Children-Adolescents-Guidelines-Desrochers/dp/B00NG8UHJM>
27. Jukić V, Arbanas G, ur. hrv. izd. *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje: DSM-5*. 5.izd. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2014.
28. Webb JT i sur. *Pogrešne i dvojne dijagnoze darovite djece i odraslih*. Zagreb: Veble commerce; 2010.
29. Hoerman, ED. *Depression in children and adolescents: the role of school professionals* [disertacija; Electronic Theses and Dissertations 49] [Internet]. Cedar Falls: University of Northern Iowa; 2014. [pristupljeno 02.07.2020.] Dostupno na: <https://scholarworks.uni.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1042&context=etd>
30. Sommers-Flanagan R, Sommers-Flanagan J. *Kada nas dijete zabrinjava: uobičajena razdoblja djetinjstva ili ozbiljni problemi?* Lekenik: Ostvarenje; 2006. Str.80-93.
31. Brière NF, Pascal S, Dupéré V, Janosz M. School environment and adolescent depressive symptoms: a multilevel longitudinal study. *Pediatrics*. 2013;131(3):e702-8.
32. *Kliničke smjernice za liječenje depresivnog poremećaja* [Internet]. Zagreb: Hrvatsko društvo za afektivne poremećaje HLZ-a ; Hrvatsko društvo za kliničku psihijatriju HLZ-a ; Hrvatsko psihijatrijsko društvo; 2020. [pristupljeno 01.07.2020.]. Dostupno

na: <http://www.psihijatrija.hr/site/wp-content/uploads/2020/02/SMJERNICE-DEPRESIJA-2020..pdf>

33. Marčinko D i sur. Suicidologija. Zagreb: Medicinska naklada; 2011.
34. Matković I. depresija kod adolescenata [Internet]. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet; 2014. [pristupljeno 03.07.2020.]. Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:074651>
35. Koić E, Štrkalj-Ivezić S. Procjena suicidalnog rizika kod osoba oboljelih od depresije. Medix. 2013;226(106):145-49.
36. Depresija u dječjoj i adolescentnoj dobi [Internet]. Zagreb: Psihijatrijska bolnica za djecu i mladež; 2014. [pristupljeno 14.05.2020.]. Dostupno na: <https://djecja-psihiatrija.hr/depresija-u-djecjoj-i-adolescentnoj-dobi/>
37. Boričević Maršanić V, Zečević I, Ercegović N, Paradžik Lj, Grgić V. Sva lica dječje depresije – heterogenost kliničke slike depresije kod djece i adolescenata. Paediatr Croat. 2016;60(Suppl. 1):119-125.
38. Jakšić Ž, Pokrajac N, Šmalcelj A, Vrcić-Krglović M. Umijeće medicinske nastave: Uvod: izazovi i odgovori. Zagreb: Medicinska naklada; 2005. Str.1-37.
39. Kyriacou C. Temeljna nastavna umijeća: metodički priručnik za uspješno poučavanje i učenje. Zagreb: Educa; 1995.
40. Kos A. Depresivnost kod djece i mladih [Internet]. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Učiteljski fakultet; 2016. [pristupljeno 03.07.2020.]. Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:147:266394>
41. Vulić-Prtorić A, Lončarević I. Školski uspjeh i mentalno zdravlje: od relacija do intervencija. Napredak. 2016;157(3):301-24.
42. Bagana E. Adolescents' depression, self-perceived success in academic domain, vulnerability to depression and anxiety. Procedia - Social and Behavioral Sciences. 2014;127:287–91.
43. Fröjd S, Nissinen E, Pelkonen M, Marttunen M, Koivisto A-M, Kaltiala-Heino R. Depression and school performance in middle adolescent boys and girls. 2008;31(4):485-98.
44. Mentalni poremećaji u Hrvatskoj [Internet]. Zagreb: Odjel za mentalne poremećaje, Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 2020. [pristupljeno 03.07.2020.]. Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/sluzba-epidemiologija-prevencija-nezaraznih-bolesti/odjel-za-mentalne-poremecaje/>

45. Depresija u djece i adolescenata [Internet]. Zagreb: Poliklinika za zaštitu djece i mladih grada Zagreba; 2019. [pristupljeno 03.07.2020.]. Dostupno na: <https://www.poliklinika-djeca.hr/aktualno teme/depresija-u-djece-i-adolescenata/>
46. Werner-Seidler A, Perry Y, Calear AL, Newby JM, Christensen H. School-based depression and anxiety prevention programs for young people: a systematic review and meta-analysis. Clin Psychol Rev. 2017;51:30-47.
47. Tešić V. Depresija kao vodeća bolest našeg doba. HČJZ [Internet]. 2006 [pristupljeno 03.07.2020.];2(8). Dostupno na: <file:///C:/Users/ssusic/Downloads/1950-7341-1-PB.pdf>
48. Kurikulum zdravstvenog odgoja [Internet]. Zagreb: AZZO; 2012. [pristupljeno 03.07.2020.]. Dostupno na: [https://www.azoo.hr/images/zdravstveni/Kurikulum\\_ZO.pdf](https://www.azoo.hr/images/zdravstveni/Kurikulum_ZO.pdf)
49. Odluka o donošenju kurikuluma za međupredmetnu temu Zdravlje za osnovne škole i srednje škole u Republici Hrvatskoj [Internet]. Zagreb: Narodne novine; 2013. [pristupljeno 03.07.2020.]. Dostupno na: [https://narodnenovine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2019\\_01\\_10\\_212.html](https://narodnenovine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2019_01_10_212.html)
50. Plan i program mjera iz obveznog zdravstvenog osiguranja [Internet]. Zagreb: Narodne novine; 2006. [pristupljeno 21.07.2020.] Dostupno na: [https://narodnenovine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2006\\_11\\_126\\_2779.html](https://narodnenovine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2006_11_126_2779.html).
51. Svečano obilježavanje pokretanja pilot-projekta Probir rizika u mentalnom zdravlju školske djece [Internet]. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 2019. [pristupljeno 21.07.2020.]. Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/priopcenja-mediji/probir-rizika-u-mentalnom-zdravlju-skolske-djece-svecano-obiljezavanje-pokretanja-pilot-projekta/>
52. Zakon o odgoju i obrazovanju u osnovnoj i srednjoj školi [Internet]. Zagreb: Zakon.hr; c2020. [pristupljeno 03.07.2020.]. Dostupno na: <https://www.zakon.hr/z/317/Zakon-o-odgoju-i-obrazovanju-u-osnovnoj-i-srednjoj-skoli>
53. Pravilnik o načinu postupanja odgojno-obrazovnih radnika školskih ustanova u poduzimanju mjera zaštite prava učenika te prijave svakog kršenja tih prava nadležnim tijelima [Internet]. Zagreb: Narodne novine; 2013. [pristupljeno 03.07.2020.] Dostupno na: [https://narodnenovine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2013\\_11\\_132\\_2874.html](https://narodnenovine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2013_11_132_2874.html)
54. Očuvanje mentalnog zdravlja [Internet]. Zagreb: Nastavni zavod za javno zdravstvo dr. Andrija Štampar; c2020. [pristupljeno 03.07.2020.]. Dostupno na: <http://www.stampar.hr/hr/ocuvanje-mentalnog-zdravlja>

55. Dodig-Ćurković K, Franić T, Boričević Maršanić V, Kovač V. Mentalno zdravlje djece u Hrvatskoj: treba li nam uopće dječja i adolescentna psihijatrija? *Paediatr Croat.* 2016;60(Supl 1):108-12.
56. Golubić R. Sestrinska skrb za mentalno zdravlje. *Sestrinski glasnik.* 2007;58(3):33.
57. Brečić P, Ostojić D, Jukić V. Komunikacija s duševnim bolesnicima. *Medix.* 2011;98(Suppl. 1):60-2.
58. Furukawa TA. Adolescent depression: from symptoms to individualised treatment? *Lancet Psychiatry.* 2020;7(4):295-296.
59. Cox GR, Callahan P, Churchill R, Hunot V, Merry SN, Parker AG i sur. Liječenje depresije u djece i adolescenata: psihološke terapije naspram liječenja antidepresivima, zasebno ili u kombinaciji. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2014 Nov 30 [pristupljeno 03.07.2020.]. Dostupno na:  
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008324.pub3/full/hr>
60. Boričević Maršanić V, Raguž A. Sva lica dječje depresije i kako je prevladati?: psihoeduktivna radna bilježnica [Internet]. Zagreb: Poliklinika za zaštitu djece i mladih grada Zagreba; 2020. [pristupljeno 13.07.2020.]. Dostupno na:  
<https://www.poliklinika-djeca.hr/aktualno/novosti/nova-publikacija-sva-lica-djecje-depresije-i-kako-je-prevladati-psihoedukativna-radna-biljeznica/>



## 9. ŽIVOTOPIS

Milena Logožar

Huzjanova 10

10090 Zagreb

mob: 098/9232090

Email: milena.logozar71@gmail.com

Rođena je 28.11.1971. u Čakovcu. Osnovnu školu Goričan završila je 1985. godine. Srednju medicinsku školu, općeg smjera završila je 1989. godine u Varaždinu. Iste godine počinje raditi kao medicinska sestra - pripravnik u Općoj bolnici Čakovec na odjelu JIL -a, gdje ostaje raditi do nastavka obrazovanja. Odlučuje se na daljnje obrazovanje te 1996. godine završava Višu medicinsku školu Sveučilišta u Zagrebu, smjer medicinske radiologije. Dvije godine radi na poslovima inženjera med. radiologije, na zamjenama. Od 2000. – 2017. godine radila je u Specijalističkoj stomatološkoj ordinaciji za ortodonciju. Uz rad, 2017. godine završava preddiplomski stručni studij Sestrinstva na Zdravstvenom veleučilištu Zagreb. U rujnu iste godine primljena je u Školu za primalje na mjesto stručne nastavnice zdravstvene njege, gdje radi i danas. 2018. godine stječe Pedagoško – psihološko – didaktičko – metodičke kompetencije na Filozofskom fakultetu u Zagrebu, neophodne za rad u odgojno – obrazovnom sustavu. Nastavlja sa obrazovanjem te 2018. upisuje diplomski sveučilišni studij Sestrinstva na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu, gdje je redoviti student.

Služi se engleskim i njemačkim jezikom te poznaje rad na računalu.

Članica je Hrvatske komore medicinskih sestara.

Sudjelovala je na mnogobrojnim skupovima, konferencijama iz područja sestrinstva, dentalne medicine i strukovnog obrazovanja. Sudjeluje i vodi projekte E- medica i WorldSkills u Školi za primalje.