

Utjecaj depresije na mlade u adolescenciji

Todorić, Nikolina

Undergraduate thesis / Završni rad

2021

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split, Faculty of Catholic Theology / Sveučilište u Splitu, Katolički bogoslovni fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:202:745679>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-08-16**



Repository / Repozitorij:

[Repository of The Catholic Faculty of Theology
University of Split](#)



UNIVERSITY OF SPLIT



SVEUČILIŠTE U SPLITU
KATOLIČKI BOGOSLOVNI FAKULTET
PREDDIPLOMSKI TEOLOŠKO-KATEHETSKE STUDIJE

NIKOLINA TODORIĆ

**UTJECAJ DEPRESIJE NA MLADE U
ADOLESCENCIJI**

Završni rad

Split, 2021.

SVEUČILIŠTE U SPLITU
KATOLIČKI BOGOSLOVNI FAKULTET
PREDDIPLOMSKI TEOLOŠKO-KATEHETSKE STUDIJE

NIKOLINA TODORIĆ

UTJECAJ DEPRESIJE NA MLADE U
ADOLESCENCIJI

Završni rad

Naziv kolegija: Opća psihologija

Mentor : prof. dr. sc. Ivan Tadić

Sumentor: dr. sc. Boris Vidović

Split, 2021.

SADRŽAJ:

UVOD	4
1. ADOLESCENCIJA	5
1.1 Općenito o adolescenciji	5
1.2. Faze adolescencije	5
1.3 Karakteristike rane adolescencije	6
1.4 Srednja ili prava adolescencija	8
1.5 Kasna adolescencija	9
1.6 Postadolescencija ili mlada odrasla dob	10
2. DEPRESIJA	11
2.1 Fenomenologija depresije	11
2.2 Simptomi depresivnosti	12
2.2.1 <i>Emocionalni simptomi</i>	13
2.2.2 <i>Tjelesni ili somatski simptomi</i>	13
2.2.3 <i>Kognitivni simptomi</i>	14
2.2.4 <i>Bihevioralni simptomi</i>	15
2.3 Značajke psihološkog poremećaja	16
2.4 Uzroci depresije	17
2.4.1 <i>Čimbenici osobnosti</i>	17
2.4.2 <i>Okolinski čimbenici</i>	17
2.4.3 <i>Biološki čimbenici</i>	18
2.5 Depresivni poremećaji raspoloženja	18
2.5.1 <i>Veliki depresivni poremećaj (VDP)</i>	19
2.5.2 <i>Distimija (distimični poremećaj)</i>	19
2.5.3 <i>Bipolarni poremećaj</i>	19
2.6 Vrste depresije	20
2.6.1 <i>Neurotična i psihotična depresija</i>	20

2.6.2	<i>Enodgena i egzogena depresija</i>	21
2.6.3	<i>Otvorena i maskirana depresija</i>	21
2.6.4	<i>Primarna i sekundarna depresija</i>	21
3.	DEPRESIVNOST KOD ADOLESCENATA	23
3.1.	Prvi poremećaji u adolescenciji	23
3.2	Depresivnost u ponašanju	24
3.3	Liječenje depresivnosti	25
3.3.1	<i>Psihološka terapija</i>	26
3.3.2	<i>Farmakoterapija</i>	27
3.3.3	<i>Kognitivno – bihevioralna terapija</i>	28
3.3.4	<i>Uloga obitelji i okoline</i>	29
4.	KOMORBIDITET	31
4.1	Depresija i tugovanje	31
4.2	Depresija i suicidalnost	32
4.3	Depresija i poremećaj prehrane	32
	ZAKLJUČAK	34
	LITERATURA	35
	SAŽETAK	38
	SUMMARY	39

UVOD

Glavni predmet ovog rada je posvećen mladima u adolescentnom razdoblju koji doživljavaju psihološke poremećaje, a ovdje ćemo se baviti konkretno depresijom. Prije svega, polazimo od emocija. Postoji šest glavnih emocija, a jedna od njih je tuga. Emocije su važan dio našeg života i imaju važnu ulogu u našoj izgradnji. Tuga često može biti zamaskirana i u ljutnju. Međutim, ponekad to nije uobičajena tuga, može se pretvoriti u sve češći psihološki poremećaj, depresiju. Svrha samog rada je kako prepoznati depresiju i liječiti je u bilo kojoj životnoj dobi, a posebno u ovim uzrastima kada dolazi do formiranja ličnosti i sazrijevanja. Koristeći psihodinamski pristup, rad smo podijelili u četiri dijela.

U prvom dijelu pisat ćemo o adolescenciji općenito. Na raznim mjestima pronalazimo faze i podfaze razvoja, a ovdje ćemo navesti glavne faze te njihove karakteristike. Dolazimo do drugog dijela gdje ćemo opisati depresiju. S obzirom da je to jako opširna tema, napisati ćemo glavna obilježja tog poremećaja, uzroke i simptome. U zadnjem podnaslovu predočiti ćemo depresivne poremećaje raspoloženja te vrste depresije. Treći dio ostavljamo i cilju našeg istraživanja, a to je kakav utjecaj ima depresija na mlade u adolescentnoj dobi te kakva ponašanja izaziva i kako se izliječiti od sve opasnijeg poremećaja. U posljednjem, četvrtom dijelu opisat ćemo glavne poremećaje koji su komorbidni depresiji.

1. ADOLESCENCIJA

1.1 Općenito o adolescenciji

Adolescencija dolazi od latinske riječi *adolescere* što znači rasti. Psiholog G. Stanley Hall prvi opisuje to razdoblje burnim, napetim i pobunjeničkim te uvodi pojam *adulescentia*, u prijevodu mladost. Danas se često spominje upravo takva nemirna faza razvoja što se može opravdati činjenicom da je dijete zbunjeno. Ako se vratimo unatrag, 20. stoljeće je vrijeme koje donosi brige, odgovornosti i opterećenja nazivalo *mračno doba za djecu*. Napušta krilo roditelja te odlazi u svijet u kojem će sebe postupno pretvoriti u zrelu i odgovornu osobu. U važnom životnom ciklusu doživjet će emotivne, kognitivne, seksualne i fizičke promjene. Taj jedinstveni prijelazni put u odraslost odnosno prijelazno razdoblje iz djetinjstva u odraslu dob nazivamo adolescencija. Na jedan način to je i priprava za samoodgajanje.¹

U psihološkim literaturama je teško odrediti jednake dobne granice i podjele, što proizlazi iz promjena u vremenu sazrijevanja, utjecaju obitelji te društveno-ekonomskih i ekoloških promjena. Međutim, vrijeme adolescencije obuhvaća razdoblje od 11. pa sve do 21. godine, ili postadolescencijom koja završava u 25. godini života. Kraj nam je teško odrediti jer je više znakovit psihološkim zakonitostima nego fizičkim promjenama kao što je to kod puberteta. Često se povezuje pojam puberteta s adolescencijom, jer pubertet označava tjelesno sazrijevanje a adolescencija fizičko. Moramo znati da se prema D.J.Ducheu *vremenski podudaraju ali se ne mješaju*. Normalan tijek ovog razdoblja prate i prilagodbe na stanje puberteta, stanja s kojima se osoba suočava. Mladi stječu doživljaj sebe, svoje fizičke i mentalne sposobnosti te počinju shvaćati da se mjenjaju. Upravo te promjene nam pokazuju nemir koji oni osjećaju u tom razdoblju života i to opravdava sam naziv razdoblja „bure i oluje“.

1.2. Faze adolescencije

U literaturama koje govore o adolescenciji („*Stres u djece i adolescenata*“, „*Depresivnost u djece i adolescenata*“) susrećemo razne podjele i dobne granice te nam to stvara poteškoće prilikom određivanja dobnih granica faza adolescencije, kako smo

¹ Usp. Eduard Klain, *Psihološka medicina*, Golden marketing, Zagreb, 1999., 212.

spomenuli i u prethodnom odlomku. Jedan od razloga su različita odstupanja u vremenu sazrijevanja. Najbolji primjer za to je da su u sadašnjosti dobro zbrinuta djeca viša u odnosu na ona prije nekoliko desetljeća. Prije smo na adolescenciju gledali kao nediferencirani put u odraslost sa dobnim promjenama koju su karakterizirale određenu fazu. Sada već možemo razlikovati razvojne zadaće pojedinih faza. Najviše se ističe podjela na ranu, srednju i kasnu adolescenciju. Nova životna dob je postadolescencija ili poznatija kao mlada odrasla dob. Sve ove faze se definiraju prema dobnim karakteristikama, biološkog i socijalnog ponašanja mladih a kronološka dob predstavlja tek grubu mjeru. Preduvjet za spreman ulazak u adolescenciju povezujemo s razdobljem latencije. Možemo ga nazvati relativno mirnim *kratkim razdobljem* koje je predah u konfliktima koji se događaju između preedipskih i edipskih razdoblja i izrazito nemirnog razdoblja adolescencije. Razdvajanje onog „ja“ i razdoblja latencije najavljuje pojavu prepuberteta odnosno razdoblje preadolescencije već sredinom 10. godine života koja je na pragu rane adolescencije.²

1.3 Karakteristike *rane* adolescencije

Prvi odrazi adolescencije počinju u 11. godini kada dijete u zrcalu primjećuje velike promjene u izgledu te počinje razmišljati o svijetu na drugačiji način od onog u djetinjstvu. Proces rane adolescencije kod djevojaka se može javiti nešto ranije, čak s 10,5 godina, a kod dječaka postoji mogućnost pojave s 12,5 godina života. Tjelesne promjene uključuju nagli rast, seksualno sazrijevanje, promjene u tjelesnim proporcijama, snaga i izdržljivost. Često je prisutno popuštanje u školi, posebno to vrijedi za dječake u toj dobi. Nemirni su, okreću se na stolicama, dobacuju opaske i pokazuju povećanu grubost. Takvo ponašanje pokazuje nam regresivne nagone za maženje, oralne želje, želje za samopotvrđivanje te cijelog niza pregenitalnih želja.³ Česte su roditeljske opomene na neurednost, zapuštanje higijenskih navika, prljavi riječnik, humor, uživanje u neugodnim mirisima te proždrljivost. Kada govorimo o kognitivnim sposobnostima, adolescent razmišlja na logičan način što mu pomaže bolje razumijeti svijet oko sebe. Vrlo važna karakteristika ovog razdoblja je napuštanje idealizacije jer su sposobni više spoznati što se stvarno događa, odnosno okolina i sami adolescent djeluje manje idealan. Tada dolazi do odmaka od narcističkog osjećaja dobrog stanja u kojem se osoba okreće prema samom sebi. Iza toga se krije potreba za samodefiniranjem koje ovo razdoblje traži jer se osoba mora suočiti s fizičkim promjenama

² Usp. Edurad Klain. *Psihološka medicina*, Golden marketing, Zagreb, 1999., 212.-214.

³ Usp. Eduard Klain, *Psihološka medicina*, Golden marketing, Zagreb, 1999., 210.

koje dolaze tijekom adolescencije. To je i razdoblje u kojem se suočavaju s vlastitim mislima, osjećajima i reakcijama. Adolescenti su posebno zaokupljeni razlikama i istovjetnošću.

Kod dječaka se najviše regresija odražava u izbjegavanju druženja sa suprotnim spolovima. Kada i kako sazrijeva postaje važan čimbenik u izboru prijatelja. Tako se u istoj grupi nalaze oni koji sazrijevaju brže i udalje se od drugih. Posebno se ističu grubo prema djevojčicama, omalovažavaju ih, izbjegavaju ih, a kad su u njihovom društvu hvale se i zafrkavaju te na svaki način pretjeruju. Tipični nesvjesni konflikt odnosi se na zavist i strah prema ženi, što je utemeljeno na strahu od kastracije moćne majke ranog djetinjstva te na strah od pasivnosti i bespomoćnosti. Izbjegavanje osoba suprotnog spola glavna je obrambenost od strahova u odnosu na majku te se ovaj stupanj naziva i „gang“ faza odnosno homoseksualna faza muške predadolescencije. Otac je dječacima saveznik koji je prikazan kao *jaki otac*, mada mu ta karakteristika zna često nedostajati. Idealziranje oca služi da se obrane od regresije na ranu majku.⁴

Kada govorimo o djevojčicama, ističe se oživljavanje pregenitalnih nagona, želja, fantazija i koriste „prljavi“ (analni) jezik ili uriniraju s prijateljicama, međutim tu se krije neki drugi razlog. Ustvari, žele prikazati preziranje muškaraca zbog njihove otvorenosti i uspostavljaju vlastitu nadmoć nad njima. Majka je često savjetnica i povjerenica kćeri te dobi. I kod djevojčica je pojačana odbojnost ili otuđivanje prema moćnoj majci iz djetinjstva. Isto tako, mogu biti grube i surove u odnosu na vršnjake. Možemo zaključiti da je najvažnije obilježje ove faze pregenitalna i genitalna nagonska težnja. Zastoj u ovoj fazi može biti ženska promiskuitetnost, te nije rijetko da se djevojčica upusti u vezu sa suprotnim spolom. U ovim godinama djevojčice moraju krenuti prema potpunom razvoju ženstvenosti a dječaci trebaju izaći iz svoje samodostatnosti.⁵ Moraju započeti sa stvarnim emocionalnim odvajanjem od roditelja. Događa se povlačenje energija spolnog nagona, što nazivamo libido, s mentalnih predodžbi roditelja i to dovodi do osjećaja praznine, osamljenosti, izolacije i depresivnog raspoloženja. Upravo su ta razdoblja ključna za stvaranje prijateljstava koja se itekako razlikuju od prijateljstava u odrasloj dobi. Biraju prijatelje uglavnom po karakteristikama koje bi osoba željela posjedovati, tzv. narcističkim izborom. Prijateljstva rane adolescencije su često slabije odnosno jače obojena i to je razlog što se iznenada

⁴ Usp. *Isto*, 213.-214.

⁵ Usp. *Isto*, 215.-216.

prekidaju. Završetak je vidljiv u 14. godini života kada počinju biseksualne tendencije te konflikti koji obilježavaju srednju adolescenciju.⁶

1.4 Srednja ili prava adolescencija

Napuštanje narcističkih pozicija se događa u fazi srednje ili prave adolescencije. Početak njezine faze određujemo 15.godinom kada se događaju unutarnji konflikti koji će svoj vrhunac postići u kasnoj fazi. Zadatak je razrješenje edipovskog konflikta i emocionalno odvajanje objekata ljubavi koja su bila narcistički ustrojena. U novom narcističkom stupnju roditelje podcijenjuju što može dovesti do pobunjeničtva, rušenja pravila i prijeziru autoriteta kojeg su postavili sami roditelji. Napuštanje samodostatnosti se prikazuje u nježnim osjećajima mladića prema djevojci. Ujedno je to jedna od stepenica prema nezavisnosti i autonomiji što može biti teško iskustvo najviše za roditelje. Dok je u ranoj adolescenciji glavna karakteristika bila prilagodba na fizičke promjene, u srednjoj adolescenciji je u središtu odnos prema vršnjacima i okolini. Ističe se odvajanje iz roditeljskog krila. Najbolja prijateljstva se sve više formiraju kroz slušanje iste vrste glazbe ili odijevanje iste odjeće. Smatra se da pravi adolescenti fokus stavljaju na sadašnjost. Žele znati svoj identitet, što su, i ono što je nabitnije, tko je još kao oni. To je vrijeme kada najviše istražuju sebe te se najugodnije osjećaju kada su sami što pokazuje da slijede narcistički pomak još iz rane adolescencije. Oduzimaju važnost roditeljima te više pozornosti daju sebi i prijateljima što je poznatije pod nazivom „otklanjanje objekta“. Sklapaju nove odnose s prijateljima-vršnjacima i roditeljima nakon određenog vremena. U nekim situacijama roditeljima može smetati prevelika posvećenost mladih samima sebi i okolini. Korak naprijed koji se dogodio u ovoj fazi je i druženje s djevojčicama. Ovdje se događaju i procesi „žalovanja“ i „zaljubljenosti“. Na jedan način, zbog odvajanja od roditelja, adolescentima je žao što su ostavili iza sebe i postoji mogućnost pojave izoliranosti ili usamljenosti. Ponašanje adolescenata koje se pritom javlja je ponekad teško objasniti jer se isprepliće samostalnim donošenjem odluka i očekivanjem roditeljske brige.⁷ Potrebno je mnogo razmišljanja prilikom ovog burnog razdoblja. U ovoj dobi adolescenti se mnogo zaljubljuju i odlaze na spoj. Zaljublivanje je suprotstavljeno onoj *usamljenosti* i više je bit društvenog statusa ili „stjecanje iskustva“ a tek kasnije dobiva dublje i veće značenje. Libido se ponovno pokreće osjećajem zaljubljenosti

⁶ Usp. Vlasta Rudan. Normalni adolescentni razvoj: *Medix, specijalizirani medicinski dvomjesečnik*, vol.10 (2004.), 52., <https://hrcak.srce.hr/20237>, (03.01.2021.)

⁷ Usp. Eduard Klain, *Psihološka medicina*, Golden marketing, Zagreb, 1999., 216.-219.

koja ispunja onaj osjećaj praznine izgubljen narcističkim stupnjem. Ovo se sve može objasniti sklonostima mladih prema brzim emocionalnim promjenama.

Današnje prijateljske i romantične odnose kontrolira prisutnost medija što je posebnost u odnosu na ostala razdoblja i vremena. Može se i razviti nasilje koje mlade može učiniti dosta osjetljivim te ih je potrebno poučiti o sigurnom korištenju interneta i društvenih mreža. Razvoj autonomije predstavlja teško iskustvo kako za mlade tako i za roditelje. Jedan od potencijalnih razloga za zabrinutost je zaokupljenost seksualnošću i promuskuitetnošću, ali isto tako i izbjegavanje susreta s tim temama. Izlažući se novim iskustvima, upoznaju ispravno i pogrešno. Moralna pitanja prosuđuju drugačije i različitog su načina razmišljanja od onog u ranoj fazi ali i roditelja. Moralno prosuđivanje je podijeljeno u tri faze (pretkonvencionalna, konvencionalna i postkonvencionalna) obilježene različitim odrednicama. Pretkonvencionalno mišljenje se odnosi na moralne posljedice koje adolescenti povezuju sa svojim ponašanjem, u konvencionalnoj doživljava sebe kao dio društva dok je u postkonvencionalnoj fazi moralnost viša od zakona. Unutar svake dobne skupine je moguće pronaći pojedinca na raznim stupnjevima moralnog razvoja. Specifičnosti nasilja na internetu s razmišljanjem i doživljavanjem u adolescentnoj dobi ih čine posebno osjetljivima. Dobna granica ove faze je 17. godina života u kojoj kreće vrhunac težnje za neovisnošću.⁸

1.5 Kasna adolescencija

Faza kasne adolescencije se definira, uglavnom, po njezinim psihološkim oznakama koje kreću od 18 do 20/21.godine. U ovom razdoblju se otkrivaju nedostatci prethodnih faza što dovodi do krize. Mladi se trebaju okrenuti vanjskom svijetu zbog samoostvarenja. Mladićima će biti malo teže napustiti edipovske pozicije, za razliku od djevojaka koje će lakše prihvatiti promjene. Kasni adolescent se počinje suočavati s činjenicom da je seksualno ujedinenje odraslo iskustvo koje se razlikuje od ranijih seksualnih susreta. Nije nužno i da se dogodi prvi seksualni odnos. Pojam *narcističkog povlačenja* se provlači kroz sve faze. Raniji odnosi s primarnim objektima ljubavi, roditeljima, sada se događaju sa stvarnim objektima ljubavi. Sve više se uspostavljaju bliski odnosi s prijateljima i upuštaju u romantične veze. Upoznati sebe najvažniji je zadatak ove faze. Adolescent se oblikuje prema osobinama koje vide kod drugih ali rijetko vidi sebe kao odraslu osobu. Na sebe počinje gledati kao na osobu i često razmišlja o tome tko je on. Kasna adolescencija princip stvarnosti stavlja ispred

⁸ Usp. Gordana Buljan Flander, Adolescencija - izazovi odrastanja, na: <https://www.poliklinika-djeca.hr/aktualno teme/adolescencija-izazovi-odrastanja/> (03.01.2021.)

zadovoljstva što predstavlja važan dio kognitivnog razvoja. *Ego sinteza* je za Eriksona najvažniji uspjeh ove faze. To je početak stvaranja identiteta mlade osobe. Osjećaj pripadanja je temelj prilikom razvoja identiteta koji dolazi iz obitelji. Stoga je jako važna obitelj u razvoju kompetentnosti i samopouzdanja. Bitan je i odabir zanimanja što je još jedna odrednica u razvoju identiteta. Do izražaja dolaze vrijednosti mladih stoga im je prijeko potrebna podrška starijih, posebno roditelja. To je jedna stepenica više prema svijetu odraslih. Ova faza se ističe u potrazi za slikama o sebi koje su stvarne, što uključuje razne načine ponašanja koja će se prenijeti i u mladu odraslu dob.⁹

1.6 Postadolescencija ili mlada odrasla dob

Nova životna faza odnosno postadolescencija, obuhvaća razdoblje od 21.do 24./25. godine. Uloga ove faze je stvaranje posebnih prolaza i načina ostavarenja interesa „ja“ u stvarnom svijetu. Prelazak u ovu razvojnu fazu je definiran društvenim čimbenicima. Tek mlada odrasla dob, nakon suočavanja s burom nagonskog života omogućuje stvaranje vanjskog realiteta. Važno je uskladiti sastavne dijelove osobnosti koji se zbivaju postupno: socijalna uloga, udavaranja, brak i roditeljstvo koje se smatra vrhuncem ovog razdoblja života. Važna je i usredotočenost na ozbiljnije i trajnije odnose sa osobama u usporedbi s prethodnim fazama. U zadnje vrijeme se pojavljuje pojam kojim se želi odvojiti i naglasiti razlika ove mlade odrasle dobi te kasne faze, ali i adolescencije općenito. Razlog pronalazimo u činjenici da mladi sebe više ne vide kao adolescente te nastavljaju ispunjavati razvojne zadatke koji su važni za odrastanje. Kasna adolescencija uključuje povezivanje određenih konflikata u životnim zadaćama, a upravo im postadolescencija treba otvoriti put u realiziranju u vanjskom svijetu. Intezivnost i ispunjenost ovog razdoblja čini karijera te drugačiji pogled na svijet i ljubav. To sve čini ovo jako stresno i nestabilno razdoblje i opravdava naziv adolescencije – razdoblje nemira i previranja. Kraj adolescencije je jako teško odrediti, kako mladima tako i okolini jer je moguće da osoba u različitim područjima života dosegne odraslost u različitom stupnju. To može biti popraćeno neujednačenom razvoju. Jedini lijek za adolescenciju možemo pronaći protjecanjem vremena, kako kaže jedan od stručnjaka Winnicott.¹⁰

⁹ Usp. Eduard Klain, *Psihološka medicina*, Golden marketing, Zagreb, 1999., 219.-220.

¹⁰ Usp. *Isto*, 221.

2. DEPRESIJA

2.1 Fenomenologija depresije

Da bismo krenuli opisivati veliki i rašireni uzrok mentalnih bolesti na svijetu, prikazat ćemo ukratko povijest samog fenomena. Pojam depresija dolazi od latinske riječi *depressio* što znači pritisnuti ili utisnuti. Svoje korijene nalazi još u starosti čovječanstva a svoja „iskustva depresije“, ako ih tako možemo nazvati, kralj Šaul opisuje Davidu u Starom Zavjetu (Usp. 1 Sam 16,14). 1621. godine engleski svećenik R. Burton u svom djelu „Anatomy of melancholy“ opisuje psihološke i socijalne uzroke depresije.¹¹ Sigmund Freud se također bavio „mračnom emocijom“, a danas ćemo to nazvati psihotična depresija. Mnogi narodi, kao Yoruba iz Nigerije, ne poznaju depresiju, te bi takvo stanje kod njih bilo opisano stezanjem srca ili boli u truhu. Po mišljenjima raznih stručnjaka, kao što je Seligman, nalazimo se već sada u dobu melankolije jer se depresija krenula povećavati u 20. stoljeću, iako do 1960. nije bila baš uobičajno stanje.¹²

Danas je depresija vodeći javnozdravstveni problem, jedan je od najstarijih mentalnih poremećaja koji utječe na raspoloženje, misli i tijelo. Općenito je rizik obolijevanja od 20% do 30%, s naglaskom da žene dvostruko češće obolijevaju. Razlog tomu mogu biti seksualni problemi, fizičko nasilje te niski socioekonomski status. Spolne razlike su izražene kod visokorazvijenih zemalja kao što je Švedska, Danska i Australija. Jedan je od poremećaja i koji se uspješno liječi kod 70-80% slučajeva. Međutim postoji mnogo slučajeva u kojima osobe nisu bile upućene u simptome same depresije i poremećaj općenito. Mnogi smatraju kako u nekim slučajevima nije jasno uočljiva te budi nemoći i razna praznovjerja. Iako ovdje ne možemo ulaziti u dubinu uzroka pojedinih depresivnih stanja, navesti ćemo samo one najčešće.¹³

Mnoga depresivna stanja svoje korijene pronalaze u obiteljima, a na njih utječu problemi u odnosu s roditeljima odnosno psihološki problemi u obitelji. Problemi u školi, zlostavljanje ili bilo koji stresan događaj u okolini može razviti poremećaj. Ljudi koji se lako predaju pesimizmu, vrlo brzo će upasti u depresivna stanja. Tjelesne promjene mogu biti povezane s mentalnim promjenama. Osobe koje su imale neku od bolesti kao što je rak ili

¹¹ Usp. Vanja Tešić. Depresija, vodeća bolest našeg doba: *Hrvatski časopis za javno zdravstvo*, vol.2 (2006.), 8., <https://hcjz.hr/index.php/hcjz/article/download/1950/1930> (03.01.2021.)

¹² Usp. Jeremy Holmes, *Depresija*, Naklada Jesenski i Turk, Zagreb, 2006., 7.-10.

¹³ Usp. Katica Lacković – Grgin, *Stres u djece i adolescenata*, Naklada Slap, 2000., 97.-98.

Parkinson, često će padati u depresivna stanja. Poznati su slučajevi u kojima je jasna veza gubitka i depresije. Osoba nije u mogućnosti proći kroz „faze“ tuge i stići do trenutka u kojem će prihvatiti stvarnost. Umišljeni osjećaj krivnje uzrokuje visok stadij depresije. Problematični odnosi te neželjene promjene utječu na nastanak depresije.¹⁴

Izrazito je važno ukazati na sve češći psihološki poremećaj. Prije svega, razlozi i načini nastanka depresije su različiti, no svaka u temelju nalazi psihički poremećaj koji ruši normalan tijek života. Depresija je subjektova spoznaja o trajnoj nemogućnosti prilagodbe svijetu. Prepoznaje se kao poremećaj raspoloženja koje je praćeno s mnogo čimbenika koje je potrebno prikazati.¹⁵

2.2 Simptomi depresivnosti

Prema većini istraživanja, depresivnost je najčešća u adolescenciji u odnosu na ostala razdoblja života. S obzirom da znamo da je to vrijeme oluje i stresa, događaju se ozbiljne promjene. Međutim, promjene se ne događaju linearno i broj simptoma ovog psihološkog poremećaja osciliraju ukoliko ih promatramo odvojeno kod mladića i djevojaka. Također, neki simptomi su različiti u razdoblju djetinjstva i adolescencije. Normalno je očekivati da je simptomatologija depresivnosti jednaka u osnovnim obilježjima u dobi i spolu. Ali isto tako je i evidentno da na primjer, djeca i adolescenti pokazuju simptome na drugačiji način. Istraživanja su pokazala da porastom faze adolescencije, djevojke postaju depresivnije od mladića (2.6% mladića i 10.2% djevojaka pokazuje simptome depresivnosti). Međutim, ne smijemo zato zanemariti da depresija pogađa i mladiće. Zbog psiholoških i kulturoloških razloga, žena je više na udaru. Stoga, možemo reći da djevojke nisu depresivnije nego sklonije depresiji.¹⁶ U kliničkim uvjetima poznavanje dobne i spolne simptomatologije ima presudno značenje u postupku liječenja. Depresivna klinička slika je manje jasna ovisno o fazi adolescencije, isto tako je komorbidnost veća u ranijoj dobi. Simptomi kao što su anhedonija, dnevne promjene raspoloženja i psihomotorička retardacija se povećavaju, a depresivni izgled, nisko samopoštovanje i tjelesne pritužbe se smanjuju s dobi. Općenito se u adolescenciji izražavaju simptomi osjećaja krivnje, bespomoćnosti, beznadnosti, povlačenje iz socijalnih kontakata te problemi u školi. Značajno mijenjaju ponašanje depresivnog

¹⁴ Usp. *Isto*, 99.- 101.

¹⁵ Usp. Zoran Milivojević, *Emocije*, Mozaik knjiga, Zagreb, 2016., 526.

¹⁶ Usp. Moussa Nabati, *Depresija: bolest ili šansa*, Alfa, Zagreb, 2006., 11.

adolescenta. Dakle, simptomi depresivnosti se događaju na emocionalnom, tjelesnom, kognitivnom i bihevioralnom planu o čemu ćemo detaljnije govoriti u sljedećim odlomcima.¹⁷

2.2.1 Emocionalni simptomi

Kod emocionalnih simptoma posebno je izražena emocija tuge, kao i beznadno raspoloženje, obeshrabrenost i utučenost. Međutim, potrebno je istaknuti nekoliko depresivnih simptoma, a prve koje ćemo spomenuti su dva najčešća. Disforija je negativno raspoloženje povezano s osjećajem manje vrijednosti i gubitkom povjerenja u vlastitu sposobnost. Anhedonija je gubitak ugone i uživanja u aktivnosti ma koje su osobi do tada bile privlačne i u kojima je uživala. Ukoliko je adolescentu dijagnosticirana depresija, disforija je uvijek prisutna. Žalost često može biti isprepletena s izljevima bijesa ili razdražljivosti. Kako god, žalost je osnovno fenomenološko obilježje depresivnosti. Može se pojaviti zajedno s ljutnjom što pokazuje 80% slučajeva.¹⁸

U kliničkom radu s adolescentima se javljaju poteškoće prilikom određivanja razdražljivog depresivnog do razdražljivog razmaženog adolescenta. Ljutnja nas često može navesti da dijete dijagnosticiramo kao osobu s poremećajem u ponašanju. Srećom, postoji značajna razlika ljutnje i depresivnosti. U stanju depresivnosti će osoba usmjeravati svoju ljutnju prema sebi, dok će se kod ne-depresivne osobe dogoditi obratno. To možemo povezati s „emocionalnim pražnjenjem“ kao najboljim načinom suočavanja sa stresom. Osjećaj krivnje je simptom koji se pojavljuje na samom početku adolescencije. Javlja se kada osoba uviđa da ne može udovoljiti pravilima koja se pred njega stavljaju. Negativna emocija povlači tužno raspoloženje nečega izgubljenog što povezujemo s ljutnjom. Pretjerana zabrinutost da bi se još neki gubitak mogao dogoditi povlači za sobom anksioznost. Stoga, adolescenti koji su depresivni prolaze kroz sva tri emocionalna stanja: depresivnost, anksioznost i ljutnju odnosno iritabilnost.¹⁹

2.2.2 Tjelesni ili somatski simptomi

Emocionalni simptomi mogu biti u međusobnom odnosu s tjelesnim simptomima kao što je anksiozni poremećaj, psihoza i slično. Na primjer, problem sa spavanjem je čest kod osobe koja ima upravo anksiozni poremećaj. Tjelesni simptomi depresije zahvaćaju

¹⁷ Usp. Anita Vulić-Prtorić, *Depresivnost u djece i adolescenata*, Naklada slap, Jastrebarsko, 2004., 30.

¹⁸ Usp. *Isto*, 31.- 34.

¹⁹ Usp. *Isto*, 31.- 34.

poremećaj različitih tjelesnih funkcija: buđenje tijekom noći – središnja insomnija, terminalna insomnija - prerano buđenje, hipersomnija – predugo spavanje, glavobolja, umor, manjak energije, bolovi i smanjena učinkovitost. Slab apetit je također važan simptom depresivnih adolescenata.²⁰

2.2.3 Kognitivni simptomi

Na kognitivnom planu se primjećuju poteškoće u koncentraciji što se odražava na popuštanje u školskim obvezama, samookrivljavanje te osobno obezvrjeđivanje. Sve oko sebe doživljavaju negativno te je dominantno mišljenje da ih nitko ne razumije i ne podržava. Alarm koji se pritom može javiti je kada takva beznadnost na kraju može dovesti do suicidalnih ideja i namjera. Višestruko određenje simptoma je da se kognitivne fenomene opisuje kao prethodnike depresivnosti, kao simptome patoloških procesa, rizične i zaštitne faktore. Tu je često proučavano *samopoštovanje*, koje može biti povećano i smanjiti depresivnost. *Nisko samopoštovanje* je zajednička karakteristika svih oblika razvojne psihopatologije. Takve osobe imaju negativnu sliku o svojim postignućima, zadovoljstvu na tjelesni izgled i odnosima s vršnjacima. Nisko samopoštovanje se javlja kod negativnih događaja kao što je gubitak bliskih osoba. Istraživanja su pokazala da mladi koji se nalaze u takvoj situaciji će biti više izloženi riziku budućih depresivnih stanja. Ovaj proces je poznat pod nazivom „hipoteza o ožiljku“. Nisko samopoštovanje se počelo pojavljivati već u djetinjstvu i tako ostalo glavni simptom a najčešće je prikazano rečenicom :“*Imam loše mišljenje o sebi*“. Nalaz o važnosti samopoštovanja u depresiji je koristan u planiranju tretmana. Sljedeći važan simptom kognitivnosti je beznadnost što označava negativno očekivanje od budućnosti. Smatra se da je 13. godina vrijeme kada adolescent najviše počinje isticati negativnu percepciju budućnosti. Besspomoćnost je simptom koji se javlja i podrazumijeva osjećaje nekompetentnosti koji proizlaze iz ponavljanih doživljaja neuspjeha. Do nje dolazi zbog stresnih događaja u životu mladih. Ekstrem besspomoćnosti jest *sindrom pervazivnog odbijanja*. To je stanje u kojem osoba odbija hranu, piće, hodanje, razgovaranje i brige za sebe. Javlja se kod djevojčica u ranoj adolescenciji.²¹

Do sada prikazani simptomi ispunjavaju sve uvjete za suicidalnost. Depresivni adolescenti su skloni preuveličavati značajnost i posljedice negativnih događaja, a umanjuju pozitivnost događaja. Iz tog razloga oni oko sebe percipiraju svijet na negativan način. Takav

²⁰ Usp. Isto, 34.-35.

²¹ Usp. Isto, 35.-41.

simptom se naziva greška u zaključivanju. Slušne halucinacije mogu potaknuti probleme u koncentraciji što se odražava na probleme koji se pojave u školi. Školski neuspjeh utječe na osjećaj depresivnosti. Loš uspjeh u školi utječe na djetetovu sliku o sebi i odnos prema okolini. Pseudoretardacija je također povezana sa kognitivnim simptomima depresije. Adolescenti pokazuju emocionalnu nestabilnost, nezrelost slabu pažnju i motivaciju za učenje. Uzročni faktor ove kliničke slike je najčešće slabo školsko postignuće što bolje objašnjavaju bihevioralni simptomi.²²

2.2.4 Bihevioralni simptomi

U ponašanju kod adolescenata uočavamo promjene poput nemira što djeluje na sposobnost koncentracije te psihomotorička usporenost koja onemogućava motivaciju i interes za školske aktivnosti. Nemir je nesposobnost da se mirno sjedi, čupkanje ili trljanje kože, odjeće i slično). Retardacija odnosno psihomotorička usporenost je usporen govor, pokreti tijela ili stanke u govoru. Takvi bihevioralni simptomi izazivaju umor te snažno utječu na djetetovo postignuće u školi. Roditelji i nastavnici su oni koji prvi primjete da se osoba povlači iz socijalnih kontakata. Okolina depresivnu osobu opisuje kao agresivnu osobu s napadajima bijesa u obliku *acting out*.²³

Poteškoće u socijalnim kontaktima su različite u svim dobnim skupinama. Odrasle depresivne osobe pokazuju neprijateljsko, nekooperativno i kažnjavajuće socijalno ponašanje. Adolescenti su pretjerano ovisni o drugima, poteškoće u suočavanju sa stresom i manjak socijalne podrške od drugih. Stručnjaci pokazuju da su osobe, kod kojih su terapijom smanjeni depresivni simptomi, poboljšale svoju interakciju s drugima. Socijalno povlačenje je važno za razvoj i održavanje depresije. Zahvaljujući negativnim reakcijama drugih osoba depresivna simptomatologija se može održavati. S druge strane, problem nastaje kada osoba od strane depresivnog adolescenta razvije podršku ali i agresivnost. Međutim, ukoliko se osoba bori sa stresnom situacijom, izaziva brigu i podršku od bliske okoline, a vrhunac doživljava povećanjem frekvencije depresivnih simptoma. Tada se u okolini doživljava s određenim osjećajima ljutnje. U isto vrijeme, patnja koju doživljava depresivni adolescent budi u okolini osjećaj krivnje. S ciljem da smanje krivnju, odnose se prema depresivnoj osobi s lažnim ohrabivanjem i prikrivenim neprijateljstvom zbog čega stvaraju još veću napetost i

²² Usp. Isto, 35.-41.

²³ Usp. Marija Lebedina Manzioni, *Psihološke osnove poremećaja u ponašanju*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2007., 63.-64.

goru situaciju. Depresivna osoba postaje svjesna suprotnih poruka i proces se nastavlja sve do trenutka kada druge osobe izbjegavaju interakcije s depresivnom osobom.²⁴

2.3 Značajke psihološkog poremećaja

Ovaj poremećaj, kako smo vidjeli iz prethodnih odlomaka, obuhvaća sve psihopatološke elemente; misao, motoriku, raspoloženje. Osoba se smatra depresivnom kada je za nju nemoguće živjeti u takvom svijetu kakvog ga ona zamišlja jer je isto tako nemoguće bilo što promijeniti i jedino što preostaje je napustiti takav svijet. Mnogi takav način razmišljanja povezuju s osjećajem tuge. Osoba se osjeća bezvrijednom, neadekvatnom, neaktivnom te s obzirom da je zaokupljena samom sobom, ističe ravnodušnost prema svijetu koji je okružuje. Prihvatanje i zadovoljstvo pretvara u samoprijezir, osjećaj krivnje zbog onoga što je učinila, odnosno nije.²⁵

Depresivnost u sebi uz promjenu raspoloženja, uključuje gubitak apetita, težine, poremećaj spavanja (uključuje nesanicu, učestalo buđenje ili pretjeranu potrebu za snom), psihomotorički nemir, osjećaj krivnje, bespomoćnosti, smanjena sposobnost mišljenja što može dovesti do morbidnih i suicidalnih ideja. Svjetska zdravstvena organizacija je utvrdila da su spomenuti simptomi univerzalni. Depresivan osjećaj je neugodan i nesnosan što može dovesti osobu do gubitka svake motivacije za životom. Postoji mogućnost da se pojavi želja za samouništenjem. Dva osjećaja koja se pritom pojavljuju su samomržnja i samoprijezir što je popraćeno najčešće projekcijom osjećaja. U mnogim slučajevima osoba zanemaruje svoju vanjštinu, brigu za samog sebe, odnosno urednost i higijenu. No postoje i neke iznimke kada osoba bude jako nasmiješena i lijepo odijevana, ali kada govori o sebi, koristi se isključivo neosobnim činjenicama. Međutim to sve čini da ušutka istinsku patnju i smatra se da takve osobe znatno bolnije doživljavaju depresiju.²⁶ Ovisno od osobe, uzrocima i vrsti, uočili smo da znakovi depresije mogu biti različiti, te osoba na različite načine prikazuje svoje depresivne poglede na svijet.

²⁴ Usp. Anita Vulić-Prtorić, *Depresivnost u djece i adolescenata*, Naklada Slap, 2004., 41.-44.

²⁵ Usp. Zoran Milivojević, *Emocije*, Mozaik knjiga, Zagreb, 2016., 527.

²⁶ Usp. Moussa Nabati, *Depresija: bolest ili šansa?*, Alfa, Zagreb, 2006., 14.-15.

2.4 Uzroci depresije

Danas je za razvoj depresije pogodan loš odgoj u obitelji što ima za posljedicu loše odnose u društvu. Posebno je bitno ukazati da se zanemaruju *loši* osjećaji jer nas oni potiču da se pokrenemo, odnosno mijenjamo. Živimo u svijetu u kojem se gleda samo vanjšina i pronalazi se samo trenutno rješenje problema. Prije svega, mlada osoba razvija jako brzo pesimizam ukoliko doživi bilo kakav neuspjeh u koracima. Negativna emocija tuge je samo predznak ovog sve poznatijeg *problema*.²⁷ Dakle, na depresiju utječu razni čimbenici koji potječu od same ličnosti, okoline te biološki čimbenici.

2.4.1 Čimbenici osobnosti

Čimbenici ličnosti odnosno osobnosti povezani su s osobama negativnog kognitivnog stila. Tada osoba dolazi do beznadnosti i depresije u situacijama neuspjeha. Nadalje, temperament predstavlja najčešći osobni psihološki faktor u pojavi poremećaja. Promatra se iz tri dimenzije emocionalnosti, aktivnosti i socijabilnosti što nazivamo *EAS model*. Međutim, na razvoj bitno utječe okolina. U većini istraživanja težak temperament je izrazito presudan u smanjenju djetetovih sposobnosti da kontrolira ponašanje. Pravilnim intervencijama i uključivanjem roditelja u program psihološkog savjetovanja, roditelji mogu utjecati na jačanje i izgradnju psiholoških faktora zaštite. Pojam o sebi je također jedan od ključnih faktora. Nalazi se pod utjecajem informacija vezanih za uspjeh u određenim domenama i načinima na kojim adolescent tumači taj uspjeh. Za to vežemo pojmove : *lokus kontrole* te *atribucijski stil*. Lokus kontrole opisuje vjerovanje u vlastite sposobnosti te očekivanje da se može utjecati na događaje oko sebe. Atribucijski stil je način na koji osoba sebi objašnjava određene doživljaje i ponašanja. Ukoliko mladi neuspjeh pripisuju vlastitim nesposobnostima, to utječe na njihovo samovrednovanje. Očekivanje postignuća u budućim zadacima je minimalno što može dovesti do pesimizma.²⁸

2.4.2 Okolinski čimbenici

Ideja o povezanosti stresnog događaja i psihičkog poremećaja nije potpuna. Naime, Coyne navodi da 56 % pacijenata nije doživjelo stresne događaje prije nastupa depresije. Sam

²⁷ Usp. Ana Kurtović. Uloga obitelji u depresivnosti adolescenata : *Klinička psihologija*, vol.5. (2012.), 1-2., <https://hrcak.srce.hr/158521> , (10.08.2021).

²⁸ Usp. Anita Vulić- Prtorić, *Depresivnost u djece i adolescenata*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2004., 117.-128.

stresor, ukoliko nije snažan i ako je ograničenog trajanja, nije dovoljan da izazove depresivne poremećaje. Samo intenzivan stresni događaj koji zahtjeva dugoročnu prilagodbu, potiče razvoj kliničke depresije.²⁹ Obično se radi o pokretačkim faktorima kao što su trajni gubitak, teško razočaranje, prekid ljubavne veze, poremećaj raspoloženja u obitelji, depresija roditelja, razvod roditelja, maltretiranje i seksualno iskorištavanje. Sve to podrazumijevaju okolinski čimbenici. Smatra se da su to tek okidači, ali ne stvaraju depresiju. Podrijetlo se često nalazi i u događajima iz djetinjstva zbog čega će adolescent kasnije razviti osjećaj krivnje. Krivnja se rađa u slučaju uskraćivanju pažnje i negativizmu roditelja. Porastom dobi, kako bi ublažilo osjećaj krivnje, adolescent će koristiti dvije strategije koje će istodobno primjenjivati. Samokažnjavati će se, zabraniti će vlastiti osjećaj sreće, biti prema samome sebi strog i negativan. U isto vrijeme, drugima i samome sebi dokazivat će nevinost, neškodljivost i dobrotu. Krivnja će čekati *dan D* kada će se pojaviti pokretački faktor. Ovaj psihološki poremećaj se tako može pojaviti zbog šoka *Sada i Ovdje*, te se povezuje s događajima *Drugdje i Prije*. Iz toga razloga, depresiju možemo shvatiti i kao šansu liječenja osobnosti koja je „oštećena“ u ranijoj dobi. Prema tome, depresija je posljedica u kojoj se isprepleću negativna iskustva i negativne interpretacije događaja. Depresija je značajno izraženija ukoliko se osoba osjeća djelomično odgovornijom. Prema kognitivnom modelu depresije, uloga stresnih životnih situacija potiče depresivne kognitivne procese.³⁰

2.4.3 Biološki čimbenici

Kod bioloških faktora možemo spomenuti genetsku vulnerabilnost, pre- i perinatalne komplikacije, poremećenu regulaciju endokrinog i imunološkog sustava koji upravljaju obranama od bolesti, rane ozljede, nesreće ili bolesti te budnost. Poremećeni biološki procesi su dio uzročnog lanca u razvoju depresije. Nastanku depresije vodi genetska sklonost. U obiteljima u kojima su roditelji ranije oboljeli, 14 puta je veća vjerojatnost za razvoj depresije nego kod opće populacije. Isto tako, ukoliko je roditelj imao bipolarni poremećaj, rizik za poremećaj raspoloženja je 25% veći.³¹

2.5 Depresivni poremećaji raspoloženja

²⁹ Usp. Katica Lacković – Grgin, *Stres u djece i adolescenata*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2000., 99.

³⁰ Usp. Moussa Nabati, *Depresija: bolest ili šansa*, Alfa, Zagreb, 2006., 9.-10.

³¹ Usp. Anita Vulić-Prtorić, *Depresivnost u djece i adolescenata*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2004., 80.-81.

Zahvaljujući Međunarodnoj klasifikaciji bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB-10) te Dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje (DSM 5) pridonijeli su razvoju područja depresivnog poremećaja. U ranijim klasifikacijskim sistemima opisi depresivnih poremećaja su bili nepotpuni te je to predstavljalo problem prilikom određivanja duševnih problema općenito. Danas se depresija javlja u različitim oblicima i razvoj područja adolescentne psihopatologije je pridonio otkrivanju novih poremećaja te se u DSM-IV klasifikaciji opisuje kao *poremećaj raspoloženja*. Normalno je da osoba doživljava promjene raspoloženja, no problem se događa ukoliko ih ne može kontrolirati. Najnovija klasifikacija DSM-IV donosi podjelu depresivnih poremećaja na: *Veliki depresivni poremećaj* (VDP), *distimični poremećaj* te *bipolarni poremećaj*. Također, njih povezujemo s ranijim podjelama depresivnih raspoloženja. (VDP je ranije nazivan unipolarna depresija, *bipolarni poremećaj* je poznatiji pod nazivom manično-depresivni poremećaj odnosno depresija).³²

2.5.1 Veliki depresivni poremećaj (VDP)

Radi se o teškom i akutnom obliku depresije s jednom ili više depresivnih epizoda koje traju najmanje 2 mjeseca. Kod adolescenata se često javlja nakon stresnog događaja. Kod djevojčica je pretjerana samokontrola i poslušnost u kasnom djetinjstvu povećavala mogućnost za depresiju u odrasloj dobi. Ovaj poremećaj itekako može utjecati na razvoj govora, pamćenja i drugih razvojnih promjena. Uključuje simptome poput bespomoćnosti, beznadnosti, tjelesne pritužbe i socijalno povlačenje.³³

2.5.2 Distimija (distimični poremećaj)

Za razliku od VDP-a, distimični poremećaj nije obilježen s teškim depresivnim simptomima, ali su izrazito dugotrajni, kronični i prisutni mnogo godina. Također se pojavljuje nakon određenog stresnog događaja, osoba se osjeća nevoljeno, ljutito, neposlušna je i ima tjelesne pritužbe. Razvoj traje otprilike 4 godine, a često osoba s takvim poremećajem ima veliki rizik za VDP te je važna što ranija intervencija. Ukoliko se pojave zajedno, tada se govori o *dvostrukoj depresiji*.³⁴

2.5.3 Bipolarni poremećaj

³² Usp. *Isto*, 48.-49.

³³ Usp. *Isto*, 53.-55.

³⁴ Usp. *Isto*, 55.-56.

Ovaj poremećaj je teško psihičko stanje koje izaziva poteškoće prilikom određivanja kliničke slike. Obilježen je s jednom ili više maničnih/hipomaničnih epizoda s jednom ili više depresivnih epizoda. Nakon 2. svjetskog rata se bipolarni poremećaj javlja sve češće. Prednost i rizik imaju osobe čiji se roditelji bore s takvim poremećajem. U središtu je pojam hipomanije, što označava značajno povišeno raspoloženje uduženo s tjelesnom i mentalnom energijom. Adolescent je posebno aktivan i kreativan, ubrzano govori a u isto vrijeme ima potrebu za snom. Pretjerano se uključuje u neugodne situacije i aktivnosti. Od 55% do 85% mladih ima bipolarni poremećaj.³⁵

2.6 Vrste depresije

Postoji mnogo kliničkih podjela depresije koje između ostalog, uključuju i *sezonsku* depresiju te *nasmiješenu* depresiju. *Sezonska* depresija je poremećaj koji se javlja u jesen ili zimu, a uključuje pretjerano spavanje, pojačan apetit i usporenost. *Nasmiješena* depresija je ona u kojoj osoba krije svoje unutarnje stanje i ne izražava svoje istinske osjećaje. Potiskuju negativne emocije, patnju i imaju nisko samopouzdanje.³⁶ Međutim, najprihvatljivija je podjela koja je prihvaćena od stručnjaka psihopatologije. Posljednja je klasifikacija u DSM 5 pridonijela podjeli depresije na poznate poremećaje raspoloženja odnosno depresije. Postoji neurotična i psihotična depresija, endogena i egzogena, otvorena i maskirana te primarna i sekundarna.³⁷

2.6.1 Neurotična i psihotična depresija

Ove promjene raspoloženja temelje se na kvantitativnim (intezitet i težina simptoma) i kvalitativnim razlikama. Neurotična depresija je poremećaj manjeg broja simptoma popraćeni blažim intezitetom. To su anksiozni simptomi, samosažaljenje, opsesivno-kompulzivni simptomi i slično. Psihotična depresija uključuje teške i intezivne simptome psihotičnog karaktera kao što su halucinacije, sumanute ideje te derealizacije. Danas se psihotični oblik depresije opisuje kao *Veliki depresivni poremećaj s halucinacijama* i mogućim *deluzijama*. Ovaj oblik depresije povezan je s dugotrajnijom patologijom, otpornosti na uzimanje antidepresiva, niskom reakcijom na placebo te povećanim rizikom na poremećaje u obitelji.

³⁵ Usp. *Isto*, 57.-60.

³⁶ Usp. Ljubomir Hotujac, Depresija - Oblici depresije, na: <https://www.plivazdravlje.hr/aktualno/clanak/16135/Oblici-depresije.html>, (10.08.2021.)

³⁷ Usp. Anita Vulić- Prtorić, *Depresivnost u djece i adolescenata*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2004., 48.

Bitno je razlikovati psihotične simptome od bipolarnog poremećaja, disocijativnog stanja, shizofrenije i halucinaranja kod nekog traumatskog događaja.³⁸

2.6.2 Enodgena i egzogena depresija

Intezivnija simptomatologija je izražena kod endogenih poremećaja. Takvi poremećaji su bazirani na biokemijskoj, genetskoj ili neurofiziološkoj osnovi te su otporni na tretman. Egzogena odnosno reaktivna depresija se javlja kao rezultat stvarnog ili zamišljenog traumatskog događaja. Pozitivnost koju ima je prolaznost i kratkotrajnost, dok je s negativne strane otpornija na tretman. Zanimljivo je kako su istraživanja pokazala da svim depresivnim razdobljima prethodi stresan događaj te su depresije uglavnom reaktivne. U DSM 5 klasifikaciji je terminološki ekvivalent *Poremećaj prilagodbe s depresivnim raspoloženjem*. Kod reaktivne depresije, traumatični događaj aktivira depresivnu reakciju. Suprotno njoj, kod endogene depresije je jako teško uočiti simptome ili stresne događaje.³⁹

2.6.3 Otvorena i maskirana depresija

Klinička iskustva i istraživanja pokazuju da se depresivnost adolescenata najčešće pojavljuje kao komorbidni poremećaj s anksioznošću, poremećajima ponašanja, ispadima bijesa te agresivnog ponašanja. Umjesto maskirana depresija, u suvremenoj psihologiji se koristi naziv komorbiditet. U psihijatrijskim radovima se komorbidnost koristi kao oznaka za mnoga stanja u odraslih koja imaju različite kliničke slike, a u osnovi kojih je depresija. *Maskirana depresija* uključuje otežano disanje i bolove, poremećaj srčanog ritma i krvnog tlaka, dakle simptome ne uočljive drugim ljudima, samo kliničkoj slici, što možemo povezati sa samim nazivom.⁴⁰

2.6.4 Primarna i sekundarna depresija

Primarni poremećaj raspoloženja je onaj u kojem se depresivne epizode javljaju bez drugih poremećaja. Unutar tih poremećaja raspoloženja razlikujemo unipolarni (Veliki depresivni poremećaj) i bipolarni, zatim epizodični poremećaj kojeg prate teška simptomatologija te trajna kronična stanja distimije i ciklotimije s blažom

³⁸ Usp. *Isto*, 50.-51.

³⁹ Usp. *Isto*, 51.

⁴⁰ Usp. *Isto*, 51.-52.

simptomatologijom. Sekundarna depresija se javlja kao posljedica nekog zdravstvenog stanja kao što je karcinom ili zlouporaba sredstava ovisnosti.⁴¹

⁴¹ Usp. *Isto*, 51.

3. DEPRESIVNOST KOD ADOLESCENATA

3.1. Prvi poremećaji u adolescenciji

Nakon što smo prikazali fazu razvoja koja je u središtu i depresiju kao glavni motiv istraživanja, ovdje ćemo se usredotočiti na bit samog rada. Uočili smo da je adolescencija osjetljivo razdoblje te je emocionalni razvoj mladih izložen različitim utjecajima koji obuhvaćaju psihičke osobine roditelja, razne traume koje mogu biti fizičke i psihičke te kognitivne procese. S obzirom i da je to razdoblje velikih promjena i sazrijevanja, mogu se pojaviti snižena raspoloženja, tjeskoba ili nagle promjene raspoloženja. Psihološki poremećaj kod mladih je ustanovljen u 4 – 8% slučajeva. Od početka 20. stoljeća, svaka sljedeća generacija živi u velikom strahu da će se u nekom razdoblju života pronaći u jednom od oblika depresije. Postala je uobičajena te svoje žrtve pronalazi i prije početka srednje škole. Temeljni čimbenici koje pronalazimo u okolini i koji su zaslužni za razvitak depresije su zanemarivanje, zlostavljanje, gubitak ili razvod roditelja, obiteljsko nasilje, svjedočenje obiteljskom nasilju te ovisnosti.

Depresivnost je usko povezana s obitelji te je ona najčešći faktor pogodan depresivnim stanjima. U takvim situacijama je smanjena komunikacija, zajedničke aktivnosti što je posebno naglašeno u odnosu njihove braće ili sestara. Dva do tri puta je veća šansa obolijevanja adolescenta ukoliko u obitelji već postoji depresivni poremećaj. To objašnjavamo uzrokom gena. Psihološki poremećaj svoj uzrok pronalazi i u neuspjesima u školi, interpersonalnim gubitcima i odbacivanju. Jedno od istraživanja je pokazalo da je odbačenost jedanaestogodišnjaka od strane vršnjaka vodeći uzrok depresivnosti. Jedanaestogodišnjak zaključuje da ima neki nedostatak i tada postaje deprimiran. Mladi se nalaze u situaciji i kad se prvi put suočavaju sa tijelom i tjelesnim promjenama. Stalne promjene i prilagodbe mu otežavaju procjenu stvarnosti i pojavljuje se konflikt manje vrijednosti kojeg nalazimo u neusklađenosti sebe i moćne, odrasle i sjajne osobe kakvom bi adolescent volio biti.⁴²

U današnje vrijeme prethodno navedene činjenice povezujemo i s medijima. Bill Murray: „*Društvene mreže nas uče da uspoređujemo svoj život s tuđim, umjesto da cijenimo*

⁴² Usp. Marija Lebedina Manzioni, *Psihološke osnove poremećaja u ponašanju*, Naklada Slap, Zagreb, 2007., 58.-59.

ono što imamo. Nije ni čudo što ima ovoliko depresivnih ljudi.“⁴³ Na različite načine možemo razmatrati uzroke depresivnosti što nazivamo stil objašnjavanja. *Dijateza - stres model* smatramo najboljim za razumijevanje depresije. Model naglašava da su mješavina bioloških i genskih u odnosu sa obiteljskim i osobnim emocionalnim uvjetima, veliki uzročnici ovog psihološkog poremećaja što smo već spomenuli i u prethodnim poglavljima.⁴⁴

3.2 Depresivnost u ponašanju

Depresivni adolescenti pokazuju agresivno ponašanje često kao zamjenu za svoje depresivne osjećaje. Depresivnost je glavni simptom koji se javlja kod poremećaja djece i mladih. Često se javlja uz još neki poremećaj, najčešće anksiozni. Povezanost dva poremećaja se razmatra pomoću tri modela. Prvi model prikazuje da depresivnost uzrokuje antisocijalno ponašanje. Kao obrambeni mehanizam od odbacivanja i bespomoćnosti, javlja se maloljetnička delikvencija. U drugom modelu je istaknuto kako vezu između poremećaja u ponašanju i depresivnosti može činiti emocionalno nestabilni poremećaj osobnosti. Tada se intenzivnije javljaju emocije tuge, ljutnje i anksioznosti te osjećaj praznine i usamljenosti. Posljednji model polazi od složenosti poremećaja, heterogenosti, multidimenzionalnosti i kvalitativne različitosti i u središtu je širok raspon poremećaja.⁴⁵ Ono što pokreće tek naznake psihološkog poremećaja kod gubitka nekog bliskog ili prve ljubavne veze je iskra, no ne i prava depresija. Osoba doživljava nesvjestan osjećaj krivnje. U tom slučaju adolescent može postati tek nedužna žrtva lošeg postupanja. Tu kao primjer navodimo razvod roditelja, odbacivanje, maltretiranje i seksualno zlostavljanje. Uskraćivanje ljubavi i sigurnosti koji su mu potrebni u ovom razdoblju uzrok su te krivnje. Kada postane odrasla osoba trudit će se samokažnjavati te prije svega, loše postupati prema samome sebi i zanemarivati osjećaj sreće.⁴⁶ Mržnja prema samome sebi stvara nasilno ponašanje prema drugima. Razni stručnjaci smatraju da se depresija pojavljuje kako bi se izliječila osobnost koja se već dugo vremena

⁴³ <https://www.politifact.com/factchecks/2020/apr/15/viral-image/no-evidence-bill-murray-said-social-media-linked-d/> (03.01.2021.)

⁴⁴ Usp. Marija Lebedina Manzioni, *Psihološke osnove poremećaja u ponašanju*, Naklada Slap, Zagreb, 2007., 60.- 62.

⁴⁵ Usp. *Isto*, 61.-64.

⁴⁶ Usp. Moussa Nabati, *Depresija: bolest ili šansa?*, Alfa, Zagreb, 2006., 8.-9.

skriva u unutrašnjosti osobe. „*Depresija je znak upozorenja, zrcalo u kojem se zrcali iz daleka pristigla nelagoda.*“⁴⁷

Socijalni odnosi i situacije u školi mogu biti izvori stresa, anksioznosti i depresije. Posljedice mogu biti slaba obrazovna postignuća praćena lošom koncentracijom, izostancima i napetosti. Često bježe od kuće i upotrebljuju psihoaktivne tvari, a najčešće su u pitanju droge i alkohol. Kod određenog broja adolescenata depresija je u odnosu sa drugim psihičkim poremećajima kao samoozljeđivanje, poremećaji u hranjenju, ADHD i slično. Javljaju se razne promjene i vrijeme novih uloga koje stvara napetosti, napade plača i izljeve ljutnje. Način bježanja od takve realnosti je prekomjerno korištenje interneta. Ovakva ponašanja i misli mogu postati toliko jake da su posljedice drastične. Javljaju se namjeravana ili ostvarena samoubojstva mladih. Da bi izbjegli ovakve događaje, važno je na vrijeme reagirati pozitivnim pristupom adolescentu. Ukoliko što prije ne uključimo dijete u tretman liječenja, depresija će se pojaviti u odrasloj dobi.⁴⁸

3.3 Liječenje depresivnosti

Ovaj psihološki poremećaj je izlječiv te postoje razni načini na koji možemo pomoći mladoj osobi. Treba ih poticati na razne aktivnosti kao što su hobiji, sportovi, vjerske i kulturalne aktivnosti. Jedan od načina je pružanje emocionalne podrške razumijevanjem, strpljivošću, ohrabrenjem i uz to je potrebno osigurati mnogo ljubavi. Kod liječenja depresije važno je uočiti simptome što prije da bi se moglo krenuti s terapijom. Istraživanja su pokazala da, ukoliko se mlada osoba ne uključi u tretman liječenja, depresivnost može sve snažnije utjecati na socijalni, emocionalni te kognitivni razvoj. Također, može se narušiti kvaliteta odnosa adolescenta i roditelja. Nadalje, adolescenti sa simptomima *Velikog depresivnog poremećaja* su u velikom riziku za suicid ili upotrebu sredstava ovisnosti. U današnje vrijeme, poznato nam je mnogo terapijskih tehnika koje ovise o dobi mladih osoba, mogućnostima, težini problema i slično. Bitno je izabrati jednu vrstu terapije koja će biti korisna u svim slučajevima. Neke depresivne poremećaje možemo liječiti kratkotrajnom i intenzivnom terapijom. Međutim, preporuča se uz isti tretman, praćenje i briga za dijete. Jako je važna i psihoedukacija roditelja. Ukoliko roditelj ne želi preporučeni tretman, stručnjak ili psiholog se treba usmjeriti na samog adolescenta. Ukoliko su depresivni simptomi izraženi, treba se razmotriti mogućnost hospitalizacije i drugog tretmana. Tretman ovisi o prirodi problema u

⁴⁷ Usp. *Isto*, 10.

⁴⁸ Usp. Marija Lebedina Manzioni, *Psihološke osnove poremećaja u ponašanju*, Naklada Slap, 2007., 61.- 69.

kliničkoj procjeni i velikim brojem faktora: težina simptoma, pokušaj suicida, zdravstveni problemi i okolina (problemi u školi, obitelji, razvod, konflikti).⁴⁹

Planiranje tretmana uključuje odabir psihoterapijskih tehnika, određivanje trajanja te pristup adolescentu. Dakle, adolescent može biti upućen u psihološku terapiju (psihološki tretman) ili psihofarmakoterapiju.⁵⁰ Isto tako, u liječenju depresije može biti presudna i podrška obitelji i okoline. Ovdje ćemo se ukratko na iste i osvrnuti.

3.3.1 Psihološka terapija

Brojni oblici psihoterapije pomažu u liječenju depresivnosti. U prošlosti se depresivnost liječila „*olakšavanjem duše*“ razgovorom s bližnjima ili prijateljima, s obzirom da tehnika nije bila toliko razvijena. Razgovor još uvijek ima istu učinkovitost tako da *terapija „razgovorom“* pomaže steći uvid u problem i može biti kombinirana sa zadatcima.⁵¹ Duljina ovisi o vrsti terapije te kratkotrajna traje oko 10-13 tjedana. Psihoterapeuti im pomažu da nauče koliko zadovoljstva i nagrade postižu u vlastitim aktivnostima. Adolescentu je dobro pristupiti razgovorom u kojem neće biti mjesta panici, suvišnim pitanjima i napadima. U liječenju i terapiji su uključeni roditelji uz prethodan dogovor s djetetom. Stručnjaci smatraju da pomoću načina razmišljanja možemo promijeniti ono što osjećamo. Postoji nekoliko faza psihološkog tretmana: akutna faza, faza terapijskog konitnuiteta i faza terapijskog održavanja.⁵²

Akutna faza podrazumijeva dobar odnos terapeuta, djeteta i roditelja. Iako susreće usput dodatne probleme (neprihvatanje obiteljske terapije od strane adolescenata ili situacija u kojoj anksiozni roditelji odbijaju lijekove za svoje depresivno dijete), pronalazi alternativno rješenje. Sama farmakoterapija nije dovoljna te ukoliko se smanje simptomi, adolescent nastavlja terapiju 6-12 mjeseci.⁵³

Sljedeća faza uključuje sastanke barem jednom mjesečno ovisno o svakodnevnom funkcioniranju, podršci okoline i motivaciji te pomaže adolescentu da se suoči s problemima

⁴⁹ Usp. Anita Vulić – Prtorić, *Depresivnost u djece i adolescenata*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2004., 238.- 240.

⁵⁰ Usp. Marija Lebedina Manzioni, *Psihološke osnove poremećaja u ponašanju*, Naklada Slap, 2007., 70.-71.

⁵¹ Usp. Katie Hurley, Teens and depression, na : <https://www.psycom.net/depression.central.teens.html> , (10.08.2021.)

⁵² Usp. Anita Vulić-Prtorić, *Depresivnost u djece i adolescenata*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2004., 244.

⁵³ Usp. *Isto*, 245.

koji mogu vratiti depresiju. Ukoliko su se u prethodnoj fazi koristili antidepresivi bez popratnih pojava, potrebno ih je koristiti i dalje. Faza terapijskog održavanja ima za cilj ojačavanje zdravog rasta i razvoja te sprečavanje ponovnog javljanja simptoma. Njeno trajanje je duže kada usporedimo prethodne dvije faze, i traje 1 godinu a sastoji se od sastanaka jednom mjesečno ili tromjesečno, ovisno o statusu adolescenta. Kod nekih terapeuta ova faza može biti i ne uključiva, posebno kod osobe koja je imala jednu depresivnu epizodu. Ukoliko je osoba imala VDP, svakako je treba uključiti u posljednu fazu i produžiti trajanje na 3 godine. Isto vrijedi i za depresivnog adolescenta koji pokazuje i psihotične simptome, teškoće u funkcioniranju, otpore u terapiji, suicidalne pokušaje i misli.⁵⁴

Ukoliko je osoba sklona depresivnosti, potrebno ju je često informirati. U suprotnom će se uvijek samookrivljavati, stoga je ovaj oblik liječenja na prvom mjestu.⁵⁵ Anita Vulić-Prtorić: „Sve neizrečeno ostavlja puno prostora za djetetove vlastite interpretacije i maštu.“⁵⁶ Psihološka pomoć i podrška je neophodna u intervenciji i tretmanu poremećaja. Psihoterapija u kombinaciji s farmakoterapijom, koju ćemo više pojasniti u sljedećem naslovu, postiže najbolji rezultat.

3.3.2 Farmakoterapija

Adolescentima oboljelim od težeg oblika depresivnog poremećaja, pripisuju se lijekovi koji su se pokazali uspješni. Već se ovdje moramo zaustaviti jer se u zadnje vrijeme sve više dovodi u pitanje učinkovitost farmakoterapije. Istraživanje je pokazalo da su socijalni problemi nakon korištenja lijekova i dalje prisutni. Smatralo se da antidepresivi potiču suicidalne misli. Danas nemamo mnogo dokaza o učinkovitosti lijekova.⁵⁷ Antidepresivi su skupina lijekova koji sadrže različite kemijske strukture koje uklanjaju simptome depresije i nalaze se u prvoj liniji. Uz njih, liječnik može propisati i antikoluvuzive, anksiolitike, litij uglavnom na razini sedativa. Najčešće se koriste *triciklički antidepresivi*, te mnogi drugi: *selektivni inhibitor ponovne pohrane serotonina (SSRI)* ; (*fluoxetin* i *paroxetin*), *selektivni inhibitor monoaminoksidaze* te *escitalopram*. SSRI zbog svoje djelotvornosti se preporučuje kao prvi izbor. Stručnjaci ga najčešće u tretmanima preporučuju koristiti 6-12 tjedana i produžiti korištenje ukoliko je potrebno. U korištenju tricikličkih antidepresiva su podjeljena

⁵⁴ Usp. *Isto*, 246.

⁵⁵ Usp. *Isto*, 243.

⁵⁶ *Isto*, 244.

⁵⁷ Usp. *Isto*, 248.

mišljenja. Birmaher i Brent smatraju da to nisu lijekovi prve linije obrane i trebalo bi ih ukloniti.⁵⁸

Efikasnost određenog lijeka provjerava se najčešće pomoću *placebo učinka*. Stručnjak Emslie je proveo istraživanje na lijeku Fluoksetin (lijek koji koči apsorpciju serotonina te ima manje popratnih pojava u odnosu na ostale antidepresive). Uglavnom se koristi za adolescente u dobi od 10 do 18 godina. Istraživanje je pokazalo da je ovaj lijek moćniji placebo-činom i Fluoksetin se pokazao kao uspješan. Međutim, liječnik svakako svoju odluku o propisivanju SSRI-a mora donijeti zajedno s roditeljima i pacijentom. Može uključivati povećanje medikacije i doze lijekova, ovisno o rezultatima liječenja. E. Eisenberg je na strani farmakoterapije te iznosi vrlo jednostavnu tvrdnju a to je da kliničari ne bi pripisivali lijekove da nisu sigurni u njihovu učinkovitost. Ukoliko psihološka terapija nije dovoljna adolescentu, stručnjak je prisiljen na farmakoterapiju. Ostale terapije također u nekim slučajevima nisu učinkovite ali se ne dovode u pitanje. Vrlo važan faktor je i utjecaj dugotrajnog uzimanja terapije na razvoj adolescenta. Zbog mogućnosti suprotstavljanja roditelja koji mijenjaju doze lijeka, terapija može biti iznenadno prekinuta.⁵⁹

Liječenje se ne bi trebalo konkretizirati na uklanjanje simptoma depresivnosti, već i na dodatne probleme u ponašanju. Kada govorimo o nuspojavama koje se mogu javiti prilikom liječenja dominiraju: mučnina, glavobolja, negativna reakcija u ponašanju a vrhunac je suicidalnost. Sve češće je nažalost prisutna kod adolescenata mlađih od 18 godina. Antidepresive je, u nekim slučajevima, potrebno prestati uzimati da bi se tijelo naviklo na terapiju, ali uvijek uz dopuštenje stručnjaka.⁶⁰

3.3.3 Kognitivno – bihevioralna terapija

Najpoznatiji oblik terapije je svakako kognitivno-bihevioralna terapija. Ona uključuje mnogo metoda rada i tehnika. Stručnjaci zaključuju da pacijenti upućeni ovoj terapiji imaju iskrivljenu misao svijeta i sebe. Terapija se sastoji od samomotrenja, reatribucije, samoojačavanje, kognitivno restrukturiranje te trening relaksacije. Istraživanja su pokazala da ima značajne i pozitivne učinke. Program terapije je psihoedukativan i uglavnom se bazira na modelu samokontrole koji ublažava depresivne simptome i uči kako spriječiti buduća

⁵⁸ Usp. Vlasta Rudan. Depresija u djece i adolescenata: *Medicus*, vol.18 (2009.), 2., <https://hrcak.srce.hr/57136>, (11.08.2021.)

⁵⁹ Usp. Anita Vulić-Prtorić, *Depresivnost u djece i adolescenata*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2004., 248.-249.

⁶⁰ Usp. Vlasta Rudan. Depresija u djece i adolescenata: *Medicus*, vol.18 (2009.), 2., <https://hrcak.srce.hr/57136>, (03.01.2021.)

depresivna razdoblja. U korištenju vježbe papir – olovka te igranja uloga, osobe uče prepoznati promjene raspoloženja, procijeniti uzroke i posljedice svog ponašanja, postaviti sebi ciljeve i dati sve od sebe u dostizanju tih ciljeva. Program suočavanja s depresijom uključuje planiranje ugodnih aktivnosti tijekom dana, trening socijalnih vještina i vještine rješavanja problema. Time adolescent mijenja način razmišljanja i ponašanja a smanjuje rizik za javljanje depresivnosti. Bolje se nosi s poteškoćama i odbacivanjem a naučeno ponašanje se primjenjuje i u odrasloj dobi.⁶¹

3.3.4. Uloga obitelji i okoline

Obitelj u kojoj postoji sigurni oblik privrženosti između roditelja i djeteta i jasna komunikacija predstavlja snažni zaštitni faktor za depresiju. To je mjesto u kojem se odvija život mladog adolescenta. Dobro raspoloženje i zaštita od depresivnosti pružit će obitelj u kojoj postoji podrška i odnos bez suvišnih konflikata. Članovi obitelji uglavnom pomažu u realizaciji zadataka koje dijete dobiva tijekom terapije. Roditelji su podučeni da pomognu adolescentima u identifikaciji negativnih misli, poboljšanju socijalnih interakcija, usmjeravanje prema smanjenju samokritičnosti te planiranju i rasporedu ugodnih aktivnosti. Podrška obitelji uključuje također pokazivanje ljubavi, topline i prihvaćanja. Možemo reći od presudne važnosti je pažljivost. Depresivnom adolescentu je potreban razgovor, potrebno mu je dopustiti da priča o svojim problemima, osjećajima, iskustvima, idejama i interesima. Bitno je da se osjeća voljenim, značajnim i vrijednim pažnje. Sve ovo će doprinijeti razvijanju samopoštovanja, sposobnosti da razvije nove odnose sa stvarnošću i većim zadovoljstvom za životom. Znamo da sve polazi iz obitelji te će ovakvo ponašanje osoba pokazivati prema drugima a isto će očekivati od okoline. Tako će potaknuti socijalne odnose i prihvaćenost u društvu. Nadalje, programi u školama su usmjereni na psihoedukaciju učitelja i profesora te su sposobni prepoznati prve simptome depresije.⁶² Atle Dyregrov: „*Naša sposobnost pomaganja je usko povezana s našom sposobnosti razumijevanja i pokazivanja empatije.*”⁶³ Na kraju, ono što bi moglo svima pomoći u pogledu na bolju i vedriju budućnost je: biti uistinu ono što jesi, biti proaktivan a ne reaktivan, ne ponašati se kao žrtva i mučenik, vježbati pozitivno

⁶¹ Usp. Anita Vulić-Prtorić, *Depresivnost u djece i adolescenata*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2004., 254.-256.

⁶² Usp. Ana Kurtović. Uloga obitelji u depresivnosti adolescenata : *Klinička psihologija*, vol.5. (2012.), 1-2., <https://hrcak.srce.hr/158521> , (11.08.2021).

⁶³ Atle Dyregrov, *Tugovanje u djece*, Educa, Zagreb, 2001., 153.

mišljenje, izraziti svoje osjećaje, voljeti ono što radiš, njegovati „slobodno dijete“ u sebi, otvoriti se životu i ljudima te učiti kako biti zadovoljni.⁶⁴

⁶⁴ Usp. Marija Lebendina Manzioni, *Psihološke osove poremećaja u ponašanju*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2006., 71.

4. KOMORBIDITET

Komorbiditet je pojam koji se koristi za opisivanje postojanja različitih, odvojenih bolesti ili poremećaja koji su prisutni u isto vrijeme. Komorbiditet je definiran kada simptomatologija udovoljava za nastanak još jednog poremećaja. Istraživanja koja su se bavila depresivnim poremećajima pokazala su da 40-70% mladih uz depresiju ima i neki komorbidni poremećaj. Nadalje, komorbiditet velikog depresivnog poremećaja i hiperaktivnog poremećaja se dogodila u čak 70% slučajeva, dok je komorbiditet VDP i poremećaja u hranjenju moguća u 4 % slučajeva. Kada je VDP primaran često se javljaju i autizam ili trihotilomanija, a najčešće se javlja distimični poremećaj. U svim slučajevima komorbiditet podrazumijeva teže i dugotrajnije probleme koji zahtijevaju posebnu pozornost i intervencije. Depresivnost se može javiti s nekim drugim poremećajem, zdravstvenim problemom i moguće je da se pojave dva depresivna poremećaja.⁶⁵

4.1 Depresija i tugovanje

Tugovanje je opisano kao bolan i traumatičan proces s normalnim reakcijama (emocionalnim, bihevioralnim, kognitivnim i tjelesnim) koje nastaju nakon gubitka drage osobe, prijatelja ili zdravlja. Tugovanje adolescenta se razlikuje od tugovanja odrasle osobe. Ovisno o fazi adolescencije, mlada osoba može biti nezrela i ne može upotpunosti razumijeti pojam smrti. Ovaj proces je vrlo bolan jer treba se suočiti s činjenicom da te osobe više nema. Postoji nekoliko faza kroz koje adolescenti prolaze: tuga očaj i beznadnost se javljaju obično kada se shvati nepovratnost osobe. Tada dolazi do izoliranosti, gubitka apetita i plačljivosti, nesanice, razdražljivosti i nedostatka koncentracije. Tada se depresivno raspoloženje smatra normalnim tugovanjem. Javlja se regresivno ponašanje kojim osoba očajno želi vratiti izgublenu osobu. Od velike važnosti su okolnosti u kojima se odgodio gubitak i tugovanje, dob i zrelost mlade osobe. Istraživanja *Wellerove grupe* su pokazala da nakon jednog mjeseca gubitka roditelja, 39% djece je imalo simptom VDP-a a 50% njih se osjećalo loše, umorno s problemima u koncentraciji. Slične reakcije se mogu dogoditi i prilikom razvoda djeteta. Najčešće se osobe bore s mislima kako vratiti voljenu osobu.⁶⁶

⁶⁵ Usp. Anita Vulić-Prtorić, *Depresivnost u djece i adolescenata*, Naklada Slap, Jstrebarsko, 2004., 189.-190.

⁶⁶ Usp. *Isto*, 192.-199.

4.2 Depresija i suicidalnost

Poremećaj emocionalne patnje koji može biti povezan i s depresijom se zove suicid. Danas je u našoj zemlji suicidalnost izrazito rijetka a nedostaju i epidemiološka praćenja. Na primjer, u SAD-u svaka dva sata osoba mlađa od 18 godina počini suicid. Depresija u kombinaciji s agresivnim ponašanjem i sklonosti poremećaju najviše vodi suicidalnosti. Nakon što osoba stupi u razdoblje adolescencije, ima veći rizik da će počiniti samoubojstvo u odnosu na mlađu dob. Što se tiče dobi, mladići uglavnom izvršavaju samoubojstvo, iako su djevojke sklonije. Faktori rizika za pokušaj suicida su različiti: raniji pokušaji tog prijestupa, suicid nekog člana obitelji, gubitci voljenih osoba, socijalna izolacija, zloupotreba droge ili alkohola, izloženost nasilja u obitelji ili okolini i dostupnost oružja u blizini. Suicid može biti bijeg iz situacije koja je u tom trenutku neizdrživa i pokušaj preuzimanja kontrole nad životom. Depresija je najčešće povezana sa suicidom međutim to nije jedini čimbenik koji će biti važan za takav čin. Dodatan „*vjetar u leđa*“ depresiji može dati zlouporaba droge odnosno alkohola ili anksioznosti. Osoba podložna samoubojstvu smatra sve oko sebe beznadnim slučajem. Suicidalni čin je rezultat psiholoških, okolinskih i obiteljskih faktora. Utječe na obitelj, obrazovanje, zajednicu i sam život.⁶⁷

4.3 Depresija i poremećaj prehrane

Znamo da se depresivna osoba ponaša u smislu ne prihvaćanja svijeta i sebe onakvog kakvi jesu. Negativan odnos prema sebi najbolje pokazuju poremećaji kojima ćemo se baviti u ovom poglavlju. Poremećaji uzimanja hrane se najčešće prikazuju kao *anoreksija* i *bulimija nervoza*. Anoreksija uključuje gubitak tjelesne težine dok bulimija uključuje prejedanje i povraćanje. Oba poremećaja su međusobno povezana. Iako se u središtu nalazi bolest hrane, anoreksija i bulimija su bolesti uma.⁶⁸ Na početku je osjećaj gladi normalan, međutim sitost je često izmjenjena tako da se osoba nakon uzimanja male količine hrane osjeća prejedeno. Osoba često ima u pozadini iskrivljenu sliku o sebi, što je rezultat medija i prati je strah od debljanja. Pokazuje simptome anksioznosti, depresije i opsesivno-kompulzivne smetnje. Kod depresije i poremećaja u hranjenju se ističe osjećaj gubitka samokontrole i gubitka kontrole. Adolescent stvara idealiziranu sliku o sebi. Također, kod oba poremećaja su prisutni problemi

⁶⁷ Usp. *Isto*, 199.-204.

⁶⁸ Usp. Morana Brkljačić, Anoreksija i Bulimija, na: <https://www.dnevno.hr/zdravlje/anoreksija-je-znak-da-osoba-u-sebi-stalno-pati-bolest-uma-923545/> (13.08.2021.)

u obitelji – roditelji postaju zabrinuti i bespomoćni. Važno je ukazati da su to poremećaji koji su izlječivi ukoliko se ne odlaže problem i pronade primjereno rješenje.⁶⁹

⁶⁹ Usp. Anita Vulić-Prtorić, *Depresivnost u djece i adolescenata*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2004., 220.-222.

ZAKLJUČAK

Iz ovih poglavlja se vrlo lako može razaznati bit ovog psihološkog poremećaja. Depresija je, dakle, sve češći poremećaj kojeg karakteriziraju duševna bol i dugotrajna tuga. Često se muči u nutrini čovjeka dok se izvana pokušava sakriti. Zato smo pokušali posvetiti pozornost na opasnost koja se može razviti ukoliko zanemarujemo mlade koji se nalaze u osjetljivim fazama razvoja. To je bolest sadašnjice i depresivnost se pojavljuje kod mladih ljudi, što se nekad smatralo nemogućim. Javlja se u kombinaciji s drugim poremećajima te utječe i na tjelesni razvoj čovjeka. U središtu je psihološki razvoj adolescenata te je jako važno biti u blizini osobe te imati zdrav odnos. Možemo zaključiti da su pad raspoloženja, blokada i patnja glavne kategorije simptoma depresije. Depresivnost se može izliječiti, a bitno je što ranije otkriti bolest i postaviti pravilnu dijagnozu. Obitelj, učitelji i prijatelji su prva linija podrške u liječenju. Depresiji je potrebna ljubav, razumijevanje i prisutnost. Ako sami ne dopustimo, nitko ne može utjecati na nas i povrijediti nas. Ukoliko se trudimo imati sretne misli, bit ćemo sretniji i optimističniji. Smatram da smo uspjeli ukazati na osnovne informacije o utjecaju depresije u adolescentnoj dobi te saznali da uvijek postoji izlaz.

LITERATURA

BRKLJAČIĆ, Morana. Anoreksija i bulimija, na: <https://www.dnevno.hr/zdravlje/anoreksija-je-znak-da-osoba-u-sebi-stalno-pati-bolest-uma-923545/> (13. 08.2021.)

BULJAN FLANDER, Gordana. Adolescencija – izazovi odrastanja, na: <https://www.poliklinika-djeca.hr/aktualno teme/adolescencija-izazovi-odrastanja/> (03.01.2021.)

DYREGROV, Atle. *Tugovanje u djece*, Educa, Zagreb, 2001.

DSM 5, Naklada Slap, Zagreb, 2014.

HOLMES, Jeremy. *Depresija*, Naklada Jesenski i Turk, Zagreb, 2006.

HOTUJAC, Ljubomir. Depresija - Oblici depresije, na: <https://www.plivazdravlje.hr/aktualno/clanak/16135/Oblici-depresije.html>, (10.08.2021.)

HURLEY, Katie. Teens and depression, na : <https://www.psycom.net/depression.central.teens.html> , (10.08.2021.)

KLAIN, Eduard. *Psihološka medicina*, Golden marketing, Zagreb, 1999.

KURTOVIĆ, Ana. Uloga obitelji u depresivnosti adolescenata : *Klinička psihologija*, vol.5. (2012.), 1-2., <https://hrcak.srce.hr/158521> , (11.08.2021).

LACKOVIĆ-GRGIN, Katica. *Stres u djece i adolescenata*, Naklada Slap, Zagreb, 2000.

LEBEDINA MANZIONI, Marija. *Psihološke osnove poremećaja u ponašanju*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2007.

MILIVOJEVIĆ, Zoran. *Emocije*, Mozaik knjiga, Zagreb, 2016.

MOUSSA, Nabati. *Depresija: bolest ili šansa?*, Alfa, Zagreb, 2016.

RUDAN, Vlasta. Depresija u djece i adolescenata: *Medicus*, vol.18. (2009.), 2., <https://hrcak.srce.hr/57136> , (03.01.2021.)

TEŠIĆ, Vanja. Depresija, vodeća bolest našeg doba: *Hrvatski časopis za javno zdravlje*, vol.2. (2006.), 8., <https://hcjz.hr/index.php/hcjz/article/download/1950/1930> , (03.01.2021.)

VULIĆ-PRTORIĆ, Anita. *Depresivnost u djece i adolescenata*, Naklada Slap, Jasterbarsko, 2004.

<https://www.politifact.com/factchecks/2020/apr/15/viral-image/no-evidence-bill-murray-said-social-media-linked-d/> , (03.01.2021.)

SVEUČILIŠTE U SPLITU

KATOLIČKI BOGOSLOVNI FAKULTET

IZJAVA O AKADEMSKOJ ČESTITOSTI

kojom ja, _____, kao pristupnik za stjecanje zvanja *sveučilišnoga/sveučilišne prvostupnika/prvostupnice katehetike*, izjavljujem da je ovaj završni rad rezultat isključivo mog vlastitog rada, da se temelji na mojim istraživanjima i oslanja na objavljenu literaturu kao što to pokazuju korištene bilješke i bibliografija. Izjavljujem da niti jedan dio završnoga rada nije napisan na nedopušten način, odnosno da nije prepisan iz necitiranoga rada, pa tako ne krši ničija autorska prava. Također izjavljujem da nijedan dio ovoga završnoga rada nije iskorišten za koji drugi rad pri bilo kojoj drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj ili radnoj ustanovi.

Split, _____

Potpis

SAŽETAK

Depresija je psihički poremećaj koji je u posljednje vrijeme sve više zastupljen. Manifestira se kroz veliki broj simptoma kao što je promjena raspoloženja, gubitak interesa, osjećaj bezvrijednosti, poremećaj apetita, spavanja i slično. Simptomi se mogu javiti u bilo kojoj dobi. Stoga, zahvaća i mlade ljude u adolescenciji što se prije smatralo nemogućim. Utječe na normalan tijek života. Depresija obično pronalazi korijen u normalnoj reakciji na stresnu situaciju u životu, kao gubitak voljene osobe. Dio takvog normalnog iskustva je osjećaj tuge koji je prvi pokazatelj psihičkog poremećaja. Depresija se može javiti u kombinaciji s tugovanjem, poremećajem prehrane i često je uzrok suicidalnosti.

U postavljanju dijagnoze depresivnog poremećaja koriste se najčešće klasifikacijski sistemi za dijagnostiku (najčešće DSM 5). Danas postoji mnogo psihoterapijskih pristupa i metoda liječenja depresije. Najčešće su psihoterapija, farmakoterapija i bihevioralni pristup. Također ne smijemo izostaviti podršku obitelji i okoline. Potrebno je održavati siguran i dobar odnos s mladima i truditi se biti zaštitni a ne rizični faktor. Uz puno truda, strpljenja, suradnje roditelja, terapeuta i mlade osobe, ovaj poremećaj je izlječiv.

Ključne riječi: adolescencija, promjene, depresija, uzroci depresije, tuga, liječenje depresije.

SUMMARY

Depression is a psychological disorder that has been increasingly seen lately. It manifests itself through many symptoms, such as mood swings, loss of interest, self-esteem, loss of appetite or sleep, and similar. The symptoms may appear at any age. Therefore, it also takes its toll on young adolescents, which had been considered impossible before. It affects the normal course of life. Depression typically finds its roots in a normal reaction to a stressful situation in life, such as the loss of a beloved person. A part of such a normal experience is a feeling of sadness, which is the first sign of a psychological disorder. Depression can occur in combination with anxiety, eating disorder and is often a cause of suicidal behaviour.

When diagnosing depressive disorder, we most often use taxonomic and diagnostic tools (usually DSM 5). Today, there are many psychotherapy approaches and methods of curing depression. The most common ones are psychotherapy, pharmacotherapy and behavioural approach. We must not omit the support of family and environment. It is important to maintain a safe and proper relationship with the youth and strive to be a protective, not a risk factor. Provided with a lot of hard work, patience and cooperation among parents, therapists and a young person, this disorder is certainly curable.

Key words: adolescence, changes, depression, causes of depression, sadness, curing depression.

