Depresija u adolescentnoj dobi

Sabolić, Anita

Undergraduate thesis / Završni rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:122:249125

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-29**

Repository / Repozitorij:

University North Digital Repository

Sveučilište Sjever

Završni rad br. 1325/SS/2020

Depresija u adolescentnoj dobi

Anita Sabolić, 2431/336

Varaždin, rujan 2020. godine

Sveučilište Sjever

Odjel za Sestrinstvo

Završni rad br. 1325/SS/2020

Depresija u adolescentnoj dobi

Student

Anita Sabolić, 2431/336

Mentor

Marija Božičević, mag. med. tech

Varaždin, rujan 2020. godine

Sveučilište Sjever
Sveučilišni centar Koprivnica
Trg dr. Žarka Dolinara 1, HR-48000 Koprivnica

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL: Odjel za sestrinstvo

STUDIJ: preddiplomski stručni studij Sestrinstva

PRISTUPNIK: Anita Sabolić | MATIČNI BROJ: 2431/336

DATUM: 18.07.2020. | KOLEGIJ: Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika

NASLOV RADA: Depresija u adolescentnoj dobi

NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU: Depression in adolescence

MENTOR: Marija Božičević, mag. med. techn. | ZVANJE: predavač

ČLANOVI POVJERENSTVA:
1. dr.sc. Jurica Veronek, predsjednik
2. Marija Božičević, mag. med. techn., mentor
3. Andreja Bogdan, prof., član
4. dr.sc. Irena Canjuga, zamjenski član
5.

Zadatak završnog rada

BROJ: 1325/SS/2020

OPIS:

Depresija je ozbiljan psihički poremećaj i javnozdravstveni problem. Obilježava ju dugotrajno sniženo raspoloženje, gubitak volje, promjene u apetitu i spavanju te nerijetko suicidalne misli.
Pojava depresije kod adolescenata povezuje se s genetikom, neurokemijskim promjenama u mozgu te današnjim ubrzanim načinom života i slabljenjem međuljudskih odnosa.
Klinička slika je često maskirana različitim oblicima odstupanja u ponašanju stoga roditelji često iza agresije, kršenja normi, pravila ponašanja i otpora, posebice prema autoritetima, ne prepoznaju depresiju kod adolescenta.
Obzirom da su brojna istraživanja potvrdila da obitelj ima značajan utjecaj na mentalni razvoj i zdravlje djeteta, važno je naglasiti da je dobra "obiteljska atmosfera", koja osigurava toplinu, prihvaćanje, podršku i poštovanje uz jasno definirane norme ponašanja, važan prediktor za prevenciju depresivnosti kod adolescenata.
U radu je potrebno:
-opisati pojam depresije i adolescencije
-opisati specifičnosti depresije kod adolescenata
-opisati dijagnostičke metode, liječenje i zdravstvenu njegu adolescenata oboljelih od depresije

ZADATAK URUČEN: 09.09.2020. | POTPIS MENTORA: Marija Božičević

SVEUČILIŠTE SJEVER

Predgovor

Na samom početku željela bih se prvo zahvaliti mentorici Mariji Božičević, mag. med. techn. na umjeravanju i podršci tijekom izrade završnog rada. Ovo je tema koja ima poseban značaj za mene, stoga hvala Vam na mentorstvu.

Najviše se zahvaljujem svojoj obitelji na neizmjernoj podršci i što su mi bili „ vjetar u leđa“ tijekom sve 3 godine studiranja.

Također hvala kolegama koji su mi uljepšali studiranje i studentske dane, te svim djelatnicima Sveučilišta Sjever, studija Sestrinstva na prenesenom znanju i vještinama.

Sažetak

Riječ depresija potječe od latinske riječi „deprimere“ što u prijevodu znači pritisnuti/ utisnuti. Jedna je od najčešćih psihijatrijskih dijagnoza i veliki javnozdravstveni problem. Depresiju možemo opisati kao emocionalno stanje koje se manifestira neraspoloženjem, gubitkom interesa i zadovoljstva, osjećajem krivnje i niskim samopoštovanjem, poremećajem sna i apetita, gubitkom energije i lošom koncentracijom. Depresija u adolescenata vrlo je slična depresiji u odraslih, no ključne razlike pronalaze se u opsegu, jačini i utjecaju simptoma. Depresivno dijete ne može normalno funkcionirati niti izvršavati svoje školske obveze. Utvrđeno je da depresija nastaje kao rezultat interakcija brojnih bioloških, psiholoških i socijalnih faktora. U najvažnije biološke faktore odgovorne za nastanak depresije ubrajaju se genetsko nasljeđe i neurokemijske promjene u mozgu, u psihološke osobnost tj. temperament same osobe i u socijalne stresni životni događaji. U dijagnosticiranju depresije najčešće se koriste Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB) i Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje (DSM). Zbog povećanog rizika samoubojstva, kod mladih oboljelih od depresije u kliničkoj praksi nužno je procijeniti i pratiti znakove suicidalnog razmišljanja i ponašanja. Prema dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje (četvrto izdanje) depresivne poremećaje možemo podijeliti na: disruptivni poremećaj disregulacije raspoloženja, veliki depresivni poremećaj, distimija, predmenstrualni disforični poremećaj i depresivni poremećaj prouzročen psihoaktivnim tvarima/lijekovima. Osnovni ciljevi liječenja depresije u adolescentnoj dobi su: reducirati i eliminirati depresivne simptome, vratiti funkcionalnost koja je bila prije bolesti te prevencija recidiva. U tretmanu je potreban multimodalan pristup, a on obuhvaća psihoedukaciju, psihoterapiju te u težim slučajevima i farmakoterapiju. Najbolji učinak kod težih slučajeva ima kombinacija psihofarmaka i psihoterapije. Za pružanje kvalitetne zdravstvene njege medicinska sestra mora biti dobro obrazovana, a za pružanje primjerene skrbi nužno je poznavanje simptoma koji određuju depresiju. U svojemu radu medicinska sestra treba poštivati najvažnije načelo zbrinjavanja bolesnika, a to je holistički pristup. To znači da pacijenta treba promatrati kao cjelovito biće uzimajući u obzir njegove osnovne ljudske potrebe, biološku cjelovitost, te socijalno i kulturalno okruženje.

Ključne riječi: depresija, adolescencija, zdravstvena njega

Summary

The word depression comes from the Latin word "deprimere" which means to press/ imprinted. It is one of the most common psychiatric diagnoses and a major public health problem. Depression can be described as an emotional state manifested by low mood, loss of interest and satisfaction, guilt and low self-esteem, sleep and appetite disorders, loss of energy and poor concentration. Depression in adolescents is very similar to depression in adults, but key differences are found in the extent, severity, and impact of symptoms. A depressed child cannot function normally or perform his or her school obligations. Depression has been found to occur as a result of the interaction of a number of biological, psychological and social factors. Te most important biological factors responsible for the development of depression include genetic inheritance and neurochemical changes in the brain, psychological personality, ie the temperament of the person and socially stressful life events. Te International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) and the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) are most commonly used in diagnosing depression. Due to the increased risk of suicide, it is necessary to assess and monitor the signs of suicidal thinking and behavior in young people with depression in clinical practice. According to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fourth Edition), depressive disorders can be divided into: disruptive mood dysregulation disorder, major depressive disorder, dysthymia, premenstrual dysphoric disorder, and depressive disorder čauša by psychoactive substances / drugs. Te main goals of treating depression in adolescence are: to reduce and eliminate depressive symptoms, to restore the functionality that was before the disease, and to prevent recurrence. Treatment requires a multimodal approach, and it includes psychoeducation, psychotherapy and, in severe cases, pharmacotherapy. Te combination of psychopharmaceuticals and psychotherapy has the best effect in severe cases. To provide quality health care, a nurse must be well educated, and to provide appropriate care, knowledge of the symptoms that determine depression is essential. In her work, the nurse should respect the most important principle of patient care, and that is a holistic approach. This means that the patient should be viewed as a whole being taking into account his basic human needs, biological integrity, and social and cultural environment.

Keywords: depression, adolescence, health care

Popis korištenih kratica

MKB-10 - Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema

SZO - Svjetska zdravstvena organizacija

DSM-IV,5 - Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje

DMDD - Disruptivni poremećaj disregulacije raspoloženja

SIPPS- Selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina

EKT-Elektrokonvulzivna terapija

Sadržaj

1. Uvod 1

2. Adolescencija 3

2.1. Emocionalni razvoj 4

2.2. Uloga obitelji u adolescenciji 5

3. Depresivni poremećaji 6

3.1. Etiologija depresivnih poremećaja 7

3.2. Kriteriji dijagnosticiranja depresije 7

3.2.1. Klasifikacija Svjetske zdravstvene organizacije (MKB-10) *8*

3.2.2. Klasifikacija Američke psihijatrijske udruge (DSM) *10*

3.3. Vrste depresivnih poremećaja 10

3.3.1. Disruptivni poremećaj disregulacije raspoloženja *10*

3.3.2. Veliki depresivni poremećaj *11*

3.3.3. Distimija *12*

4. Specifičnosti depresije u adolescentnoj dobi 14

4.1. Simptomi depresivnosti 15

4.1.1. Emocionalni simptomi *16*

4.1.2. Tjelesni/somatski simptomi *17*

4.1.3. Kognitivni simptomi *17*

4.1.4. Bihevioralni simptomi *18*

4.2. Suicidalnost 18

4.3. Etiologija depresije u adolescentnoj dobi 20

5. Liječenje depresije 21

5.1. Psihoedukacija i samopomoć 22

5.2. Psihoterapijske metode 22

5.3. Psihofarmakološko liječenje 23

5.4. Elektrokonvulzivna terapija 23

5.5. Suradljivost adolescenata u psihijatrijskom liječenju 24

6. Zdravstvena njega adolescenata oboljelih od depresije 26

6.1. Sestrinske dijagnoze 27

6.1.1. Bespomoćnost *28*

6.1.2. Poremećaj spavanja *29*
6.1.3. Socijalna izolacija *29*
6.1.4. Žalovanje *30*
6.1.5. Visok rizik za samoozljeđivanje u/s osnovnom bolešću *30*
7. Zaključak 31
8. Literatura 33

1. Uvod

Tuga je sastavni dio života, ali depresija nije tuga već ozbiljan psihički poremećaj i javnozdravstveni problem. Dolazi od latinske riječi „deprimere“ što u doslovnom prijevodu znači pritisnuti, utisnuti. Sam pojam spominjao se već u početcima čovječanstva, no unatoč tome dosta dugo se svejedno smatralo da djeca i mladi ne mogu oboljeti od depresivnog poremećaja [1].

1971. godine je depresija po prvi puta priznata poremećajem od strane europskih dječjih psihijatara sa značajnom učestalošću u djece i adolescenata [2].

Raspoloženje možemo opisati kao dugotrajno, unutarnje i predvidivo emocionalno stanje pojedinca, dok vanjski izražaj tog istog stanja nazivamo afekt. Kada pričamo o poremećaju raspoloženja možemo ga podijeliti u 2 osnovne skupine: povišeno raspoloženje ili manija te sniženo ili depresija. Emocionalno stanje karakterizirano stalnim osjećajem tuge, neraspoloženja, žalosti i utučenosti naziva se još i depresivno raspoloženje. Može se javiti u rasponu od blagih simptoma tuge pa sve do teškog depresivnog poremećaja što bude prisutno od nekoliko dana (ako se radi o blažoj verziji) do nekoliko godina [1].

Važno je razlikovati prolazne depresivne simptome koji su normalna reakcija na neku neugodnu i stresnu situaciju od onih koji prelaze granicu i uvelike utječu na kvalitetu života oboljele osobe gdje ona više ne može normalno funkcionirati u svakodnevnom životu. Na primjer, žalost koja se javlja u situacijama gubitka drage osobe (majka, dijete, partner) je normalno stanje koje je po svojem intenzitetu i trajanju adekvatno značenju tog gubitka, dok s druge strane depresija je patološko stanje u kojem intenzitet i trajanje žalosti nisu u srazmjeru s pretrpljenim gubitkom [3].

Simptomi depresije kod mladih slični su kao i kod odraslih, no razlikuju se u intenzitetu, trajanju i utjecaju [4].

Klinička slika je često maskirana različitim oblicima odstupanja u ponašanju te roditelji često iza agresije, kršenja normi i pravila ponašanja ne prepoznaju depresiju zbog uobičajenih hormonalnih i ostalih promjena koje se dešavaju u doba adolescencije [5].

Specifični simptomi depresivnosti u adolescenata su popuštanje u školi ili odbijanje odlaska u školu, povlačenje iz društva tj. asocijalno ponašanje, suicidalne misli, promjene apetita, pretjerano konzumiranje alkohola i/ili duhanskih proizvoda. Moguća je prisutnost i fizičkih simptoma kao što su glavobolja ili pak bolovi u trbuhu nejasnog uzroka. Izvana adolescent djeluje kao da je otupio, ali kada se sa njim razgovara pokazuje snažne emocije usamljenosti i beznađa [6].

Da bi se postavila dijagnoza depresivnog poremećaja, kliničar se oslanja na kriterije u danas važećim klasifikacijskim sistemima za dijagnostiku MKB-10 i DSM-IV te na veći broj pokazatelja. Pritom svaki pokazatelj ima svoju specifičnu težinu i doprinosi u donošenju konačne dijagnoze [1].

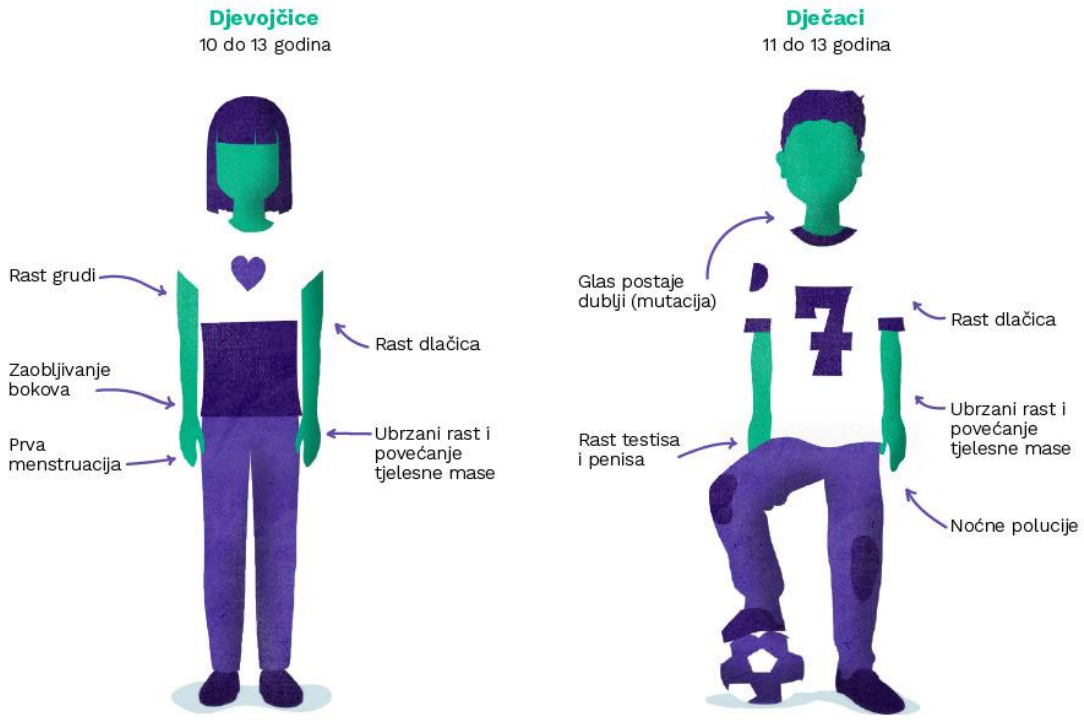
Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje (5. izdanje) u depresivne poremećaje ubraja: Veliki depresivni poremećaj, perzistentni depresivni poremećaj (distimija), disruptivni poremećaj disregulacije raspoloženja, premenstrualni disforični poremećaj i depresivni poremećaj prouzročen psihoaktivnim tvarima/lijekovima [1].

Prosječno trajanje depresivne epizode u djece ili adolescenata iznosi 7 do 9 mjeseci. 90% pacijenata se oporavi unutar 18-24 mjeseci dok kod 50% mladih dolazi do relapsa, tj. ponovnog razvoja simptoma prije punog oporavka [7].

2. Adolescencija

Adolescencija je razvojno razdoblje obilježeno prelaskom osobe iz dječje u odraslu dob. Termin adolescencija dolazi od latinske riječi „adolescere“, što znači „rasti prema zrelosti“. U tom razdoblju dolazi do brojnih fizičkih i psihičkih promjena koje se razlikuju kod dječaka i djevojčica. Upravo te promjene često budu vrlo dinamične i intenzivne pa se još kaže kako je adolescencija razdoblje „bure i oluja“. Započinje oko 11.-13. godine, a završava najkasnije do 24. godine života te dječaci ulaze u prosjeku 1-2 godine kasnije nego li djevojčice [8].

Razdoblje adolescencije podijeljeno je u tri faze: rana, srednja i kasna adolescencija. Rana adolescencija započinje između 10. i 12. godine kod djevojčica i godinu kasnije kod dječaka te je prvenstveno obilježena tjelesnim sazrijevanjem koje je prikazano na slici 2.1.



Slika 2.1.: Prikaz tjelesnog razvoja u djevojčica i dječaka
(Izvor: http://tnative.tportal.hr/pubertet-adolescencija-kod-djecaka-djevojcica/?meta_refresh=1)

Srednja adolescencija bilježi svoj početak između 14. i 18. godine i predstavlja „najburnije“ razdoblje. U tom periodu većim djelom završava tjelesno sazrijevanje te započinje razvoj djeteta u kognitivnom i socijalno-emocionalnom smislu. Također je to faza hirovitih promjena djetetova raspoloženja, inata i svađa koja predstavlja veliki izazov za roditelje. Posljednja faza

adolescencije ili kasna adolescencija započinje nakon punoljetnosti, odnosno traje od 19. do 21. godina ili čak i kasnije. U ovoj fazi prednjači kognitivni razvoj, odnosno adolescenti imaju čvršći osjećaj vlastitog identiteta, jače samopoštovanje, veću samostalnost te se okreću prema budućnosti [9].

Osnovna razlika između pubrteta i adolescencije, iako su to dva usko povezana pojma jest u tome što se za vrijeme pubrteta javljaju biološke promjene dok je adolescencija obilježena psihičkim odnosno psihosocijalnim promjenama [8].

Nagli intelektualni razvoj koji se pojavljuje u vrijeme adolescencije doprinosi shvaćanju samoga sebe, stvaranju vlastitih ideala te ono najvažnije da mlada osoba nauči prihvaćati sebe u skladu sa idealima prema kojima teži. Što se tiče samog psihičkog razvoja, normalne promjene koje se također zbivaju u adolescenciji su: stvaranje seksualnog identiteta, separacija od roditelja te učvršćenje strukture ličnosti [10].

2.1. Emocionalni razvoj

Kako je adolescencija razdoblje već spomenutog tjelesnog i kognitivnog sazrijevanja mlade osobe, tako su i emocije sastavni dio istoga. Ponekad one budu toliko izražene da nadvladaju intelektualno funkcioniranje i znatno mogu utjecati na ponašanje mladih. Iako je rad endokrinih žlijezda koje su važan „filter“ za emocije najizraženiji u ranoj fazi adolescencije, svejedno one svoj vrhunac dosežu tijekom druge i treće faze. Važan prediktor za to je socijalna komponenta, odnosno okolina u kojoj osoba boravi i s kojom održava kontakte. Ljubav je emocija koja se pojavljuje u svim dobnim skupinama pa tako i kod adolescenata. Dječaci i djevojke traže sebi blisku osobu kojoj se mogu povjeriti, s kojom se druže i stvaraju ljubavne veze. Zrela ljubav, odnosno ljubav koja zadovoljava psihološke i društvene potrebe javlja se kod djevojčica oko 18. godine i nešto kasnije kod dječaka. Osim ljubavi, kod mladih je učestala emocija i radost. Ona se najčešće može susresti kod mladih osoba koje su zadovoljne svojim postignutim školskim ili nekim drugim uspjesima, kod djece koja su prihvaćena u društvu te koja imaju podršku roditelja. To upravo potvrđuje činjenicu da adolescente najviše veseli emocionalna povezanost s drugom osobom, intelektualni uspjeh i rad. Kod nekih se mladih osoba u adolescenciji pojavljuje strah za svoju ličnost što podrazumijeva: strah od bolesti, smrti, siromaštva, neuspjeha u školi ili pak strah da se ne izgubi popularnost među vršnjacima. Ti strahovi se smanjuju ili nestaju kako se približava kraj adolescencije [10].

Za vrijeme adolescencije prisutna je povećana osjetljivost, razdražljivost, nagle promjene raspoloženja, četo nervozno reagiranje te sklonost općem negativizmu. Adolescenti često ulaze u sukobe s roditeljima, braćom, sestrama i nastavnicima. Isto tako se javlja briga oko vlastitog

izgleda, mijenja se razina samopoštovanja posebice kod djevojaka te je prisutna identifikacija s idolima. Prijateljstva među djevojkama stavljaju veći naglasak na emocionalnu bliskost dok među mladićima na status i ovladavanje [11].

Tijekom emocionalnog razvoja adolescenata iznimno je važno da osjećaju podršku i oslonac od prijatelja, obitelji ili bilo koje druge njima bliske osobe te da imaju sa kime otvoreno pričati o tome kako se osjećaju, što ih muči ili čega se boje. Vrlo često kod mladih osoba gdje emocionalni razvoj krene u pogrešnom smjeru uz samo nezadovoljstvo, tugu i nesigurnost pojavljuju se i problemi u ponašanju kao što su: bježanje od kuće/ iz škole, pokušaja suicida, konzumacija sredstva ovisnosti [10].

2.2. Uloga obitelji u adolescenciji

Obitelj je društvena zajednica utemeljena na braku i zajedničkom životu muškarca i žene koji vode brigu o djeci te ih odgajaju. Ona je mjesto gdje dijete od najranije dobi stječe svoja prva znanja, vještine i navike te ujedno usvaja sustav vrijednosti i norme ponašanja [11].

Roditelji mogu svojim postupcima i odgojem djelovati pozitivno ili negativno na cjelokupni razvoj djeteta. Iako je adolescencija period kada dijete prelazi u odraslu dob i postaje neovisno i samostalno brojna istraživanja su pokazala da je roditeljski angažman i dalje vrlo važan. Utvrđeno je da kvaliteta odnosa roditelja i djece utječe na daljnju kvalitetu interakcije djeteta s okolinom tj. vršnjacima. Kako bi se adolescent razvio u emocionalno, mentalno i socijalno stabilnu osobu važno je da u domu kojem boravi prevladava prihvaćanje, empatija, jasno definirana pravila ponašanja i razvijena kultura humanog i kvalitetnog komuniciranja. Velik utjecaj na dijete imaju i međusobni odnosi roditelja. Narušeni obiteljski odnosi i stalni sukobi roditelja pogoduju rizičnom socijalnom ponašanju i pojavi depresivnosti kod adolescenata. Pozitivni i usklađeni roditeljski odnosi pružaju adolescentu sigurnost što je preduvjet za njihov normalan razvoj [12].

Utjecaj na ponašanje adolescenata ima i stil odgoja koji roditelj primjenjuje tijekom odgajanja. Tako će djeca previše popustljivih i hladnih roditelja biti nesigurna, neprijateljski raspoložena i sklona odbijanju i kršenju pravila. Dok će djeca previše strogih roditelja biti nesretna, potištena i neraspoložena. Najpozitivniji učinak na ponašanje i razvoj samopouzdanja djeteta imaju autoritativni roditelji u čijem su odgoju zastupljeni podjednako i toplina i nadzor [13].

3. Depresivni poremećaji

Depresivni poremećaji ubrajaju se u skupinu poremećaja raspoloženja koje obilježava sniženo, tužno ili iritabilno raspoloženje, ali i promjene u drugim psihičkim i tjelesnim funkcijama. Spominjali su se još u Ebersovu papirusu 3000 godina prije naše ere [14].

Danas je depresivnost prema raznim istraživanja zastupljenija kod osoba ženskog spola i u mlađoj životnoj dobi, a SZO predviđa da će od ove godine postati drugi svjetski zdravstveni problem. Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo iz 2017. godine depresija je drugi najčešći uzrok hospitalizacija u dobi od 20-59 godina [15].

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

Može se pojaviti kao zasebna bolest ili kao popratni simptom nekog drugog psihičkog poremećaja. Depresija je kao psihički poremećaj opisana na 3 razine: [1]

1) na razini simptoma depresivnosti- uključuje razmatranje specifičnih simptoma kao što su depresivno raspoloženje, osjećaj tuge, žalosti, itd.
2) na razini depresivnih sindroma- sindrom je skup osjećaja, misli i ponašanja koji se javljaju u isto vrijeme. Psihopatološki fenomeni se razmatraju u sklopu drugih misli, osjećaja i ponašanja. Prisutnost depresivnih sindroma se identificira deduktivnom metodom- od općenito utvrđenih obilježja do specifičnih.
3) razina depresivnih poremećaja- predstavlja skupinu simptoma, tj. sindroma koji imaju prepoznatljivu etiologiju. Razmatranje polazi od činjenice da poremećaj definiraju jasni sindromi međusobno povezanih simptoma, koji traju određeni vremenski period i značajno utječu na svakodnevno funkcioniranje osobe.

Razlikovanje promjena raspoloženja kod depresije od uobičajenih fluktuacija raspoloženja kod zdravih osoba utvrđuje se prema trajanju, intenzitetu, pridruženim simptomima i stupnju poremećaja funkcionalnosti [14].

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

3.1. Etiologija depresivnih poremećaja

Točan uzrok nastanka depresivnih poremećaja još nije u potpunosti razjašnjen. Smatra se da su uzroci mnogobrojni i isprepleteni pa to dodatno otežava njihovu identifikaciju. Generalno gledajući nastanak depresije povezuje se s 2 osnovna čimbenika: biološkim i psihosocijalnim. U biološke čimbenike odgovorne za nastanak depresivnih poremećaja ubrajaju se genetika i neurokemijske promjene u mozgu, dok se psihosocijalni odnose na stil života pojedinca tj. stresne životne događaje[16].

Neurotransmiterska teorija pripisuje uzrok depresije biološkim čimbenicima kao rezultat smanjenja količine serotonina, noradrenalina i dopamina u središnjem živčanom sustavu. Neurotransmiteri su kemijski spojevi koji prenose poruke od jednog do drugog neurona. Serotonin, kao najznačajniji neurotransmiter kod depresije odgovoran je za reguliranje raspoloženja, a smanjenje njegove količine može uzrokovati razvoj depresivnih simptoma. On je povezan i sa većim rizikom za samoubojstvo. Važnu ulogu u regulaciji tjelesnih funkcija ima i noradrenalin koji je odgovoran za krvni tlak te dopamin koji je povezan s motivacijom i percepcijom stvarnosti.

Psihosocijalne teorije pripisuju uzrok depresije različitim psihološkim čimbenicima stoga je odnos depresije i životnih događaja veoma povezan. Stresni i traumatski događaji dovode do poremećaja homeostaze te su mogući uzrok psiholoških poremećaja. Postoji jasna razlika između akutnoga i kroničnog te kontroliranog i nekontroliranog stresa. Akutni se stres javlja kao posljedica traumatičnoga doživljaja i traje kraće vrijeme, dok kronični stres konstantno djeluje na ljudski organizam. Stoga, kronični i nekontrolirani stres povećavaju rizik od nastanka i razvoja depresije. Iako se svaka osoba u vlastitom životu susreće s različitim stresnim situacijama i događajima, ona se ne mora nužno razviti u poremećaj raspoloženja. Točnije, stresne situacije nisu uvijek uzrok razvijanja depresije ili čina samoubojstva, već nemogućnost i nedostatak snage za njihova prevladavanja. [17]

3.2. Kriteriji dijagnosticiranja depresije

Danas se u svijetu, u području psihijatrije koristi više klasifikacijskih modela za dijagnosticiranje depresije. Kako bi se što objektivnije i točnije postavila dijagnoza predlagani su brojni kriteriji, a dvije su klasifikacije najvažnije: klasifikacija Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) - MKB-10 i Američke psihijatrijske asocijacije (APA) - DSM-IV. U našem zdravstvenom sustavu službeno je prihvaćena MKB-10 klasifikacija koja se provodi od 1. siječnja 1995. godine sve do danas [18].

U obje klasifikacije simptomi trebaju trajati najmanje dva tjedna da bi se postavila dijagnoza depresivnog poremećaja. Razlika između klasifikacija je u tome da prema MKB 10 bolesnik treba nužno imati prisutne simptome lošeg raspoloženja, gubitka interesa i uživanja te smanjenja energije, dok DSM 5 traži prisutnost ili samo depresivnog raspoloženja ili samo gubitka interesa i uživanja. Ostali su simptomi skoro identični [14].

3.2.1. **Klasifikacija Svjetske zdravstvene organizacije (MKB-10)**

Međunarodna klasifikacija bolesti se temelji na Europskoj psihijatrijskoj školi te je većim dijelom oslonjena na njemačku psihijatrijsku tradiciju. Posljednjih desetljeća 20. stoljeća grupa autora izrađivala je 10. reviziju MKB, a objavila ju je 1992. godine. Hrvatski prijevod je tiskan 1999. godine i uvelike je pridonio boljemu razumijevanju suvremene koncepcije psihijatrijskih poremećaja i preciznijoj dijagnostici [14].

U usporedbi s MKB-9, u MKB-10 dolazi do značajnih promjena u klasifikaciji poremećaja. Napušta se stari način šifriranja bolesti i uvodi se alfa-numerička klasifikacija koja daje veću fleksibilnosti i mogućnosti u sortiranju i dodavanju novih poremećaja u buduća izdanja. Isto tako su izmijenjeni i kriteriji za mnoge psihičke poremećaje, a poremećaji su svrstani u razne podskupine. Duševni poremećaji i poremećaji u ponašanju su podijeljeni u dijagnostičke kriterije F00-F99, dok su depresivni poremećaji svrstani u poremećaje raspoloženja ili afektivne poremećaje koji su označeni F30-F39. Klasifikacija afektivnih poremećaja je sljedeća: [18]

- F30 – Manična epizoda
- F31 – Bipolarni afektivni poremećaj
- F32 - Depresivna epizoda
- F33 - Povratni depresivni poremećaj
- F34 – Perzistirajući afektivni poremećaji
- F38 - Drugi poremećaji raspoloženja (afektivni poremećaji)
- F39 - Neodređeni poremećaji raspoloženja (afektivni poremećaji)

Dijagnoza depresivnog poremećaja prema MKB-10 uključuje depresivnu epizodu (F32), ponavljajući depresivni poremećaj (F33) i distimiju (F34.1) [18].

Depresivne epizode se mogu očitovati na mnogobrojne načine što se odnosi na različit broj, izraženost i kombinacije depresivnih simptoma te težinu same kliničke slike kao i vrijeme javljanja i trajanja epizoda. Prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti depresivnu epizodu možemo definirati s obzirom na težinu poremećaja kao blagu, umjerenu i tešku. Blaga i

umjerena epizoda mogu biti označene postojanjem ili odsutnošću somatskih simptoma, a ona teška postojanjem psihotičnih simptoma ili bez njih [14].

Depresivne epizode su u MKB-10 klasifikaciji označene na sljedeći način: [18]

- F32.0- Blaga depresivna epizoda (prisutna 2 tipična + 2 druga simptoma; blaže teškoće u obavljanju uobičajenog posla i socijalnih aktivnosti, ali ne dolazi do potpunog prekida aktivnosti)
- F32.1- Umjerena depresivna epizoda (prisutna 2 tipična + 3 druga simptoma; obično postoje značajne teškoće u socijalnim, radnim i kućnim aktivnostima)
- F32.2 - Teška depresivna epizoda bez psihotičnih simptoma (prisutna sva 3 tipična + 4 druga simptoma; socijalne, radne i kućne aktivnosti znatno su ograničene)
- F32.3 Teška depresivna epizoda sa psihotičnim simptomima (prisutna sva 3 tipična + 4 druga + psihotični simptom/i; socijalne, radne i kućne aktivnosti znatno su ograničene)

Somatski simptomi depresije prema MKB-10 klasifikaciji su: [18]

1) gubitak interesa i zadovoljstva u aktivnostima koje su normalno ugodne
2) gubitak emocionalnih reakcija na događaje i aktivnosti koje normalno proizvode emocionalni odgovor
3) jutarnje buđenje dva ili više sata ranije od uobičajenoga
4) depresivno stanje teže izjutra
5) izražena psihomotorna retardacija ili agitacija
6) značajan gubitak apetita
7) gubitak tjelesne težine (od 5% ili više u posljednjih mjesec dana)
8) izrazit gubitak libida

U tipične simptome depresije ubrajaju se: [18]

1) depresivno raspoloženje
2) gubitak interesa i uživanja
3) smanjenje energije, obično povećani umor i smanjena aktivnost

Drugi uobičajeni simptomi su sljedeći: [18]

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

7) smanjeni apetit

3.2.2. **Klasifikacija Američke psihijatrijske udruge (DSM)**

DSM je službena američka klasifikacija koja je osmišljena u svrhu ispunjenja dijagnostičkih i statističkih potreba, što je navedeno i u njezinu naslovu. Stoga, da bi se postigla kvalitetna statistička obrada simptomi se u ovoj klasifikaciji rjeđe koriste kao dijagnostički kriteriji. To ujedno omogućava i manje specijaliziranim stručnjacima da obavljaju dijagnostiku [18].

Prvi DSM-I priručnik je Američka psihijatrijska udruga objavila 1952. godine u SAD-u. DSM-IV izdanje vrijedi od 1994. godine i još uvijek se upotrebljava. Američke klasifikacije u su detaljnije i strože pa ih često upotrebljavaju europski i drugi autori, posebice u znanstvene svrhe. Da bi se dijagnosticirala depresija prema DSM-u potrebna je prisutnost najmanje 5 simptoma i od toga jedan simptom mora biti depresivno raspoloženje ili gubitak interesa i zadovoljstva, odnosno jedan tipičan simptom[18].

3.3. Vrste depresivnih poremećaja

Prema dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje, četvrto izdanje (DSM–IV) depresivne poremećaje možemo podijeliti na: [18]

- Disruptivni poremećaj disregulacije raspoloženja
- Veliki depresivni poremećaj
- Distimija
- Predmenstrualni disforični poremećaj
- Depresivni poremećaj prouzročen psihoaktivnim tvarima/lijekovima

3.3.1. **Disruptivni poremećaj disregulacije raspoloženja**

Ovaj poremećaj se najčešće javlja između 6. i 10. godine života te je obilježen kroničnom i perzistentnom razdražljivošću koja nije u skladu s razvojnom dobi djeteta. Manifestira se učestalim ispadima bijesa koji su prisutni najmanje 3 puta tjedno, tijekom godinu dana ili razdražljivo i ljuto raspoloženje svakodnevno, veći dio dana. Takvo kronično razdražljivo i bijesno raspoloženje najčešće bude prvotno uočeno od osoba koje su svakodnevno u bliskom kontaktu s djetetom. Kod djeteta koje boluje od navedenog poremećaja značajno su promijenjeni

odnosi u obitelji i s vršnjacima te također je vidljiv i neuspjeh u školi. Dolazi i do promjena u ponašanju koje se očituje opasnim i agresivnim odnosom prema sebi i okolini. Nerijetko su prisutna suicidalna promišljanja ili pokušaji samoozljeđivanja zbog čega dolazi do čestih hospitalizacija takvog djeteta. [2]

DMDD je relativno nova dijagnoza stoga još nema definiran standardizirani tretman liječenja. Za liječenje ovog poremećaja se najčešće koriste: [20]

- antidepresivi/selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina
- stabilizatori raspoloženja
- psihostimulansi
- antipsihotici
- alpha-2-agonisti

Osim lijekova za liječenje DMDD vrlo je važna i psihoterapija u koju je iznimno važno uključiti obitelj [20].

3.3.2. **Veliki depresivni poremećaj**

Ovaj poremećaj obilježava prisutnost jedne ili više depresivnih epizoda, ali bez prisutnosti manične, miješane ili hipomanične epizode. Da bi se postavila dijagnoza velikog depresivnog poremećaja potrebna je prisutnost minimalno 2 tjedna depresivnog ili razdražljivog raspoloženja ili gubitka interesa i zadovoljstva u gotovo svim aktivnostima (anhedonija). Navedeni simptomi karakteristični su za depresivnu epizodu, uz prisutnost najmanje 5 od sljedećih simptoma: [2]

1) promjene apetita sa značajnim gubitkom ili povećanjem tjelesne težine, tj. kod djece nepostizanje očekivane tjelesne težine u skladu s dobi
2) nesanica ili hipersomnija gotovo svakog dana
3) psihomotorna agitacija ili retardacija
4) umor ili gubitak energije
5) osjećaj bezvrijednosti ili krivnje
6) smetnje u koncentraciji
7) razmišljanje o smrti
8) ponavljajuće samoubilačke ideje bez specifičnog plana ili pokušaji samoubojstva

Simptomi se pojavljuju gotovo svakodnevno što značajno otežava socijalno i radno funkcioniranje oboljele osobe. Epizoda se smatra završenom ukoliko se simptomi iste povuku u

minimalno 2 uzastopna mjeseca ili u potpunosti nisu zadovoljeni kriteriji za veliku depresivnu epizodu. Kod velike depresivne epizode, uz gore navedene simptome mogu biti prisutne i sumanutosti krivnje, zaslužene kazne ili propasti što se ubraja u psihotične simptome [8].

Kako bi se postavila dijagnoza ovog poremećaja uzimaju se podaci intervjuiranjem adolescenta, njegove obitelji ili druge bliske osobe. U evaluaciji je vrlo važno procijeniti suicidalnost adolescenta analizom rizičnih faktora: ranijih pokušaja suicida, agresivnog ili antisocijalnog ponašanja, obiteljske anamneze suicida ili pokušaja suicida, dostupnosti letalnih sredstava te zlouporabe psihoaktvnih tvari. Kriteriji prema kojima se postavlja dijagnoza velikog depresivnog poremećaja su:

- javljanje velike depresivne epizode
- velika depresivna epizoda koja se ne može objasniti shizoafektivnim poremećajem te nije nadodana na shizofreniju, shizofreni formni poremećaj, sumanuti poremećaj ili psihotični poremećaj
- odsutnost maničnih, miješanih ili hipomaničnih epizoda

Liječenje velikog depresivnog poremećaja provodi se u tri faze. U akutnoj fazi liječenje je usmjereno na ublažavanje depresivnih simptoma i pronalazak optimalne strategije za liječenje. U slijedećoj fazi, fazi održavanja liječenje se nastavlja primjenom terapije koja je određeni u prijašnjoj fazi sveukupno 6-12 mjeseci. Nakon 6-12 mjeseci bez simptoma velikog depresivnog poremećaja procjenjuje se nužnost profilaktičke terapije kojoj je osnovni cilj poticanje zdravog rasta i razvoja i prevencija ponovnog javljanja epizoda [8].

3.3.3. **Distimija**

Distimija je oblik perzistirajućeg poremećaja raspoloženja koju obilježava trajno depresivno raspoloženje. Prevalencija u općoj populaciji iznosi 5% dok je u adolescentnoj dobi 3-8%. Bolesnici koji boluju od navedenog poremećaja se osjećaju većinu dana umorno i iscrpljeno, rijetko imaju dane kada se osjećaju dobro. Čak i najmanji zadaci ih umaraju, nemaju energije i teško nalaze zadovoljstvo u bilo kojoj aktivnosti. Uz navedene simptome u kliničkoj slici često bude prisutna i nesanica te socijalno povlačenje. Osoba sama postaje svjesna da se ne može više nositi sa svakodnevnim aktivnostima i zahtjevima okoline pa je to okidač za potražnju pomoći [14].

Povećana opterećenost poremećajima raspoloženja i loši obiteljski odnosi predstavljaju rizične čimbenike za nastanak distimije. Prema Kovacs i suradnicima iz 1994. godine utvrđeno je da u 70% slučajeva distimija prethodi nastanku velikog depresivnog poremećaja. U liječenju

distimije glavnu ulogu ima psihoterapijska tehnika. Njezin cilj je modifikacija maladaptivne organizacije ličnosti. Liječenje distimije se provodi i psihofarmacima, odnosno uporabom antidepresiva [8].

4. Specifičnosti depresije u adolescentnoj dobi

Depresivnost u adolescentnom razdoblju predmet je brojnih istraživanja posljednjih 30 godina s obzirom da se učestalost depresivnih simptoma znatno povećava ulaskom u adolescenciju [21].

Adolescencija je sama po sebi teško i burno razdoblje u životu svake mlade osobe i često promjene koje su normalne u toj fazi prekriju sumnju u depresiju. Povremena loša raspoloženja i burne emocionalne reakcije su normalni dio adolescencije, ali depresija je ozbiljan psihički poremećaj koji ostavlja negativne posljedice na daljnji život mladih u vidu problema u školi, obitelji ili društvu [5].

Rizični faktori za nastanak depresije u adolescentnoj dobi su: obiteljska povijest depresije (nasljedni faktori), izloženost psihosocijalnom stresu, faktori razvoja, hormonski čimbenici i poremećeni neuronski putovi [2].

Dijagnosticiranje depresije u adolescenata često bude vrlo zahtjevno zbog različitosti i specifičnosti kliničke slike u odnosu na odraslu dob. U dijagnostiku depresivnih poremećaja je uključen multidisciplinaran tim stručnjaka, a važnu ulogu u timu ima subspecijalist dječje i adolescentne psihijatrije i pedijatar. U rad tima su uključeni i drugi stručnjaci koji rade na zaštiti mentalnog zdravlja kao što su psiholozi, pedagozi i socijalni radnici [1].

U kliničkoj slici prevladavaju tuga, apatija, povećan apetit, hipersomnija te je specifična prisutnost suicidalnih misli i/ili nerijetko pokušaji izvršenja suicida. Osobe mlađe životne dobi koje pate od depresije podložne su pokušaju „liječenja“ iste konzumacijom alkohola, droga i cigareta. Također su češće kod dječaka vidljive i promjene u ponašanju u vidu agresije, odnosno, nasilnog ponašanja [5].

Prema Vulić-Prtorić (2007) dva su osnovna obilježja depresivnosti u adolescenciji:

1) značajno povećanje u broju depresivnih simptoma i dijagnostičkih poremećaja-prevalencija depresije u razdoblju adolescencije je oko 5 % u nekliničkim uzorcima i 25 % u kliničkim
2) pojava značajnih spolnih razlika pri čemu djevojčice imaju značajno veći broj simptoma od dječaka (2.6 % dječaka i 10.2 % djevojčica pokazuje simptome depresivnosti)

Zbog specifičnosti problema depresije u adolescenata preporučuje se provođenje psihološke procjene u 6 faza, pri čemu su prve dvije prioritetne: [1]

- procjena rizika samoozljeđivanja i suicida
- procjena djetetove ugroženosti
- procjena simptoma depresivnosti

- diferencijalna dijagnostika
- procjena rizičnih i zaštitnih faktora
- procjena faktora za planiranje tretmana

S obzirom da je depresivnost u adolescenata uvelike povezana sa suicidalnošću, procjena rizika je ključna u evaluaciji pacijenta. Pri navedenoj procjeni važno je obratiti pozornost osim na suicidalno ponašanje i na beznadnost. Dokazano je da veliki broj adolescenata prije nego li počine suicid imaju jasno izražene simptome nekog psihičkog poremećaja no, nažalost u većini slučajeva okolina te simptome ne doživljavao kao znakove upozorenja i traženja pomoći. Kliničaru je tijekom procjene rizika samoozljeđivanja i suicida bitno dobiti informacije o suicidalnom promišljanju, idejama, nesuicidalnim oblicima samoozljeđivanja te o pokušaju/ima suicida, u čemu mu pomažu Smjernice za intervju sa suicidalnim djetetom/ adolescentom.
Procjena ugroženosti djeteta se ubraja u drugo prioritetno područje rada kliničara. Osnovni je cilj tijekom ove procjene da se utvrdi u kojoj su mjeri depresivni simptomi posljedica reakcije djeteta na neku stresnu ili traumatsku situaciju te potreba za zaštitom. Bitno je također ustanoviti moguće postojanje patoloških stanja i odnosa u okolini u kojoj dijete boravi i u konačnici pokrenuti sam postupak zaštite [1].

4.1. Simptomi depresivnosti

Nekada se smatralo da se depresija ne može javiti kod djece ili se javlja u zamaskiranom obliku kao ispadi bijesa, nemir ili agresivnosti. Tako je, napretkom medicine 80. godina opisana klinička slika depresije u djece pomoću kriterija za odrasle te je na taj način postala sastavni dio klasifikacijskih sistema. Simptomi depresije kod djece i mladih možemo podijeliti u 4 osnovne skupine: emocionalnu, tjelesnu ili somatsku, kognitivnu i bihevioralnu grupu simptoma. Te skupine predstavljaju grupu simptoma na području ponašanja i socijalne prilagodbe [1].

Već je mnogo puta u ovome radu spomenuto kako više od 80% depresivnih adolescenata iskazuje gubitak energije, apatiju i gubitak interesa u značajnoj mjeri, psihomotornu retardaciju, osjećaj beznadnosti i krivnje, poremećaj spavanja (osobito pretjerano spavanje), promjene u apetitu i težini, izoliranost i teškoće s koncentracijom. Ostali simptomi specifični za ovo razdoblje su slab školski uspjeh, sniženo samopoštovanje, suicidalna razmišljanja i namjere te ozbiljni problemi s ponašanjem, pogotovo zlouporaba psihoaktivnih tvari [2].

Iako se depresija u adolescenciji često manifestira sličnim simptomima kao kod odraslih, mogu biti prisutne fenomenološke karakteristike tipične za adolescenciju. Razlika između simptoma depresije kod odraslih i adolescenata prikazane su u tablici 4.1.1.

ODRASLI	ADOLESCENTI
Sniženo, depresivno raspoloženje	Iritabilno, hirovito raspoloženje
Umor ili gubitak energije	Stalan umor, lijenost
Psihomotorna retardacija ili agitacija	Poteškoće mirovanja
Nesanica ili prekomjerno spavanje	Promjene obrasca spavanja
Značajni gubitak ili porast tjelesne težine	Često prejedanje i porast tjelesne težine
Smanjen interes i uživanje u ranije ugodnim aktivnostima	Osjećaj dosade, gubitak interesa za igru, napuštanje ranije ugodnih aktivnosti
Smanjena sposobnost koncentriranja i donošenja odluka	Pad učinkovitosti u školi zbog smanjene motivacije
Povratne suicidalne ideje ili ponašanje	Učestala razmišljanja i pričanje o smrti
Nisko samopoštovanje, osjećaj krivnje	Samokritičnost

Tablica 4.1.1. Razlike simptoma depresije u odraslih i adolescenata
(Izvor: autor A.S.)

4.1.1. **Emocionalni simptomi**

Dva najčešća depresivna simptoma iz ove skupine su anhedonija i disforija. Anhedonija je jedan od ključnih simptoma depresije koju obilježava nemogućnost doživljavanja zadovoljstva u aktivnostima koje su se ranije doživljavale ugodnima. Stručnjaci smatraju da je ona ujedno i rizičan čimbenik za suicidalno ponašanje kod mladih upravo zbog gubitka interesa. Anhedonija može biti fizičkog i socijalnog karaktera. Kod fizičke anhedonije (FA) dolazi do gubitka zadovoljstva u fizičkim podražajima kao što su hrana, glazba, vježbanje ili spolni odnosi, dok se socijalna anhedonija (SA) odnosi na nezainteresiranost za interakciju s drugim ljudima što često vodi u udaljavanje i izoliranje adolescenta od obitelji i prijatelja [20].

Disforija ili disforično raspoloženje je negativno raspoloženje različitog intenziteta koje je često povezano s osjećajem manje vrijednosti, gubitkom samopouzdanja i povjerenja u vlastite sposobnosti. Uz ova dva navedena specifična simptoma za dijagnozu depresije kod djece i adolescenata, u emocionalne simptome ubrajaju se i duboka žalost te ljutnja. Utvrđeno je da čak 80% adolescenata u situacijama kada su depresivni imaju istovremenu pojavu žalosti i ljutnje,

dok je kod djece od deset godina ljutnja viši, moćniji osjećaj u odnosu na žalost. Ljutnja često kod mladih potakne agresivno i nasilno ponašanje zbog čega depresivno dijete bude ujedno dijagnosticirano i kao dijete s poremećajem u ponašanju. Spomenuta agresija bude često usmjerena prema sebi ili nekim neprikladnim objektima, ali može biti i prema drugim osobama u djetetovoj okolini. Važnost ljutnje je stoga ponajviše u ukazivanju na suicidalnost djeteta. U ovoj skupini simptoma kod depresivnih adolescenata moguća je pojava još i osjećaja krivnje, iritabilnost, samokritičnost, anksioznost i dosada. Osjećaj krivnje se javlja kada dijete postane sposobno shvatiti pravila ponašanja, ali ne uspijeva zadovoljiti ta pravila. Krivnju pojačava i nesklad između idealne i realne slike o sebi što je često prisutno u adolescenata [1].

4.1.2. **Tjelesni/somatski simptomi**

Tjelesni simptomi depresivnosti kod adolescenata uključuju poremećaj različitih tjelesnih funkcija, dok u nekim slučajevima budu oblik obrambenog ponašanja. Kada se osoba nalazi u neugodnoj situaciji tjelesni simptomi omogućuju da se takva situacija izbjegne ili da npr. dijete pridobije više pažnje i brige od roditelja. Očituju se manjkom energije i umorom, promjenama u tjelesnoj težini koje su povezane sa povećanim ili sniženim apetitom, teškoćama u obavljanju svakodnevnih aktivnosti, narušenim obrascem spavanja (insomnija/ hipersomnija) i bolovima bez jasnog uzroka (glavobolja, bolovi u leđima, vratu, nogama,).Možemo zaključiti da su tjelesni simptomi uobičajeni u depresiji, ali nisu specifični za dijagnozu depresije. Tako možemo osim u depresivnih adolescenata tjelesne simptome pronaći i kod nekih drugih poremećaja poput anksioznih poremećaja, psihoza ili poremećaja somatizacije [1].

4.1.3. **Kognitivni simptomi**

Obzirom da je depresija složen psihički poremećaj ona utječe i na kognitivne funkcije poput pamćenja i procesa mišljenja, pridonosi smetnjama u koncentraciji i otežava donošenje odluka koje su nekada bile donesene bez teškoća. Upravo to ide u prilog činjenici da depresivni adolescenti imaju probleme s učenjem i savladavanjem školskog gradiva [1].

Kognitivni simptomi predstavljaju specifičnu skupinu depresivnih simptoma zbog toga što ih se opisuje kao prethodnike depresivnosti i kao one koji pojačavaju ili ublažavaju utjecaj negativnih stresnih doživljaja. Najviše istraživani kognitivni simptomi su: nisko samopoštovanje, beznadnost, bespomoćnost i depresivni atribucijski stil. Nisko samopoštovanje je zajednička karakteristika svih oblika razvojne psihopatologije bilo da se radi o internaliziranim ili eksternaliziranim poremećajima te je centralni aspekt depresije. Kod adolescenata se nerijetko

javlja uz nisko samopoštovanje i negativna percepcija vlastitog izgleda i ponašanja što je usko povezano sa pokušajima samoubojstva. Simptomi beznadnosti podrazumijevaju negativno očekivanje od budućnosti gdje već u dobi od 8 do 13 godina djeca mogu doživljavati i izvještavati o svojoj negativnoj percepciji budućnosti. Simptome poput beznadnosti, bespomoćnosti i niskog samopoštovanja u adolescentnom razdoblju treba shvatiti ozbiljno jer su se pokazali kao najčešći „okidači“ za počinjenje suicida [22].

4.1.4. **Bihevioralni simptomi**

Ova skupina simptoma manifestira se psihomotornim promjena na 2 načina: psihomotornom agitacijom i retardacijom. Psihomotorna agitacija je stanje pretjerane uzbuđenosti i tjelesnog nemira, a očituje se stalnom potrebom za dodirivanjem dijelova tijela, nemogućnošću mirnog sjedenja, čupkanjem, lupanjem i sl. Psihomotorna retardacija je pak sasvim suprotno stanje od agitacije koju obilježava usporenost (govor, pokreti, produžene stanke u govoru). Ukoliko je kod adolescenta prisutna agitacija ona uvelike utječe na koncentraciju i usmjeravanje pažnje, dok retardacija ima utjecaj na sniženu motivaciju i interes za obavljanje školskih obaveza. Navedeni simptomi stoga dovode često mlade do školskih neuspjeha ili gubitka zanimanja za hobije ili druge aktivnosti u kojima su prije uživali. Dijete se također često žali da je stalno umorno te mu svakodnevne obaveze predstavljaju veliki napor [22].

Uzeći u obzir socijalno funkcioniranje roditelji i nastavnici nerijetko primjećuju kako se dijete distancira i povlači iz socijalnih kontakata, posebice mladi koji su bili „popularni“ u svojem društvu odjednom više nisu omiljeni, dakako još su i odbačeni. Depresivnu djecu vršnjaci opisuju kao agresivnu, koja se s nikim ne žele družiti i najviše vole biti sami. S obzirom da se depresivni adolescenti nalaze u začaranom krugu samookrivljavanja i samoobezvrjeđivanja, loši odnosi i konflikti s vršnjacima uzrokuju dodatnu nesigurnost i još veće socijalno povlačenje. Dugotrajno vjerovanja djeteta da je nesposobno i da se nikome ne sviđa utječe na daljnji osjećaj kontrole nad važnim događajima u njegovom životu [1].

4.2. Suicidalnost

Suicid potječe od lat. riječi sui, što znači sebe i cidium, što znači ubojstvo. Kada spojimo te dvije riječi dobijemo doslovno značenje ovoga pojma. Samoubojstvo je autoagresivni čin, sa fatalnim ishodom pri čemu je želja za smrću bila očigledna okolini, dok je parasuicid pokušaj samoubojstva gdje želja također postoji, ali nije dovršena. Dakle, osnovna razlika je u postojanju želje za smrću. Pojavljuje se u bilo kojoj životnoj dobi, no zabrinjavajući je podatak da je zadnjih

godina zabilježen porast samoubojstava od 65% za osobe u dobi od 15 do 24 godine. Prema spolu djevojčice češće pokušavaju suicid, dok dječaci 3x češće izvrše [23].

Mnogo puta smo u životu čuli kako ljudi kažu da onaj koji govori o suicidu, da ga neće imati hrabrosti izvršiti. To je apsolutno pogrešno razmišljanje i zabluda. Osoba koja priča o suicidu zapravo traži pomoć. Neke od mogućih riječi koje osoba upućuje drugima jesu: „Bit će vam žao kad me više ne bude“ ili „Život više nema smisla, nema načina da se izvučem iz ove situacije“. Depresivni bolesnici često vide razrješenje svog unutarnjeg konflikta u suicidu. Vrlo je važno to shvatiti ozbiljno i uputiti osobu da potraži stručnu pomoć.

Brojni su egzogeni i endogeni čimbenici koji mlade dovode do suicidalnosti, no najčešći su: [24]

- Rastava roditelja
- Prekid veze
- Gubitak prijatelja/ socijalna izolacija
- Izloženost nasilju u obitelji, društvu ili školi
- Školski neuspjeh
- Depresija (Veliki depresivni poremećaj)

Zbog povećanog rizika samoubojstva, kod mladih s depresijom u kliničkoj praksi nužno je procijeniti i pratiti znakove suicidalnog razmišljanja i ponašanja. Pitanja koja liječnik postavlja tijekom evaluacije suicidalnog rizika su: [20]

- Osjeća li se pacijent očajno, bespomoćno?
- Da li je umoran od „neprekidne borbe“?
- Ima li želju za smrću?
- Je li razmišljao o suicidu?
- Je li bilo konkretnih planova?
- Ima li mogućnosti i sredstva da pokuša suicid?
- Koliko je pacijent impulzivan?
- Ima li u anamnezi pokušaja suicida?

Svako razmišljanje ili ponašanje kod adolescenata koje ukazuje na mogućnost suicida, pa makar rečeno kroz šalu, treba doista shvatiti ozbiljno. Adolescencija je kao što je više puta spomenuto u radu, razdoblje brojnih psihičkih i fizičkih promjena te period kada djeca odlaze u srednju školu, ulaze u ljubavne veze i susreću se s raznim odgovornostima. Većina se nauči i može nositi s time što adolescencija nosi, no manji broj djece ipak krene u krivom smjeru. Ukoliko dijete u tom periodu nema podršku od bližnjih, prijatelje i osobu kojoj se može povjeriti

i uz to osjeća preveliki napor iz okoline ono rješenje nerijetko pronalazi u suicidu. Kako bi se suicidalnost kod mladih spriječila prvi i najvažniji korak je da dijete uvijek ima osobu koja ga može saslušati i kojoj se bez problema može povjeriti. Dijete treba osjetiti da postoji nada, da će ga netko saslušati te da će se na taj način stvari poboljšati i riješiti. Empatija, razumijevanje i podrška su 3 vještine koje znatno mogu utjecati na prevenciju suicidalnosti kod depresivnih adolescenata [25].

4.3. Etiologija depresije u adolescentnoj dobi

Brojni autori smatraju da je uzrok depresije u adolescentnoj dobi ponajprije odgoj u obitelji, školi i društvu. Uloga roditelja je da uče djecu kako da savladaju prepreke na putu ka cilju. Kod djece koja nisu kroz djetinjstvo imala adekvatan odgoj i usmjerenje, nerijetko se to u periodu adolescencije ispolji u vidu depresije [22].

Mladi koji se u adolescenciji suočavaju s neuspjehom u bilo kojem smislu, doživljavaju kao i svi ostali neugodne osjećaje poput ljutnje, tuge i tjeskobe. U takvim situacija postoje samo 2 opcije koje se mogu poduzeti a to su: odustajanje ili ulaganje većeg napora da bi se ostvarila zamisao. Dijete koje je odgajano da bude uporno i ustrojno u onome što želi, vrlo lako će ostvariti svoju zamisao. S druge strane, dijete koje je pesimistično i nesigurno u sebe jer nije imalo tijekom odrastanja potporu i usmjerenje od stane roditelja, u situacijama kada doživi neki neuspjeh vrlo će brzo odustati i biti će razočarano samo u sebe. Upravo je pesimizam kod djeteta jako dobra podloga za razvoj depresije. No, tu je važno spomenuti da uz odgoj, važan prediktor je i sam karakter odnosno osobnost djeteta. Neka su djeca sama po sebi težeg temperamenta, niskog samopoštovanja i pesimističnija od drugih neovisno o bilo kakvom događaju [22].

Mogući rizični faktor za depresivnosti u adolescenata su također i loši odnosi u obitelji te depresivnost jednog ili oba roditelja. Odnos roditelj - dijete je model prema kojem depresija nastaje kao rezultat loših odnosa djece i roditelja. Studije na odraslim depresivnim osobama upućuju na značajan utjecaj ranih odnosa na njihov kasniji život. Tako u anamnezi depresivnih osoba se nalaze problemi u ranim odnosima (posebice u odnosu majka – dijete), cjelovitosti obitelji, interakciji među članovima obitelji, a u obiteljima je često prisutno i nasilje. Ukoliko je depresivnost prisutna u roditelja, nameće se pitanje kakav će odgoj takav roditelj moći pružiti djetetu. Opće je poznato da djeca usvajaju velikim djelom ponašanja svojih roditelja od najranije dobi. Regulacija emocija i ponašanja ključna je u zdravom ranom razvoju djece, gdje ono u interakciji s okolinom uči prilagođavati svoje emocije te se nositi s frustracijom i stresom. Depresivni roditelji, stoga, ne mogu pružiti adekvatan emocionalni odgovor svojoj djeci jer i sami trebaju stručnu pomoć i to često bude uzrok pojave depresije i kod mladih [20].

5. Liječenje depresije

Osnovni ciljevi liječenja depresije u adolescentnoj dobi su: reducirati i eliminirati depresivne simptome, vratiti funkcionalnost koja je bila prije bolesti te prevencija recidiva. Plan liječenja se donosi na temelju procjene kliničke slike i svih relevantnih okolnosti te treba biti izrađen individualizirano i holistički. To znači da odluka o načinu liječenja ovisi o dobi djeteta, kognitivnom razvoju, rizičnim i zaštitnim čimbenicima (temperament, stresni životni događaji i sl.), jačini i vrsti depresije, preferencijama djeteta i roditelja za pojedini oblika liječenja. Dakle, liječenje depresije je kompleksno i zahtijeva multidisciplinaran pristup jer brojni biološki, psihološki i socijalni čimbenici utječu na tijek i prognozu bolesti. Multidisciplinaran tim čine: medicinska sestra/tehničar, psihijatar, psiholog, socijalni radnik, radni terapeut, liječnik obiteljske medicine. Liječenje depresije odvija se u 3 faze: [2]

1. akutna faza→ 8-12 tjedana, s ciljem uklanjanja simptoma
2. kontinuirana faza→ 6-12 mjeseci, s ciljem konsolidacije terapijskog odgovora i sprečavanja relapsa
3. faza održavanja→ 1-3 godine, s ciljem izbjegavanja pojave nove depresivne epizode kod mladih koji su imali više depresivnih epizoda

Liječenje u pravilu započinje onda, kada simptomi depresije znatno otežavaju svakodnevno funkcioniranje oboljele osobe. Kod donošenja procjene o potrebi adekvatne sredine za liječenje (ambulantno, bolničko, dnevna bolnica) važna je procjena suicidalnog rizika, oštećenja funkcioniranja i postojanja podrške okoline. Dvije najčešće indikacije za hospitalizaciju su: [26]

- povećan suicidalni rizik
- loše socijalno funkcioniranje uz nedostatak podrške

Važnu ulogu u terapijskom procesu imaju i roditelji koji su vrlo često u otporu prema medikamentoznoj terapiji iz straha od ovisnosti ili posljedica. Razlog tome su nepoznavanje osnove bolesti, otpor u prihvaćanju bolesti te utjecaj kulturalnih i drugih faktora. Tretman depresije kod mladih uvijek podrazumijeva akutnu i produženu fazu, dok neka djeca zahtijevaju i fazu održavanja .U liječenju depresije kod adolescenata primjenjuju se sljedeći postupci: [26]

- psihoedukacija i samopomoć
- psihoterapijske metode
- psihofarmakoterapija
- EKT (u težim slučajevima)

Liječenje depresije je učinkovitije ukoliko se primjenjuje multimodalno, odnosno kombinacijom psihoterapije i farmakoterapije [4].

5.1. Psihoedukacija i samopomoć

Psihoedukacija je tehnika koja se odnosi na edukaciju pacijenta o bolesti i načinu liječenja. Edukaciju je potrebno prilagoditi dobi bolesnika i stupnju razumijevanja. Cilj je da pacijent razumije što je depresija, kako se liječi (utjecaj lijekova) te da bolje razumije rizične čimbenike za nastanak depresije. Isto tako je važno psihoedukaciju usmjeriti i na prepoznavanje ranih znakova depresije, prakticiranja zdravih stilova života i metoda samopomoći u svrhu prevencije ponovne pojave bolesti. Metode samopomoći prema smjernicama za samopomoć su sljedeće: [26]

- prakticiranje rada s disfunkcionalnim mislima
- korištenje efikasnijih načina suočavanja sa stresom
- bihevioralna aktivacija
- zdrav stil življenja

Tijekom psihoedukacije s mladima treba posebice razgovarati o stigmatizaciji i diskriminaciji na temelju psihičke bolesti. Važno ih je podučiti strategijama prevencije samostigmatizacije i boljeg sučeljavanja sa stigmom i diskriminacijom drugih. Pored toga, također je potrebno osvijestiti mlade o postojanju raznih grupa samopomoći gdje mogu zajedno sa drugima pričati o svojoj situaciji i iskustvu. Psihoedukacija se provodi kontinuirano kroz sve 3 faze liječenja [26].

5.2. Psihoterapijske metode

Psihoterapija je proces u kojem psihoterapeut uspostavlja odnos s pacijentom i tako radi na transferu za bolje razumijevanje intrapsihičkog stanja, razrješavanje potisnutih konflikata i napredovanja integrativnih procesa [27].

Kao i u svakom terapijskom postupku, tako i kod psihoterapije prvo je potrebna dijagnostička procjena depresivnosti. O terapeutovoj procjeni bolesnikova stanja u velikoj mjeri ovisi kako će se dalje razvijati bolesnikov stav prema bolest. Tijekom početka liječenja depresije kod pacijenta su prisutna 2 stava koja su posljedica težine bolesti. Prvi stav je da bolesnik smatra početak liječenja potvrdom vlastite bezvrijednosti jer se smatra sam krivim što je depresivan. Drugi stav je prisutan kod lakših bolesnika koji smatraju liječenje nadom i iluzijom da će zauvijek biti oslobođen žalosti i očajanja. U oba stava zadaća psihoterapeuta je da bolesnika

uvjeri da ga razumije te da mu objasni da odlazak na terapiju nije dokaz poraza, već početak puta k izlječenju [28].

Psihoterapija je učinkovita samostalnom primjenom kod lakših i srednje teških oblika depresije, dok je kod teških oblika potrebna primjena psihoterapije uz medikamentoznu terapiju. Glavna zadaća psihoterapije je uviđanje vlastitih negativnih obrazaca mišljenja i ponašanja koje je potrebno promijeniti, kontrolirati i naučiti živjeti prihvaćajući ih kao rješiv izazov. Tehnike psihoterapije koje se najčešće koriste u liječenju depresije su: kognitivno-biheviоralna, interpersonalna, psihodinamska, suportivna, obiteljska i grupna psihoterapija [26].

5.3. Psihofarmakološko liječenje

Farmakoterapija nije prvi izbor u liječenju depresije u adolescenata, ali ponekad postaje važan i neophodan dio uz psihoterapiju. Da bi liječenje bilo što učinkovitije potrebno je prvo dobro educirati pacijenta o lijeku koji je propisan [26].

Primjena lijekova u liječenju depresivnih stanja rezervirana je za teške depresivne epizode, ponavljajuće depresivne epizode te kada postoje simptomi koji ometaju uspješnost psihoterapije. Prvi izbor lijeka kod liječenja depresije u adolescenata su antidepresivi iz skupine selektivnih inhibitora ponovne pohrane serotonina. Iako je podnošljivost antidepresiva u većini slučajeva dobra, ipak se tijekom primjene mogu razviti nuspojave. Najčešće nuspojave kod djece koja uzimaju antidepresive su:

- mučnina i povraćanje
- nesanica
- agitacija
- glavobolja
- smanjenje apetita
- impulzivnost

Rezistentnost na farmakoterapiju je zabilježena kod 30 do 40% mladih. U tim se slučajevima preporuča nastavak liječenja nekim drugim lijekovima iz skupine SIPPS uz psihoterapiju, upotreba antidepresiva druge linije te ponovno razmatranje dijagnoze i rizičnih čimbenika [2].

5.4. Elektrokonvulzivna terapija

Primjena EKT-a je potrebna kod svih teških depresija sa psihotičnim simptomima i bez njih, a koje nisu dale odgovor na farmakološku terapiju niti u kombinaciji s psihoterapijskim

liječenjem. Proporcija depresivnih bolesnika koji reagiraju na EKT je visoka, tj. 80-90% bolesnika pokazalo je značajno poboljšanje. Provodi se uz informativni pristanak i suglasnost roditelja ukoliko se radi o maloljetnoj osobi. Specifičan tretman obuhvaća 6 do 12 terapija, uz aplikaciju koja je najčešće svakog drugog dana. Nakon EKT potrebno je nastaviti uzimati antidepresive [26].

5.5. Suradljivost adolescenata u psihijatrijskom liječenju

Suradljivost je pojam koji označava u kojoj se mjeri pacijent pridržava terapije i uputa koje mu je propisao liječnik. Suvremena medicina traži da pacijent aktivno sudjeluje u liječenju. Takav oblik suradnje se naziva adherencija. Dakle, tijekom adherencije pacijent i liječnik djeluju zajedno u cilju poboljšanja pacijentova mentalnog zdravlja. Neadekvatna suradnja pacijenta tokom liječenja smanjuje kliničku korist liječenja i cjelokupni uspjeh zdravstvenog sustava. Čimbenici koji utječu na suradljivost su: socioekonomski čimbenici, obilježja samog pacijenta te obilježja bolesti i propisanog lijeka. Adolescenti kao psihijatrijski pacijenti, posebno su zahtjevna skupina pacijenata za postizanje dobre suradljivosti. Od njih se očekuje da sami polako preuzimaju odgovornost za svoje zdravlje, stoga je to vrlo često progresivan proces. Oni će kao i odrasli bolje surađivati u liječenju ukoliko bolest ima potencijalno ozbiljne posljedice, a suradnja će biti slabija ako se radi o preporukama koje imaju manje očitu korist ili ometaju njihov stil života. Do nesuradljivosti u adolescentnoj dobi najčešće dolazi zbog njihova uvjerenja da su svemoćni i neranjivi ili pak zbog straha da budu stigmatizirani i diskriminirani od strane vršnjaka. Čimbenici koji su se pokazali pozitivni u povećanju suradnje kod mladih su:

- pozitivni obiteljski odnosi
- uvjerenje roditelja u ozbiljnost bolesti
- postojanje bliskih prijatelja
- lijekovi koji brzo djeluju- efikasno liječenje
- empatijski odnos i povjerenje između liječnika i adolescenta

Najčešće roditelji, skrbnici ili liječnici nagovaraju ili primoravaju adolescenta da uzima lijekove. Kao maloljetnici nemaju pravo pristanka, što ujedno znači da ne mogu sami prihvatiti ili odbiti liječenje. Pokazalo se da suradljivost u liječenju s obzirom na vrstu psihijatrijskog poremećaja je znatno bolja kod adolescenata koji konzumiraju antidepresive nego onih koji uzimaju antipsihotike. Također su Fontanella i sur. (2011.) ispitivali pridržavanje liječenja antidepresivima prema fazama i utvrdili da 49,5 % mladih surađuje tijekom akutne faze, a samo 21 % surađuje i tijekom faze održavanja. Kao najvažniji čimbenik u postizanju suradnje tijekom

liječenja adolescenata svakako je obitelj. Adherencija je mnogo uspješnija ukoliko su u liječenje adolescenta uključena oba roditelja , a manje je uspješnija kod disfunkcionalne obitelji. Kako bi se poboljšala suradljivost adolescenata u liječenju koristi se metoda kognitivne terapije. Njome se nastoji promijeniti stavove i uvjerenja adolescenta ili njegove obitelji o liječenju. Također se poboljšanje suradnje može postići kontinuiranom i stalnom edukacijom adolescenata i obitelji, kako bi bolje razumjeli bolest i važnost liječenja te posljedice koje bolest ostavlja ukoliko se ne liječi [29].

6. Zdravstvena njega adolescenata oboljelih od depresije

Zadaća medicinske sestre u psihijatrijskoj praksi je razlikovanje prolaznog depresivnog raspoloženja od patološke tuge (depresije) te poznavanju bioloških i socijalno-psiholoških utjecaja na osobu. Normalan proces tugovanja ima svoje faze i traje od nekoliko mjeseci do godinu dana. Sve što je dulje od toga je patološko žalovanje i osobi je potrebna stručna pomoć.
Za pružanje kvalitetne zdravstvene njege medicinska sestra treba biti dobro obrazovana te raditi po načelu holističkog pristupa koje je najvažnije u zbrinjavanju bolesnika oboljelih od depresije. To znači da pacijenta treba promatrati kao cjelovito biće uzimajući u obzir njegove osnovne ljudske potrebe, biološku cjelovitost, te socijalno i kulturalno okruženje. Ostala važna načela u radu sa psihijatrijskim bolesnicima su: poštovanje jedinstvenosti ljudskog bića, privatnost i dostojanstvo, terapijska komunikacija, bezuvjetno prihvaćanje,… Kako bi mogla uspostaviti dobar odnos sa pacijentom važno je da medicinska sestra ima dobro razvijene komunikacijske vještine jer su one preduvjet za bolju suradnju. Glavna joj je zadaća pomoći oboljeloj osobi u obavljanju svakodnevnih aktivnosti sa ciljem smanjenja osjećaja bezvrijednosti i bespomoćnosti. Da bi mogla postići navedeni cilj potrebno je izvršiti sljedeće intervencije:

- osigurati dovoljno vremena za pacijenta
- pružanje empatije i podrške
- izbjegavati vrijednosne sudove, moraliziranja i savjete o tome što bi pacijent trebao odlučiti/činiti u nekoj situaciji
- ne popuštati pred iracionalnim zahtjevima
- osigurati adekvatnu prehranu i tjelesnu aktivnost radi održavanja fiziološke stabilnosti
- pomoći u obavljanju svakodnevnih aktivnosti na način koji podupire osjećaj samopoštovanja
- preusmjeravati negativne misli prema pozitivnim aktivnostima
- pratiti pacijentovo ponašanje radi sprječavanja suicida
- edukacija pacijenta i obitelji o bolesti i načinu liječenja

Obzirom da su adolescenti oboljeli od depresije skloni suicidalnom ponašanju, najvažnije načelo u njihovu zbrinjavanju jest da ih se zaštiti od samoubilačkih poriva. Suicidalnost se ne može sa sigurnošću predvidjeti stoga je nužno sa svakim depresivnim pacijentom sklopiti antisuicidalni ugovor sa ciljem preventivnog djelovanja bez obzira pokazuje li pacijent trenutno suicidalnost. Isto tako je potrebno stvoriti profesionalni odnos povjerenja s mladima kako bi se oni mogli lakše otvoriti i pričati o problemima koji ih muče te bolje surađivati u terapijskom procesu.

Dakle, u psihijatrijskoj praksi medicinska sestra i pacijent (u ovom slučaju adolescent) su partneri tijekom terapijskog procesa [30].

6.1. Sestrinske dijagnoze

Medicinske sestre su oduvijek procjenjivale stanje pacijenata i na osnovi toga donosile zaključke. Međutim, tek prije nekoliko desetljeća se taj proces počeo nazivati sestrinskim dijagnosticiranjem, a zaključci dobiveni time sestrinske dijagnoze [31].

„Sestrinska dijagnoza je aktualan ili potencijalni zdravstveni problem koji su medicinske sestre s obzirom na njihovu edukaciju i iskustvo sposobne i ovlaštene tretirati. „ (M. Gordon, 1982.). One omogućuju medicinskim sestrama da na temelju vlastite procjene i uzete anamneze naprave plan zdravstvene njege. Dakle, sestrinske dijagnoze su sastavni dio plana zdravstvene njege. Kod planiranja intervencija medicinska sestra mora imati znanje i uvid u sve poznate načine rješavanja nekog problema, izabrati najprikladnije sa što manje neželjenih učinaka i u skladu sa svojim kompetencijama. Ciljevi koje postavlja medicinska sestra zajedno sa pacijentom trebaju biti realni (ostvarivi), smisleni i primjenjivi u pacijentovu životu te orijentirani isključivo na bolesnika. I naposljetku, evaluacijom medicinska sestra utvrđuje jesu li i do koje mjere ciljevi ostvareni. Svaka sestrinska dijagnoza obrađuje se po modelu naziv, definicija, definirajuće obilježje te etiološki i rizični činitelji. Među sestrinskim dijagnozama razlikuju se: [31]

- aktualne sestrinske dijagnoze
- visoko rizične sestrinske dijagnoze (potencijalne)
- moguće ili vjerojatne (radne) sestrinske dijagnoze
- povoljne sestrinske dijagnoze
- skupne sestrinske dijagnoze ili sindrom

U zdravstvenoj njezi adolescenata oboljeli od depresije najčešće se primjenjuju aktualne i visokorizične sestrinske dijagnoze. Aktualne sestrinske dijagnoze se formuliraju po PES modelu što znači problem, etiologija i simptom i opisuju prisutan problem koji se prepoznaje na temelju vidljivih obilježja. Visoko rizične dijagnoze se formuliraju po PE modelu te se ne navode simptomi jer još nije došlo do problema. Ovom skupinom dijagnoza se opisuje potencijalna mogućnost nastanka problema kod pojedinca, obitelji ili zajednice s povećanim rizikom ukoliko izostanu preventivne mjere.
Dijagnoze koje mogu biti prisutne kod adolescenata oboljelih od depresije su sljedeće: [31]

- smanjena mogućnost brige o sebi-hranjenje

- smanjena mogućnost brige o sebi-kupanje
- smanjena mogućnost brige o sebi-eliminacija
- smanjena mogućnost brige o sebi-odijevanje i dotjerivanje
- socijalna izolacija
- žalovanje
- visok rizik za samoubojstvo i visok rizik za samoozljeđivanje
- nisko samopoštovanje
- neučinkovito sučeljavanje
- bespomoćnost
- beznađe
- poremećaj misaonog procesa
- smanjen unos hrane
- poremećaj spavanja

6.1.1. **Bespomoćnost**

Ova je dijagnoza definirana kao stanje nedovoljnog ili nezadovoljavajućeg odnosa pojedinca s okolinom [32].

Cilj: Pacijent će neprikladno socijalno ponašanje zamijeniti prikladnim

Intervencije:

- uspostaviti odnos povjerenja s pacijentom i njegovom obitelji
- pružiti podršku i empatiju
- podučiti pacijenta tehnikama suočavanja sa stresom
- podučiti pacijenta socijalno prihvatljivom ponašanju
- nadzirati uzimanje medikamentozne terapije
- uključiti pacijenta u grupnu terapiju
- napraviti plan svakodnevnih društvenih aktivnosti sa pacijentom prema njegovim željama
- ohrabrivati pacijenta na ostvarivanje socijalnih interakcija [32].

Evaluacija: Pacijent se ponaša socijalno prihvatljivo.

6.1.2. **Poremećaj spavanja**

Poremećaj spavanja označava stanje u kojem pojedinac ne može ostvariti svoju potrebu za snom i/ili odmorom [32].

Cilj: Pacijent će spavati 6 sati bez prekida.

Intervencije:

- prepoznati i ukloniti čimbenike iz okoline koji pacijentu otežavaju usnivanje
- izraditi plan dnevnih aktivnosti s pacijentom prema želji
- osigurati pacijentu opuštajuće aktivnosti prije spavanja
- educirati i potaknuti pacijenta da vodi dnevnik spavanja
- preporučiti pacijentu promjenu prehrambenih navika (smanjiti unos kofeina, alkohola te količinu ljute hrane)
- primijeniti propisanu terapiju (lijekovi za spavanje) [32].

Evaluacija: Pacijent je spavao 6 sati bez prekida.

6.1.3. **Socijalna izolacija**

Ova je dijagnoza definirana pacijentovim subjektivnim osjećajem usamljenosti gdje on izražava potrebu i želju za većom povezanosti s drugima, ali nije sposoban ili u mogućnosti uspostaviti kontakt [33].

Cilj: Pacijent će verbalizirati razloge zbog kojih se osjeća usamljeno.

Intervencije:

- uspostaviti terapijski odnos sa pacijentom
- ohrabriti pacijenta da verbalizira svoje osjećaje
- ohrabrivati pacijenta na uspostavljanje međuljudskih odnosa
- educirati pacijenta o asertivnom ponašanju
- pohvaliti svaki napredak u socijalnoj interakciji
- poticati pacijenta da se uključi u grupnu i radno-okupacijsku terapiju [33].

Evaluacija: Pacijent uspješno verbalizira razloge zbog kojih se osjećaja usamljeno.

6.1.4. **Žalovanje**

Žalovanje je emocionalno stanje koje je prisutno kod pacijenta zbog mogućeg ili stvarnog gubitka [33].

Cilj: Pacijent će verbalizirati svoje osjećaje.

Intervencije:

- stvoriti profesionalan empatijski odnos s pacijentom
- poticati pacijenta da se suoči s gubitkom
- potaknuti pacijenta da verbalizira svoje osjećaje
- pružiti podršku pacijentu
- omogućiti česte posjete pacijentu
- podučiti pacijenta metodama distrakcije
- savjetovati pacijentu uključivanje u grupe za podršku[33].

Evaluacija: Pacijent izražava svoje osjećaje.

6.1.5. **Visok rizik za samoozljeđivanje u/s osnovnom bolešću**

Pacijent pokazuje naznake da će se namjerno ozlijediti [32].

Cilj: Pacijent se neće ozlijediti tijekom hospitalizacije.

Intervencije:

- pokazati pacijentu empatiju i prihvaćanje bez osuđivanja
- potaknuti pacijenta na izražavanje svojih osjećaja
- osigurati pacijentu osjećaj sigurnosti
- podučiti pacijenta vještina suočavanja s problemima
- ukloniti čimbenike koji potiču osjećaj straha kod pacijenta
- promatrati pacijenta i reagirati pri najmanjim znakovima uzbuđenosti
- podučiti obitelj pacijenta intervencijama u slučaju pokušaja samoozljeđivanja [32].

Evaluacija: Pacijent se nije ozlijedio tijekom hospitalizacije.

7. Zaključak

Nekada se smatralo da je pojava depresije moguća samo u odrasloj životnoj dobi, no danas je utvrđeno brojnim istraživanjima da je sve veći porast u mlađoj populaciji. To se povezuje sa današnjim ubrzanim načinom života i nedostatkom vremena za razgovor s djecom, gdje se oni povlače u sebe i to često bude (uz ostale rizične čimbenike) okidač za razvoj depresije. Oboljela osoba prolazi tešku duševnu patnju i tugu stoga je važno da se depresija otkrije i liječi što ranije. Karakterizira ju dugotrajno sniženo raspoloženje uz osjećaj žalosti, bespomoćnosti, beznađa i krivnje. U 80% oboljelih od depresije prisutne su suicidalne ideje i/ili pokušaji samoubojstva. Kod adolescenata se teže dijagnosticira jer je adolescencija sama po sebi razdoblje različitih emocionalnih reakcija koje često prekriju sumnju u depresiju. Znatno utječe na svakodnevno funkcioniranje osobe u svim aspektima života te i najmanji zadatak oboljeloj osobi predstavlja napor. Kod adolescenata oboljelih od depresije prisutan je školski neuspjeh, gubitak interesa i volje za hobije i aktivnosti u kojima je dijete do tada normalno uživalo, povlačenje iz društva, izostanci iz škole i sl. Broj ljudi oboljelih od depresije se svake godine sve više povećava te se procjenjuje da će depresija do 2030. godine postati prvi svjetski zdravstveni problem. Uzeći to u obzir, potrebno je više pažnje posvetiti prevenciji depresije te očuvanju i unapređenju mentalnog zdravlja. Kako bi medicinska sestra mogla prepoznati promjene kod depresivnih bolesnika i na vrijeme reagirati treba posjedovati dovoljno znanja. Najvažnije načelo u zbrinjavanju bolesnika oboljelih od depresije je zaštita od samoubilačkih poriva. Za bolju suradnju pacijenta tijekom liječenja važno je imati dobro razvijene komunikacijske vještine, stvoriti profesionalan odnos povjerenja s bolesnikom i pokazati razumijevanje i podršku. U terapijski proces kod adolescenata oboljelih od depresije važno je uključiti i roditelje.

U Varaždinu, 02.10.2020. Anita Sabolić

IZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, Anita Sabolić pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (*obrisati nepotrebno*) rada pod naslovom Depresija u adolescentnoj dobi *(upisati naslov)* te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
Anita Sabolić

Anita Sabolić
(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnost i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, Anita Sabolić neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog rada pod naslovom Depresija u adolescentnoj dobi čiji sam autor/ica.

Student/ica:
Anita Sabolić

Anita Sabolić
(vlastoručni potpis)

8. Literatura

[1] A. Vulić- Prtorić: Depresivnost u djece i adolescenata, Naklada slap, Zadar, 2004.

[2] V. BoričevićMaršanić i sur.: Sva lica dječje depresije – Heterogenost kliničke slike depresije u djece i adolescenata, Zbornik radova za medicinske sestre, XXXIII. seminar, 2016., str. 161-171

[3] N. Vujnović: Depresija u adolescenata i komorbiditet, Diplomski rad, Medicinski fakultet, Split, 2015.

[4] V. Rudan, A. Tomac: Zaštita zdravlja adolescenata -1. dio: Depresija u djece i adolescenata, Medicus, br. 2, 2009., str. 173-179

[5] https://djecja-psihijatrija.hr/depresija-u-djecjoj-i-adolescentnoj-dobi/, dostupno: 02.06.2020.

[6] Ž. Živković: Depresija kod djece i mladih, Tempo, Đakovo, 2006.

[7] https://www.pb-begunje.si/gradiva/Kocmur1351439347169.pdf , dostupno: 05.06.2020.

[8] S. Nikolić, M. Mrangunić i sur.: Dječja i adolescentna psihijatrija, Školska knjiga, Zagreb, 2005.

[9]http://tnative.tportal.hr/pubertet-adolescencija-kod-djecaka-djevojcica/?meta_refresh=1, dostupno: 30.06.2020.

[10]https://core.ac.uk/download/pdf/197811263.pdf?fbclid=IwAR1kGUUwnsYh4ZTjkPTitUDm2PXayp1Pg3XUTRc6I1UzKMMK_SDuTdr0YsU, dostupno: 11.07.2020.

[11] https://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?ID=44557,dostupno:14.07.2020.

[12] M. Đuranović: Obitelj i vršnjaci u životu adolescenata, Napredak, br. 1-2, 2013., str. 31-46

[13] S.Zbodulja: Utjecaj roditeljskih stilova odgoja na ponašanje djeteta, Diplomski rad, Medicinski fakultet, Zagreb, 2014.

[14] D. Karlović: Depresija:klinička obilježja i dijagnoza, Medicus 26, br.2, 2017., str. 161-165

[15]https://www.hzjz.hr/sluzba-promicanje-zdravlja/depresija/, dostupno: 14.07.2020.

[16] Lj. Moro, T. Frančišković i suradnici: Psihijatrija, Medicinska naklada, Zagreb, 2011.

[17] J. Vuković: Depresija i muzikoterapija, Diplomski rad, Muzička akademija, Zagreb, 2019.

[18] N. Mimica, V. Folnegović-Šmalc, S. Uzun, G. Makarić: Suvremena klasifikacija depresije i mjerni instrumenti, Medicus, br.1, 2004., str. 19-29

[19]https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4357333/, dostupno: 18.07.2020.

[20] L. Ladić: Depresija u djece i adolescenata, Zdravstveni glasnik, br. 2, 2019., str. 75-85

[21] L. Šimunić, D. Jezernik:Anhedonija u depresivnoj epizodi, Obilježja anhednije u osoba s depresijom te usporedba anhedonije s nikotinskom ovisnošću u depresiji, shizofreniji i kontrolnoj skupini, Diplomski rad, Medicinski fakultet, Zagreb, 2019.

[22] L. Jembri: Depresija kod djece i mladih, Diplomski rad,Učiteljski fakultet, Petrinja, 2017.

[23] https://www.cybermed.hr/clanci/suicidalno_ponasanje, dostupno: 29.07.2020.

[24]https://www.poliklinika-djeca.hr/aktualno/rijec-ravnateljice/porast-suicida-djece-i-mladih-kako-prepoznati-problem-i-kako-pomoci/, dostupno: 29.07.2020.

[25] https://djecja-psihijatrija.hr/samoubojstvo-kod-mladih/, dostupno: 30.07.2020.

[26] Hrvatsko društvo za afektivne poremećaje HLZ-a, Hrvatsko društvo za kliničku psihijatriju HLZ-a, Hrvatsko psihijatrijsko društvo: Kliničke smjernice za liječenje depresivnog poremećaja

[27] V. Štalekar: O umjetnosti i psihoterapiji, Socijalna Psihijatrija, br. 3, 2014., str. 180-189

[28] R. Gregurek: Depresivni poremećaji: Psihoterapija depresija, Medicus, br.1, 2004., str. 95-100

[29] K. Franjić, E. Oštarijaš , A. Kaštelan: Suradljivost adolescenata u psihijatrijskom liječenju, br. 1, 2020., str. 26-34

[30] B. Sedić, Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika, Zdravstveno veleučilište, Zagreb, 2006.

[31] G. Fučkar: Uvod u sestrinske dijagnoze, Hrvatska udruga za sestrinsku edukaciju, Zagreb, 1996.

[32] D. Abou Aldan, D. Babić, M. Kadović, B. Kurtović, S. Režić, C. Rotim, M. Vico: Sestrinske Dijagnoze III, Hrvatska komora medicinskih sestara, Zagreb, 2015.

[33] M. Kadović, D. Abou Aldan, D. Babić, B. Kurtović, S. Piškorjanac, M. Vico: Sestrinske dijagnoze II, Hrvatska komora medicinskih sestara, Zagreb, 2013.

Popis slika

Slika 2.1.: Prikaz tjelesnog razvoja u djevojčica i dječaka.....3
(Izvor: http://tnative.tportal.hr/pubertet-adolescencija-kod-djecaka-djevojcica/?meta_refresh=1) 3
Tablica 4.1.1. Razlike simptoma depresije u odraslih i adolescenata 16
(Izvor: autor A.S.).....16

Popis tabela

Tablica 4.1.1. Razlike simptoma depresije u odraslih i adolescenata 16
(Izvor: autor A.S.).....16