

Depresija u adolescenciji

Štampf, Nikolina

Undergraduate thesis / Završni rad

2019

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Bjelovar University of Applied Sciences / Veleučilište u Bjelovaru**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:144:229536>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-07**



Repository / Repozitorij:

[Repository of Bjelovar University of Applied Sciences - Institutional Repository](#)



VELEUČILIŠTE U BJELOVARU
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVO

DEPRESIJA U ADOLESCENCIJI

Završni rad br. 36/SES/2019

Nikolina Štampf

Bjelovar, listopad 2019.



Veleučilište u Bjelovaru
Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Kandidat: **Štampf Nikolina**

Datum: 15.05.2019.

Matični broj: 001621

JMBAG: 0314015895

Kolegij: **PSIHIJARIJA I MENTALNO ZDRAVLJE**

Naslov rada (tema): **Depresija u adolescenciji**

Područje: **Biomedicina i zdravstvo**

Polje: **Kliničke medicinske znanosti**

Grana: **Sestrinstvo**

Mentor: **dr. sc. Marija Kudumija Slijepčević**

zvanje: **viši predavač**

Članovi Povjerenstva za ocjenjivanje i obranu završnog rada:

1. Gordana Šantek-Zlatar, mag.med.techn., predsjednik
2. dr. sc. Marija Kudumija Slijepčević, mentor
3. Ksenija Eljuga, dipl.med.techn., član

2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 36/SES/2019

Edukacija populacije kao i zdravstvenih radnika o afektivnim poremećajima ključna je u prevenciji suicida. Medicinske sestre imaju neizostavnu ulogu u ranom prepoznavanju kliničke slike depresije, posebno u osjetljivoj populaciji adolescenata, kod kojih postoje specifičnosti, nepoznavanje kojih vrlo često dovodi do pogubnih posljedica. U preglednom radu studenica će:

- prikazati etiologiju i kliničku sliku depresije u kontekstu i ostalih afektivnih poremećaja
- prikazati specifičnosti tog afektivnog poremećaja u adolescenciji te detaljno opisati razlike i manifestacije bolesti u odnosu na druge kategorije bolesnika
- prikazati moguće uloge medicinske sestre u prevenciji i tretmanu adolescenata sa kliničkom slikom depresije

Zadatak uručen: 15.05.2019.

Mentor: **dr. sc. Marija Kudumija Slijepčević**



Zahvala:

Sretna sam što je konačno došao kraj ispitima, iako znam da će mi to na kraju ipak nedostajati. Željela bih se zahvaliti svojim roditeljima, bratu, sestri i dečku koji su vjerovali da ću uspjeti, bili mi podrška te mi omogućili da dođem do ovoga što jesam jer bez njih ništa ne bi bilo tako kao što je danas, niti bih ja sada bila tu gdje jesam.

Također bih se željela zahvaliti svim profesorima Veleučilišta u Bjelovaru što su me puno toga naučili i kad god su mogli izašli su nam u susret, a posebno hvala mojoj mentorici dr. sc. Mariji Kudumiji Slijepčević, bez koje ništa od svega ovoga ne bi bilo moguće, što mi je pomogla oko izrade ovog završnog rada i savjetovala me prilikom njegove izrade.

SADRŽAJ

1. UVOD	1
2. CILJ RADA	2
3. METODE	3
4. DEPRESIJA U ADOLESCENCIJI	4
4.1. Povijest depresivnog poremećaja.....	5
4.2. Epidemiologija.....	6
4.3. Simptomi depresije kod adolescenata.....	10
4.4. Dijagnoza i klasifikacija.....	15
4.4.1. Veliki depresivni poremećaj.....	16
4.4.2. Distimija.....	19
4.4.3. Bipolarni poremećaj.....	20
4.5. Liječenje depresije.....	21
4.5.1. Psihoterapija.....	21
4.5.2. Antidepresivi.....	22
4.6. Krizna stanja u adolescenciji.....	24
4.7. Adolescencija i suicidalnost.....	24
4.8. Uloga medicinske sestre/ tehničara.....	26
4.9. Sestrinske dijagnoze, ciljevi i intervencije.....	27
5. ZAKLJUČAK	30
6. LITERATURA	31
7. OZNAKE I KRATICE	34
8. SAŽETAK	35
9. SUMMARY	36

1. UVOD

Adolescencija je period života koji se proteže otprilike od 9. godine i završava najkasnije u 24. godini života. Dobne se granice adolescencije sve više šire, te tako svake godine adolescencija započinje sve ranije i sve kasnije završava. Razlog tome je što se produljuje period školovanja, koji u rijetkim slučajevima završava prije navršene 24. godine života, a samim time se onda i uvijeti za samostalan život stječu kasnije (1).

Depresija predstavlja najčešći oblik psihičkog poremećaja. Tipična obilježja depresije su žalost, neraspoloženje, utučenost, slabost. Osobi nedostaje poticaja, nije sigurna u sebe, osjeća se bevrijedno, beznadno, besmisleno, bezvoljno, a uz sve to često se pojavljuju i nemir i tjeskoba, poremećaji apetita, nedostatak energije, dolazi do gubitka tjelesne težine, smanjenja libida, prisutne su smetnje sna, teškoće s koncentracijom, bolovi te samoubilačke misli.

Međutim, mnoge te teškoće i nabrojena čuvstvena stanja doživljavaju svi ljudi. Kada se ta stanja ne protežu kroz duži vremeski period ili nisu izuzetno snažna, ona čine normalne reakcije na gubitak, razočarenje, neuspjehe, razdoblja obilježena pomanjkanjem ciljeva, osmaljenošću i iscrpljenošću. Nažalost, kada dolazi do prekoračenja te tanke granice između normalnih reakcija i simptoma koji se smatraju klinički važnima za depresivni poremećaj, još je uvijek nerazriješeno pitanje (2).

Depresija predstavlja psihički poremećaj koji utječe na psihološko, tjelesno i socijalno funkcioniranje osobe. U tom stanju osoba sebe negativno vrednuje, iskustvo se negativno prerađuje i postoji negativan pogled na budućnost (3).

Depresija se može javiti u obliku simptoma ili u obliku sindroma kroz razne psihijatrijske poremećaje ili samostalno kao entitet. Na razini simptoma to je patološko raspoloženje, koje se kvantitativno i kvalitativno bitno razlikuje od tuge i tužnog raspoloženja. Depresiju kao sindrom čine različite kombinacije somatskih, psihičkih i psihomotornih simptoma koji se prezentiraju različitim intenzitetom (4).

2. CILJ RADA

Cilj ovog rada je opisati depresiju kod adolescenata, kliničku sliku, dijagnozu, mogućnosti liječenja te ukazati na sve češću i raniju pojavu depresije u društvu.

Skrenuti pozornost na to da depresija ne zahvaća samo odraslu dob, već kako se ona može pojaviti i tijekom mladosti, te prikazati specifičnosti prepoznavanja depresije u adolescenciji.

3. METODE

Za izradu završnog rada *Depresija u adolescenciji* korištena je stručna i znanstvena literatura temeljena na znanjima iz područja psihijatrije i psihologije iz Gradske knjižnice grada Bjelovara. Korišteni su stručni radovi iz baze repozitorija i Google znalca te internetske stranice.

4. DEPRESIJA U ADOLESCENCIJI

Hall je 1904. godine adolescenciju opisao kao stanje bure i stresa, čime se želi naglasiti koliko je složen, dinamičan i ključan ovaj razvojni period. Adolescenti sve moraju probati i iskusiti te počinju eksperimentirati sa drogama, alkoholom, hranom, idolima, seksom... Mijenjaju vanjski izgled te pokušavaju sebe prikazati drugačijima od drugih kako bi izgledali jedinstveno. Time adolescent na neki način „preslaže sebe“, dok u svojoj nutrini osjeća strah i kaos. Odrastanje nije nimalo lagan proces. On u adolescentima pokreće lavinu tjeskobe, nesigurnosti, straha, srama i neraspoloženja dok roditelji zahtjevaju pronalaženje načina kako bi se adolescenti zaštitili od navale neobičnih i novih osjećaja. Samopoštovanje adolescenta je veoma ugroženo, a samim time i lako ranjivo. Na prvi pogled prilagođeno i komforno ponašanje adolescenta, ne mora uvijek označavati dobro mentalno zdravlje. To ponašanje može biti i izraz pasivnog podvođenja na zahtjeve okoline, a to nije osobina koja vodi prema zdravoj, socijalnoj i odgovornoj zreloj ličnosti (5).

Depresija nije neozbiljan psihički poremećaj koji čini samo pad raspoloženja i povremeni trenutci potištenosti. Često se pitamo kako napraviti razliku između neozbiljnih simptoma i toga da je zapravo u pitanju depresivni poremećaj. O poremećaju se radi onda kada zbog depresivnih simptoma dolazi do negativnih posljedica na svakodnevno djetetovo funkcioniranje i to utječe na učenje, rad, funkcioniranje u obitelji i društvu. Ako se ne krene sa postupkom liječenja, depresija dovodi do velikih problema u obitelji, školi, problemima sa vršnjacima, potiče na zlorabe i ovisnost o alkoholu i drogama, a zbog nje može čak doći i do tragičnih događaja kao što su nasilje ili samoubostvo. Adolescentsko doba je zahtjevno, ali mnogi mladi uspiju uspostaviti ravnotežu između strahova koji su normalni za to razdoblje i dobrih prijateljstava, snažnog osjećaja pri kojem dolazi do razvoja vlastitog identiteta, uspjeha u školi i drugih aktivnosti. Ako ponekad nastupi loše raspoloženje i nastane burna emocionalna reakcija, ne treba se brinuti jer je to normalni dio adolescencije, međutim, depresija je nešto drugo i kada do nje dođe, treba reagirati.

Dok odrasli imaju sposobnost da sami potraže pomoć, kod mladih to nažalost, nije tako. Oni se najčešće moraju osloniti na svoje roditelje o kojima ovise, na nastavnike te druge osobe koje skrbe o njima kako bi prepoznali njihovu patnju i pružili im potrebno liječenje. Ono što odgovoran roditelj prvo može učiti je informirati se o simptomima depresije kod mladih, te ako uoči prve znakove, obratiti se za pomoć stručnjacima. Razgovor o problemu te pružanje podrške čini početak oporavka djeteta (6).

Stopa depresivnosti naglo se povećava ulaskom u adolescenciju. Adolescenti kod kojih su prisutni poremećaji raspoloženja imaju povećan rizikom za kasniji recidiv. Depresija u adolescenciji predviđa mnoge negativne ishode: akademske probleme, bračne poteškoće, nezaposlenost, poteškoće u braku, delikvenciju, zlouporabu droga, hospitalizaciju (zbog problema sa somatskim zdravljem), prometne nesreće, privođenja i sudske kazne. Mnoga istraživanja pokazuju kako u neprijateljskoj obiteljskoj okolini, u kojoj nema topline i podrške, te u kojoj postoji mnogo sukoba i kritičnih interakcija postoji povezanost s depresivnom simptomatologijom i depresivnim poremećajem. Isto tako, kronični interpersonalni stres, koji je prisutan u obitelji ili u vršnjačkim odnosima, negativno je povezan s emocionalnom dobrobiti djece. Istraživanjem je utvrđeno kako je u odnosu depresivnih osoba sa roditeljima prisutno mnogo više zlostavljanja, odbacivanja, manjka topline i tolerancije, nego što je to slučaj u odnosu nedeprativnih osoba s njihovih roditelja (7).

Razdoblje adolescencije specifično je zbog intenzivnih promjena koje su zastupljene u svim aspektima razvoja. Adolescenti su ugrožena skupina u slučaju poremećaja u ponašanju jer su neiskusni, imaju naglašene potrebe za istraživanjem, fragmentarno znanje i često iskrivljene informacije, iluzije neranjivosti te posjeduju snažan vršnjački pritisak. Kod djevojčica je dva puta više izražena vjerojatnost za razvoj depresivnih stanja nego što je to kod dječaka. Treba znati da se depresija različito očituje kod dječaka i djevojčica. Kod dječaka depresivnost se očituje putem impulzivnog i agresivnog ponašanja, dok se kod djevojčica ona očituje povlačenjem u sebe i depresivnim raspoloženjem (8).

Internalizirani problem štete onoj osobi kod koje su prisutni. Osjećaji koji okupiraju osobu s internaliziranim problemima jesu napetost, sramežljivost, interferiornost i tuga. Omladina kod koje se prisutni internalizirani problemi često se ponaša pretjerano kontrolirano, pojačava se socijalna povučenost, potreba za pažnjom, a kod osobe se javlja osjećaj bezvrijednosti ili inferiornost prema drugim osobama koja često vodi prema ovisnosti o prisutnosti i pomaganju okoline. Adolescenti kod kojih dolazi do pojave internaliziranih problema češće se ponašaju destruktivno i negativno prema sebi umjesto okolini. Ti simptomi internaliziranih problema često vode u depresiju i anksioznost (9).

4.1. Povijest depresivnog poremećaja

Depresija spada u poremećaje raspoloženja te čini jedan od najranije opisanih poremećaja u medicinskoj povijesti. O njoj se govorilo već u antičkim vremenima. Ime potiče od latinske riječi *deprimere*, što znači potisnuti, pogurati prema dolje. Postoje mnoge povijesne zablude o depresiji.

Na početku se govorilo kako je to poremećaj koji se ne može uspješno tretirati te je predstavlja kaznu koju je osoba sama zaslužila. To je bio znak slabosti i moralne izopačenost (10).

U Ebersovu papirusu koji je nastao 3000.p.n.e. spominju se promjene raspoloženja u vidu depresivnog ili bipolarnog poremećaja (4).

Godine 1500. p.n.e. na jednom od egipatskih papirusa zapažena je rasprava mudraca koji tvrde kako „duša postaje teška uz očuvana sjećanja“. Još u Starom zavjetu kraj Šaul opisuje iskustvo depresije koju mu je ublaživao David tako što mu je svirao harfu. Postoji i Hipokratova humoralna teorija u kojoj govori o nastanku melankolije. Uzroke bolesti tražio je u promjenama odnosa među značajnim sastojcima organizma te možemo reći kako je po svom načinu razmišljanja o etiologiji depresije bio preteča biologijske teorije nastanka depresije. Hipokrat je smatrao da melankolija nastaje zbog utjecaja crne žući i flegme na mozak, na način da „zatamnjuje dušu i čini ju melankoličnom“ (11).

Godine 1621. engleski svećenik Robert Burton opisivao je do detalja psihološke i socijalne uzroke koji su povezani s melankolijom u svom djelu „Anatomija melankolije“ (10).

Jean-Étienne-Dominique Esquirol opisuje melankoliju kao bolest koja je vezana uz raspoloženje. Kahlbaum je depresiju i maniju opisao kao jednu bolest koja ima faze depresije i manije. Kod prognostički težih slučajeva upotrijebio je pojam *vesania typica circularis*, dok je one prognostički lakše nazvao ciklotimija. Emil Kraepelin je manično-depresivnu psihozu razdvojio od slučajeva shizofrenije. Eugen Bleuler smatrao je kako manično-depresivna psihoza i shizofrenija čine cjelinu. U Švicarskoj, tijekom pedesetih godina dvadesetog stoljeća, Roland Kuhn otkriva prve rezultate u kojima je imipramin učinkovit u liječenju depresije (4).

4.2. Epidemiologija

U pojavi depresije zadaću mogu imati osobna povijest, geni, okolinski stresori te biokemijski poremećaji. Medicinska istraživanja ukazuju na disbalans neurotransmitera (moždanih kemijskih prijenosnika) s kojima može biti povezan nastanak depresije (12).

Učestalost depresije se u posljednjim desetljećima sve više povećava i počinje zahvaćati sve mlađe skupine ljudi. Smatra se kako će se depresivna epizoda pojaviti kod 1-2 osobe na svakih 100

ljudi. Vjerojatnost da će tijekom života oboljeti od depresije kod žena iznosi 26%, a kod muškaraca 12% (2).

Depresija češće zahvaća žensku populaciju. Omjer žena i muškaraca je 2:1, što čini pojavnost depresije duplo češćom kod žena. Kod žena je depresija povezana sa seksualnim i fizičkim nasiljem koje provode muškarci, ali i s niskim socioekonomskim statusom te velikim brojem djece u obitelji. Žene ne doživljavaju više stresnih događaja od muškaraca, ali one manje od muškaraca koriste suočavanje koje usmjereno prema problem i stoga dolazi do razvoja depresije (3).

Depresija se pojavljuje u svakoj životnoj dobi. U prijašnjim ispitivanjima najveća učestalost obolijevanja od depresije utvrđena je između 30. i 40. godine života, dok je u novijim istraživanjima pronađen pomak prema mlađoj životnoj dobi, gdje je učestalost obolijevanja najveća između 18. i 25. godine života. Rizik obolijevanja predstavlja također i stanje u obitelji pa tako ranije obolijevaju osobe koje nemaju nikog bliskom kome se mogu povjeriti te osobe koje su rastavljenje. Američko epidemiološko istraživanje (Epidemiological Catchment Area Study) utvrdilo je kako najnižu učestalost obolijevanja od depresije imaju osobe koje su u braku, imaju više obrazovanje, sigurnije zaposlenje ili profesionalni položaj te osobe koje žive u manjim gradićima ili manjim mjestima (2).

U Republici Hrvatskoj je 2002. godine zbog depresivnih poremećaja kod odrasle populacije 3 755 ljudi hospitalizirano i 136 272 dana liječeno u bolnici te time zauzimaju 3. mjesto po broju i trajanju hospitalizacija iz skupine duševnih poremećaja. Pomalo sad već zastarjela istraživanja govore kako incidencija depresije kod predškolske djece iznosi 0,9%, kod školske djece 1,9%, a kod adolescenata 4,7%. Novija istraživanja govore kako se 10% djece u zapadnim zemljama može svrstati u skupinu oboljelih od klinički značajne depresije (13).

Svjetska zdravstvena organizacija depresiju ističe kao treći najveći svjetski problem u svijetu te predviđa kako će 2020. godine zauzeti drugo mjesto (2).

Činjenica koja uvelike zabrinjava je što se većina depresivnih osoba ne obraća za pomoć. Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije više od 60% depresivnih slučajeva nije prepoznato, dok velika većina kod kojih je postavljena dijagnoza, nije primjereno liječena jer su prerano prekidali sa uzimanjem antidepresiva ili su uzimali manje doze od terapijskih. Činjenica koja uvelike zabrinjava je kako je samo 18% pacijenata kod kojih je otkrivena depresija dobilo

pravu terapiju, u pravoj dozi i trajanju. Na sreću, napretkom medicine situacija se polako mijenja (14).

Do 1960. godine depresija je bila stanje koje nije baš bilo uobičajeno, te je u pravilu pogađala žene u srednjim godinama. Na početku 60-ih godina, depresija je postala mnogo češća pojava. Sada je depresija u skupini mentalnih poremećaja postala toliko česta i uobičajena, da je se može poistovjetiti sa uobičajenošću obolijevanja od prehlade, a žrtve koje prvi put pogađa jesu srednjoškolci koji su tek krenuli u srednju školu, međutim, ponekad napada čak i ranije.

Još početkom dvadesetog stoljeća smatralo se kako se depresija ne može pojaviti kod djece. Međutim, danas sa sigurnošću znamo kako se može pojaviti kod djece, te se nažalost, sve češće javlja sve ranije i ranije. Na Sveučilištu u Bremenu studija je utvrdila kako je 18% od ispitanih 1000 mladih osoba patilo od depresije. Istraživanje u kantonu Zürich u Švicarskoj pokazuje da oko 8% mladih pati od anksioznosti (tjeskobe) i 5% od depresije koje ih toliko ometaju u snalaženju u uobičajenim životnim aktivnostima da im je potreban tretman. Stručnjaci misle kako u Njemačkoj mlijun djece i mladih ima psihičke problem, a najviše su u porastu anksioznost i depresija. U Austriji smatraju kako je svaka deseta mlada osoba ugrožena depresijom. Iz medija također možemo saznati o naraslom problem depresije kod mladih. U članku “Zašto se ubijaju djeca?”, koji je objavljen 2.12.2002.g. u “Slobodnoj Dalmaciji” stoji kako je u splitsku bolnicu 2002. godine dovezeno desetoro djece koja su si pokušala oduzeti život. Na pitanje otkud toliko depresije u mladoj dobi, Seligman odgovara da je krivac odgoj – u obitelji, školi, te općenito u društvu. Prema Seligmanu, suvremeno društvo ima takav stav kojim pokušava “ukloniti” “štetne” osjećaje poput tuge, tjeskobe ili srdžbe. Ti osjećaji nas pokreću da promijenimo situaciju u kojoj se ne osjećamo “dobro”. Kod suvremenog odgoja ne dolazi do poticanja na upornost kod neuspjeha. Martin Seligman smatra kako djecu treba učiti da savladavaju male neuspjehe prema putu do cilja. Dijete koje se suočava sa neuspjehom doživljava neugodne osjećaje poput tuge, ljutnje, tjeskobe... Situaciju neuspjeha možemo riješiti ili tako da odustajanjemo ili da uložimo veći napor kako bi promijenili naše aktivnosti i postigli cilj koji želimo. Takvoj upornosti je potrebno poučiti dijete. Seligman također navodi pesimizam kao podlogu za razvoj depresije.

Kognitivni psiholozi smatraju kako je depresivnost posljedica do koje dolazi zbog kombinacije negativnog iskustva i negativnog atribucijskog stila tj. negativne interpretacije događaja. Djecu ne trebamo zaštititi od neuspjeha već ih naučiti kako da ga interpretiraju . Neuspjeh

trebaju interpretirati kao nešto što je moguće promijeniti, te da se on ne odnosi na sve što poduzimamo i da ovisi o nama samima. Djeca mogu učiti i od drugih – obitelji, prijatelja, učitelja... kako mogu objasniti svoje uspjehe i neuspjehe. Zbog toga kada govorimo o svojim neuspjesima ili uspjesima moramo paziti kako to činimo. Također je važno i kako kritiziramo dijete. Ako želimo govoriti o uzrocima koji se odnose na dijete, te uzroke ne trebamo pretvarati u njegove karakteristike, nego trebamo govoriti o ponašanju. Npr. ne treba reći djetetu kako je neuredno, već mu reći: “Trebaš stavljati svoje stvari tamo gdje im je mjesto.” Zabrinjavajuća je činjenica kako postoje mnogi rizični faktori zbog kojih dolazi do povećavanja vjerojatnosti za razvoj depresije kod djece i mladih, a što je veći broj tih faktora, opasnost od depresije je veća.

Rizičnim se faktorima smatra “težak” temperament (koji označava tendenciju povlačenja, slabo prilagođavanje, negativne emocije i dr.), sniženo samopoštovanje, problem u odnosu s roditeljima, psihološki problem unutar obitelji itd. Razvoj poremećaja može potaknuti neki stresni događaj s kojim se dijete nije u stanju suočiti. To mogu biti smrt drage osobe, gubitak “krova nad glavom” ili prijatelja, loš uspjeh u školi i zlostavljanje. “Zaštitni faktori” tj. faktori koji utječu na zdrav razvoj i sprječavaju daljnje pogoršanje jesu: briga roditelja za svoje dijete, djetetovo ubjeđenje u vlastite kompetencije (“Ja to mogu!”), socijalne vještine i efikasne strategije suočavanja sa stresom (15).

Depresija se kod mladih pojavljuje mnogo više i svakodnevnije nego što ljudi misle i to je činjenica. Javlja se u otprilike 2% djece, a omjer dječaka i djevojčica je podjednak. U adolescenciji se depresija razvije kod približno 4-8% mladih, a omjer između dječaka i djevojčica iznosi 1:2. Srećom, depresija se može izliječiti i postoje mnogi načini kojima se mladoj osobi može pomoći. Međutim, samo se 1 od 5 depresivnih osoba liječi (6).

Tijekom posljednjih godina sve je veći porast depresije u adolescentskom uzrastu. Horowitz, Garber i Webb navode kako je u prosjeku 18 do 20% adolescenata doživjelo depresivnu epizodu do navršetka svoje osamnaeste godine.

U etiologiji je naglasak stavljen na ubrzanje bioloških promjena i socijalnih odnosa. Biološke čimbenike uključuje utjecaj spolnih hormona te disregulacija serotogeničkih i noradreneričkih sustava. Naglašen je i utjecaj genetskog nasljeđa tj. nasljednost kao karakteristika koja je odgovorna za veliki depresivni poremećaj koji iznosi između 40 i 60%. Iskazuje se time da je osoba pod

pritiskom stresne situacije sklonija reagirati depresivnim simptomima. Značajan biološki čimbenik u pubertetu je disregulacija hipofizno-hipotalamično-adrenalne osi (HPA-os) koja luči pojačane razine kortizola. Time se mijenja funkcija monoaminskih transmitera što uzrokuje pojavu depresije. Steiner i suradnici navode da su djevojke u pubertetu puno više osjetljive na disregulaciju HPA-osi, jer ženski spolni hormon utječe na njezin rad, a on se u toj dobi pojačano luči. Mozak adolescenta odlikuje jak sustav nagrađivanja koji se naziva nucleus acumbens, nerazvijeni prefrontalni korteks i slab sustav odgovoran za izbjegavanje problema, nazvan amigdala. Kako se prefrontalni korteks u kasnoj adolescenciji razvija, emocije se bolje reguliraju, a samim time dolazi i do razvijanja veće otpornosti na stresne događaje koji mogu uzrokovati depresiju (16).

4.3. Simptomi depresije kod adolescenata

Kod depresivnog adolescenta mogu se uvidjeti simptomi koji su znatno sličniji odraslima. Simptome depresije u adolescentskoj dobi, često prikrivaju razni oblici odstupanja u ponašanju poput: otpora koji se posebice javlja prema autoritetima, agresija, te kršenje normi i pravila ponašanja (13).

Depresivnost se s obzirom na simptome može podijeliti u četiri osnovne grupe simptoma: emocionalne, tjelesne, kognitivne i bihevioralne simptome.

Emocionalni simptomi koji na emocionalnom planu općenito opisuju depresivnost su obeshrabrenost, utučenost te tužno i beznadežno raspoloženje. Depresivni simptomi koji su najčešće opisani jesu disforija (negativno raspoloženje različitog intenziteta) i anhedonija. Disforično raspoloženje ili disforija je često povezana s osjećajem manje vrijednosti i gubljenjem povjerenja u vlastite kompetencije, dok anhedoniju predstavlja manjak ugođe i uživanja u aktivnostima u kojima je do tada osoba uživala i s veseljem i lakoćom ih radila. U 80% slučajeva adolescenata koji su depresivni primjećuje se istovremena pojava žalosti i ljutnje. Depresivna djeca češće tu ljutnju usmjeravaju prema sebi ili prema nekim objektima koji nisu prikladni, dok je kod nedeprativne djece ljutnja izražena prema prikladnim objektima ili prema van. Visoke razine potisnute ljutnje predstavljaju rizik za suicidalno ponašanje adolescenata. Depresivno se raspoloženje najčešće javlja u kombinaciji s drugim negativnim emocijama, stoga adolescent često odjednom prođe kroz sva tri emocionalna stanja: iritabilnost, depresivno raspoloženje i anksioznost. Simptomi anksioznosti koje depresivna djeca najčešće pokazuju jesu: separacijski problemi, prevelika zabrinutost, preokupiranje neuspjesima koji su već prošli te velik broj somatskih simptoma anksioznosti.

Emocionalni simptomi:

- dosada
- osjećaj ispraznosti
- ljutnja, srdžba, razdražljivost, pretjerani izljevi bijesa
- tužno, utučeno, obeshrabreno raspoloženje
- gubitak spontanosti
- osjećaj krivnje
- anksioznost i očekivanja negativnih ishoda
- nagle promjene raspoloženja, najgore raspoloženje zamijećeno ujutro

Tjelesni ili somatski simptomi depresivnosti obuhvaćaju poremećaje različitih tjelesnih funkcija kao što su: smetnje prilikom spavanja u vidu inicijalne insomnije, središnje insomnije, terminalne insomnije, hipersomnije, značajno smanjenog ili povećanog apetita, bolova u trbuhu, umora, itd. Inicijalna insomnija obuhvaća probleme prilikom uspavljivanja, kod središnje dolazi do buđenja tijekom noći, kod terminalne do preranog buđenja, a kod hipersomnije osoba spava predugo. Međutim, kod nekih slučajeva to može biti oblik obrambenog ponašanja npr. kod djece koja doživljavaju neugodu u školi, simptomi na tjelesnom planu mogu im omogućiti izbjegavanje te neugodne situacije i tako im priskrbiti pojačanu brigu i pažnju roditelja. Oscilacije tjelesne težine postaju značajnije kod starijih adolescenata koji su depresivni. Tjelesni simptomi u većini su slučajeva vezani za druge poremećaje u adolescenciji pa ih ne možemo specifično odrediti samo za dijagnozu depresije.

Tjelesni simptomi:

- glavobolje i bolovi
- manjak energije i umor
- pospanost ili hipersomnija
- insomnija
- uvelike smanjen ili povećan apetit
- smanjenje učinkovitosti
- poteškoće kod obavljanja svakodnevnih aktivnosti

Kod kognitivnih simptoma obično se zamjećuju teškoće prilikom koncentriranja i ispunjavanja školskih obaveza, osobno omalovažavanje, nisko samopoštovanje i samookrivljavanje. Depresivna djeca opisuju sve u negativnom terminu: njih, svijet oko njih i njihovu budućnost. Imaju doživljaj da ih socijalno okruženje (obitelj, vršnjaci i dr.) ne podržava, da se prema njima ponašaju neprijateljski ili indiferentno te da ih pretjerano kritizira. Kognitivni simptomi se opisuju kao simptomi koji prethode depresivnosti, kao moderatori tj. oni koji mogu pojačati ili ublažiti utjecaj negativnih stresnih događaja; kao simptome patološkog procesa, kao zaštitne i kao rizične faktore. To se može objasniti na primjeru samopoštovanja gdje djeca koja imaju nisko samopoštovanjem pokazuju sklonost prema depresivnosti, prijetnje samopoštovanja dovode do depresivnosti, a kod povećanja samopoštovanja, depresivnost se smanjuje.

Drugi kognitivni simptomi je beznadnost. Karakterizirano je negativnim očekivanjima koja će se događati u budućnosti. Beznadnost je najčešće kod adolescenata opisana sljedećim riječima: „Budućnost mi se ne čini jasna i jako me zbunjuje. Ništa ne ide i ne događa se onako kako bih ja želio.“ Simptomi bespomoćnosti se javljaju u onim situacijama kada dijete ne može kontrolirati događaje koji se događaju u njegovom vlastitom životu te kada očekuje da tu kontrolu neće moći uspostaviti niti u budućnosti. Ta se djeca ponašaju pasivno te se ponekad u potpunosti prepuštaju situaciji. Nisko samopoštovanje, bespomoćnost i beznadnost, zajedno s ljutnom simptomima su koji su se pokazali izuzetno važnima kod slučajeva adolescentske suicidalnosti. Ostali kognitivni simptomi koje možemo primjetiti kod depresivnog adolescenta jesu problemi u koncentraciji i greške pri zaključivanju. Roditelji i nastavnici najčešće primjete probleme koji se pojave u školi (17).

Roditelji trebaju znati da životne i sudbinske okolnosti smanjuju sklonost za samoubojstvom, dok je razmaženost pospješuje jer tada izdržljivost ima ograničenu moć. Zbog toga se treba što više potruditi oko odgojnog stila. Mnoga djeca imaju prema sebi pretjerane pretenzije za savršenost, mjerilo za „biti vrijedan“ im je nedostižno visoko te se dugo osjećaju na način koji je za njih nepodnosiv tj. osjećaju se nepodnosivo bezvrijednima, grešnima i prije nego se u njima rodi misao za samoubojstvom. Imaju preopterećenu unutrašnju kontrolu funkcija te im životna radost izgleda ponekad posve zazidana. S tom djecom je potrebno ponovno uvježbati pravo na život koje je do tada bilo lišeno svakog uspjeha.

Skлонost za samoubojstvom može se povećati i zato jer mladi ne nalaze odgovore za smislo života. Tu veliku ulogu ima utjecaj medija. Ti negativni utjecaji mogu pojačati lateralnu

depresiju adolescenta u tolikoj mjeri da izazovu samoubilačko beznade budućnosti te životni pesimizam. Roditelji pri tome imaju veliku ulogu te bi trebali takvo indiktrinirano odbijanje života pravovremeno i što ranije suzbijati. Roditelji bi svoju djecu trebali naučiti da u opće uobičajene životne pretpostavke spada da se ne zna da li za njih ima budućnosti, da je život načelno i uvijek bio pun opasnosti, ali da ipak postoji nada te da svatko treba razvijati svoje nadarenosti i pomagati da se svijet oblikuje i razvija. Međutim, roditelji ne mogu samo pripovijedanjem postići uspjeh već je potrebno da sudoživljavaju s djecom tijekom cijelog djetinjstva i adolescencije. Pomoću takvog pristupa djeci se osigurava zaštita od umora života i uz to vezane dezorijentacije (18).

Kognitivni simptomi su:

- sniženo samopoštovanje
- bespomoćnost
- teškoće u koncentraciji
- problemi u donošenju odluka
- gubitak interesa
- deluzije i halucinacije u skladu s raspoloženjem
- „pseudoretardacija“ (po simptomu nalikuje mentalnoj retardaciji, ali su intelektualne sposobnosti iznad ili u granici prosjeka)
- ideje o samoubojstvu ili pokušaj suicida
- kognitivne distorzije
- negativna percepcija sebe, budućnosti i svijeta oko sebe, beznadnost
- problemi kod savladavanja školskog gradiva

Bihevioralni simptomi ispoljavaju se u obliku agitacije i retardacije. Kod agitacije dolazi do nesposobnosti da dijete mirno sjedi. Dijete čupka ili trlja kožu, odjeću ili neki predmet, dok kod retardacije dijete usporeno govori, ima usporene pokrete tijela te produžene stanke u govoru. Dolazi do anhedonije tj. gubitka ugođe u svakodnevnim aktivnostima. Dijete izgleda umorno ili se žali na umor. Roditelji i nastavnici najčešće primjete kako kod djeteta dolazi do povlačenja iz socijalnih kontakata, da je odbačeno i nepopularno među vršnjacima. Vršnjaci depresivnog adolescenta tumače kao agresivnog, kako se ni sa kim ne žele družiti i najviše se vole sami igrati. Zbog agresivnog ponašanja i napadaja bijesa u obliku acting-out ponašanja dolazi do pogoršanja depresivnosti i

osjećaja krivnje. Depresivni adolescent je ovisan o drugima, nema učinkovite strategije s kojima bi se suočio protiv stresa i ima manjak obiteljske i prijateljske podrške. Zbog toga se počinje socijalno povlačiti.

Bihevioralni simptomi:

- psihomotorna agitacija
- psihomotorna retardacija
- depresivni stupor ili zakočenost
- odbacivanje od strane obitelji i vršnjaka
- socijalno povlačenje
- problemi u odnosima s obitelji i socijalnom okruženju
- zanemarivanje ili nedostatak uživanja u ranije ugodnim aktivnostima
- agresivno ponašanje i izljevi bijesa (17).

U adolescenciji prvi znak depresije je popuštanje u školi te odbijanje adolescenta da ide u školu. Česte su promjene sna (dijete spava otprilike 20 sati ili cijelu noć hoda- ne može zaspati); socijalno povlačenje (npr. dijete koje je prije stalno izlazilo, sad uopće ne izlazi); promjene teka (ili jede previše ili premalo). Kod depresivnih adolescenata često se može uočiti kao se ne druže sa drugima, puno češće nego što se to može uočiti kod djece. Mogu se javljati i nejasne, nespecifične tjelesne poteškoće poput bolova u trbuhu, glavobolje itd. Ispitivanjem se ne mogu pronaći neke organske poteškoće, a kada se s depresivnom djecom uspije uspostaviti kontakt, izbijaju osjećaji usamljenosti, negle promjene raspoloženja (raspoloženje može varirati i mijenjati se i u vremenu od jedne minute). Dok ga promatramo, izvana nam adolescent izgleda kao da je otupio, međutim, kada s njim razgovaramo, pokazuje snažne emocije. Često je to mješavina negativnih čuvstava poput gađenja, očaja... Također, djeca depresivnih roditelja češće su depresivna, vjerojatno jer postoje određene predispozicije. Osim toga, depresivni roditelji ne mogu dati puno pozitivnih poticaja djetetu.

4.4. Dijagnoza i klasifikacija

Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje skraćeno nazvan DSM-5 u depresivne poremećaje uključuje: Veliki depresivni poremećaj (može se pojaviti samo jedna epizoda ili se više puta ponoviti), Disruptivni poremećaj disregulacije raspoloženja, Perzistentni depresivni poremećaj (distimija), Premenstrualni disforični poremećaj, Depresivni poremećaj koji je prouzročen psihoaktivnim tvarima ili lijekovima, Depresivni poremećaj uzrokovan drugim zdravstvenim stanjem te Drugi specificirani i nespecificirani depresivni poremećaj (mala ili subsindromalna depresija) (19).

Depresivni poremećaji spadaju u skupinu poremećaja raspoloženja. To je duševni poremećaj u kojem se osnovne psihopatološke promjene zbivaju u raspoloženju, a prate ga još i promjene u psihičkom i tjelesnom funkcioniranju. Depresijubolest karakteriziramo kao bolest sa sniženim raspoloženjem pod utjecajem kojega se mijenja sveukupno mišljanje, zapažanje, tjelesno stanje, ponašanje te funkcioniranje osobe u socijalnoj okolini. Tipični depresivni simptomi su potištenost, smanjenje energije, gubitak interesa i zadovoljstva, gubljenje energije te pojačano umaranje. Od ostalih simptoma koji mogu biti prisutni ističu se poremećaj sna, smanjenje apetita, smanjenje koncentracije i pažnje, smanjenje samopoštovanja i samopouzdanja, ideje krivnje i bezvrijednosti, sumoran i pesimističan pogled prema budućnosti te ideje o samoozljeđivanju ili samoubojstvu. Također, mogu biti prisutni i različiti tjelesni simptomi. Dijagnoza depresije može se postaviti kada se zadovolji kriterij minimalnog broja simptoma koji su potrebni za postavljanje dijagnoze i kriterij trajanja simptoma gdje simptomi moraju trajati minimalno 2 tjedna.

Depresija je poremećaj koji se pojavljuje epizodično, a u 50 do 80% osoba kod kojih se pojavila prva depresivna epizoda, doći će do pojave nove depresivne epizode. Pod depresivnom epizodom smatramo depresivni poremećaj koji se pojavljuje. Depresivna epizoda koja se ne liječi otprilike traje 6 do 13 mjeseci, dok većina liječenih traje dva do tri mjeseca. Depresivni se poremećaj može dijagnosticirati prema američkoj DSM IV klasifikaciji i međunarodnoj MKB-10 klasifikaciji. U Hrvatskoj se, na preporuku Ministarstva zdravstva, dijagnoza depresije postavlja prema međunarodnoj MKB-10 klasifikaciji. Kod dijagnosticiranja prve epizode bolesti koristi se šifra F 32, dok se sve druge epizode bolesti označavaju šifrom F 33, kao depresivne epizode koje se ponavljaju. Kod postavljanja dijagnoze ne uzima se u obzir u kojim su okolnostima nastali simptomi (značajni vanjski faktori stresa ili drugi značajni psihološki faktori koji su mogli

pridonijeti pojavi depresivnog poremećaja), uključujući sve pojedinačne epizode različitih oblika depresije (10).

Postoje mnogobrojni uzroci depresije. Međutim, oni su vrlo raznoliki i često međusobno isprepleteni što uvelike može otežati njihovo prepoznavanje. Pravo identificiranje je neophodno kako bi se depresija pravilno dijagnosticirala i kako bi se nakon toga odabrao dobar tretman liječenja (17).

4.4.1. Veliki depresivni poremećaj

Kod velikog depresivnog poremećaja dolazi do jedne ili više depresivnih epizoda, bez postojanja manične, miješane ili hipomanične epizode u anamnezi. Depresivna epizoda mora trajati najmanje 2 tjedna sa trajno depresivnim, žalosnim ili razdražljivim raspoloženjem i/ili gubitkom zanimanja i uživanja u gotovo svim aktivnostima (adhedonija), uz najmanje pet navedenih simptoma (19).

Pri dijagnosticiranju depresivnog poremećaja 9 je simptoma ključnih.

1. Depresivno raspoloženje koje traje najveći dio dana i ponavlja se skoro svaki dan. Kod osobe može postojati subjektivna žalost gdje se ona osjeća tužno i prazno ili to drugi zamjećuju po tome što soba izgleda žalosno.

Raspoloženje se opisuje kao beznadno, tužno, obeshrabreno ili utučeno. Kod nekih slučajeva se tuga prepoznaje tek dok se s tom osobom svakodnevno razgovara jer se na početku negira. Prepoznaje se po tome što kada osoba priča, izgleda kao da će zaplakati. Po izrazu njihova lica ili po ponašanju o prisutnosti depresivnog poremećaja se može zaključiti kod osoba koje se tuže na osjećaj „ispraznosti“ kao da nemaju osjećaja ili se osjećaju anksiozno. Neke osobe radije žele naglasiti tjelesne tegobe poput boli u različitim dijelovima tijela nego osjećaj tuge. Kod mnogih se može prepoznati povećana razdražljivost kao što je npr. sklonost da na neke događaje reagiraju ispadima bijesa ili okrivljavajući druge ili pretjeranim frustriranjem zbog sitnica.

2. Uvelike smanjena zainteresiranost i užitak u svim, ili gotovo svim aktivnostima tijekom većeg dijela dana

Gotovo uvijek postoji prisutnost gubitka zanimanja ili uživanja. Osobe više ne osjećaju zadovoljstvo u aktivnostima koje su im prije izazivale ugodu, „više ih nije briga“ za hobije. Članovi

obitelji mogu primjetiti zanemarivanje ugodnih aktivnosti i socijalno povlačenje (dijete koje je uživalo u igri sada cijeli dan sjedi u sobi). U nekih osoba je prisutno i značajno smanjenje seksualnog zanimanja i želje.

3. Značajno gubljenje na težini bez izlaganja dijete ili dobitak na težini (promjena veća od 5 posto tjelesne težine tijekom mjesec dana) ili smanjen ili povećan tek.

Kod depresije je tek obično smanjen pa većina osoba ima osjećaj da se mora natjerati na jedenje. Kod osoba koje su na ambulantom liječenju, tek je obično povećan i žude za određenom hranom (npr. slatkiši i drugi ugljikohidrati). Ako je promjena teka izražena (u jednom ili drugom smjeru) posljedica može biti znatan gubitak ili dobitak na tjelesnoj težini, ili u djece nemogućnost dostizanja očekivane tjelesne težine.

4. Hipersomnija ili nesanica.

Insomnija je najveća smetnja koja je povezana depresivnim poremećajem. Kod središnje insomnije osobe se obično bude tijekom noći i potom imaju teškoće s ponovnim usnivanjem, dok kod terminalne insomnije osobe se prerano probude i nakon toga ne mogu ponovno zaspati. Rjeđe dolazi do hipersomnije gdje osobe predugo spavaju. Ili imaju oblik epizoda gdje produženo spavaju noću ili prroduženo spavaju tijekom dana. Ponekad je upravo razlog zbog kojeg osoba dolazi tražiti medicinsku pomoć upravo smetnja spavanja.

5. Psihomotorička agitacija ili retardacija (nije samo subjektivan osjećaj nemira ili usporenosti, već i ono što drugi uvide).

Psihomotoričke smetnje uključuju agitaciju ili retardaciju. Psihomotorička agitacija predstavlja nemogućnost mirnog sjedenja, koračanje, „krštenje ruku“; čupkanje ili trljanje kože, odjeće ili nekog drugog predmeta. Kod psihomotoričke retardacije dolazi do usporenog govora, mišljenja i pokreta tijela; produženih stanki između odgovora, gube se promjene intonacije, smanjena je količina izgovorenih riječi, suzuju se sadržaji razgovora do nijemosti.

6. Gubitak energije ili umor.

Kod depresije često dolazi do slabljenja životne energije i umora. Kod osobe nije prisutan tjelesni napor, međutim, ona govori o stalnom umoru. Velik napor kod njih iziskuju čak i najmanji

zahtjevi. Osoba se počinje tužiti kako joj odijevanje i jutarnje umivanje troše dvostruko više vremena nego prije i uzrokuju dvostruko veći napor.

7. Osjećaj velike neodgovarajuće krivnje ili osjećaj bezvrijednosti (krivnja može biti sumanuta, ne mora biti isključivo zbog bolesti ili samoponižavanja)

Depresivne se osobe osjećaju manje vrijednima, a taj osjećaj prati snažan osjećaj krivnje i samookrivljavanja. Imaju osjećaj da ne postoji dovoljan razlog zbog kojega bi živjeli te da nisu sposobne postići ništa u životu. Zbog osjećaja bezvrijednosti, stvaranje socijalnih odnosa je onemogućeno što dovodi do socijalnog izoliranja i još više sniženog samopoštovanja. Depresivni bolesnici na svijet gledaju sa negativnog stajališta te je kod njih „čša uvijek napola prazna“. Negativni osjećaji u kombinaciji sa samooptuživanjem rezultiraju najčešće osjećajem krivnje. Osjećaj bezvrijednosti može biti sumanutih razmjera gdje je osoba uvjeren da je ona kriva za siromaštvo i glad u svijetu.

8. Smanjena sposobnost razmišljanja ili koncentriranja ili neodlučnost (može predstavljati subjektivan osjećaj ili može biti vidljivo od strane drugih)

Depresivne osobe je lako omesti u poslu te se žale na gubitak pamćenja. Oni na intelektualno zahtjevnim akademskim ili radnim zadacima često nisu sposobni djelovati na odgovarajući način.

9. Razmišljanja o smrti koja se ponavljaju (ne samo strah od smrti), ponavljajuće ideje o samoubojstvu bez specifičnog plana, te pokušaji samoubojstva

Kod depresivnih osoba često je prisutno razmišljanje o smrti, ponavljajuće suicidalne ideje ili pokušaji suicida. Takav način razmišljanja počinje varirati od toga da bi drugima bilo puno bolje da te osobe više nema, da je mrtva do prolaznih, učestalih razmišljanja o tome kako izvršiti samoubojstva, te na kraju, do planiranja i stvaranja planova o tome kako počinuti samoubojstvo. Kod osoba koje imaju slabije izražene samoubilačke ideje, razmišljanja o samoubojstvu se javljaju otprilike jednom do dva puta tjedno te su prolazna ili ponavljajuća, dok kod osoba koje imaju jače izražene samoubilačke ideje dolazi do nabavljanja predmeta koji će se upotrijebiti prilikom izvršenja samoubojstva te mogu isplanirati gdje i kada će biti izolirani od drugih kako bi mogli izvršiti samoubojstvo. Međutim, nemoguće je sa sigurnošću predvidjeti hoće li, kada i kako depresivna osoba izvršiti samoubojstvo. Motivacija za samoubojstvo može biti želja da se odustane zbog

zapreka koje osoba vidi kao nesavladive ili snažna želja da se prekine mučno i bolno emocionalno stanje za koje se osobi čini da nema kraja (11).

Za dijagnozu velikog depresivnog poremećaja kod adolescenata primjenjuju se isti dijagnostički kriteriji MKB-10 i DSM-5 kao i za odrasle (19).

Depresija kod djece i adolescenata prema bitnim oznakama sličí depresiji odraslih, međutim, razlikuje se po opsegu, žestini i utjecaju simptoma. Kod velike depresivne epizode, adolescentovo raspoloženje je depresivno tijekom najvećeg dijela dana, više dana i simptomi rezultiraju bitnim oštećenjem u obiteljskom, prijateljskom ili školskom funkcioniranju. Na tretman važnu implikaciju imaju i neke produžene oznake poput melankoličnih, psihotičnih i atipičnih oznaka te ima li depresija sezonski oblik javljanja. Adolescenti se mogu pokušati „liječiti od depresije“ pomoću droge ili alkohola. Kod adolescenata se mogu pojaviti psihotični simptomi, ali oni su najčešće u obliku slušnih halucinacija (20).

4.4.2. Distimija

U općoj populaciji prevalencija distimije iznosi oko 5%, što ju svrstava u najčešći poremećaj raspoloženja, nakon depresije. Bolesnici se osjećaju umorno i depresivno većinu vremena, ali katkada je su mogući i kratki periodi u kojima se osjećaju dobro (4).

Dugotrajni depresivni poremećaj ili distimija je poremećaj koji veoma sličí Velikom depresivnom poremećaju, ali ima manje teške depresivne simptome koji su dugotrajni i kronični. Kriterij DSM-5 za distimiju je da adolescent zbog depresivnog raspoloženja trpi najveći dio dana u tijekom barem jedne godine. Za distimiju najmanje dva od navedenih simptoma trebaju biti prisutna kako bi se mogla dijagnosticirati: 1. smanjen ili pojačan apetit 2. nesanica ili pretjerano spavanje 3. nisko samopoštovanje 4. osjećaj beznadnosti 5. umor ili niska energija 6. poteškoće u odlučivanju ili slaba koncentracija. Kriterij za distimiju se zadovoljava ako simptomi nisu posljedica zloupotrebe tvari (droge, alkohola ili lijekova) ili posljedica zdravstvenog stanja (karcinom). Simptomi moraju izazivati tegobe ili pogoršanja u obrazovanju, obitelji, te socijalnim i drugim funkcionalnim područjima. Većina djece koja pati od distimije, također u dijagnozi ima i Veliki depresivni poremećaj. Takav poremećaj gdje uz distimiju postoji epizoda depresivnog poremećaja nazivamo dvostruka depresija (21).

Općenito gledano, bolesnicima koji pate od distimije i najmanje su zadaće naporne, osjećaju se iscrpljeni i bez energije, okupirani su idejama neadekvatnosti, pesimistični, imaju smetnje sna te su skloni socijalnom povlačenju, Činjenica da se nisu u mogućnosti nositi sa učestalim zahtjevima okoline, najčešće ih prisili da potraže pomoć. Do sada nisu identificirane kliničke i laboratorijske pretrage kojima se može postaviti ili isključiti dijagnoza ovog poremećaja. Dijagnostički se proces obavlja pomoću adekvatne anamneze i MKB 10 ili DSM 5 kriterijima po kojima postavljamo dijagnozu. Nema bitnijih razlika između ta dva sustava. Pri dijagnosticiranju, treba razgraničiti distimiju od depresije te pri tome imati na umu kako distimiju karakteriziraju kronični i slabije ispoljeni simptomi koji traju najviše dvije ili više godine. Također, psihomotorni i vegetativni simptomi (gubitak libido, nesanica) su rjeđe prisutni nego kod depresivnog poremećaja. Za razliku od toga, depresivni poremećaj ima znatno izražene psihomotorne i vegetativne simptome te ga karakterizira epizodični tijek s praktički potpunim oporavkom između epizoda (4).

4.4.3. Bipolarni poremećaj

Poznat još i po nazivu manično-depresivni poremećaj. To je iznimno teško psihijatrijsko stanje koje dugo traje. Glavno obilježje koje karakterizira bipolarni afektivni poremećaj jest jedna ili više maničnih ili hipomaničnih epizoda s jednom ili više depresivnih epizoda. Postoje 3 oblika bipolarnog afektivnog poremećaja prema kriterijima DSM-5, a to su: tip I, tip II i neodređen tip. Tip I je povezan s manijom, tip II s hipomaničnom epizodom, dok neodređen ne odgovara kriterijima niti za bipolarni I niti za bipolarni II poremećaj. Simptomi se mogu javiti već u ranom djetinjstvu ili iznenadno u adolescenciji. Prva se najčešće manifestira depresivna epizoda, a manična se obilježja najčešće javljaju tijekom depresivne epizode ili nakon razdoblja u kojem nema simptoma.

Kod bipolarnog I poremećaja adolescent doživljavaju izmjenjivanje epizoda psihotične i intenzivne manije i depresije, a kod bipolarnog II poremećaja epizode hipomanije pojavljuju se između povratnih epizoda depresije. Hipomaniju karakterizira povišeno ili iritabilno raspoloženje koje je udruženo s povišenjem tjelesne ili mentalne energije. Okidač za prvu epizodu depresije ili manije može biti neki traumatski događaj. Kasnije episode se mogu pogoršati stresom, a mogu se javiti i neoviseći uopće o stresnom događaju. Ako se ne započne terapija, epizode se ponavljaju i pogoršavaju (21).

4.5. Liječenje depresije

Depresija je psihički poremećaji koji se može izliječiti. Liječiti se može lijekovima i psihoterapijom. Lijekovi osobi omogućuju da se izvuče iz najdubljih ponora depresije i da nakon toga može krenuti na psihoterapiju. Kod mlađe djece provodi se terapija iglom, dok se kod veće upotrebljavaju kognitivno – bihevioralni postupci. Često u primjeni kod različitih poteškoća može biti i obiteljska terapija jer problemi najčešće proizlaze iz loše obiteljske situacije odnosno narušenih obiteljskih odnosa. Prvi korak pri izlječenju jest saslušati dijete ili adolescenta kako bi ono podijelilo svoje osjećaje. Većina adolescenata sklonih suicidu na taj način nam pokazuju kako trebaju i traže našu pomoć. Saslušanjem dijete uviđa kako postoji nada da se će se stvari poboljšati te da može svladati svoje probleme. Ako tijekom razgovora adolescent pokazuje upozoravajuće znakove ka sklonosti samoubojstvu, nakon razgovora sa njim potrebno je zatražiti stručnu pomoć. Pomoću stručnog liječenja i uz podršku obitelji, dijete sklono samoubojstvu može ponovno postati zdravo (15).

4.5.1. Psihoterapija

Kao cilj liječenja depresije kod djece i adolescenata, Vitiello navodi kako je važno otkloniti simptome kako bi se postigla potpuna remisija, prevencija recidiva, ublažio dugotrajni morbiditet te unaprijedio rast i razvoj djeteta. Tehnike psihoterapije koje se najčešće koriste prema Ryan, Williamson, Birmaher jesu kognitivno-bihevioralna, obiteljska, suportivna te psihodinamski orijentirana terapija. Psihodinamski orijentirana terapija može biti grupna ili individualna. Liječenje psihoterapijom se može započeti kod adolescenata i starije djece kod kojih je prisutna umjerena ili blaža depresivna epizoda. Psihoterapijske tehnike koje su najčešće u primjeni jesu psihodinamski orijentirana, interpersonalna, suportivna i kognitivno bihevioralna psihoterapija. Također, može se primjeniti i grupna terapija jer omogućava djetetu da lakše izrazi osjećaja u grupi, omogućuje stjecanje sigurnosti te razumijevanje vlastitih i tuđih osjećaja. Nekada je potrebno napraviti obiteljsku terapiju i uključiti članove obitelji ili terapiju dijete-majka (22).

Na bihevioralnim psihoterapijama pacijenta se uči kako imati više zadovoljstva kroz vlastite aktivnosti, te kako se odučiti od oblika ponašanja koje je doprinjelo ili je posljedica njihove depresije. Interpersonalna psihoterapija fokusira se na poremećene osobne odnose pacijenta pacijenata, koji uzrokuju ili naglašavaju depresiju, a kognitivno-bihevioralna psihoterapija nastoji promijeniti negativan način razmišljanja i ponašanja, koji je nerijetko povezan s depresijom.

Psihodinamski orijentirana terapija koncentrirana se na rješavanje osjećaja koji se sukobe u pacijentu. Terapije se obično provode kada se depresivni simptomi znatno poprave. Kod teških oblika depresije, osobito onih koji se ponavljaju i vraćaju, potrebna je terapija lijekovima, uz ili prije psihoterapije, kako bi se postigli najbolji rezultati (23).

4.5.2. Antidepresivi

Antidepresivi su skupina lijekova različite kemijske strukture s različitim mehanizmima djelovanja. Zajedničko svojstvo antidepresiva je otklanjanje simptoma depresije. Terapijski učinak antidepresiva iskazuje se poboljšanjem raspoloženja, reguliranjem psihomotorike, poboljšanjem voljno nagonskih funkcija. Također, reguliraju spavanje, tek i vegetativne funkcije, smanjuju strah i tjeskobu i otklanjaju depresivne misli (11).

Postoji nekoliko vrsta antidepresiva koji se koriste pri liječenju depresije. Dijelimo ih u sljedeće skupine: inhibitori ponovne pohrane serotonina (SSRI), neselektivni inhibitori monoaminoksidaze (MAOI), selektivni inhibitori monoaminoksidaze tipa A i selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina i noradrenalina (SNRI).

Kod neselektivnih inhibitora ponovne pohrane monoamina dolazi do neselektivnog blokiranja ponovne pohrane neurotransmitera noradrenalina, serotonina i dopamine, čime se na spojevima živčanih stanica povećava njihova koncentracija. Najčešća nuspojava im je što utječu na sustav neurotransmitera acetilkolina uzrokujući tako antikolinergičke nuspojave kao što su: zamućenost vida, otežavaju mokrenje, uzrokuju zatvor, suhoću usta, mentalnu konfuziju te pogoršanje glaukoma. Pacijent koji uzima ovu skupinu antidepresiva mora uputno kontrolirati EKG zbog poremećaja u radu srca koji mogu biti prisutni nakon primjene. U ovu skupinu spadaju maprotilin, klomipramin, imipramin, amitriptilin i dr.

Selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (SSRI) selektivno blokiraju ponovnu pohranu serotonina, dok za to vrijeme na druge neurotransmitterske sustave djeluju slabije ili uopće ne djeluju. Zbog tog slabodjelujućeg ili nedjelujućeg učinka na ostale prijenosničke sustave u mozgu dobro se podnose. U ovu skupinu lijekova spadaju citalopram, sertraline, paroksetin, fluoksetin i fluvoksamin. Zbog svoje sigurnosti i djelotvornosti, sve se češće preporučuju kao antidepresivi za prvi izbor.

Neselektivni inhibitori monoaminoksidaze (MAOI) djeluju na način da blokiraju enzim monoaminoksidaze (MAO) koji razgrađuje neurotransmitere. Zbog toga dolazi do povećane koncentracije neurotransmitera u mozgu. Istodobnim uzimanjem hrane bogate tiraminom (fermentirani sirevi i pivo) i ovih antidepresiva, može nastati iznenadni, smrtonosni porast krvnog tlaka.

Prvu skupinu inhibitora monoaminoksidaze danas zamjenjuju reverzibilni inhibitori monoaminoksidaze tipa A. Jedan od lijekova koji spada u tu skupinu je moklobemid koji je siguran za primjenu, dobro se podnosi te tijekom uzimanja nije potrebno držanje dijete.

Selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina i noradrenalina (SNRI) čine najnoviju skupinu antidepresiva. Zovu se još i dualni antidepresivi zbog toga što djeluju na selektivnu inhibiciju ponovne pohrane više neurotransmitera i sve to bez nuspojava. Najvažniji lijek ove skupine je venlafaksin. On predstavlja prototip selektivnog inhibitora ponovne pohrane serotonina, noradrenalina i u smanjenoj mjeri dopamine. Međutim, ne blokira alfa 1, kolinergičke i histaminske receptore. Ima osobine selektivnog inhibitora ponovne pohrane serotonina i selektivnih inhibitora ponovne pohrane noradrenalina, te time nastaje farmakološka sinergija. Sinergija predstavlja zajedničko djelovanje dva ili više mehanizma što dovodi do povećanja ukupne efikasnosti lijeka. Time se postiže jači učinak antidepresiva, što se kod venlafaksina pokazao izuzetno pozitivnim zbog povećanja stope remisije (dolazi do povlačenja simptoma u potpunosti), a pri tome se ne javljaju nuspojave što je situacija kod antidepresiva s jednim mehanizmom djelovanja (24).

Potrebno je redovito uzimanje antidepresiva kroz 3 do 4 tjedna (kod nekih slučajevima čak 8 tjedana) kako bi nastupio potpuni terapijski učinak. Ponekad se pacijenti osjećaju bolje i prestaju uzimati lijek čim uvide poboljšanje u prvih nekoliko tjedana, što je nažalost pogrešno. Važno je da se lijekovi uzimaju sve dok postoji djelovanje, premda se ponekad mogu pojaviti nuspojave, prije vidljivog djelovanja antidepresiva. Medicinska sestra treba poznavati nuspojave te u slučaju njihove pojave obavijestiti liječnika. Kada se pacijent počne bolje osjećati, i dalje je važno da nastavi uzimati lijek prilikom najmanje 4 do 9 mjeseci, da bi se spriječilo ponovno pojavljivanje depresije. Neke antidepresive je potrebno postepeno prestati uzimati, kako bi tijelo imalo dovoljno vremena da se prilagodi. Antidepresivi se ne bi trebali nikada prekinuti bez prethodnih konzultacija s psihijatrom o sigurnim uputama prekidanja s uzimanjem lijekova. Osobe kojima je dijagnosticiran bipolarni poremećaj ili kronična teška depresija, lijekove trebaju trajno uzimati. Antidepresivi ne uzrokuju

ovisnost, međutim, potrebno ih je pažljivo promatrati kako bi se vidjelo je li pogođena prava doza lijeka i redovito pratiti njegovu učinkovitost (25).

Važnu ulogu u liječenju depresije ima rano otkrivanje, postavljanje pravilne dijagnoze te pravilan način liječenja uz pravilan odabir psihoterapije i odgovarajućih lijekova (26).

4.6. Krizna stanja u adolescenciji

Okretanje vršnjacima kako bi se stvorila nova iskustva te druženja i „udaljavanje“ od roditelja s kojima nastaju bure sukoba, otvaraju prostor u kojem počinju vrebati „krizna“ stanja. U svim fazama adolescencije može doći do pojave krize, a zajednička obilježja su pojačana tjeskoba i promjene raspoloženja. Raspoloženje je najčešće sniženo-depresivno, a prate ga sve nijanse depresivnosti. Kada se jave krizna stanja depresivnog tipa adolescent ih može „riješiti“ tako što se povlači i izbjegava, pretjerano i prenaplašeno druži, odlučuje za konzumiranje sredstava ovisnosti (nude se kao „brza i efikasna“ rješenja, međutim, mogu odvesti i u bolest npr. ovisnost, anoreksija), te autoagresivnim reakcijama koje ponekad završavaju i suicidom. Kada se pojavi neuspjeh u školi ili neprilagođavanje u školi – treba posumnjati. To je često prvi znak da se nešto s adolescentom „događa“. Ispod tog problema nerijetko se kriju neke poteškoće procesa razvoja i sukoba koje taj problem donosi.

Roditelj djetetu treba postavljati granice kako bi ih adolescent mogao „rušiti“. Adolescent ima potrebu za pomicanjem granica i to je jedan od tipičnih nagona tijekom adolescencije. Te granice ne smiju biti niti previše „čvrste“ niti previše „meke“, a među njima se nipošto ne smiju izgubiti obrisi pravih čovjekovih vrijednosti. Ako roditelj ne postavlja granice, adolescent ulazi u nova iskustva, stvoren mu je osjećaj velike slobode, međutim, duboko u sebi razmišlja o tome kako roditeljima nije stalo, kako im nije bitan te nesvjesno ulazi u velike konflikte sa svojom socijalnom okolinom. Na taj način nesvjesno provjerava hoće li to njegovi roditelji primjetiti. Međutim, kada su granice previše čvrste i rigidne, adolescenta se teže može vezati za vršnjačke skupine. Takvi adolescenti su usamljeni, nemaju prijatelje, ostaju „privezani“ uz roditelje ili se priklanjaju bilo kojoj skupini vršnjaka koja ih želi primiti u svoje društvo (5).

4.7. Adolescencija i suicidalnost

Na pitanje: “Što adolescent može motivirati, potaknuti na suicid, zašto se odlučuje na samouništenje, što li prethodi toj situaciji?” – veoma je teško odgovoriti jer je problematika

etiologije suicida vrlo složena. Stručnjaci su tijekom mnogih istraživanja utvrdili neke zajedničke faktore koji bi mogli suicidogeno djelovati na mladu osobu koje nazivamo “rizičnim faktorima suicida”. Specifična složenost ovog problema je i činjenica da se stresori kojima smo izloženi različito percipiraju kod svake osobe, te ono što je jednoj osobi nebitan, manji stres, drugoj osobi može predstavljati suicidalni faktor (27).

Pokušajem samoubojstva nazivamo bilo koji oblik ponašanja koji je autodestruktivan i kod kojeg se osoba namjerno samopovrijeđuje. U posljednjim desetljećima primjećuje se velik rast broja suicida od 15. do 24. godine života. Tu skupinu čine adolescent i osobe mlađe odrasle dobi, a u njoj je samoubojstvo pripada jednom od tri najčešća uzroka smrti. U adolescenciji dolazi do naglog porasta broja samoubojstava, smanjuje se dobna granica u počinjenju samoubojstava pa dolazi do počinjenja samoubojstava već od 10. godine života. Broj pokušaja samoubojstava u adolescenciji ne razlikuje se znatno između djevojaka i mladića, međutim, broj izvršenja je znatno veći kod muške populacije zbog opasnijih načina na koje se izvršava.

Zlouporeba droga najčešći je način pokušaja suicida kod adolescenata i mlađih odraslih osoba. Podaci o broju suicida u Hrvatskoj, Hrvatsku svrstavaju među zemlju koja ima visoku stopu samoubojstava među mladima. Mnoga istraživanja pokazuju kako je s porastom suicidalnosti kod adolescenata povezano lošije postignuće u školi i odustajanje od daljnjeg školovanja. U adolescenciji se može dogoditi da se zbog školskog stresa i neuspjeha u školi potakne osjećaj nekompetentnosti i bespomoćnosti, a samim time i neki oblici autodestruktivnog ponašanja (28).

Oko 60% mladih patilo je od depresije kada su počinili suicid, a 40 % do 80% onih koji su pokušali izvršiti suicid je tijekom pokušaja patilo od depresivnog poremećaja. Suicidalne incidencije ima 85% pacijenata koji pate od teškog depresivnog poremećaja ili distimije, dok će 32% pokušati počiniti suicid u adolescenciji ili tijekom rane odrasle dobi. Od toga 20% će pokušati počiniti suicid nekoliko puta, dok će 2,5 do 7% u tome i uspjeti (29).

Motivi suicida mogu biti svjesni i nesvjesni, a najčešće djeluju u kombinaciji: kažnjavanje samoga sebe i/ili druge osobe, bježanje od zastrašujućih, nepodnošljivih, bolnih i ponižavajućih okolnosti te ucjenjivanje okoline. Generalno se smatra da je razlog za suicide adolescenata često neki traumatični događaj, kao što je prekidanje ljubavne veze ili počinjenje antisocijalnog čina zbog kojeg u njima nastaje osjećaj krivnje. Također, rizični faktori za počinjenje suicida mogu biti još i:

izolacija i pasivnost adolescent, nesposobnost da preuzme odgovornost i stekne nezavisnost, vršenje pritiska na njih da postignu uspjeh (najviše samoubojstava mladih osoba zabilježeno je u Japanu, zemlji sa rigoroznim sustavom školovanja i zapošljavanja), te alkoholizam i narkomanija (28).

4.8. Uloga medicinske sestre/ tehničara

Medicinska sestra treba imati znanja i kompetencije kako bi mogla razumijeti pacijenta koji boluje od depresije. Treba razumijeti njegovo ponašanje, odnosno signale koje svojim simptomima šalje okolini. Ako to ne može razumijeti, medicinska sestra ne može provesti pravilnu zdravstvenu njegu. Sestra koja pristupa depresivnom pacijentu, ne treba imati samo znanje već i vještine djelotvorne komunikacije. Sposobnost terapijskog djelovanja medicinska sestra može imati samo onda kada ima djelotvorne komunikacijske kompetencije i vještine. Sestra koja radi na psihijatrijskom odjelu ne skrbi samo o tjelesnom zdravlju, ona skrbi i za pacijentovo duševno zdravlje i njegovo emocionalno stanje. Kod takvih pacijenata tjelesno zdravlje se stavlja u drugi plan, dok su na prvom mjestu duševno i emocionalno stanje (30).

Medicinska sestra je najčešće osoba koja prva dolazi u kontakt sa depresivnim pacijentom, provodi najviše vremena s njim i njegovom obitelji te zbog toga najčešće prva uočava promjene i prenosi ih liječniku. Zbog toga što najviše vremena provodi uz pacijenta, mora znati koje su sve nuspojave moguće nakon primjene psihijatrijskih lijekova te ako ih primjeti, pozvati liječnika. Time se može na vrijeme reagirati i spasiti pacijentov život.

Također, potrebno je poznavanje osnovnih načela koja predstavljaju opća pravila ponašanja i čine temeljno polazište za sve sestrinske intervencije. Jedno od načela predstavlja holistički pristup koji nastoji pacijenta promatrati kao cjelovito biće, sa osnovnim ljudskim potrebama, uzimajući u obzir njegovu biološku cjelovitost te socijalno i kulturno okruženje. Nečelom jednakosti nastoji se pružiti svim pacijentima jednak pristup i kvalitetu liječenja, bez obzira na dob, spol, nacionalnost, vjersku pripadnost, vrstu bolesti ili bilo koje drugo svojstvo. Ostala načela jesu: poštovanje jedinstvenosti ljudskog bića, privatnost i dostojanstvo, terapijska komunikacija, privatnost i dostojanstvo, uključivanje klijenta i pomoć pri učinkovitoj prilagodbi. Svakom bolesniku treba pristupati individualno, u skladu s njegovim potrebama. Treba se oslanjati na pacijentove mogućnosti i jače strane te ga uključivati u sve razine skrbi. Psihijatrijska medicinska sestra treba graditi partnerski odnos s pacijentom koji je utemeljen na povjerenju (11).

4.9. Sestrinske dijagnoze, ciljevi i intervencije

Sestrinske dijagnoze predstavljaju aktualni ili potencijalni zdravstveni problem koji medicinske sestre, (uzevši u obzir njihovu edukaciju i iskustvo), mogu, te su sposobne i ovlaštene tretirati (31).

1. Nesanica

Nesanica predstavlja nemogućnost pojedinca da udovolji svojim potrebama za snom i/ili odmorom.

Ciljevi:

- bolesnik će imati kvalitetniji san
- bolesnik će prepoznati čimbenike koji mu otežavaju ili ometaju spavanje

Intervencije:

- stvoriti bolesniku pravilan ritam spavanja
- umanjiti ili otkloniti stres
- osigurati mu mirnu i tihu prostoriju (30).

2. Anksioznost

Anksioznost predstavlja osjećaj neugode i/ili straha koji nije jasan. Može ga pratiti psihomotorička napetost, panika, tjeskoba. Najčešće ga uzrokuje nemogućnost pojedinca da se suoči s prijetećom opasnosti, gubitkom kontrole te sigurnost.

Ciljevi:

- pacijent neće ozlijediti sebe ili druge
- pacijent će moći prepoznati i nabrojati znakove i čimbenike rizika anksioznost

Intervencije:

- biti uz pacijenta kada osjeća za tim potrebu
- stvoriti profesionalan empatijski odnos
- stvoriti osjećaj povjerenja

- informirati pacijenta o tretmanima i postupcima koji će se na njemu provoditi
- potaknuti pacijenta da se otvori i izrazi svoje osjećaje (32).

3. Sníženo samopoštovanje

Karakterizirano je stanjem u kojem se osoba nalazi, imajući pri tome negativnu sliku o sebi i/ili svojim mogućnosti.

Ciljevi:

- pacijent će imati pozitivno mišljenje o sebi
- pacijent će izraziti svoje osjećaje

Intervencije:

- potaknuti pacijenta da se otvori i izrazi svoje osjećaje
- saslušati pacijenta te pokazati zanimanje za njegov problem
- ohrabrivati pacijenta
- poticati pacijenta na razvijanje socijalnih kontakata s drugima

4. Visok rizik za samoozljeđivanje

Stanje u kojem su kod osobe prisutni znakovi da bi sam sebi ozljeđivanjem namjerno mogao ugroziti zdravlje.

Ciljevi:

- pacijent se neće ozlijediti

Intervencije:

- stvoriti odnos povjerenja
- podučiti pacijenta vještima pomoću kojih će se suočiti s poteškoćama
- podučiti obitelj intervencijama u slučaju da dođe do pokušaja samoozljeđivanja (33).

5. Visok rizik za suicid

Intervencije:

- pomoću terapijske komunikacije nastojati uspostaviti suradljiv odnos
- pomoći bolesniku da na aktivan način izrazi svoje misli i osjećaje
- aktivno slušati bolesnika
- okupirati bolesnika aktivnostima koje ga smiruju
- pojačano pratiti ponašanje bolesnika (33).

Kod depresivnog bolesnika možemo susresti i ove sestrinske dijagnoze:

- Sniženo raspoloženje
- Osjećaj bezvrijednosti i krivnje
- Socijalna izolacija
- Umor
- Smanjen unos hrane
- Poremećeni obiteljski odnosi
- Neupućenost u osnovnu bolest
- Potištenost
- Smanjena tjelesna aktivnost (30).

5. ZAKLJUČAK

Depresija je psihički poremećaj koji zahvaća sve dobne skupine. Istraživanja pokazuju kako je u posljednje vrijeme sve češće prisutna već u mlađoj i adolescentskoj dobi. To je bolest koju karakteriziraju poremećaji raspoloženja. Osoba ne može uživati u stvarima koje su ju prije ispunjavale te osjeća dugotrajnu tugu i duševnu bol. Depresija se može pojaviti sama ili zajedno sa drugim poremećajima. Dijagnosticira se praćenjem intenziteta i učestalosti simptoma te pomoću MKB 10 i DSM 5 kriterija. Simptome depresije možemo podijeliti u četiri osnovne skupine: bihevioralne, tjelesne, kognitivne i emocionalne simptome depresije. Depresija se može izliječiti, a kako bi liječenje bilo što uspješnije važno je što ranije otkriti bolest, postaviti pravilnu dijagnozu i nakon toga liječenje uz pomoć pravilne psihoterapije i lijekova. Naravno, u cijelom tom procesu, nužna je i podrška obitelji.

Paul Hauck, opisavši kako izaći iz depresije, savjetovao je sljedeće: “Kako bi se depresija izliječila veoma je važno da čovjek prihvati sebe onakvim kakav jest – sa svim svojim slabostima, manama i lošim navikama te da pokuša istodobno prevladati sve te frustrirajuće, ali sebi urođene slabosti. Oni koji su skloni okrivljanju samog sebe trebaju naučiti da te slabosti opraštaju sebi i drugima. Nevolje nam ne stvaraju niti roditelji, bračni drugovi, prijatelji ili šefovi. Nevolje nam stvaraju samo naše misli i naše dopuštenje kojim im dajemo pravo da nas povrijede. Ne može nas nitko povrijediti, ako mu mi to sami ne dopustimo. Kada imamo sretne misli i mi sami se osjećamo sretnima“ (34).

6. LITERATURA

1. Nikolić S i suradnici. Mentalni poremećaji u djece i omladine. Znanstveni temelji kliničke prakse. 1990; 21: 168-169.
2. Hautzinger M. Depresija: Modeli, dijagnosticiranje, psihoterapije, liječenje. Jastrebarsko: Slap; 2001.
3. Lacković – Grgin K. Stres u djece i adolescenata: izvori, posrednici i učinci. 2. izd. Jastrebarsko: Slap; 2004.
4. Karlović D. Depresija: Klinička obilježja i dijagnoza. Psihijatrija danas. 2017; 26: 161–165.
5. Graovac M. Adolescent u obitelji. Hrčak. 2010. Str. 261.-266.
Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/59249> (21.8.2019.)
6. Psihijatrijska bolnica za djecu i mladež. Depresija u dječjoj i adolescentnoj dobi [Online]. 2014.
Dostupno na: <https://djecja-psihijatrija.hr/depresija-u-djecjoj-i-adolescentnoj-dobi/>. (2.9.2019.)
7. Kurtović A. Uloga svakodnevnih negativnih događaja u depresivnosti adolescenata. Hrčak. 2012. Str. 671-691.
Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=133669
8. Klarin M. Roditeljsko ponašanje i problem u ponašanju kod adolescenata. Hrčak. 2014. Str. 243.-262.
Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/130736> (17.8.2019.)
9. Čorić K. Istodobna pojavnost internaliziranih i eksternaliziranih problema u ponašanju kod adolescenata (diplomski rad). Zagreb: Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet; 2016.
10. Tešić V. Depresija, vodeća bolest našeg doba. Mentalno zdravlje. 2006; 2: 1-6.
11. Sedić B. Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika. Zdravstveno veleučilište: Zagreb; 2007.
12. Rupčić N. Depresija kod djece i mladeži (diplomski rad). Pula: Fakultet za odgojne i obrazovne znanosti; 2015.
13. Novak M, Bašić J. Internalizirani problem kod djece i adolescenata: obilježja i mogućnosti prevencije. Ljetopis socijalnog rada. 2008; 15: 473-498.
14. Jakovljević M. Depresivni poremećaji: Od ranog prepoznavanja do uspješnog liječenja. Zagreb: Pro mente d.o.o.; 2004.
15. Živković Ž. Depresija kod djece i mladih. Đakovo: Tempo; 2006.

16. Viduka D. Odnos čimbenika pozitivnog razvoja mladih i depresije (diplomski rad). Osijek: Filozofski fakultet, Odsjek za psihologiju; 2018.
17. Vulić–Prtorić A. Depresivnost u djece i adolescenata. Jastrebarsko: Slap; 2007.,
18. Meves C. Djeci s problemima treba pomoći: ABC o smetnjama u ponašanju - za roditelje. Đakovo: Biskupski ordinarijat; 1986.
19. Boričević-Maršanić V, Zečević I, Ercegović N, Paradžik LJ, Grgić V. Sva lica dječje depresije: Heterogenost kliničke slike depresije u djece i adolescenata. U: Boričević-Maršanić V., ur. Zbornik radova za medicinske sestre. Split: Paediatr Croat; 2016. str. 161.-171.
20. Rudan V, Tomac A. Depresija u djece i adolescenata. Hrčak. 2009. Str. 173.-179.
Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/57136> (20.8.2019.)
21. Matković I. Depresija kod djece i adolescenata (diplomski rad). Zagreb: Medicinski fakultet; 2014.
22. Elezović E. Internalizirani poremećaji kod djece i adolescenata (diplomski rad). Osijek: Fakultet za odgojne i obrazovne znanosti; 2018.
23. Psihološko savjetovalište. Psihoterapija i psihološko savjetovanje u liječenju depresije [Online]. 2019.
Dostupno na: <https://psihonet.net/psihoterapija-i-psiholosko-savjetovanje-u-lijecenju-depresije/> (20.7.2019.)
24. Pliva zdravlje. Antidepresivi [Online]. 2009.
Dostupno na: <https://www.plivazdravlje.hr/aktualno/clanak/16139/Antidepresivi.html>
25. Psihološko savjetovalište. Liječenje depresije [Online]. 2019.
Dostupno na: <https://psihonet.net/lijecenje-depresije/>
26. Jembri L. Depresija kod djece i mladih (diplomski rad). Zagreb: Učiteljski fakultet; 2017.
27. Lebedina-Manzoni M, Maglica T. Suicid adolescenata. Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja. 2004; 40: 139.-148.
28. Subotić S. Školski stres i neka obilježja ličnosti kao prediktori suicidalnosti adolescenata. Hrčak. 2008. Str. 111.-131.
Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/32455> (23.8.2019.)
29. Graovac M, Prica V. Rizični čimbenici kod samoubojstva adolescenata. Hrčak. 2014. Str. 74.-79.

Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/118537>

30. Medvedec-Vlašić K. Sestrinska skrb za bolesnike oboljele od depresivnog poremećaja (preddiplomski rad). Varaždin: Sveučilište Sjever; 2016.
31. Fučkar G. Proces zdravstvene njege. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 1995.
32. Šepec S., Kurtović B., Munko T., Vico M., Abou-Aldan D., Babić D., Turina A. Sestrinske dijagnoze 1. Zagreb: Hrvatska Komora Medicinskih Sestara; 2011.
33. Abou-Aldan D., Babić D., Kadović M., Kurtović B., Režić S., Rotim C., Vico M. Sestrinske dijagnoze 3. Zagreb: Hrvatska Komora Medicinskih Sestara; 2015.
34. Hauck P. Depresija. Zagreb: Medicinska knjiga; 1990.

7. OZNAKE I KRATICE

MKB-10 - Međunarodna klasifikacija bolesti, 10. revizija

DSM-5 – Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje

MAO - monoaminoksidaza

SSRI - inhibitori ponovne pohrane serotonina

MAOI - neselektivni inhibitori monoaminoksidaze

SNRI - selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina i noradrenalina

EKG – elektrokardiogram

itd. – i tako dalje

dr. – drugo

npr. – na primjer

8. SAŽETAK

Depresija je ozbiljan psihički poremećaj. Ubraja se u jedan od najčešćih poremećaja današnjice i spada u bolesti sa značajnim postotkom smrtnosti. Stopa samoubojstava depresivnih osoba iznosi čak 15%. Ljudi nisu dovoljno upućeni u depresiju i njezine simptome pa ona često ostaje neprepoznata. Zbog depresije osoba ima poteškoće u svim društvenim aspektima, nema volje za obavljanjem aktivnosti koje su ju prije ispunjavale i osjeća neizmjernu tugu iz koje ne vidi izlaz. Depresija sve češće zahvaća sve mlađe generacije, a u posljednje vrijeme posebno su ugroženi adolescenti. Oni ovise o drugim osobama i nisu u mogućnosti sami potražiti pomoć pa je depresija kod njih mnogo opasnija. Važno je da adolescent ima podršku bliskih osoba kako bi liječenje bilo što uspješnije.

Ključne riječi: depresija, adolescencija, samoubojstvo


9. SUMMARY

Depression is a serious psychiatric disorder. It is one of the most common disorders of today and is a disease with a significant mortality rate. The suicide rate of depressed people is as high as 15%. People are not sufficiently aware of depression and its symptoms, so it often goes unrecognized. Due to depression, a person has difficulties in all social aspects, there is no will to perform activities that have previously fulfilled him and they feel the inevitable sadness from which they do not see a way out. Depression is increasingly affecting the younger generations, and adolescents have been especially at risk lately. They depend on others and are unable to seek help on their own so they are at a higher risk of having depression. It is important for the adolescent to have the support of loved ones in order for the treatment to be successful.

Keywords: depression, adolescence, suicide

IZJAVA O AUTORSTVU ZAVRŠNOG RADA

Pod punom odgovornošću izjavljujem da sam ovaj rad izradio/la samostalno, poštujući načela akademske čestitosti, pravila struke te pravila i norme standardnog hrvatskog jezika. Rad je moje autorsko djelo i svi su preuzeti citati i parafraze u njemu primjereno označeni.

Mjesto i datum	Ime i prezime studenta/ice	Potpis studenta/ice
U Bjelovaru, <u>9.10.2019.</u>	NIKOLINA ŠTAMPF	

Prema Odluci Veleučilišta u Bjelovaru, a u skladu sa Zakonom o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju, elektroničke inačice završnih radova studenata Veleučilišta u Bjelovaru bit će pohranjene i javno dostupne u internetskoj bazi Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu. Ukoliko ste suglasni da tekst Vašeg završnog rada u cijelosti bude javno objavljen, molimo Vas da to potvrdite potpisom.

Suglasnost za objavljivanje elektroničke inačice završnog rada u javno dostupnom nacionalnom repozitoriju

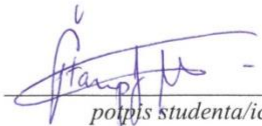
NIKOLINA ŠTAMPF

ime i prezime studenta/ice

Dajem suglasnost da se radi promicanja otvorenog i slobodnog pristupa znanju i informacijama cjeloviti tekst mojeg završnog rada pohrani u repozitorij Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu i time učini javno dostupnim.

Svojim potpisom potvrđujem istovjetnost tiskane i elektroničke inačice završnog rada.

U Bjelovaru, 9.10.2019.


potpis studenta/ice