

Depresivnost i poremećaji raspoloženja adolescenata

Lončarić, Anja

Undergraduate thesis / Završni rad

2019

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Humanities and Social Sciences / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Filozofski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:142:809028>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-21**



FILOZOFSKI FAKULTET
SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

Repository / Repozitorij:

[FFOS-repository - Repository of the Faculty of Humanities and Social Sciences Osijek](#)



Sveučilište J.J. Strossmayera u Osijeku

Filozofski fakultet Osijek

Preddiplomski studij mađarskog jezika i književnosti i pedagogije

Anja Lončarić

Depresivnost i poremećaji raspoloženja adolescenata

Završni rad

Mentor: izv. prof. dr. sc. Goran Livazović

Osijek, 2019

Sveučilište J.J. Strossmayera u Osijeku

Filozofski fakultet Osijek

Odsjek za pedagogiju

Preddiplomski studij mađarskog jezika i književnosti i pedagogije

Anja Lončarić

Depresivnost i poremećaji raspoloženja adolescenata

Završni rad

Društvene znanosti, Pedagogija, Posebna pedagogija

Mentor: izv. prof. dr. sc. Goran Livazović

Osijek, 2019

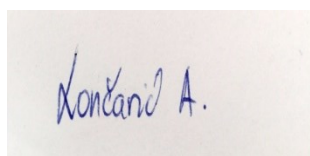
Prilog: Izjava o akademskoj čestitosti i o suglasnosti za javno objavljivanje

IZJAVA

Izjavljujem s punom materijalnom i moralnom odgovornošću da sam ovaj rad samostalno napravio te da u njemu nema kopiranih ili prepisanih dijelova teksta tuđih radova, a da nisu označeni kao citati s napisanim izvorom odakle su preneseni.

Svojim vlastoručnim potpisom potvrđujem da sam suglasan da Filozofski fakultet Osijek trajno pohrani i javno objavi ovaj moj rad u internetskoj bazi završnih i diplomskih radova knjižnice Filozofskog fakulteta Osijek, knjižnice Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku i Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu.

U Osijeku, 04. rujna, 2019.

A rectangular box containing a handwritten signature in blue ink that reads "Končani A."

,0122223989

ime i prezime studenta, JMBAG

SAŽETAK

Cilj prikazanog rada je objasniti pojam depresivnosti i depresivnih poremećaja unutar razdoblja adolescencije te prikazati na koji način depresivnost utječe na adolescente i njihov emocionalni, kognitivni i bihevioralni razvoj. Depresija je zajedno s anksioznošću postala jedan od glavnih problema suvremenog društva. Na pojavu depresije utječu različiti čimbenici, a neki od njih su neprijateljska obiteljska okolina, depresivnost roditelja, tuga, gubitci, stresne životne situacije itd. Simptome depresije možemo podijeliti u 4 temeljne skupine: emocionalni, tjelesni, kognitivni i bihevioralni. Depresija zahvaća sve dobne skupine, a prema izvještaju Svjetske zdravstvene organizacije ona pogađa oko 120 milijuna ljudi diljem svijeta. Brojni autori došli su do saznanja da depresija ima velik utjecaj na kvalitetu života te može dovesti do suicida. Dnevni list izvještava da se u Hrvatskoj ubilo 563 djece, 132 u dobi od 14 godina i 431 u dobi od 14 do 18 godina. Kada je riječ o odgojnim aspektima depresivnog poremećaja obitelj ima velik utjecaj na razvoj djeteta te su od izuzetne važnosti podržavajući obiteljski odnosi, međusobna komunikacija i zaštitnički faktor obitelji. Pedagogija je od izuzetne važnosti za ovu temu jer pruža mladima preventivne programe u školama i domovima pomoću kojih se suzbija mogućnost pojave depresije i poremećaja raspoloženja, te ujedno služi i smanjivanju stigmi i predrasuda prema istoj.

Ključne riječi: depresija, adolescencija, obitelj, vršnjaci, preventivni programi.

ABSTRACT

This thesis aims to explain depression and depressive disorder among adolescents, to describe how depression affects them and their emotional, cognitive and behavioral development. Depression, alongside anxiety, has become one of the main modern society problems. This disorder can be caused by many factors, a few of which could be unhealthy family relationships/friendships, depressive parents, death, a loss of a family member or friend, stressful situations, etc. The symptoms can be categorized in four groups; emotional, physical, cognitive and behavioral. All age groups are affected by depression, and according to *the World health organization* report, it affects around 120 million people worldwide. Many authors have concluded that depression has a big impact on the quality of life and can lead to suicide. Croatian *Daily news* reports that there were 563 child suicides, 132 of which being at the age of 14 and 431 between the ages of 14 and 18. When it comes to upbringing aspects of depression disorder family has a big impact on a child. Furthermore, supportive surroundings, helpful parents, interaction with them, protection and safety that a child must have been of great

importance. Pedagogy is, as well, of great importance when it comes to this topic because it provides young people with preventive school programs and centers which prevent the possibility of any depressive act or mood swings. It also helps reducing stigmas and prejudices towards those kinds of disorders.

Keywords: depression, adolescence, family, peers, preventive programs.

SADRŽAJ

| | |
|----------------------------------------------------------------|----|
| I. UVOD | 1 |
| II. TEORIJSKA POLAZIŠTA | 2 |
| 2.1 Adolescencija kao životno razdoblje..... | 2 |
| 2.2 Razvoj identiteta u adolescenciji..... | 3 |
| 2.3 Emocionalni odnosi i značajke adolescencije..... | 4 |
| III. DEPRESIVNOST I POREMEĆAJI RASPOLOŽENJA | 6 |
| 3.1 Depresivni poremećaji kod adolescenata..... | 7 |
| 3.2 Simptomi depresivnosti..... | 9 |
| 3.2.1 Emocionalni simptomi..... | 10 |
| 3.2.2 Tjelesni simptomi..... | 10 |
| 3.2.3 Kognitivni simptomi..... | 11 |
| 3.2.4 Bihevioralni simptomi..... | 11 |
| IV. ODGOJNI ASPEKTI DEPRESIVNIH POREMEĆAJA | 13 |
| 4.1 Utjecaj depresivnog roditelja na depresivnost djeteta..... | 14 |
| 4.2. Depresivni poremećaji i odnosi s vršnjacima..... | 14 |
| 4.3 Depresivni poremećaji i akademsko postignuće..... | 15 |
| V. REZULTATI ZNANSTVENIH ISTRAŽIVANJA | 16 |
| VI. RASPRAVA | 17 |
| VII. ZAKLJUČAK | 18 |
| VIII. POPIS LITERATURE | 19 |

I. UVOD

Aktualnost ove teme očituje se u činjenici da depresivni poremećaj prožima gotovo sve dobne skupine, te vrlo često možemo čuti da je depresija postala „bolest modernog doba“. Prema Vulić-Prtorić (2007, 20) prošlo se stoljeće nazivalo “dobom anksioznosti, tjeskobe i strepnje“, dok ovo stoljeće obilježavaju depresivnost i melankolija. Kroz temu ovog završnog rada upoznat ćemo se s razdobljem adolescencije, simptomima depresivnog poremećaja, poremećajima raspoloženja kod adolescenata te ukazati na odgojne aspekte depresivnih poremećaja.

„Depresija je prvi puta 1971. godine priznata poremećajem od strane europskih dječjih psihijataru sa značajnom učestalošću u djece i adolescenata“ (Malmquist, 1971, prema Boričević Maršanić, Zečević, Ercegović, Paradžik, Grgić, 2016, 119). „Naime, smatralo se da je depresija u djece izuzetno rijetka, a kada se i pojavi da se manifestira na zamaskirani način i kao dio normalnog razvojnog procesa“ (Vulić-Prtorić, 2007, 22). Međutim, brojna su istraživanja, prema Vulić-Prtorić (2007, 22) opovrgnula većinu tih „mitova“. Većina istraživanja, prema Kurtović, Marčinko (2010) slaže se da je neprijateljska obiteljska okolina, u kojoj nedostaje topline i podržavajućih odnosa, povezana s nastankom depresivnog poremećaja. Klerman i sur. (1984, prema Osier Peters, 2012, 3) smatraju da prijelazna razdoblja, tuga, međuljudski sporovi i gubitci doprinose razvoju i održavanju depresije. Davison i Neale (1999, prema Kurtović, 2006) tvrde da depresivne osobe zbog manjka interesa i osjećaja vlastite nekompetencije postaju socijalno izolirane, te zbog svoje nezainteresiranosti i neosjetljivosti za potrebe drugih vrlo često imaju poteškoća u komunikaciji s drugima. Kovacs i sur. (2001) te Reinherz i sur. (2000) prema Kurtović (2012, 37) smatraju kako neprepoznata i netretirana depresivnost nastala u ranoj dobi može dovesti do mnogo težih problema kao što su problemi sa zdravljem, kriminalna djela, problemi u braku te akademski neuspjeh. „Odrasle osobe u dobi od 18 do 24 godine imaju najveću učestalost i kumulativne stope depresije u bilo kojoj dobnoj skupini (Kessler i sur., 2010, Kessler i sur., 1994, Klerman i Weissman, 1989, prema Osier Peters, 2012, 4). Učestalost novih slučajeva depresivnih poremećaja raste s 3% u dobi od 15 do 21% u dobi od 18 godina, a zatim se ponovno smanjuje na 11% u dobi od 20 godina (Hankin i sur., 1998, prema Osier Peters, 2012, 4).

II. TEORIJSKA POLAZIŠTA

2.1 Adolescencija kao životno razdoblje

„Psiholog G. Stanley Hall (1904) prvi je opisao adolescenciju kao posebnu razvojnu fazu i dao joj naziv adolescencija od latinske riječi „adolescere“ ili „odraštati“. Opisuje razdoblje između djetinjstva i odrasle dobi, razvojno razdoblje „bure i oluje“ koje vodi do nepovratnog prijelaza iz djetinjstva u odraslost“ (Blos, 1962, prema Dodig-Ćurković, 2017, 223). Adolescencija je, smatra Meščić-Blažević (2007) rizično vrijeme kada dio mladih ulazi u problematična ponašanja koja im ograničavaju izbor i sužavaju mogućnosti u kasnijem životu. „Adolescencija se najčešće dijeli u tri faze s obzirom na dob mlade osobe: rana, srednja i kasna adolescencija.

- Rana adolescencija – počinje pubertetom i obuhvaća dob između 10. i 14. godine.
- Srednja adolescencija – obuhvaća dob između 15. i 18. godine.
- Kasna adolescencija – potfaza čiji je kraj osobito teško procijeniti, a smješta se u razdoblje između 19. i 25. godine“ (Dodig-Ćurković, 2017, 224).

Autorica Lacković-Grgin u knjizi *Psihologija adolescencije* (2006) govori u prolongiranoj adolescenciji što znači da ona može trajati i sve do tridesete godine. Isto tako napominje kako dobna određenja adolescencije ovise od kulture do kulture, pa će tako u kulturama koje potiču individualizam i nezavisnost kraj adolescencije biti individualno definiran dok primitivnije kulture „prakticiraju kolektivno "prevođenje" djece u svijet odraslih“. „Neki autori sugeriraju da bi taj period trebalo nazvati mladost (engl. *youth*) za razliku od adolescencije“ (Keniston, 1971, prema Lacković-Grgin, 2005, 26). Zanimljivo je za spomenuti riječi Charlesa Dickensa: „Adolescencija je najbolje razdoblje života, ona je najgore razdoblje života, ona je mudrost, ona je doba ludosti“ (Dodig-Ćurković, 2017, 223). „Adolescencija se obično smatra najzdravijim razdobljem života, u kojem se doseže vrhunac snage, brzine, kondicije i mnogih kognitivnih sposobnosti. No korjenita zbivanja u vrijeme sazrijevanja nose sa sobom i nove zdravstvene rizike s potencijalnim dugoročnim posljedicama za zdravlje“ (Kleinert, 2007; Patton, Viner, 2007, prema Kuzman, 2009). Prema riječima Vučenović, Hajncl, Mavar (2015) adolescencija predstavlja period velikih promjena u životu pojedinca, i s obzirom na činjenicu da depresivnost adolescenata postaje sve veći društveni problem potrebno je razvijati preventivne programe koji bi bili usmjereni prema boljem razumijevanju depresije.

2.2 Razvoj identiteta u adolescenciji

Prema Dodig-Ćurković (2017) povećana je sklonost adolescenata prema odbacivanju autoriteta, roditeljske kontrole, a izražena potreba za zbližavanje s vršnjacima. U razdoblju adolescencije smatra Dodig-Ćurković (2017) mladi ispituju granice, skloni su naglim promjenama raspoloženja i buntovništvu te imaju unutarnje sukobe i sukobe s okolinom. To je vrijeme formiranja osobnosti, u kojem mladi teže samostalnosti, neovisnosti i samoostvarenju. Suočeni s mnogim razvojnim promjenama: biološkim, kognitivnim, emocionalnim i socijalnim, s kojima se teško nose, adolescenti često ulaze u rizična ponašanja i time, na određeni način, traže rješenja za probleme koje proživljavaju tijekom ove stresne životne dobi. Karakteristično je, nadalje, za ovu razvojnu fazu traganje za emocionalnom i socijalnom potporom izvan obiteljskih okvira. Jedna od dramatičnijih socijalnih promjena u adolescenata je proces psihološkog odvajanja od roditelja, odnosno oslobađanje ovisnosti o roditeljima uz istodoban pokušaj održavanja veze s njima (Meščić- Blažević, 2007, 302). „Obiteljski odnosi adolescenata uvjetovani su konfliktom s roditeljima, koji je ne samo poželjan, već i neophodan s ciljem razvoja i postizanja identiteta“ (Erikson, 1963, 1976; Marcia, 1966, prema Livazović, 2011).

Lacković-Grgin u knjizi *Psihologija adolescencije* (2006) napominje kako pojedinac u adolescenciji mora naučiti istovremeno biti i individualan i socijalan. Autorica se posebno osvrnula na Eriksonovu teoriju identiteta prema kojoj se treba integrirati ukupno „sedam sljedećih elemenata:

1. Vremenska perspektiva
2. Samosvijest
3. Provjeravanje uloga
4. Izobrazba za rad
5. Seksualna polarizacija
6. Vođenje i slijeđenje
7. Ideološka predanost“.

Prema Lacković-Grgin (2006) **vremenska perspektiva** odnosi se na sposobnost razvitka životnog plana te njegove realizacije u budućnosti. **Samosvijest**, kao drugi element identiteta uključuje razvoj samopouzdanja. Pritom, na nove djetetove mogućnosti okolina može reagirati poticanjem autonomije što kod djeteta dovodi do ponosa, osjećaja kontrole i osjećaja volje da se bude svoj što Erikson smatra prethodnicom razvoja autonomije u adolescenciji.

Provjeravanje uloga očituje se u činjenici da je adolescent u mogućnosti eksperimentirati različitim ulogama, idejama i ciljevima te osobnim karakteristikama. Kriza identiteta u ovom je stadiju povezana s iskustvima kažnjavanja, kritiziranja i zastrašivanja. Također, provjeravanju uloga korisne su interakcije s vršnjacima, prijateljima ili partnerima. **Izobrazba za rad** odnosi se na razvoj profesionalnog identiteta. Razvoju ovog elementa značajno pridonosi svladavanje vještina i znanja, osjećaj ponosa te pozitivni stavovi prema radu. Kada je riječ o **seksualnoj polarizaciji**, napominje Erikson, kako tijekom adolescencije dolazi do identifikacije s jednim ili s drugim spolom. **Vođenje i slijedenje** odnosi se na „nalaženje svoga mjesta u društvu“ gdje pritom mladi u različitim odnosima s roditeljima, učiteljima i prijateljima shvaćaju da neki od njih traže pokoravanje dok drugi dopuštaju slobodu izbora. **Ideološka predanost** kao sedmi element identiteta odnosi se na izgrađivanje osobne ideologije koja predstavlja okvir prema kojem vrednujemo ljude, događaje i ideje. „Jedno od najosjetljivijih temeljnih područja adolescentnog razvoja jest i prihvaćanje spolnog identiteta te odgovornoga spolnog ponašanja“ (Kuzman, 2009). „Adolescencija i seksualno ponašanje pod utjecajem su ne samo spola već i društvenog okruženja koje uključuje socioekonomske odrednice te općenite značajke i odnose u društvenoj zajednici“ (Marston, King, 2006, prema Kuzman, 2009).

2.3 Emocionalni odnosi i značajke adolescencije

Kuzman (2009) navodi kako se u razdoblju adolescencije osim svih socijalnih, tjelesnih i emocionalnih promjena prihvaćaju i različiti obrasci ponašanja te izabire životni stil, što utječe na trenutačno zdravlje, ali i na zdravlje u budućnosti. Sa spomenutim slažu se i autori Maggs, Frome, Eccles i Barber (1997, prema Lacković-Grgin, 2006) koji navode kako je adolescencija formativno razdoblje za usvajanje ponašanja relevantnih za zdravlje odnosno za navike, stavove i stil života. „Glavne zadaće adolescencije jesu: nošenje s tjelesnim promjenama, svladavanje seksualnih i agresivnih impulsa, razvijanje autonomije od roditelja, uspostavljanje odnosa s vršnjacima i s odraslima izvan obitelji, razvoj kapaciteta za intimnost s drugim osobama, uspostava trajnog osjećaja vrijednosti, uspostava koherentnog osjećaja identiteta (spolnog, etničkog, profesionalnog), postizanje osjećaja sposobnosti na poslu ili školi, kao i realistično planiranje za kasniju ekonomsku samostalnost“ (Dodig-Ćurković, 2017, 223). Ata, Ludden i Lally (2007, prema Livazović, Mudrinić, 2016) smatraju da, kada je riječ o zadovoljstvu vlastitim tijelom, jako važnu ulogu u životu adolescenata imaju upravo njihovi vršnjaci. Podržavajući odnos izvor je podrške adolescentima, no ukoliko je on praćen zabrinutošću tjelesnim izgledom adolescenti će pokazivati veće nezadovoljstvo i različite poremećaje

hranjenja kao što su anoreksija, bulimija itd. „Suputnici adolescenata na njihovom putu odrastanja jesu njihovi roditelji i njihovi vršnjaci.“ (Graovac, 2010). „U vršnjačkim odnosima adolescenti umjesto prijašnje kvantitete, naglasak stavljaju na kvalitetu odnosa s užim i intimnijim krugom prijatelja - naime, separacijom od roditelja adolescent potvrdu i podršku vlastitog ponašanja počinje tražiti u socijalizacijskom okviru vršnjačkih interakcija“ (Moshman, 2005, prema Livazović, 2011). U ovom razdoblju, smatra Dodig-Ćurković (2017), dolazi do intenziviranja otuđenosti od roditelja, odnosno skrbnika, dijete se povlači u sebe, izolira i na više područja dolazi do naglih promjena u njegovu ponašanju (socijalna okolina, škola, obitelj, vršnjački odnosi, emocionalne veze). Graovac (2010) također naglašava da je izuzetno važna emocionalna klima u obitelji i ukoliko su u obitelji stalno prisutni konflikti, adolescentova potraga za vlastitim identitetom bit će otežana. Prema Dodig-Ćurković (2017) brojni podražaji izvana uzrokuju narušavanje mentalne ravnoteže; mlada se osoba osjeća slabo, nema mogućnost ni mehanizme kako se nositi s novim osjećajima, mislima, fizičkim i psihičkim promjenama te ulazi u razdoblje „krize“ koja najčešće prolazi bez bitnijih posljedica. „No, slika adolescencije kao vremena „oluja i stresova“ ustvari je primjenjiva na manji broj adolescenata, i valja imati na umu da većina djece prođe ovo razdoblje bez značajnih emocionalnih problema“ (Vulić-Prtorić, 2007, 70). U svom radu *Adolescencija, adolescenti i zaštita zdravlja* (2009) autorica Kuzman govori o eksperimentiranju sredstvima koje mogu izazvati ovisnost. Na prvom je mjestu pušenje koje najčešće počinje u ranoj adolescenciji, a glavni razlog zašto adolescenti počinju pušiti je to što se pušenje doživljava kao oblik zrelosti i nezavisnosti. Spomenuta autorica naglašava kako je pijenje alkohola najveća ovisnost s kojom se društvo i pojedinci danas moraju boriti. Smatra Graovac (2010) da je impulzivnost jedna od karakteristika ponašanja adolescenata kao i želja za novim iskustvima i težnja za funkcioniranjem na “višoj razini adrenalina”. Zabrinjavajuća je i činjenica, smatra Kuzman (2009) da je u razdoblju od 1995.-2007. zabilježen porast pijenja među adolescentima, što su potvrdili i rezultati ESPAD-a. ¹ Među najrizičnijim ponašanjima u adolescenciji je i eksperimentiranje psihoaktivnim drogama. „Svaka od faza adolescencije krije u sebi opasnost za pojavu krize, a svima su zajednička obilježja pojačana tjeskoba i promjene u raspoloženju“ (Graovac, 2010, 263). Autorica Dodig-Ćurković govori o pojmu adolescentske krize. Naime,

¹ Europsko istraživanje o pušenju, pijenju alkohola i uzimanju droga među učenicima (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs – ESPAD) je međunarodno istraživanje koje se od 1995. godine svake četiri godine provodi među 15-16 godišnjacima u tridesetak europskih zemalja, uključujući Hrvatsku. (Izvor sa WWW. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/medunarodna-istrzivanja/espada/>)

adolescenti često koriste autodestruktivno ponašanje kako bi reagirali na određene emocionalne teškoće.

Adolescentsko prijateljstvo, romantični odnosi te bliski odnosi adolescenata na Internetu smatraju se, prema Lacković-Grgin (2005) posebnim oblikom interpersonalnih odnosa u adolescenciji. U okviru modela Wrighta i Bergloffa (Lea, 1989, prema Lacković-Grgin, 2005) iskristalizirale su se sljedeće vrijednosti prijateljstva: korist, potvrđivanje, podrška egu, stimulacija i sigurnost. „Osim što su, kao i prisno prijateljstvo, romantične veze izvor sreće i zadovoljstva, one mogu biti izvorom negativnih iskustava i emocija“ (Lacković-Grgin, 2005, 162). Kada je riječ o odnosima adolescenata na Internetu prema Lacković-Grgin (2005) pokazalo se da su adolescenti koji imaju bliski online odnos turbulentniji i da imaju više sukoba s roditeljima od onih koji ga nemaju.

III. DEPRESIVNOST I POREMEĆAJI RASPOLOŽENJA

„Depresija (lat. *deprimere*-potištenost, utučenost, klonulost, tupost, bezvoljnost) predstavlja psihijatrijski poremećaj patološki sniženog raspoloženja. Može se javiti kao simptom ili sindrom u okviru različitih psihijatrijskih poremećaja, ili kao samostalan entitet“ (*Klinički vodič za primarnu zdravstvenu zaštitu*, Lakić, Račić, Stoisavljević-Šatara, 2004). Radi se o poremećaju, napominje European Commission (2004, prema Harhaji, 2016), koji pogađa cjelokupno stanovništvo i negativno utječe na kvalitetu života, socijalni i kulturni život, rad i učenje te na sposobnost pojedinca da aktivno sudjeluje u zajednici i svakodnevnom životu. Svjetska zdravstvena organizacija (eng. *World Health Organization*, 2010, prema Meekums, Karkou i Nelson, 2012) izvještava da depresija pogađa oko 121 milijun ljudi diljem svijeta. Scott (2003, prema Meekums, Karkou i Nelson, 2012) smatra kako depresija ne predstavlja samo značajno opterećenje za obitelj i društvo već ima i negativan utjecaj na kvalitetu života te može dovesti do samoubojstva. „Fenomen poremećaja u ponašanju djece i adolescenata izaziva znatnu pozornost suvremene znanstvene, stručne i društvene javnosti zbog čega su predmet interesa različitih znanstvenih disciplina kojima je u središtu proučavanja čovjek i njegovo ponašanje. Tu se, prije svega, misli na pedagogiju, psihologiju, psihijatriju, a osobito na socijalnu pedagogiju kao multidisciplinarnu znanost u čijem je središtu izučavanja čovjek i njegovo ponašanje koje odstupa od općeprihvaćenih društvenih normi“ (Meščić – Blažević, 2007).

Prema Vulić-Prtorić (2007) poremećaji u djetinjstvu i adolescenciji prvi puta se opisuju 1948. U MKB-10 klasifikaciji u okviru četiri grupe: mentalna insuficijencija, shizofrenija, manična depresija i drugi poremećaji. „Poremećaji raspoloženja su klinički entiteti kojima je zajednički simptom poremećeno emocionalno stanje koje utječe na to kako osoba misli, ponaša se i doživljava svijet oko sebe“ (Mihaljević-Peješ, 2017). Prema DSM-5 (2014) u depresivne poremećaje ubrajamo disruptivni poremećaj disregulacije raspoloženja, veliki depresivni poremećaj (koji uključuje veliku depresivnu epizodu), perzistentni depresivni poremećaj (distimija), premenstrualni disforični poremećaj, depresivni poremećaj raspoloženja prouzročen psihoaktivnom tvari/lijekom, depresivni poremećaj zbog drugog zdravstvenog stanja, drugi specificirani depresivni poremećaj i nespecificirani depresivni poremećaj. Dva osnovna obilježja disruptivnog poremećaja disregulacije raspoloženja prema DSM-5 su učestali izljevi bijesa te kronično ili ljutito raspoloženje. Prilikom velikog depresivnog poremećaja simptomi moraju biti prisutni gotovo svakodnevno, a glavne pritužbe odnose se na nesanicu i umor. Trajanje od najmanje dva tjedna osnovno je obilježje velike depresivne epizode pri čemu

je prisutan gubitak zanimanja ili uživanja u aktivnostima. Svjetska zdravstvena organizacija (prema Harhaji, 2016) navodi da s obzirom na težinu i broj simptoma depresivnu epizodu svrstavamo u tri kategorije: blagu, umjerenu i tešku.

- Blaga depresivna epizoda – sniženo raspoloženje, smanjeno zadovoljstvo i zanimanje; pacijent može obavljati većinu svakodnevnih aktivnosti.
- Umjerena depresivna epizoda – prisutno četiri ili više simptoma depresije; pacijent ima teškoće u obavljanju svakodnevnih aktivnosti.
- Teška depresivna epizoda – tipični simptomi su gubitak samopoštovanja i ideje bezvrijednosti i krivnje, česte -mogu biti i ideje o suicidu. Pritom je razdražljivo raspoloženje najviše prisutno kod djece i adolescenata.

Kramlinger (2005, prema Jembri, 2017) smatra kako je distimija dugotrajni oblik blage depresije, a glavno obilježje je trajno negativan stav o životu. Prema Američkoj psihijatrijskoj udruzi (2014) osnovno obilježje distimije je depresivno raspoloženje koje se pojavljuje veći dio dana, najmanje dvije godine ili najmanje jednu godinu za djecu i adolescente. „Depresivne osobe odgovornost za važne pozitivne događaje pripisuju vanjskim, specifičnim i promjenjivim utjecajima („Ovaj put sam imala sreće.“)“ (Živković, 2006, prema Jembri, 2017). „Procjenjuje se kako će depresija oko 2020. biti drugi svjetski zdravstveni problem i najveći uzrok radno-socijalnog nefunkcioniranja obitelji“ (Gruber, 2007, Thornicroft, Rose, Kassam, Sartorius, 2007, prema Jerončić Tomić, 2016, 1690).

3. 1 Depresivni poremećaji kod adolescenata

Davidson i Neale (2002, prema Novak, Bašić, 2008) strahove u djetinjstvu, socijalnu povučenost, depresiju u adolescenciji te psihosomatske teškoće svrstavaju u poremećaje nedovoljno kontroliranog ponašanja kod kojih je prisutan neki oblik povlačenja u ponašanju. Autorica Meščić-Blažević (2007) smatra kako se različiti oblici poremećaja u ponašanju manifestiraju upravo u doba adolescencije. Naglasak je pritom na tome da mladi žele dokazati samostalnost i nezavisnost neprimjerenim oblicima ponašanja. 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 uzorcima. Povećanje depresivnih raspoloženja i poremećaja u razdoblju

adolescencije može biti četverostruko u usporedbi s ranim djetinjstvom (prema Gotlib i Hammen, 1996, citirano u Vulić-Prtorić, 2007).

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).

Sacco i Beck (1995, prema Kurtović, 2006) napominju kako se prije nekoliko desetljeća smatralo da osobe prvi puta dožive depresivne epizode u srednjoj životnoj dobi dok je danas sve veći broj mladih depresivnih osoba. „Suicid i pokušaji suicida nisu psihijatrijski poremećaji sami po sebi, već simptomi emocionalne patnje koji mogu biti povezani s određenim psihijatrijskim poremećajima, naročito depresijom“ (Vulić-Prtorić, 2007, 199). Prema Vulić-Prtorić (2007) zabrinjavajuća je činjenica kako se prema podacima objavljenim u dnevnom listu² u Hrvatskoj ubilo 563 djece, 132 u dobi od 14 godina i 431 u dobi od 14 do 18 godina. „Svaka od faza adolescencije krije u sebi opasnost za pojavu krize, a svima su zajednička obilježja pojačana tjeskoba i promjene u raspoloženju. Raspoloženje može biti nestabilno i promjenjivo, ali najčešće je sniženo-depresivno sa svim nijansama koje depresivnost može ponuditi“ (Graovac, 2010, 263). „Hrvatskih epidemioloških³ podataka o mentalnim poremećajima u djece i mladih ima vrlo malo iz čega direktno proizlaze potrebe i smjernice za daljnjim studijama“ (Novak, Bašić, 2008, 480). Dodig-Ćurković (2017) napominje kako velike posljedice na psihički razvoj djeteta ostavljaju odgojna zapuštenost i zanemarivanje djetetovih osnovnih potreba, uskraćivanje prava na zdravstvenu zaštitu, njegu, odgoj i školovanje te napuštanje djeteta, emocionalno zanemarivanje i zlostavljanje. Nisko samopoštovanje glavni je i najčešći simptom depresije u djetinjstvu, što prema Vulić-Prtorić (2007) potvrđuju brojna istraživanja. Adolescenti će, smatraju Rudan i Tomac (2009) u razgovoru otkriti postojanje depresivnog raspoloženja ili suicidalnih misli te pokazivati razdražljivost i tužiti se na dosadu. Hofstra, Van der Ende i Verhulst (2002, prema Novak-Bašić, 2008) svojim su istraživanjem došli do spoznaje da poremećaji raspoloženja kod dječaka postaju ukorijenjeni već u ranom djetinjstvu dok kod djevojčica imaju drukčiji razvojni put, vezan uz iskustva rane adolescencije. Seligman (2005, prema Jembri, 2017) smatra da je jedan od uzroka depresije u mlađoj dobi odgoj u obitelji i školi, te općenito u društvu. Prema Osier Peters (2012) brojni oblici interpersonalnog stresa kao što su raskid, odbacivanje, sukobi i usamljenost doprinose povećanju depresivnih simptoma. Prema podacima Centra za proučavanje socijalne politike

² Večernji list, 11. Veljače 2002. Izvor: MUP-RH, Odjel za izvještajnu analitiku i razvoj.

³ Epidemiologija - znanstvena disciplina koja se bavi proučavanjem pojave i prevalencija neke bolesti. (Izvor s WWW. Rječnik.com. Dostupno na: <http://www.rjecnik.com/epidemiologija>)

(eng. *The Center for the Study of Social Policy*, 2012, prema National Center for Children in Poverty, 2006) povećani rizik za socijalne, emocionalne i bihevioralne zdravstvene probleme imaju djeca i mladi iz kućanstava s niskim primanjima što dovodi do roditeljskog stresa, nasilja u obitelji ili pak neodgovarajuće skrbi. „Osjećaj povezanosti s obitelji, vršnjacima ili školom zaštitni je faktor od razvoja depresije za ovu dobnu skupinu“ (Costello, Swendsen, Rose, Dierker, 2008, prema Osier Peters, 6, 2012). „Kliničke i epidemiološke studije pokazuju da 40 do 70% djece i adolescenata s depresijom ima još jedan psihički poremećaj. Najčešći komorbidne dijagnoze su anksiozni poremećaj, zlorababa sredstava ovisnosti, poremećaji ponašanja koji se može nastaviti nakon što depresivna epizoda prođe, ADHD, poremećaj osobnosti, osobito granični poremećaj osobnosti te teškoće učenja“ (Birmaher, Ryan, Williamson i sur., 1996, prema Boričević-Maršanić i sur., 2016, 123).

3.2 Simptomi depresivnosti

Više od 80% 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 karakteristični za ovu dob su slab školski uspjeh, sniženo samopoštovanje, suicidalna razmišljanja i namjere te ozbiljni problemi s ponašanjem, pogotovo zlorababa alkohola i droga (Birmaher, Ryan, Williamson DE. i sur., 1996, prema Boričević Maršanić, 2016, 122). „Iako se depresija u adolescenciji često manifestira sličnim simptomima kao kod odraslih, mogu biti prisutne fenomenološke karakteristike tipične za adolescenciju. Depresivni adolescenti nisu uvijek tužni, prvenstveno se doimaju razdražljivima i nestabilnima, a često mogu imati burne emocionalne reakcije i ispade bijesa“ (Bahls, 2002, prema Boričević Maršanić i sur. 2016, 122). „Adolescenti će vjerojatnije u razgovoru otkriti postojanje depresivnog ponašanja i suicidalnih misli. Oni također mogu pokazivati razdražljivost, probleme ponašanja i tužiti se na dosadu. Mogu se pokušavati “liječiti” drogama i alkoholom. Adolescenti često imaju atipične simptome kao što su hipersomnija, povećanje apetita, osjetljivost na odbijanje i letargiju“ (Rudan, Tomac, 2009, 174-175). „Česta obilježja depresije kod djece su srdžba, iritabilnost, pretjerana aktivnost i agresivnost, koja je češća kod dječaka nego kod djevojčica. Djevojčice su po svom doživljavanju i izražavanju depresije mnogo sličnije adolescentima i odraslima. Istraživanja pokazuju da je svjetonazor depresivne djece sličan svjetonazoru depresivnih odraslih osoba, a negativniji u odnosu na svjetonazor nedeprativne djece“ (Prieto, Cole i Tageson, 1992., Davidson i Neale, 1999, prema Zaić, 2005). Boričević Maršanić i sur. (2016, 122) smatraju

kako za razliku od ranije, roditelji i nastavnici obično nisu svjesni depresije kod svoje djece i učenika.

Tablica 1. *Razlike u simptomima depresije kod odraslih i adolescenata* (preuzeto iz Boričević Maršanić i sur., 2016, 120).

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

3.2.1 Emocionalni simptomi

Prema Vulić-Prtorić (2007) disforija i anhedonija dva su najčešće opisivana depresivna simptoma. „Disforija ili disfориčno raspoloženje je negativno raspoloženje različitog intenziteta koje je često povezano s osjećajem manje vrijednosti i gubitkom povjerenja u vlastite sposobnosti. Anhedonija je gubitak ugone i uživanja u aktivnostima koje je osoba do tada smatrala privlačnim i u njima uživala“ (Vulić-Prtorić, 2007, 31-32). Ista autorica naglašava kako je duboka žalost temeljno obilježje depresije kod adolescenata, a ljutnja se pokazala vrlo važnim indikatorom u prepoznavanju djece koja su spremna na suicidalno ponašanje. Prema mišljenju Rudan, Tomac (2009) depresivna djeca i adolescenti češće su samokritični i lako se uplaše da će i druge osobe prema njima biti jednako stroge i kritične. Depresivno raspoloženje, iritabilnost i anksioznost tri su emocionalna stanja kroz koje prolazi depresivno dijete. Stoga, Vulić-Prtorić (2000, prema Vulić-Prtorić, 2007, 34) zaključuje da „depresivna djeca imaju veći broj anksioznih simptoma nego što anksiozna djeca imaju depresivnih.“

3.2.2 Tjelesni simptomi

Tjelesni simptomi depresivnosti obično uključuju poremećaj različitih tjelesnih funkcija dok u nekih slučajevima mogu imati oblik obrambenog ponašanja. Prema Vulić-Prtorić (2007, 34) promjene u apetitu mogu biti značajno smanjene ili povećane, a mogu se javiti i smetnje spavanja u obliku „inicijalne insomnije (teškoće s uspjavanjem), središnje insomnije (buđenje tijekom noći), terminalne insomnije (prerano buđenje) te hipersomnije (predugo spavanje), glavobolje, trbobođe, umor, i sl.“ Tjelesni simptomi također mogu omogućiti izbjegavanje neugodne situacije smatra Vulić-Prtorić (2007) kada dijete npr. doživljava neugodnu situaciju u školi te priskrbiti pritom pojačanu brigu roditelja.

3.2.3 Kognitivni simptomi

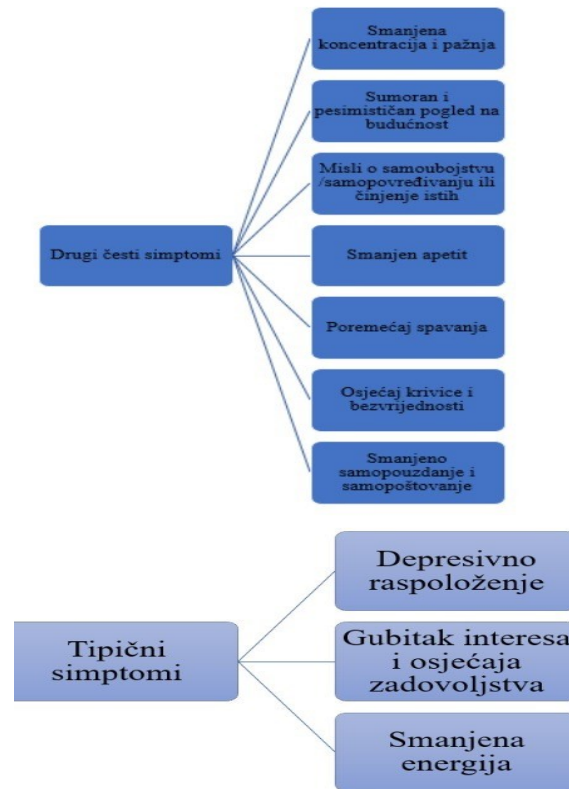
„Osobe imaju negativno viđenje sebe, svijeta koji ih okružuje i budućnosti, koje temelje na iracionalnim mislima i iskrivljenim percepcijama. Sebe smatraju bezvrijednima, nekompetentnima i nesposobnima rješavati svakodnevne probleme i obveze, imaju nisko samopoštovanje, vrlo su samokritične i često ih muči osjećaj krivnje“ (Kurtović, 2006, 1). „Depresija može utjecati na pamćenje i procese mišljenja, pridonositi smetnji koncentracije, donošenju nekih odluka koje su prije bile lake, čak i neke bezazlene odluke mogu postati teške (što obući, kakav obrok pripremiti itd.)“ (Kramlinger, 2005, prema Jembri, 2017). Rezultati brojnih istraživanja prema Vulić-Prtorić (2007) pokazuju da je nisko samopoštovanje glavni i najčešći simptom depresije u djetinjstvu. Autorica također naglašava kako su se nisko samopoštovanje, beznadnost i ljutnja pokazali izuzetno značajnima u slučajevima dječje suicidalnosti. „Ostali kognitivni simptomi koji se primjećuju u depresivne djece i adolescenata su greške u zaključivanju i problemi u koncentraciji“ (Vulić-Prtorić, 2007, 40).

3.2.4 Bihevioralni simptomi

Bihevioralni se simptomi prema Kurtović (2006) manifestiraju u psihomotornim promjenama, kao što su psihomotorna retardacija ili agitacija. „Psihomotorna retardacija očituje se u tome da je osoba usporena, govori sporo i monotono i često pauzira, te ima vrlo izraženu mimiku. S druge strane, kod agitirane osobe karakteristični su simptomi konstantan tjelesni nemir, naglašena gestikulacija, često dodirivanje dijelova tijela (kose, lica), kršenje ruku i sl.“ (Kurtović, 2006, 2). Prema Vulić-Prtorić (2007) depresivno dijete gubi zanimanje za aktivnosti koje su ga prije zanimale ili se i dalje bavi tim aktivnostima ali sa smanjenom dozom ugone (anhedonija). Također, depresivna se djeca stalno doimaju umornima i vrlo često im

svakodnevne obveze budu previše naporne. „Depresivna djeca imaju deficite u socijalnim vještinama i nezadovoljavajuće interakcije u obitelji i s vršnjacima“ (Vulić-Prtorić, 2007, 43).

Shema 1. *Dijagnoza depresivnog poremećaja na osnovu kriterija MKB-10* (Baldwin, Birtwistle, 2002, prema Harhaji, 2016)



IV. ODGOJNI ASPEKTI DEPRESIVNIH POREMEĆAJA

4.1 Utjecaj depresivnog roditelja na depresivnost djeteta

Sander i McCarty (2005), prema Kurtović (2012) smatraju da se s depresivnošću adolescenata često povezuje i roditeljska depresija, osobito majčina. „Djeca u najranijoj dobi uče oponašanjem koje je ključno za njihov razvoj te roditelji moraju biti svjesni svoje uloge u odgoju. Postavlja se pitanje kakav odgoj s obzirom na svoje mogućnosti pruža depresivan roditelj i kakve su dalekosežne posljedice“ (Vučić, Ekić, 2015,140). Berkowitz, 1989; Conger i Elder, 1994; Conger i sur., 1992 (prema Anđelinović, Vrselja, Merkaš, 2017, 629) napominju da kada se obitelj suoči s ekonomskim pritiskom roditelji počnu doživljavati negativne emocije, a jedna od njih je i depresija. Pod ekonomskim se pritiskom prema Anđelinović, Vrselja, Merkaš (2017) misli na nedovoljno materijalnih prilika da bi se kupila odjeća i hrana, da bi se platili računi i pokrili troškovi za tekući mjesec. Nadalje, autorice smatraju kako spomenuti emocionalni problemi dovode do javljanja konflikata između supružnika zbog čega se oni manje posvećuju svojoj djeci i uključuju u njihove dnevne aktivnosti što dovodi do javljanja određenih problema poput depresije. Autorica Kurtović (2012, 38) također naglašava da „obiteljski sukobi mogu biti izvor stresa, koji povećava rizik da se razvije depresivna simptomatologija“. Neki autori smatraju da je jedno od objašnjenja zašto i u obiteljima koje proživljavaju velike gubitke ili traume ne dolazi do poremećaja prilagodbe kod djece, dok kod drugih dolazi, upravo to da ti problemi nisu narušili emocionalnu klimu u odnosu roditelja i djeteta, te je u tom smislu dijete (ili adolescent) i dalje imao sigurnu bazu koja mu je pomagala u nošenju sa stresom (Kurtović, 2012, 39). Kurtović i Marčinko (2010) napominju da unatoč činjenici da adolescenti više vremena provode s vršnjacima izvan kuće, obitelj i dalje ima značajan utjecaj na njihov život. Tako se u radu autora Scheeber, Davis, Leve, Hops, Alpert i Tildesley, 2007; Scheeber i Sorensen, 1998 (prema Kurtović i Marčinko, 2010) pokazalo da su obiteljski odnosi dosljednije povezani s depresivnošću adolescenata nego njihovi odnosi s vršnjacima. „Školski neuspjeh ili školska neprilagođenost često je prvi signal da se nešto ”dogđa” s adolescentima. Osjetljivi na školska postignuća svoje djece, roditelji ponekad osim školskog neuspjeha ne vide ništa drugo (Rudan, Begovac, Szivovicza, 2004, prema Graovac, 263, 2010) Vulić-Prtorić (2007) u poglavlju obiteljski kontekst u razvoju depresivnosti djeteta ukazuje kako se faktori obitelji u razvoju depresivnosti kod djece i adolescenata mogu javiti kao predisponirajući faktori, ali i kao održavajući i zaštitni faktori.

- *Predisponirajući faktori obitelji* - Kada roditelji pretjerano, neopravdano kažnjavaju i kritiziraju dijete i kad su više usmjereni na njegove neuspjehe nego uspjehe, mogu pridonijeti razvoju depresije kod djeteta.
- *Održavajući čimbenici obitelji* – Kada u obitelji postoje niske razine socijalne podrške, bračna nesloga, tjelesne bolesti, itd. ne postoje potrebni uvjeti za smanjenje depresivnih simptoma.
- *Zaštitni faktor obitelji* – Ukoliko u obitelji postoji sigurni oblik privrženosti između djeteta i roditelja, autoritativni odgoj i jasna komunikacija sve to može predstavljati zaštitni faktor za javljanje depresivnih simptoma kod djece.

4.2 Depresivni poremećaji i odnosi s vršnjacima

„Sva depresivna djeca imaju problema u socijalnim vezama, pa se postavlja pitanje što je tu uzrok, a što posljedica, tj. ima li dijete zbog depresije manje prijatelja ili pak manjak prijateljskih veza donosi depresivnost ili pak neka treća varijabla uzrokuje i depresivnost i interpersonalne probleme (Lebedina Manzoni, 2010, prema Jembri, 2017)“. Odgovor daje Durkheim (1897, prema Osier Peters, 2012) koji je tvrdio da društvena povezanost zadovoljava osnovnu potrebu za pripadanjem, a nedostatak toga ključni je poticaj za razvoj samoubojstva. Hagerty i Williams, 1999; Hagerty, Williams, Coyne i Early, 1996 (prema Osier Peters, 2012) napominju kako je osjećaj nedostatka pripadnosti povezan s depresijom, tjeskobom i usamljenošću. „Isto tako, usporedba usamljenih i neusamljenih ljudi je pokazala da usamljeni ljudi imaju niže samopoštovanje od neusamljenih, a skloniji su depresivnim i anksioznim stanjima“ (Buunk i Prins, 1998, prema Buljubašić-Kuzmanović, 2010). Također, podaci prema Osier Peters (2012) upućuju na činjenicu kako su interpersonalni odnosi jednako ili čak mnogo više stresniji za studente od primjerice pitanja vezanih za karijeru. Steger i Kashdan (2009, prema Osier Peters, 2012) smatraju kako se povećanjem jačine depresivnih simptoma smanjuje mogućnost ostvarivanja međuljudskih interakcija, te se situacije interpretiraju negativnim što dovodi do loše interakcije s drugima. Djeca koja nisu razvila osnovne socijalne vještine imaju osjećaj bespomoćnosti u postizanju društvenih i vlastitih ciljeva, te se upravo iz tog razloga pridaje sve veća pozornost razvoju poželjnih vršnjačkih odnosa, o čemu svjedoči autorica Bašić (2000, prema Buljubašić-Kuzmanović, 2010) u istraživanjima vezanim uz skriveni kurikulum te istraživanja kurikuluma socijalnih kompetencija i odnosa u školi o čemu je pisao autor Previšić (2007, prema Buljubašić-Kuzmanović, 2010). „Uz obitelj, škola je jedno od najznačajnijih mjesta gdje se stvaraju, razvijaju i prakticiraju međuljudski odnosi. Nažalost, u

školama se najviše inzistira na znanju, a razviti dobre međusobne odnose, često je prepušteno slučaju. Sve to implicira da škola ima veliku pedagošku i socijalnu zadaću za humanijim promjenama“ (Buljubašić-Kuzmanović, 2010). Bognar (2001, prema Livazović, Vranješ, 2012) napominje kako škola svoju djelatnost usklađuje s obiteljskim odgojem pri čemu se omogućava ostvarenje složene odgojne funkcije. Utjecaj vršnjaka raste što su učenici stariji i upravo zato odgajatelj treba svladati tehnike odgojnog djelovanja na način da njegova uloga bude usmjerena vlastitom rastu i razvoju.

4.3 Depresivni poremećaji i akademsko postignuće

Najčešći problemi koji ometaju školsko postignuće su oni internalizirane prirode poput anksioznosti, depresivnosti, izolacije i preosjetljivosti, te kako napominje Kendall (1994, prema Vulić-Prtorić, 2007) prisutni su kod čak 10-20 % školske djece i kao takve roditelji i učitelji teško ih prepoznaju. „U ovoj dobi, za razliku od ranije, roditelji i nastavnici obično nisu svjesni depresije kod svoje djece i učenika“ (Boričević-Maršanić i sur., 2016). Cole i suradnici (1997, prema Vulić-Prtorić, 2007) proučavajući povezanost između akademskih problema i depresije došli su do zaključka da djeca koja podcjenjuju svoju školsku kompetentnost izvještavaju o pojavi depresivnih simptoma. Zaić (2005) smatra kako na gubitak samopoštovanja posebice u školskoj dobi mogu utjecati veliki nerazmjer između doživljenih uspjeha i pretpostavljenih potencijala, omalovažavanje od strane bliskih osoba te ulaganje u nerealno visoke ciljeve. Tada se, smatra Zaić (2005), bilo koja reakcija na gubitak izražava kroz delikvenciju, neposlušnost te poteškoće u koncentriranju na školske zadatke. „Djeca i adolescenti s izraženim internaliziranim simptomima (npr. depresivnost, anksioznost...) imaju nižu razinu socijalne kompetencije i postižu slabiji školski uspjeh“ (Mikas, 2012, 86). „Istraživanja koja su pratila interakciju školskog uspjeha i internaliziranih problema pokazuju da djeca s izraženim internaliziranim simptomima imaju lošije socijalne kompetencije i postižu slabiji školski uspjeh, a s druge strane problemi i loš uspjeh u školi mogu uzrokovati negativne promjene u internaliziranim simptomima“ (Mikas, 2012, prema Krstanović, 2016, 18). „Didaktički, metodički i komunikacijski postupci nastavnika u školama također su svojevrsna profesionalna antipedagogija i bijeg učenika u asocijalnu samoću“ (Meščić-Blažević, 2007, 302). Lebedina Mazoni (2007, prema Kos, 2016) ističe kako učenici koji boluju od depresije teže obraćaju pozornost na nastavi i zapamte naučeno jer depresija ometa pamćenje i koncentraciju. Jansen (2000, prema Jembri, 2017) ističe da nastavnici i roditelji trebaju naučiti djecu da o sebi i svojim problemima misle na optimističniji način te im pokazati moguća rješenja za životne probleme.

V. REZULTATI ZNANSTVENIH ISTRAŽIVANJA

Jedno od istraživanja autora Galambos, Leadbeater i Barker (2004; Hankin i sur., 1998; Nolen Hoeksema, 1994, prema Kurtović, Marčinko, 2011) pokazalo je da se spolne razlike pojavljuju i pojačavaju tijekom adolescencije. Također su i Allgood-Merten, Lewinsohn i Hops (1990, prema Kurtović, Marčinko, 2011) došli do rezultata koji pokazuju da djevojke nakon nekog stresnog događaja stvaraju negativne zaključke o sebi češće nego dječaci te upravo zbog toga doživljavaju i više depresivnih simptoma. Glavina i Keresteš (2007, prema Novak, Bašić, 2008, 484) pak opisuju da su do 13. godine života dječaci depresivniji od djevojčica te da je kod dječaka razina depresije prilično stabilna kroz razvoj dok kod djevojčica simptomi depresije rastu s povećanjem dobi. Cilj istraživanju autorica Erceg, Buljan-Flander i Brezinščak (2018) bio je utvrditi mogu li se na temelju razine kompulzivne uporabe interneta među adolescentima utvrditi simptomi depresije i anksioznosti.

Tablica 2. *Korelacijska analiza sociodemografskih obilježja, uporabe Interneta i depresivnog poremećaja* (preuzeto iz Erceg i sur., 2018)

| Varijabla | M | SD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|-----------------------------------------|-----------|-----------|-------------|----------|----------|-------------|-------------|---|
| 1. Spol | 1.57 | 0.50 | 1 | | | | | |
| 2. Dob | 14.5 7 | 1.67 | .037 | 1 | | | | |
| 3. Akademsko postignuće | 4.25 | 0.69 | .106** * | -.322*** | 1 | | | |
| 4. Kompulzivna uporaba interneta | 29.5 2 | 11.1 3 | .123** * | .168*** | -.17*** | 1 | | |
| 5. Anksioznost | 19.1 7 | 9.42 | .261** * | .042 | -.116*** | .368 *** | 1 | |
| 6. Depresija | 11.4 2 | 8.95 | .249** * | .031 | -.128*** | .415 *** | .718** * | 1 |

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

1=nedovoljan, 2=dovoljan, 3=dobar, 4=vrlo dobar, 5=odličan

Adolescenti s višim razinama patološke uporabe interneta pokazuju više razine simptomatologije povezane s depresijom ($r = .415$; $p < .001$) i anksioznošću ($r = .369$; $p < .001$). Patološka uporaba interneta također je u korelaciji s dobi, spolom i školskih uspjehom. Iako vrlo slaba, sugerira da su stariji i ženski adolescenti, kao i oni sa slabijim uspjehom izloženi riziku za patološku uporabu interneta“ (Erceg i sur., 2018). Naime, Carli, Durkee, Wasserman, Hadlaczky, Despalins, Kramarz, 2013 (prema Erceg i sur., 2018) zaključuju da depresija pokazuje najjaču povezanost s patološkom uporabom interneta. Kada je riječ o liječenju mentalnog zdravlja prema Centru za proučavanje socijalne politike (eng. The Center for the Study of Social Policy, 2012, prema National Center for Children in Poverty, 2006)

postoje značajne razlike među državama u pogledu liječenja mentalnog zdravlja, a kreću se u rasponu od 31 % do 51 % nezadovoljenih potreba pružanja usluga mentalnog zdravlja kod djece. Anđelinović, Vrselja i Merkaš (2017) u proljeće 2016 provele su istraživanje kojim je obuhvaćeno 345 djece iz Zagreba i okolice prosječne dobi od 15 godina. Ovim se istraživanjem nastojalo provjeriti jesu li roditeljska depresivnost i roditeljska samoefikasnost medijatori u odnosu između depresivnosti adolescenata i teže obiteljske prilagodbe na financijske teškoće. Rezultati istraživanja Anđelinović, Vrelja i Merkaš (2017) pokazali su da je teža ekonomska prilagodba obitelji povezana s izraženijom depresivnošću majke i oca. Pritom su depresivnije majke bile manje efikasne u roditeljskoj ulozi, dok su i očevi i majke imali izraženije depresivne simptome što je dovodilo i do izraženije depresivnosti kod adolescenta.

Vučenović, Hajncl i Mavar (2015) proveli su istraživanje pod nazivom „Percepcija roditeljskog stila odgoja i depresivnost adolescenata s obzirom na spol i dob“. Istraživanjem je obuhvaćen uzorak od 502 ispitanika (7 i 8 razredi osnovnih škola i sva 4 razreda srednjih škola). Prosječna dob ispitanika bila je 15 godina. Rezultati istraživanja koje su provele Vučenović, Hajncl i Mavar (2015) pokazali su da djevojke postižu značajno više vrijednosti od dječaka, što upućuje na višu razinu depresivnosti kod djevojaka. Kada je riječ o percepciji obiteljskih odnosa na dimenziji kontrola roditelja kod dječaka su se pokazali viši rezultati nego kod djevojčica što upućuje na to da se kontrola od strane očeva više odražava na odgojne postupke prema dječacima. Također, provjera povezanosti među varijablama upućuje na značajnu povezanost između depresivnosti i percepcije obiteljskih odnosa.

Autor Mikas (2012) u svom je istraživanju nastojao ispitati značaj emocionalnih i ponašajnih problema u strukturi školskog neuspjeha učenika. Istraživanje je obuhvatilo 427 učenika osnovnih škola. U analizi školskog uspjeha proučavao se uspjeh na polugodištu. U značajnoj mjeri prevladavao je vrlo dobar i odličan uspjeh no ukoliko se pogleda školski uspjeh s obzirom na spol tada su djevojčice te koje češće imaju bolji uspjeh od dječaka (33% djevojčica i 18,0 % dječaka prolazi s odličnim uspjehom). Negativno ocjenjenih dječaka bilo je čak 17,5 % dok je djevojčica bilo 8,6%. Rezultatima prema Mikas (2012) da se zaključiti da učenici i učenice koji imaju više različitih emocionalnih i ponašajnih problema, uglavnom postižu i slabije rezultate u školi.

VI. RASPRAVA

Mnogi su čimbenici koji mogu utjecati na pojavu depresije u svim dobnim skupinama, od stresnih životnih događaja poput gubitka bliskih osoba, razvoda braka, nasilja u obitelji i izvan nje do izoliranja od strane vršnjaka u školi. Stoga ćemo se u ovom odjeljku usmjeriti ka preventivnim i suvremenim metodama liječenja depresije i poremećaja raspoloženja. Meščić-Blažević (2007) govori o pedagoškoj prevenciji suzbijanja različitih ponašanja pri čemu naglasak stavlja na promicanju i organiziranju kvalitetnijeg slobodnog vremena mladih pri čemu je važno da se uvažavaju interesi mladih i vodi briga o njihovim stvarnim potrebama za druženjem i zabavom. Dva su temeljna pedagoška i terapijska cilja psihoterapije smatra Winkel (1996, prema Kos, 2016): da dijete mora steći realističnu sliku svojih sposobnosti te da psihoterapija treba smanjiti njegove duševne patnje. Pritom se koriste različite metode i pristupi u okviru terapije i u okviru škole i takvi su ciljevi ostvarivi i realni posebice uz podršku obitelji. Kada je riječ o mjestu provođenja preventivnih programa Bašić (2008) te ostali važni autori poput Kataoka (2003), Greenberg, Domitrovich i Baumbarger (1999, prema Novak, Bašić, 2008) izuzetnu pažnju pridaju preventivnom djelovanju u školi ponajprije zbog količine vremena koje djeca provedu u školi te zbog važnosti školskog okruženja na razvoj pojedinca. Jeffery, Sava i Winters (2005, prema Rudan, Tomac, 2009) govore da se psihosocijalne terapije i psihofarmakoterapije primjenjuju u liječenju djece i adolescenata s depresivnim poremećajem, smatrajući pritom da je liječenje najdjelotvornije kada je multimodalno. Zanimljivo je za spomenuti i terapije koje nisu uobičajene kod liječenja za osobe s depresijom a povezane su s umjetnošću (plesna terapija, glazbena terapija, dramska terapija, terapija slikanjem), međutim znanstveni dokazi o njihovoj učinkovitosti su ograničeni. Udruga za psihoterapiju plesnog pokreta (eng. *Association for Dance Movement Psychotherapy*, 2003, prema Meekums, Karkou, Nelson, 2012, 3) definira je kao „psihoterapijsku upotrebu pokreta i plesa kroz koju se osoba može kreativno uključiti u proces daljnje emocionalne, kognitivne, fizičke i društvene integracije. Temelji se na načelu da kretanje odražava obrasce razmišljanja i osjećaja pojedinca.“ Autorica Jerončić Tomić (2016) govori o ulozi videa kao odličnom izboru u psihoedukaciji mladih. Nadalje, autorica naglašava kako jednostavna poruka u masovnoj komunikaciji uporabom neverbalne komunikacije djeluje na nesvjesno kod gledatelja čime se stvara mogućnost identifikacije i naglašava poruka kako se bolest može pojaviti u svačijem životu. Dodig-Čurković (2013, prema Jembri, 2017) ističe igru kao jednu od najprikladnijih metoda liječenja depresije u kojoj se dijete izražava neverbalnom komunikacijom. Kramlinger (2015, prema Jembri 2017) navodi nekoliko načina na koje obitelji prijatelji mogu pružiti

pomoć svojim bližnjima: „pružiti potporu, ponuditi pomoć, izraziti nadu, ponuditi ohrabrenje, zadržati smisao za humor, podržati zdravo ponašanje i aktivnosti.“ Kada je riječ o pedagoškim strategijama prilikom liječenja depresije autori Crundwell i Killu (2010, prema Saal, 2016) najvažnijim aspektom navode usredotočenje na učenikove talente i znanja. Učenik mora osjećati da ima jake strane kako bi se borio protiv melankolije i samo-ponižavajućeg pogleda koji je depresija izazvala. Nastavnici bi trebali dati povratne informacije o učenikovim akademskim i socijalnim postignućima te naučiti učenika rješavanju problema, samopromišljanju i strukturiranju školskog rada. Također je važno promatrati učenika kako bi se kontrolirale i zaustavile misli o samoubojstvu kako one ne bi dovele do autodestruktivnog ponašanja. Wasserman (2003, prema Saal, 2016) naglasak pak stavlja na dijalogu između učenika i učitelja. Pritom je važno držati učenika u fokusu. Učitelj bi trebao potvrđivati i slušati; ne prekidati i ispravljati, unijeti empatiju, stvoriti atmosferu u kojoj se učenik ne osjeća sam. Također, učitelj ne bi trebao požurivati učenika da potraži pomoć, jer se to učeniku može učiniti nametljivim što može izazvati osjećaj nesigurnosti. Nadalje, britanski ministri prosvjete u članku *Teaching students with mental health disorders (2001)* kao najvažnije strategije u radu s depresivnim učenicima naveli su sljedeće:

- poučavanje organizacijskih strategija
- poučavanje strategijama rješavanja problema
- izgradnja mreže podrške
- poučavanje postavljanju ciljeva
- strategije savjetovanja
- rad s roditeljima
- razumijevanje medicinskog / kliničkog liječenja

Djelotvorni programi za prihvaćanje zdravijeg načina življenja, prema Kuzman (2009), moraju biti multisektorski i višekomponentni. Pritom je škola prigodno okruženje u kojem se provode preventivni programi. No, autorica smatra da se bez uključivanja obitelji ne može postići ni jedna promjena ponašanja. Prema Kuzman (2009) Svjetska zdravstvena organizacija navodi sljedeće: “Djeca su naše ulaganje u sutrašnjicu. Njihovo zdravlje, kao i način kako ih podupiremo tijekom adolescencije do odrasle dobi djelovat će na prosperitet i stabilnost zemalja Europske regije u budućim desetljećima”.

VII. ZAKLJUČAK

U skladu sa svim do sada navedenim dolazimo do saznanja kako je depresija postala dio svakodnevice današnjeg čovjeka, te će ona prema procjeni Svjetske zdravstvene organizacije do 2020. godine postati drugi svjetski zdravstveni problem. Depresija prodire u sve dobne skupine, ali ona se u najvećem broju slučajeva javlja upravo kod mladih u razdoblju adolescencije. Simptome depresije možemo podijeliti u 4 temeljne skupine: emocionalni (disforija, anhedonija), tjelesni (poremećaj tjelesnih funkcija, insomnija), kognitivni (nisko samopoštovanje, beznadnost, ljutnja) i bihevioralni (psihomotorna retardacija). Neki od najčešćih razloga koji dovode do depresije su nisko samopoštovanje, nasilje u obitelji te izoliranje od strane vršnjaka. Sagledavajući problem s aspekta pedagogije; obitelj, roditelji, škola i vršnjaci najvažniji su čimbenici koji mogu pridonijeti smanjenju i suzbijanju depresije kod adolescenata. Jasna komunikacija te autorativni odgoj unutar obitelji predstavlja zaštitni faktor za pojavu depresije. U školama je važno da nastavnici zajedno s roditeljima nauče djecu misliti na optimističniji način. Kvalitetni odnosi s vršnjacima zadovoljavaju potrebu za pripadanjem i omogućuju pojedincu da se osjeća prihvaćenim. Za pedagogiju je prema tome od izuzetne važnosti pružiti mladima preventivne programe u školama, domovima te zajednicama mladih pomoću kojih će se suzbijati mogućnost pojave depresije i poremećaja raspoloženja, te će ujedno služiti i za smanjivanje stigmi i predrasuda prema istoj.

VIII. POPIS LITERATURE

1. Anđelinović, M., Vrselja, I., Merkaš, M. (2017). *Uloga depresivnosti roditelja i roditeljske samoeфикаsnosti u povezanosti ekonomske prilagodbe i depresivnosti adolescenata*. Psiholgijske teme, 26 (3), 627-648.
2. Boričević Maršanić, V., Zečević, I., Ercegović, N., Paradžik, Lj., Grgić, V. (2016) *Sva lica dječje depresije - heterogenost kliničke slike depresije u djece i adolescenata*. 60 (1), 119-125.
3. Buljubašić-Kuzmanović, V. (2010). *Socijalne kompetencije i vršnjački odnosi u školi*. Pedagogijska istraživanja, 7 (2), 191-201. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/118097>
4. Dodig-Ćurković, K. (2017). *Adolescentna kriza – kako je dijagnosticirati i liječiti?* Medicus, 26(2), 223-227.
5. Erceg, T., Buljan Flander, G., Brezinščak, T. (2018). *The Relationship Between Compulsive Internet Use and Symptoms of Depression and Anxiety in Adolescence*. Alcoholism and psychiatry research, 54 (2), 101-112.
6. Graovac, M. (2010). *Adolescent u obitelji*. Medicina Fluminensis, 46 (3), 261-266. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/59249>
7. Harhaji, S. (2016). *Socijalno-medicinski aspekti depresivnih poremećaja u Vojvodini*. Doktorska disertacija. Medicinski fakultet. Novi Sad.
8. Jembri, L. (2017). *Depresija kod djece i mladih*. Diplomski rad. Sveučilište u Zagrebu. Učiteljski fakultet.
9. Jerončić Tomić, I. (2017). *Stigma – mitovi i predrasude depresivnog poremećaja – uloga videa kao medija u psihoedukaciji (Boli me – video za promociju mentalnog zdravlja)*. In medias res, 6 (11), 1689-1693. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/186413>
10. Lakić, B., Račić, M., Stoisavljević-Šatara, S. (2004). *Klinički vodič za primarnu zdravstvenu zaštitu*.
11. Kos, A. (2016). *Depresivost kod djece i mladih*. Završni rad. Sveučilište u Zagrebu, Učiteljski fakultet.
12. Krstanović, N. (2016). *Internalizirani poremećaji kod djece i adolescenata*. Završni rad. Filozofski fakultet u Osijeku.
13. Kurtović, A. (2012). *Uloga obitelji u depresivnosti adolescenata*. Klinička psihologija, 1-2, 37-58.

14. Kurtović, A., Marčinko, I. (2010). *Odnos odgojnog stila roditelja sa strategijama suočavanja i depresivnošću kod adolescenata*. Klinička psihologija, 3 (1-2), 19-43. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/158467>
15. Kurtović, A. i Marčinko, I. (2011). *Spolne razlike u atribucijama negativnih i pozitivnih događaja te depresivnim simptomima*. Psihologijske teme, 20 (1), 1-24. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/68679>
16. Kuzman, M. (2009). *Adolescencija, adolescenti i zaštita zdravlja*. Medicus, 18(2), 155 – 172.
17. Lacković-Grgin, K. (2006). *Psihologija adolescencije*. Naklada Slap.
18. Livazović, G. (2012). *Povezanost medija i rizičnih ponašanja adolescenata*. Kriminologija i socijalna integracija, 20 (1), 1-22. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/84999>
19. Livazović, G. i Mudrinić, I. (2017). *Nezadovoljstvo tjelesnim izgledom i ponašanja povezana s poremećajima u prehrani adolescenata*. Kriminologija i socijalna integracija, 25 (1), 71-89.
20. Livazović, G. i Vranješ, A. (2012). *Pedagoška prevencija nasilničkog ponašanja osnovnoškolaca*. Život i škola, LVIII (27), 55-75. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/83162>
21. Meekums B., Karkou V., Nelson EA. (2012). *Dance movement therapy for depression*. The Cochrane Collaboration.
22. Meščić-Blažević, Lj. (2007). *Pedagoška prevencija poremećaja u ponašanju adolescenata*. Pedagogijska istraživanja, 4 (2), 301 – 308.
23. Mihaljević Peleš, M. (2017). *Poremećaji raspoloženja - uvod, epidemiologija, etiologija*. PLIVAMED.net. Izvor s WWW. Pristupljeno: 21.08. 2019. Dostupno na: <http://www.plivamed.net/aktualno/clanak/12380/Poremecaji-raspolozenja-uvod-epidemiologija-etiologija.html>
24. Mikas, D. (2012). *Utjecaj emocionalnih i ponašajnih problema na školski uspjeh učenika*. Pedagogijska istraživanja, 9 (1/2), 83-99. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/113443>
25. Ministry of Education. (2001). *Teaching Students with Mental Health Disorders*. Special Programs Branch.
26. Novak, B., Bašić, J. (2008). *Internalizirani problemi kod djece i adolescenata: obilježja i mogućnosti prevencije*. Ljetopis socijalnog rada. 15 (3), 473-498 str.
27. Osier Peters, H. (2012). *Social connections: Internet prevention of loneliness and depression in first year university students*. Doktorska disertacija.
28. Rudan, V., Tomac, A. (2009). *Depression in Children and Adolescents*. Medicus, 18 (2), 173-179. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/57136>

29. Saal, O. (2016). *Pedagogical Treatment of Depressed and Dysthymic Children and Adolescents*. Izvor s WWW. Pristupljeno: 21.08. 2019. Dostupno na: <https://medium.com/@ronitopp/pedagogical-treatment-of-depressed-and-dysthymic-children-and-adolescents-558a168bb244>
30. The Center for the Study of Social Policy. (2012). *Promoting Children's Social, Emotional and Behavioral Health*.
31. Vučenović, D., Hajncl, Lj., Mavar, M. (2015). *Percepcija roditeljskog stila odgoja i depresivnost adolescenata s obzirom na spol i dob*. Klinička psihologija, 8 (1), 81-92. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/169719>
32. Vučić, B., Ekić, S. (2015). *Utjecaj depresivnog roditelja na razvoj djeteta*. JAHS. 1(2), 139-143.
33. Vulić- Prtorić, A. (2007). *Depresivnost u djece i adolescenata*. Naklada Slap.
34. Zaić, A. (2005). *Odnos simptoma anksioznosti, depresivnosti i somatizacije u dječjoj dobi*. Diplomski rad. Filozofski fakultet u Zagrebu. Odsjek za psihologiju.