

DEPRESIJA U DJECE I ADOLESCENATA

Radonić, Ana

Undergraduate thesis / Završni rad

2023

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split, Faculty of Humanities and Social Sciences, University of Split / Sveučilište u Splitu, Filozofski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:172:657655>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-23**

Repository / Repozitorij:

[Repository of Faculty of humanities and social sciences](#)



UNIVERSITY OF SPLIT



**SVEUČILIŠTE U SPLITU
FILOZOFSKI FAKULTET**

ZAVRŠNI RAD

DEPRESIJA U DJECE I ADOLESCENATA

ANA RADONIĆ

Split, 2023.

SVEUČILIŠTE U SPLITU
FILOZOFSKI FAKULTET
ODSJEK ZA PEDAGOGIJU

DEPRESIJA U DJECE I ADOLESCENATA

Studentica:

Ana Radonić

Mentor:

prof. dr. sc. Goran Kardum

Split, rujan 2023.

SADRŽAJ

1. UVOD	1
2. EPIDEMIOLOGIJA	3
3. ETIOLOGIJA	5
4. DEPRESIJA KAO INTERNALIZIRANI PROBLEM	7
5. KLINIČKA SLIKA	9
5.1. Rano djetinjstvo.....	10
5.2. Predškolska dob.....	10
5.3. Školska dob	11
5.4. Adolescencija	11
6. TIPOVI DEPRESIJE	13
7. RIZIČNI I ZAŠTITNI FAKTORI	14
8. DIJAGNOZA	16
9. LIJEČENJE.....	17
10. ZAKLJUČAK.....	21
SAŽETAK	22
ABSTRACT.....	23
LITERATURA	24

1. UVOD

Kao što je istaknuto u istraživanju Boričević Maršanić i sur. (2016), dugo vremena je bilo izazovno tvrditi da se depresija javlja kod djece, što se pripisivalo nedovoljno razvijenim strukturama njihove ličnosti. No, česti opisi djece koja iskazuju tugu, razdražljivost, suicidalne misli te promjene u koncentraciji, prehranbenim navikama i spavanju, počeli su privlačiti pažnju dječjih psihijataru u vezi s ovom dijagnozom. Europski dječji psihijatri su, međutim, tek 1971. godine službeno priznali depresiju kao značajan poremećaj među djecom i adolescentima (Boričević Maršanić i sur., 2016).

Stoga, prepoznavanje ovog ozbiljnog psihičkog poremećaja u ranoj fazi postaje ključno za pravovremeno započinjanje terapije. Dijagnosticiranje depresije kod mladih može biti izazovno zbog raznovrsnosti i specifičnosti kliničke slike u usporedbi s odraslima. S obzirom na nemogućnost djece da verbalno izraze svoje unutarnje emocionalno stanje, depresija često ostaje neotkrivena i neliječena u kontekstu mentalnog zdravlja. Nepravilna dijagnoza i izostanak odgovarajućeg tretmana za depresiju u toj dobnoj skupini mogu imati ozbiljne posljedice, uključujući povećani rizik od suicidalnih misli i postupaka (Boričević Maršanić i sur., 2016).

U današnjem društvu, depresija sve više dobiva centralno mjesto u kontekstu mentalnog zdravlja, evidentirajući se kao sveprisutna pojava među djecom i adolescentima. Ovaj duboko utemeljeni mentalni izazov može imati dugoročne posljedice na osobni razvoj, interpersonalne odnose i cjelokupnu kvalitetu života. Svrha ovog istraživanja je dublje prodrijeti u razumijevanje depresije kod djece i adolescenata, proučavajući različite aspekte njezina nastanka, rasprostranjenosti, kliničke slike, procesa dijagnosticiranja i pristupa njezinu tretmanu.

Depresivni poremećaji obuhvaćaju promjene u raspoloženju koje mogu značajno utjecati na različite mentalne i tjelesne funkcije, te ozbiljno narušiti školsko, društveno i obiteljsko funkcioniranje (Boričević Maršanić i sur., 2016). Depresija je često povezana s povećanim rizikom od razvoja drugih psihičkih poremećaja i može rezultirati smanjenim školskim postignućem, problemima u socijalnom okruženju i na radnom mjestu, te zloupotrebom opojnih sredstava i samoubojstvom.

Istraživanje uzroka depresije u djece i adolescenata obuhvaća analizu različitih faktora koji mogu pridonijeti nastanku depresije u toj skupini. Genetska predispozicija, biokemijske neravnoteže,

traumatski događaji, obiteljska dinamika te okolinski čimbenici samo su neki od potencijalnih utjecaja.

Epidemiologija depresije u djece i adolescenata ukazuje na zabrinjavajući porast broja slučajeva tijekom proteklih godina. Razumijevanje prevalencije, demografskih karakteristika te rizičnih faktora od iznimne je važnosti za razvoj adekvatnih preventivnih strategija.

Simptomi depresije u djece i adolescenata variraju ovisno o njihovoj dobi i razlikuju se od simptoma koje primjećujemo kod odraslih osoba. Prepoznavanje tih simptoma u pravom trenutku ključno je za postavljanje točne dijagnoze. U ovom istraživačkom radu ćemo analizirati različite tipove depresije koji se mogu pojaviti u toj populaciji.

Prepoznavanje depresije kod adolescenata i djece zahtijeva specifičan pristup. Različiti dijagnostički instrumenti i kriteriji omogućuju stručnjacima precizno vrednovanje simptoma te razlikovanje depresije od ostalih psihičkih poremećaja ili izazova karakterističnih za adolescentnu dob.

U sklopu poglavlja o liječenju, istražiti ćemo različite terapijske opcije koje su dostupne za tretman depresije kod djece i adolescenata. Tretman može obuhvaćati farmakoterapiju, psihoterapiju, ili kombinaciju oba pristupa. Važno je istražiti prednosti i nedostatke svake opcije kako bi se pružila najbolja podrška mladima koji se bore s ovim izazovnim stanjem.

U zaključku ovog istraživanja, naglasit ćemo važnost timskog pristupa u liječenju depresije kod adolescenata i djece, što uključuje suradnju između stručnjaka za psihičko zdravlje, obitelji i obrazovnih institucija. Razumijevanje složenih dimenzija depresije u ovoj populaciji ključno je za pravovremeno prepoznavanje, dijagnosticiranje i pružanje podrške mladima kako bi im se omogućio zdrav psihosocijalni razvoj i bolji izgledi za budućnost.

2. EPIDEMIOLOGIJA

Boričević Maršanić i sur. (2016) u svom istraživanju naglašavaju da se kod djece, kako rastu, češće primjećuju osjećaji neraspoloženja i depresivnog stanja, što rezultira povećanom učestalošću depresivnih poremećaja. Prema epidemiološkim istraživanjima, depresija se pojavljuje u rasponu od 0,3% do 1,4% kod djece predškolske dobi, 1% do 2% kod djece u preadolescenciji, te kod 3% do 8% adolescenata. Broj slučajeva depresije ostaje konstantan kod oba spola do adolescencije kada se kod djevojaka povećava za dva do tri puta u usporedbi s mladićima (Costello i sur., 2003). Analiza rezultata istraživanja koje je proveo Costello sa svojim suradnicima nije pronašla dokaze o porastu broja slučajeva depresije kod adolescenata i djece tijekom posljednjih 30 godina, što sugerira da percepcija veće učestalosti depresije može proizići iz povećane svijesti o ovom poremećaju.

Približno 35% do 45% adolescenata pokazuje blage simptome depresije, često uz prisutnost simptoma zloupotrebe psihoaktivnih tvari, anksioznosti, ovisnosti i rizičnog ponašanja (Boričević Maršanić i sur., 2016). Ova populacija mladih osoba izložena je značajnom riziku od ozbiljnih psihosocijalnih izazova, preranog prekida školovanja i mogućeg dugotrajnog prisustva depresivnih poremećaja u kasnijim godinama.

Prema istraživanju Rudan i Tomac (2009), incidencija velikog depresivnog poremećaja među djecom iznosi otprilike 2%, s jednakim udjelom među dječacima i djevojčicama, u omjeru 1:1. U adolescenciji, taj postotak raste na otprilike 4% - 8%, s omjerom muškaraca i žena 1:2. Oko 5% - 10% djece i adolescenata pokazuje simptome koji su slični velikom depresivnom poremećaju, ali ne ispunjavaju sve dijagnostičke kriterije. Ova grupa pojedinaca nosi teret povijesti depresije u obitelji, suočava se s ozbiljnim izazovima u svom psihosocijalnom funkcioniranju i izložena je povećanom riziku od suicida i razvoja depresivnih poremećaja. Napredak u razumijevanju depresije kod djece i adolescenata pokazuje da svaka sljedeća generacija nakon 1940. godine ima povećani rizik od razvoja depresivnih poremećaja u sve mlađoj dobi (Rudan i Tomac, 2009).

Porastom broja slučajeva depresivnih poremećaja, primjetno je i povećanje stope suicida, osobito među mladim ljudima tijekom protekla četiri desetljeća. Najviša incidencija pokušaja suicida javlja se u kasnoj adolescenciji. Mladići imaju dvostruko veću vjerojatnost za suicid u usporedbi s djevojkama, dok se djevojke dva do tri puta češće pokušavaju ubiti nego mladići. Veliki

depresivni poremećaj ističe se kao ključni faktor rizika za suicidalno ponašanje u ovoj dobnoj skupini. Drugi značajni faktori rizika uključuju prethodne pokušaje samoubojstva, zloupotrebu alkohola i droga, stresne životne događaje (poput problema u školi ili prekida veza), nedostatak komunikacije između roditelja i djece, impulzivno ponašanje te lak pristup opasnim sredstvima (Rudan i Tomac, 2009).

3. ETIOLOGIJA

Kako su istaknuli Rudan i Tomac (2009), etiologija depresije, koja još uvijek nije potpuno razjašnjena, uključuje biološke čimbenike, osobine ličnosti pacijenta te vanjske utjecaje. Biološki čimbenici, kao što je genetika, igraju važnu ulogu, no čini se da genetska predispozicija povećava osjetljivost na razvoj depresivnih simptoma u stresnim situacijama.

Negativni kognitivni stil¹ ističe se kao značajan čimbenik ličnosti koji može potaknuti depresiju. Osobe s negativnim kognitivnim stilom imaju iskrivljen pogled na sebe, svijet i budućnost. Studije sugeriraju da stres zajedno s negativnim kognitivnim stilom dovodi do osjećaja beznadnosti i depresije, posebno kada su prisutni negativni životni događaji poput odbacivanja, percipiranog neuspjeha i gubitaka.

Rizik od depresije također se povećava zbog štetnih okolinskih faktora poput zlostavljanja, zanemarivanja, stresnih događaja kao što su značajni gubici ili razvod, te disfunkcionalnosti obitelji (intenzivni konflikti, izloženost nasilju, zloupotreba supstanci ili prisutnost psihijatrijskih bolesti među roditeljima). Utjecaj ovih stresora također ovisi o kognitivnim sposobnostima djeteta, načinima suočavanja sa stresom, inteligenciji, obiteljskoj i socijalnoj podršci te drugim faktorima (Rudan i Tomac, 2009).

Depresija proizlazi iz kompleksne interakcije različitih bioloških, psiholoških i okolinskih čimbenika. Prema istraživanju Laua i Eleya iz 2006. godine, među biološkim čimbenicima, ključnu ulogu igra genetsko nasljeđe, s procijenjenom nasljednošću za veliki depresivni poremećaj između 40% i 65%. Dijete koje ima barem jednog roditelja koji pati od depresije ima trostruko veći rizik od razvoja istog poremećaja, a među adolescentima s depresijom, između 50% i 75% ima majku koja također pati od istog poremećaja (Lau i Eley, 2006).

Kako navode Boričević Maršanić i sur. (2016), psihološki čimbenici također doprinose razvoju depresije. To uključuje osobine temperamenta kao što su bihevioralna inhibicija, što podrazumijeva sklonost povlačenju, negativnim emocijama ili izraženoj pobuđenosti autonomnog živčanog sustava u novim situacijama. Također, negativni kognitivni stil, deficit samokontrole,

¹ Obrazac razmišljanja ili način na koji osoba interpretira i procesira informacije na negativan način.

problemi sa samoprocjenom i samopotkrepljenjem te nedostatak socijalnih vještina igraju ulogu u razvoju depresije.

Prema istraživanju Oldehinkel i suradnika iz 2006. godine, evidentno je da okolinski čimbenici također doprinose povećanju rizika za depresiju. To uključuje stresne životne događaje, zlostavljanje, zanemarivanje, važne gubitke i razvod roditelja. Osim toga, obitelji depresivnih djece i adolescenata često pokazuju više konflikata te manje emocionalne podrške, što rezultira lošim odnosima roditelj-dijete.

Važno je napomenuti da doprinos svakog čimbenika varira ovisno o spolu i dobi djeteta, što naglašava potrebu za ranim intervencijama i preventivnim strategijama usmjerenim na psihološke i okolinske rizike.

4. DEPRESIJA KAO INTERNALIZIRANI PROBLEM

Problemi internaliziranog tipa kod djece i adolescenata često su manje očigledni i manje primjetni okolini. Nedavna istraživanja ukazuju da u zemljama zapadnog svijeta otprilike 10% djece i adolescenata pati od depresivnog poremećaja, 2% do 9% djece iskazuje specifične fobije te 2% do 5% djece manifestira ozbiljne anksiozne simptome (Oatley i Jenkins, 2003). Zbog toga se internalizirani ili pretežito pasivni poremećaji odnose na ponašanja koja su prekomjerno usmjerena prema sebi.

U svom radu Novak i Bašić (2008) naglašavaju da važni čimbenici u razvoju internaliziranih problema kod djece uključuju roditeljske konflikte, nedovoljno uključivanje očeva u odgoj, prisutnost psihičkih poremećaja kod roditelja, roditeljsku hostilnost i strogu disciplinu, pretjeranu roditeljsku kontrolu, brojne stresne događaje i/ili isključenost od strane vršnjaka. Spol također ima važan utjecaj.

Bouillet i Uzelac (2007) ističu da se plašljivost javlja u jednakoj mjeri i kod djevojčica i dječaka u ranim školskim godinama. No, kako se djeca razvijaju, ovaj se poremećaj smanjuje kod dječaka, dok ostaje jednako čest ili čak postaje češći kod djevojčica. S druge strane, dječaci su podjednako povučeni kao i djevojčice do puberteta, ali nakon tog razdoblja, primjećuje se tendencija porasta povučenosti kod djevojčica, već oko desete godine života. Važno je napomenuti da problemi koji se razvijaju u djetinjstvu često ne blijede s odrastanjem već imaju visoku prediktivnu vrijednost za procjenu kasnijih klinički značajnih simptoma.

Novak i Bašić (2008) također ističu kako djeca i adolescenti s ovim profilom često pokazuju znakove suzdržanosti u ponašanju, sklonost povlačenju iz društvenih interakcija te negativne reakcije na nove situacije i podražaje. Prisutna je tendencija na negativnu samoevaluaciju i smanjenje samopouzdanja zbog formiranja negativnih shema o sebi. Djeca/adolescenti s ovakvim karakteristikama često imaju teškoća u izgradnji odnosa i nedostaju im vještine neophodne za uspostavljanje međuljudskih veza. Često se povlače iz društvenih situacija i osjećaju usamljeno.

Ponašanje roditelja igra važnu ulogu u formiranju depresivnog poremećaja kod djece. Roditelji koji su anksiozni i nesigurni mogu prenijeti svoje brige na dijete. Nesigurna privrženost roditelja također može doprinijeti osjećaju nesigurnosti kod djeteta. Prezaštitnički stil roditeljstva može

ograničiti djetetovu sposobnost suočavanja s izazovima. Kada roditelji potiču percepciju prijetnje i opasnosti izvana, dijete može postati preosjetljivo na okolinu. Prisutnost nasilja u obitelji i roditeljski konflikti također mogu negativno utjecati na emocionalni razvoj djeteta. Zanemarivanje i nedostatak jasnih komunikacijskih obrazaca dodatno otežavaju situaciju. Stresni životni događaji, siromaštvo, iskustvo odbacivanja od strane vršnjaka te odvajanje od obitelji mogu dodatno opteretiti dijete/adolescenta s ovim profilom. Gubitci i tuga također mogu imati značajan emocionalni utjecaj (Novak i Bašić, 2008).

5. KLINIČKA SLIKA

Depresija u djece je kompleksan poremećaj s raznolikim kliničkim manifestacijama. Proučavanje depresije u djetinjstvu i adolescenciji zahtijeva pažljivu analizu procesa sazrijevanja i razvoja koji oblikuju kako se depresija manifestira u kliničkom smislu (Boričević Maršanić i sur., 2016).

Prema istraživanju Rudan i Tomac (2009) depresija se kod adolescenata i djece, prema ključnim karakteristikama, podudara s depresijom kod odraslih. Međutim, razlike se pojavljuju u opsegu, intenzitetu i utjecaju simptoma. Tijekom velike depresivne epizode kod djeteta ili adolescenta, njihovo raspoloženje pretežito je depresivno (ili razdražljivo) veći dio dana tijekom više dana, pri čemu simptomi znatno utječu na njihovu sposobnost funkcioniranja u ključnim sferama života poput obitelji, škole i društvenih odnosa (Rudan i Tomac, 2009).

Sukladno DSM-IV-TR kriterijima za dijagnozu velike depresivne epizode, potrebno je da se pet ili više simptoma pojavi tijekom neprekidnog razdoblja od dva tjedna. Za postavljanje dijagnoze, barem jedan od prvih dva navedena simptoma mora biti prisutan, to jest ili depresivno raspoloženje ili manjak interesa u skoro svim aktivnostima. Pored toga, trebaju biti prisutni i dodatni simptomi koji su navedeni u nastavku:

1. osjećaj depresije, subjektivno izražen (osjećaj tuge ili praznine) ili primijećen od strane drugih (tužan/uplakan izgled);
2. izražen manjak interesa u gotovo svim aktivnostima, bilo da je to subjektivno doživljeno ili uočeno od strane drugih;
3. značajno povećanje ili smanjenje tjelesne težine (u mjesec dana više od 5%), te promjene u prehrambenim navikama (u slučaju djece, uzima se u obzir izostanak očekivanog porasta tjelesne težine);
4. problemi sa spavanjem, uključujući nesanicu ili pretjeranu pospanost;
5. ubrzano ili usporeno psihomotorno funkcioniranje (primijećeno od strane drugih, ne samo subjektivni osjećaj nemira ili usporenosti);
6. osjećaj umora ili gubitak energije;

7. osjećaj bezvrijednosti ili intenzivna krivnja (ponekad čak iracionalna);

8. smanjena sposobnost koncentracije ili odlučivanja, subjektivno ili primijećeno od strane drugih (American Psychiatric Association, 2000)

Rudan i Tomac (2009) naglašavaju da djeca prije ulaska u adolescenciju često pokazuju znakove razdražljivosti, psihomotorne nemirnosti i fizičkih tegoba. Također, mogu se pojaviti anksiozni simptomi kao što su strahovi od odvajanja ili fobije, osjećaj dosade te poteškoće u ponašanju. Usporedno s tim, učestalost osjećaja dosade kod djece obično je niža nego kod adolescenata i odraslih. Djeca i adolescenti s depresijom često iskazuju tendenciju samokritike i straha od kritike drugih.

Što se tiče adolescenata, postoji veća vjerojatnost da će otvoreno razgovarati o prisutnosti suicidalnih misli i depresivnog raspoloženja. Također, ta dobna skupina može pokazivati znakove razdražljivosti, problema u ponašanju te se žaliti na dosadu. Pokušaji "samoliječenja" putem alkohola i droga nisu rijetki. Učestalo se događa da adolescenti pokazuju netipične simptome poput produženog sna, povećanog apetita, osjetljivosti na odbijanje i opće fizičke slabosti (Rudan i Tomac, 2009).

5.1. Rano djetinjstvo

Boričević Maršanić i sur. (2016) ističu kako kod djece do 3. godine postoji mogućnost depresivnog poremećaja, poznatog kao anaklitička depresija. Anaklitička depresija manifestira se kroz izraženo oskudno plakanje, tužan izraz lica, smanjenu tjelesnu aktivnost, usporen rast i razvoj, poremećaje u prehranbenim navikama i spavanju te nedostatak interesa za uobičajene aktivnosti i socijalne kontakte.

5.2. Predškolska dob

Najčešći znakovi depresije u predškolskoj dobi uključuju tjelesne simptome kao što su bolovi (glavobolje ili trbuhobolje), umor i vrtoglavica. Osim tjelesnih simptoma, često se pojavljuju anksioznost (posebno separacijska anksioznost), fobije, nemir ili pretjerana aktivnost, razdražljivost, gubitak apetita uz probleme s postizanjem očekivane težine te poteškoće sa spavanjem. Djeca gube interes za igru ili pohađanje vrtića te ne napreduju u stjecanju socijalnih vještina primjerenih njihovoj dobi. Iako većina stručnjaka vjeruje da suicidalne misli i namjere nisu česte u ovom periodu, autodestruktivno ponašanje kao što su često i snažno udaranje glavom,

gutanje opasnih predmeta i sklonost samopovredama može se smatrati ekvivalentom suicidalnosti kod mlađe djece (Boričević Maršanić i sur., 2016).

5.3. Školska dob

Boričević Maršanić i sur. (2016) također ističu kako djeca u školskoj dobi mogu verbalno izraziti osjećaje depresije. Ovi osjećaji obično uključuju tugu, razdražljivost ili dosadu. Takva djeca često se čine neraspoloženima te se povlače u osamu, a to može rezultirati pogoršanjem njihovog uspjeha u školi i izbjegavanjem nastave. Djeca ove dobi često izražavaju probleme sa smanjenom koncentracijom, tjelesnim simptomima, gubitkom tjelesne težine i nesanicom. Osim toga, imaju loše odnose s vršnjacima, nisko samopouzdanje i opisuju sebe kao glupu, čudnu ili nepopularnu osobu. Učitelji često primjećuju ove znakove kao prve promjene kod djece s depresijom (Boričević Maršanić i sur., 2016).

5.4. Adolescencija

Iako se depresivni poremećaj često pojavljuje kod adolescenata na sličan način kao i kod odraslih, postoje posebne karakteristike koje su specifične za ovu dobnu skupinu. Boričević Maršanić i sur. (2016) ističu kako mladi koji boluju od depresije nisu uvijek tužni već djeluju razdražljivo i nestabilno. Više od 80% adolescenata doživljava izražen pad energije, apatiju, gubitak interesa, usporenost u motoričkom funkcioniranju, osjećaj beznadnosti i krivnje, probleme sa spavanjem, promjene u prehranbenim navikama, osjećaj izolacije te poteškoće u održavanju koncentracije. Tijekom ovog razdoblja, česti su i problemi u školskom uspjehu, smanjeno samopouzdanje te ozbiljni problemi u ponašanju, uključujući zloupotrebu alkohola i droga. Razvoj apstraktnog razmišljanja otprilike od 12. godine omogućuje bolje razumijevanje smrti, što dodatno naglašava ozbiljnost suicidalnih misli. Osjećaji bezizlaznosti i očaja često se reflektiraju kroz dramatično povećan broj pokušaja samoubojstava u adolescenciji (Boričević Maršanić i sur., 2016).

Kod djevojaka se češće javljaju simptomi kao što su tuga, osjećaj praznine, dosada, ljutnja i anksioznost. Također, djevojke izražavaju veću zabrinutost vezano za svoje odnose s vršnjacima, manje su zadovoljne vlastitim izgledom te često pokazuju niže samopouzdanje u usporedbi s mladićima. Mladići se ponašaju opozicijski te izazivaju konflikte. Ovo se manifestira kroz probleme kao što su markiranje, bježanje od kuće, sudjelovanje u fizičkim sukobima, krađa i zloupotreba opojnih sredstava. Predispozicija za konzumaciju alkohola može biti bitan indikator prisutnosti depresije među mladima (Boričević Maršanić i sur., 2016).

U ovoj dobi, sam adolescent obično najbolje prepoznaje simptome svoje depresije, dok njegovi prijatelji i školski kolege primjećuju promjene povezane s ovim stanjem. Za razliku od ranijih životnih faza, roditelji i nastavnici često nisu svjesni prisutnosti depresije kod svoje djece i učenika.

6. TIPOVI DEPRESIJE

Boričević Maršanić i sur. (2016) naglašavaju da postoje različite manifestacije depresije kod djece koje se mogu podijeliti u nekoliko tipova ili kliničkih slika, kao što su klasična, somatska, razdražljiva i atipična.

U klasičnom obliku depresije kod djece, simptomi su slični onima kod odraslih, što uključuje usporenu psihomotoriku, gubitak energije i apetita, poteškoće sa snom, osjećaj usamljenosti i beznadnosti, strahove te nisko samopoštovanje (Boričević Maršanić i sur., 2016).

Depresija s naglašenim somatskim simptomima često uključuje bolove u trbuhu ili drugim dijelovima tijela, glavobolje, ubrzan rad srca, konverzivne reakcije, poremećaje spavanja, promjene u prehranbenim navikama, nedostatak energije te osjećaj umora (Boričević Maršanić i sur., 2016).

Kod djece, česta promjena raspoloženja je iritabilnost. Djeca s depresijom često ne podnose frustraciju te reagiraju izljevima bijesa čak i na najmanje poticaje. Ovaj oblik depresije s izraženom razdražljivošću često je primjetniji u obitelji nego u okruženju. Također, može se primijetiti i kod adolescenata, često uz pogrešnu dijagnozu ovog oblika depresije kao poremećaja ponašanja (Boričević Maršanić i sur., 2016).

Kod adolescenata, depresivna epizoda ponekad ima atipične oblike kao što su promjene u raspoloženju, povećan apetit ili povećanje tjelesne težine, produženi periodi spavanja, osjećaj težine ili umora te osjetljivost na odbacivanje, što može značajno utjecati na socijalno i akademsko funkcioniranje (Boričević Maršanić i sur., 2016).

Istraživanja sugeriraju da između 40% i 70% djece i adolescenata koji boluju od depresije također ima istodobno prisutan još jedan mentalni poremećaj. Uobičajeni komorbiditeti uključuju anksioznost, zlouporabu psihoaktivnih tvari, poremećaje ponašanja, ADHD te poremećaje osobnosti. Prisutnost dodatnih psihičkih poremećaja zajedno s depresijom povezana je s produljenjem trajanja depresivne epizode, smanjenom učinkovitošću terapije, povećanim brojem pokušaja samoozljeđivanja, većim rizikom za ponovne epizode te manjom vjerojatnošću da će pacijenti potražiti psihijatrijsku skrb (Boričević Maršanić i sur., 2016).

7. RIZIČNI I ZAŠTITNI FAKTORI

U svom radu Dumbović (2016) naglašava kako depresivne osobe često imaju zanimljivu karakteristiku - sklonost da pozitivne događaje pripisuju vanjskim promjenjivim utjecajima. Kognitivni psiholozi promatraju depresiju kao rezultat negativnih iskustava i negativnog načina razmišljanja o uzrocima događaja (atribucijski stil). Prema njihovom mišljenju, važno je podučavati djecu kako interpretirati negativne situacije na način koji je konstruktivan za njih. Potrebno je educirati djecu kako bi im se omogućilo razumijevanje šireg konteksta, razmatranje opcija za izmjenu situacije i usmjeravanje na poboljšanje vlastitih reakcija, umjesto da ih se izbjegava suočavanje s neuspjehom.

Učenje često dolazi kroz promatranje uzora, osobito roditelja, braće, sestara i drugih bitnih osoba u djetetovom životu. Ključno je da takvi uzori komuniciraju s djecom o njihovim uspjesima i neuspjesima te da pristup kritici bude usmjeren prema konkretnom ponašanju u određenim situacijama, a ne općim karakteristikama djeteta. Cilj takve kritike trebao bi biti poticanje napretka i unaprjeđenje specifičnih reakcija. Depresija često proizlazi iz odbijanja i podcjenjivanja djeteta, osobito od strane roditelja, što rezultira osjećajem neprihvaćenosti ne samo unutar obitelji, već i u širem okruženju. Ovo odbijanje često ističe osjećaj bezvrijednosti, kontinuirane kritike i nedostatak iskazivanja roditeljske ljubavi, čak i kad postoji (Dumbović, 2016).

Istraživanja sugeriraju da postoje rizični faktori koji povećavaju vjerojatnost pojave depresije kod djece i adolescenata. Što je veći broj tih faktora prisutan, to je veći rizik od depresije. Među te faktore spadaju negativan temperament, nisko samopouzdanje, problematičan odnos s roditeljima te obiteljski i psihološki problemi. Srećom, na neke od njih može se utjecati, poput samopouzdanja i odnosa s roditeljima, što može smanjiti vjerojatnost razvoja depresije kod djece. Također, poremećaji se mogu potaknuti stresnim događajima koje dijete doživljava, a za koje možda nije bilo pripremljeno, kao što su gubitak bliske osobe, promjene u okruženju ili među prijateljima, akademske poteškoće i iskustva zlostavljanja (Dumbović, 2016).

Razvoj zaštitnih faktora također je ključan. Ti faktori promiču optimalan razvoj i sprječavaju daljnje komplikacije. To uključuje roditeljsku brigu, samopouzdanje djeteta, vjerske uvjerenja, socijalne vještine te učinkovite strategije suočavanja sa stresom.

Slobodno vrijeme ima ključnu ulogu u razvoju tih zaštitnih faktora jer omogućava ljudima, uključujući djecu i mlade, da zadovolje svoje potrebe za igrom, druženjem, osobnom slobodom, ljubavlju, učenjem i tjelesnom aktivnošću. Ovo je posebno važno za djecu koja su često opterećena školskim i izvannastavnim aktivnostima. Slobodno vrijeme pruža priliku za razvoj vlastitih talenata i potencijala, što ima iznimno važan utjecaj na djecu.

Igranje je ključno za napredak u djetetovom razvoju. Kroz igru, dijete pronalazi rješenja za svoje trenutačne probleme, smanjuje osjećaj tjeskobe te bolje razumije svijet oko sebe. Igra također potiče razvoj kreativnosti i omogućava učenje novih načina suočavanja s izazovima. Stoga je važno da roditelji aktivno sudjeluju u igri svoje djece kako bi im pružili osjećaj pripadnosti i potpomogli razvoj spomenutih zaštitnih faktora.

8. DIJAGNOZA

Boričević Maršanić i sur. (2016) naglašavaju da dijagnostička procjena mora obuhvaćati razgovor s pacijentom (djetetom), roditeljem i eventualno drugim izvorima informacija, upotrebu dijagnostičkih instrumenata i mjernih skala, procjenu razine suicidalnosti, identifikaciju potencijalnih čimbenika rizika, prepoznavanje prisutnosti komorbidnih stanja, te izvođenje fizičkog pregleda i laboratorijskih testova. Prepoznavanje depresije kod djece predstavlja poseban izazov zbog ograničenih verbalnih i kognitivnih sposobnosti djece u razumijevanju vlastitih unutarnjih emocionalnih stanja. Također, često se pojavljuje nesklad između informacija koje dolaze od roditelja i onih koje dolaze od djeteta.

Kako bi se utvrdila prisutnost depresije, klinički intervju ostaje najpouzdanija metoda. Osim prikupljanja informacija od roditelja, bitno je provesti zasebne razgovore s adolescentom ili djetetom kako bi se dobio precizniji uvid u simptome depresije. Uporaba mjernih skala može pružiti dodatne uvide u simptome, no važno je naglasiti da se kliničar ne bi trebao oslanjati isključivo na njih prilikom određivanja dijagnoze (Rudan i Tomac, 2009).

Procjena razine suicidalnosti igra ključnu ulogu u procjeni depresije. Također, važno je od roditelja, kao i od djeteta ili adolescenta, dobiti informacije o potencijalnim rizičnim faktorima, kao što su dostupnost oružja, lijekova ili drugih mogućih metoda samoozljeđivanja. Nadalje, treba istražiti prisutnost komorbidnih stanja. U procesu procjene također je nužno provesti fizički pregled i laboratorijske testove kako bi se eliminirali drugi mogući medicinski uzroci depresije, kao što su anemija, mononukleoza, autoimune bolesti ili zloupotreba nedopuštenih tvari ili lijekova (Rudan i Tomac, 2009).

Mehler-Wex i Kölch (2008) naglašavaju da dijagnoza treba biti temeljena na detaljnom razgovoru s pacijentom, analizi povijesti simptoma, istraživanju razvoja pacijenta i obiteljske povijesti, uključujući i identifikaciju obiteljskih stresora. Kod djece često se primjećuju tendencije prema skrivanju ili osjećaju srama, dok su njihove verbalne i introspektivne vještine nezrele. Zbog toga neverbalne metode, kao što su crtanje ili projektivni testovi, imaju važnu ulogu u dijagnostičkom istraživanju.

9. LIJEČENJE

Mehler-Wex i Kölch (2008) ističu kako bi terapijski pristupi za depresivne poremećaje kod maloljetnika uvijek trebali biti multimodalni te provedeni u ili izvan bolnice. Hospitalizacija, odnosno boravak u bolnici, potrebna je samo u ozbiljnijim slučajevima i kada postoji rizik od suicidalnog ponašanja. Kod pacijenata koji su hospitalizirani, nužno je osigurati primjenu svih dostupnih resursa kako bi se smanjila mogućnost regresije, što je čest pratitelj depresije.

Multimodalni pristup liječenju uključuje psihoterapijske, psihosocijalne i, ako je potrebno, farmakološke intervencije. Kod blažih oblika depresije kod djece i adolescenata osnova je psihosocijalno liječenje koje uključuje savjetovanje roditelja o senzibilnom stilu odgoja te eliminaciji rizičnih čimbenika. U fazi umjerenih depresivnih epizoda, ovisno o razini psihosocijalnog funkcioniranja i odgovoru na psihoterapiju, treba razmotriti primjenu lijekova. Važno je istaknuti da je vremenski faktor kod mladih posebno značajan za psihosocijalnu prilagodbu u školi, obrazovanju i drugim životnim sferama. Kod teških depresivnih epizoda koje su popraćene ozbiljnim posljedicama, kao što su izostanci iz škole ili povlačenje iz društva, preporučuje se istovremeno liječenje antidepresivima (Mehler-Wex i Kölch, 2008).

Psihoterapija ima opće ciljeve u liječenju depresije, bez obzira na odabranu terapijsku metodu. Ti ciljevi uključuju smanjenje stresnih čimbenika, poticanje pozitivnih aktivnosti, uspostavljanje strukture u svakodnevnom životu, podizanje svijesti o dostupnim resursima, razvoj socijalnih kompetencija, učenje strategija rješavanja problema, modifikacija negativnih obrazaca percepcije te povećanje samopouzdanja i samopoštovanja. Razina dokaza za kratkoročnu i srednjoročnu učinkovitost kod djece i adolescenata najviša je za kognitivno-bihevioralnu terapiju, nakon čega slijedi interpersonalna psihoterapija (Mehler-Wex i Kölch, 2008).

Kognitivno-bihevioralna terapija fokusira se na suočavanje s okidačima depresije, poticanje aktivnosti, učenje strategija rješavanja problema, upravljanje stresom, tehnike samoregulacije, te promjenu negativnih obrazaca razmišljanja. S druge strane, interpersonalna psihoterapija fokusira se na proces prepoznavanja i rješavanja interpersonalnih sukoba provođenjem obuka o načinima rješavanja problema te razvoju socijalnih vještina. Pristupi usmjereni na obitelj igraju važnu ulogu u rješavanju temeljnih sukoba, nedostataka i disfunkcija unutar odnosa. Izgradnja čvrstih i pouzdanih obiteljskih veza, zajedno s jačanjem edukacijskih kompetencija skrbnika djeteta,

ključni su za postizanje psihološke stabilnosti. Što je dijete s depresijom mlađe, to su obiteljske intervencije još važnije.

Rudan i Tomac (2009) ističu da se u liječenju depresije kod adolescenata i djece najčešće koriste psihosocijalne terapije i psihofarmakoterapija. Općenito se smatra da je najefikasnije liječenje depresivnih poremećaja primjena pristupa koji uključuju više različitih metoda. Primjena lijekova, kao samostalna terapijska strategija, rijetko se, ako uopće, koristi. S obzirom na ograničene podatke o primjeni antidepresiva kod djece predškolske dobi, uobičajeno je da se psihosocijalne intervencije, uključujući savjetovanje roditelja, razmatraju kao inicijalni korak u liječenju depresije kod djece (Rudan i Tomac, 2009).

Za blage do umjerene velike depresivne poremećaje, preporučuje se početi tretman psihoedukacijom i psihoterapijom u trajanju 4-6 tjedana. U situaciji gdje postoji samo djelomično poboljšanje ili nedostatan odgovor na terapiju, nakon 4-6 tjedana, preporučuje se razmotriti uvođenje selektivnog inhibitora ponovne pohrane serotonina (SSRI). Ovi lijekovi mogu se primjenjivati kod djece i adolescenata te ih obično koriste tijekom razdoblja od 6 do 12 tjedana. Ukoliko je odgovor djelomičan, razmatra se povećanje doze ili prelazak na drugi SSRI koji također može biti korišten 6-12 tjedana. Ako ni tada ne dođe do zadovoljavajućih rezultata, važno je ponovno razmotriti dijagnozu, prisutne komorbidne poremećaje te druge faktore koji bi mogli utjecati na liječenje, kao što su komorbidni ADHD ili anksioznost, tjelesne bolesti i negativni životni događaji. Nakon postizanja pozitivnog odgovora, preporučuje se neprekidno uzimanje lijeka tijekom razdoblja od 6 do 12 mjeseci. Ako nema ponovnog pojavljivanja simptoma (recidiva), tada se može postupno smanjivati doza i prekidati terapija. U slučaju pojave blage depresivne epizode, preporučuje se nastavak medikacije tijekom 1 do 3 godine (Rudan i Tomac, 2009).

Kod teškog oblika velikog depresivnog poremećaja, preporučuje se kombinirati psihoedukaciju i psihoterapiju s primjenom prvog SSRI-ja (selektivnog inhibitora ponovne pohrane serotonina) koji je odobren za upotrebu kod djece i adolescenata tijekom razdoblja od 4 do 6 tjedana. U slučaju suicidalnosti, potrebno je razmotriti sigurnost pacijenta i razinu podrške koju prima. Liječnički pristup u slučaju teškog oblika velikog depresivnog poremećaja sličan je onome kod blažih do umjerenih depresivnih poremećaja, a trajanje primjene lijeka može biti od 1 do 3 godine. Ako osoba prolazi kroz dvije ili više teške depresivne epizode, tri ili više blage epizode, ili pati od

kronične depresije, tada je moguće da će se medikacija nastaviti i do tri godine, a ponekad čak doživotno. Kod mladih osoba koje pate od velikog depresivnog poremećaja, propisivanje antidepresiva se pokazalo korisnim. Iako je bilo kontroverzi potaknutih upozorenjem Američke agencije za lijekove (FDA) o većem oprezu pri korištenju svih antidepresiva kod adolescenata i djece, primjena određenih selektivnih inhibitora ponovne pohrane serotonina i dalje se smatra korisnom za mnoge mlade ljude koji boluju od velikog depresivnog poremećaja (Rudan i Tomac, 2009).

Potrebno je obratiti posebnu pažnju na zloupotrebu psihoaktivnih tvari koje mogu doprinijeti depresiji i povećati rizik od suicidalnosti. Nadalje, terapija ne bi trebala biti usmjerena isključivo na uklanjanje depresivnih simptoma, već i na rješavanje dodatnih problema u funkcioniranju koji često perzistiraju i nakon što se osnovni problem niskog raspoloženja riješi. Redovite intervencije u obiteljskom okruženju su neophodne kako bi se smanjile teškoće u obiteljskom funkcioniranju i pružila dodatna psihosocijalna podrška. Plan terapije nužno mora obuhvaćati aspekt sigurnosti pacijenta, osiguravajući da razina podrške bude dovoljna za očuvanje pacijentove dobrobiti.

Cilj terapije kod adolescenata, djece i odraslih je eliminirati simptome i postići potpunu remisiju, spriječiti ponovno pojavljivanje simptoma, smanjiti dugoročne posljedice bolesti te potaknuti optimalan rast i razvoj djeteta (Vitiello, 2009). Svako dijete se tretira individualno, što znači da izbor terapijskog pristupa ovisi o faktorima poput dobi djeteta, njegovog kognitivnog razvoja, prisutnih rizičnih i zaštitnih čimbenika (nasljedna predispozicija za psihičke bolesti, temperament, stresni događaji itd.), jačini i obliku depresije te sklonostima djece i roditelja. Plan terapije mora uključivati sigurnost pacijenta, što ponekad može podrazumijevati hospitalizaciju, posebice kada postoji opasnost od suicida.

Psihoterapija, a kod teže depresije kombinacija s farmakoterapijom, pokazuje se kao najučinkovitiji pristup. Imajući u vidu ozbiljne implikacije koje depresija može imati na dijete ili adolescenta, kao i na obiteljsku i društvenu sferu, ranije prepoznavanje i intervencija igraju ključnu ulogu u uspješnom suočavanju s ovim poremećajem.

Prema Boričević Maršanić i sur. (2016), terapija se provodi kroz tri faze: akutnu fazu (8-12 tjedana) s ciljem eliminacije simptoma, kontinuiranu fazu (6-12 mjeseci) s naglaskom na održavanju terapijskog odgovora i sprječavanju recidiva te fazu održavanja (1-3 godine) kako bi se spriječila pojava nove depresivne epizode kod mladih s više prethodnih epizoda (3 ili više bez

komplikacija ili 2 ili više sa komplikacijama). U slučaju otpornosti na farmakoterapiju, koja se javlja kod 30% - 40% mladih, preporučuje se nastavak liječenja drugim oblicima terapije uz psihoterapiju, razmatranje upotrebe drugih antidepresiva, ponovna procjena dijagnoze, komorbidnih stanja, obiteljske dinamike, stresnih događaja ili nepridržavanja terapije. Točna procjena depresije i povezanih simptoma koji često prate bolest, procjena funkcioniranja, suicidalnosti te identifikacija faktora rizika i zaštite su ključni za odabir tretmana. Psihoterapija, a u težim slučajevima depresije, kombinacija psihofarmakoloških tretmana i psihoterapije, pokazali su se kao najučinkovitiji pristupi. Imajući na umu ozbiljne posljedice depresije na djecu, adolescente, obitelj i širu zajednicu, ključno je naglasiti da je rano prepoznavanje i intervencija od iznimne važnosti za tretiranje ovog ozbiljnog poremećaja.

10. ZAKLJUČAK

U zaključku, istraživanje depresije kod djece i adolescenata osvijetlilo je važnost prepoznavanja, dijagnosticiranja i pravodobnog liječenja ovog ozbiljnog psihičkog poremećaja. Iako nekada kontroverzna tema, danas je jasno da depresija ima snažan utjecaj na mlade ljude i njihov psihosocijalni razvoj.

Prisutnost simptoma poput suicidalnih misli, tuge, iritabilnosti, promjena u koncentraciji, prehrambenim navikama te spavanju ne smije se zanemariti. Rana dijagnoza postaje ključna kako bi se mladima pružila podrška koja im je potrebna. No, dijagnosticiranje depresije kod mladih nije jednostavno jer se simptomi često razlikuju od onih kod odraslih, a nedostatak verbalne ekspresije dodatno otežava postavljanje ispravne dijagnoze.

Epidemiološki podaci upućuju na zabrinjavajući porast broja slučajeva depresije među djecom i adolescentima. Taj trend zahtijeva pažnju kako bi se razvile učinkovite preventivne strategije i osigurala bolja budućnost za mlade generacije.

Različiti pristupi liječenju, kao što su psihoterapija i farmakoterapija, nude mogućnost personaliziranog tretmana, ali postavlja se pitanje koje je najbolje rješenje za svakog pojedinca. Izuzetno je važno osigurati mladima podršku kako bi nadvladali izazove koje depresija nosi.

Timski pristup, u kojem stručnjaci za mentalno zdravlje, obitelj i edukacijske institucije surađuju, ključan je za uspješno suočavanje s depresijom kod mladih. Ovakav integrirani pristup omogućava holistički pogled na problem i osigurava da mladi dobiju sveobuhvatnu podršku koja im je potrebna.

U konačnici, depresija kod djece i adolescenata zahtijeva duboko razumijevanje, empatiju i koordinirano djelovanje. Pravovremena intervencija može značajno utjecati na njihovu budućnost, omogućujući im da razviju zdrave mehanizme suočavanja i ostvare svoj puni potencijal u životu.

SAŽETAK

Ovaj istraživački rad temeljito je istražio depresivna stanja kod adolescenata i djece s fokusom na različite ključne aspekte. Cilj rada bio je pružiti dublje razumijevanje ove ozbiljne mentalne poteškoće i njenu specifičnu dinamiku u ovoj populaciji.

Kroz analizu, rad se bavio nizom važnih aspekata depresije kod mladih. U prvom redu, identificirani su različiti simptomi depresije, poput tuge, iritabilnosti, promjena u koncentraciji, prehrambenim navikama te spavanju. Naglasak je stavljen na činjenicu da su ti simptomi često drugačiji nego kod odraslih, što otežava dijagnosticiranje.

Nadalje, istraživanje se usmjerilo na dijagnostičke izazove. Prepoznato je da dijagnosticiranje depresije kod mladih može biti izazovno zbog specifičnih izraza emocija i poteškoća u verbalnom izražavanju. Razvijanje prilagođenih dijagnostičkih metoda postalo je ključno kako bi se precizno identificirali problemi i postavila točna dijagnoza.

S obzirom na liječenje, rad je analizirao različite terapijske opcije. Istaknuta je važnost personaliziranog pristupa jer terapijske metode mogu varirati od osobe do osobe. Naglasak je stavljen na psihoterapiju i farmakoterapiju kao glavne pristupe liječenju, istražujući njihove prednosti i nedostatke.

Osim toga, rad se bavio rizičnim i zaštitnim faktorima. Prepoznati su faktori koji povećavaju rizik od depresije kod mladih, kao i oni koji mogu djelovati zaštitno. Razumijevanje ovih faktora pruža temelje za prevenciju i podršku.

Kroz ovu analizu specifičnih aspekata depresije kod djece i adolescenata, rad je pokušao pružiti sveobuhvatan uvid u ovu temu. Razumijevanje simptoma, suočavanje s dijagnostičkim izazovima, istraživanje terapijskih mogućnosti i analiza čimbenika rizika i zaštite izuzetno su važni za pravodobno prepoznavanje, pružanje podrške i primjenu odgovarajućeg tretmana. Sve ovo doprinosi poboljšanju dobrobiti mladih u borbi protiv ovog izazova.

Ključne riječi: depresija, klinička slika, rizični čimbenici, zaštitni čimbenici, terapija

ABSTRACT

This research paper has thoroughly examined depression in children and adolescents, focusing on various key aspects. The objective of the research was to enhance our comprehension of this significant mental health concern and its unique characteristics among individuals in this demographic.

Through analysis, the paper addressed several important aspects of youth depression. Firstly, different symptoms of depression, such as sadness, irritability, changes in concentration, eating habits, and sleep patterns, were identified. It emphasized that these symptoms are often different from those in adults, making diagnosis more challenging.

Furthermore, the research focused on diagnostic challenges. It recognized that diagnosing depression in young people can be challenging due to specific emotional expressions and difficulties in verbal communication. Developing tailored diagnostic methods has become crucial to accurately identify issues and establish an accurate diagnosis.

Regarding treatment, the paper analyzed various therapeutic options. The importance of a personalized approach was highlighted, as therapeutic methods can vary from person to person. The emphasis was placed on psychotherapy and pharmacotherapy as the main approaches to treatment, exploring their advantages and disadvantages.

Furthermore, the paper examined factors that contribute to risk as well as those that offer protection. Factors that increase the risk of depression in young people were identified, as well as those that can act protectively. Understanding these factors provides a foundation for prevention and support.

The paper aimed to provide a comprehensive insight into this subject by dissecting specific dimensions of depression in children and adolescents. Understanding symptoms, addressing diagnostic challenges, exploring therapeutic possibilities, and analyzing risk and protective factors are all essential for the timely recognition, support, and implementation of appropriate treatment. All of these contribute to improving the well-being of young people in their battle against this challenge.

Keywords: depression, clinical presentation, risk factors, protective factors, therapy

LITERATURA

1. American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition, Text Revision. Washington DC: American Psychiatric Association.
2. Boričević Maršanić, V., Zečević, I., Ercegović, N., Paradžik, L., i Grgić, V. (2016). Sva lica dječje depresije - heterogenost kliničke slike depresije u djece i adolescenata. *Paediatr Croat*, 60(Supl 1), 119-125.
3. Bouillet, D. i Uzelac, S. (2007). Osnove socijalne pedagogije. Zagreb: Školska knjiga.
4. Costello, E. J., Erkanli, A., i Angold, A. (2006). Is there an epidemic of child or adolescent depression? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 1263-1271.
5. Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., i sur. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60(8), 837-844.
6. Dumbović, A. (2016). Depresivnost kod djece i mladih. Završni rad, Sveučilište u Zagrebu, Učiteljski fakultet.
7. Lau JYF, Eley TC. (2006). Changes in genetic and environmental influences on depressive symptoms across adolescence and young adulthood. *Br J Psychiatry*, 189, 422-427.
8. Mehler-Wex, C., i Kölch, M. (2008). Depression in children and adolescents. *Dtsch Arztebl Int*.
9. Novak, M. i Bašić, J. (2008). Internalizirani problemi kod djece i adolescenata: obilježja i mogućnosti prevencije. *Ljetopis socijalnog rada*, 15 (3), 473-498. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/31382>
10. Oatley, K. i Jenkins, J. M. (2003). Razumijevanje emocija. Jastrebarsko: Naklada Slap.
11. Oldehinkel AJ, Veenstra R, Ormel J, i sur. Temperament, parenting, and depressive symptoms in a population sample of preadolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2006; 47: 684-695.
12. Rudan, V., i Tomac, A. (2009). Depresija u djece i adolescenata. *Medicus*, 18, 173-179.
13. Vitiello, B. (2009). Treatment of adolescent depression: What we have come to know. *Depress Anxiety*, 26, 393-395.

Izjava o pohranj završnog/diplomskog/specijalističkog/doktorskog rada (podertajte odgovarajuće) u Digitalni repozitorij Filozofskog fakulteta u Splitu

Student/ica: ANA RADONIĆ
Naslov rada: DEPRESIJA U DJECE I ADOLESCENATA
Znanstveno područje: DRUŠTVENO
Znanstveno polje: PEDAGOGLJA
Vrsta rada: ZAVRŠNI RAD

Mentor/ica rada:
PROF. DR. SC. GORAN KARDUM

(ime i prezime, akad. stupanj i zvanje)

Komentor/ica rada:

(ime i prezime, akad. stupanj i zvanje)

Članovi povjerenstva (ime i prezime, akad. stupanj i zvanje):

IZV. PROF. DR. SC. MORANA KOLUDROVIĆ
DOC. DR. SC. KATIJA KALEBIĆ JAKUPČEVIĆ

Ovom izjavom potvrđujem da sam autor/autorica predanog završnog/diplomskog/specijalističkog/doktorskog rada (zaokružite odgovarajuće) i da sadržaj njegove elektroničke inačice u potpunosti odgovara sadržaju obranjenog i nakon obrane uređenog rada. Slažem se da taj rad, koji će biti trajno pohranjen u Digitalnom repozitoriju Filozofskoga fakulteta Sveučilišta u Splitu i javno dostupan u repozitoriju Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu (u skladu s odredbama *Zakona o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju*, NN br. 123/03, 198/03, 105/04, 174/04, 02/07, 46/07, 45/09, 63/11, 94/13, 139/13, 101/14, 60/15, 131/17), bude:

a) rad u otvorenom pristupu

b) širuj javnosti, ali nakon protoka 6 / 12 / 24 mjeseci (zaokružite odgovarajući broj mjeseci).

(zaokružite odgovarajuće)

Split, 14.9.2023.

Potpis studenta/studentice: Ana Radonić

Obrazac A.Č.

SVEUČILIŠTE U SPLITU
FILOZOFSKI FAKULTET

IZJAVA O AKADEMSKOJ ČESTITOSTI

kojom ja ANA RADONIĆ, kao pristupnik/pristupnica za stjecanje zvanja sveučilišnog/e prvostupnika/e PEDAGOGIJE I ENGLJSKOG JEZIKA, izjavljujem da je ovaj završni rad rezultat isključivo mogega vlastitoga rada, da se temelji na mojim istraživanjima i oslanja na objavljenu literaturu kao što to pokazuju korištene bilješke i bibliografija. Izjavljujem da niti jedan dio završnog rada nije napisan na nečupušten način, odnosno da nije prepisan iz necitiranoga rada, pa tako ne krši ničija autorska prava. Također izjavljujem da nijedan dio ovoga završnog rada nije iskorišten za koji drugi rad pri bilo kojoj drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj ili radnoj ustanovi.

Spl., 14.9.2023.

Potpis Ana Radonić