

DEPRESIJA U DJECE I ADOLESCENATA

Lea Ledić¹, Anica Šušac¹, Slaven Ledić², Romana Babić^{1,2}, Dragan Babić^{1,2}

¹Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u Mostaru, 88000 Mostar, BiH

²Klinika za psihijatriju Sveučilišne kliničke bolnice Mostar

Rad je primljen 27.06.2019. Rad je recenziran 19.08.2019. Rad je prihvaćen 19.09.2019.

SAŽETAK

Dječja i adolescentna psihijatrija zauzima važno mjesto unutar psihijatrije, ali i zasebno, kao cjelina sa svojim specifičnostima. Depresivni poremećaji su prema DSM-5 klasifikaciji navedeni kao posebna skupina mentalnih poremećaja koja obuhvaća nekoliko različitih poremećaja obilježenih smanjenim funkcioniranjem, iritabilnim ponašanjem i raspoloženjem.

Depresija je psihički poremećaj velike epidemiologije koji onemogućava oboljelima svakodnevno funkcioniranje. Može se reći da je bolest našeg vremena i da predstavlja značajan izazov, ne samo za profesionalce u oblasti mentalnog zdravlja, već i za obiteljske liječnike, a posebno za sve veću populaciju oboljelih. Depresija je jedan od najčešćih psihičkih poremećaja današnjice koji se manifestira neraspoloženjem, gubitkom interesa i zadovoljstva, osjećajem krivice i niže vrijednosti, poremećajem sna i apetita, gubitkom energije i lošom koncentracijom. Dugo se smatralo da depresija pogađa samo odrasle, a danas sve više raste svijest o njezinoj rasprostranjenosti kod djece i adolescenata. Depresivno dijete ne može normalno funkcionirati niti izvršavati svoje školske obveze. Depresivnost u djece jako utječe na njihove kognitivne, socijalne i tjelesne vještine. Liječenje depresije postiže se i psihoterapijom koji umanjuju depresivne simptome. U adolescenciji, lijekovi imaju ograničenu učinkovitost, najvjerojatnije zbog spolnih hormona koji ometaju njihov antidepresivni učinak. Lijekovi omogućuju primjenu psihoterapije, koja je u dječjem slučaju igra ili obiteljska terapija. Važno je depresiju prepoznati i liječiti u bilo kojoj životnoj dobi, a posebno u ovim uzrastima kada dolazi do formiranja ličnosti i sazrijevanja.

Ključne riječi: depresija, djeca, adolescenti

Osoba za razmjenu informacija:

Lea Ledić, prvostupnica sanitarnog inženjerstva

E-mail: ledic.lea2303@gmail.com

Prof.dr.sc. Dragan Babić

E-mail: dragan.babic@fzs.sum.ba

UVOD

Depresija je, ne samo i najranije opisana bolest u povijesti medicine, nego i najčešći psihički poremećaj. Tuga je sastavni dio života, ali depresija nije tuga; ona je ozbiljan psihički poremećaj, a o poremećaju se radi kada depresivni simptomi imaju negativne posljedice na svakodnevno funkcioniranje osobe. Depresija je stanje niskog raspoloženja i averzije prema aktivnostima što može dovesti do negativnih efekata na misli, ponašanje, emocije, pogled na svijet te tjelesno stanje osobe. Depresivne osobe se mogu osjećati tužno, tjeskobno, prazno, bez nade, zabrinuto, bespomoćno, bezvrijedno, iritabilno, povrijeđeno ili nemirno. Mogu izgubiti interes za aktivnosti koje su im nekada bile ugodne; doživjeti gubitak apetita ili prejedanje; imati poteškoća s koncentracijom, prisjećanjem detalja ili donošenjem odluka. Može doći do razmišljanja o samoubojstvu ili pokušaja samoubojstva. Također mogu biti prisutni: nesanica, pretjerano spavanje, izmorenost, gubitak energije, bolovi ili problemi s probavom koji su otporni na tretman.

Ukoliko se ne liječi, depresija može dovesti do ozbiljnih problema u svakodnevnom životu. Depresija nije svojstvena samo odraslima nego pogađa i najmlađe. Cilj ovog rada je opisati najvažnije značajke depresije u djece i adolescenata.

DEPRESIVNI POREMEĆAJ

Poremećaji raspoloženja odavno su poznati i opisivani te se još u Ebersovu papirusu iz 3000. godine prije naše ere mogu naći dijelovi o promjenama raspoloženja u obliku depresivnog ili bipolarnog poremećaja. Sam termin depresija dolazi od latinskog izraza *deprimere*, što znači potisnuti, pogurati prema dolje (1). Depresija po klasifikaciji spada u poremećaje afekta ili raspoloženjakod kojih je glavni simptom promjena raspoloženja, a sekundarna obilježja su poremećaji nagona i kognicije (2). Pod raspoloženjem se podrazumijeva unutrašnje emocionalno stanje osobe koje predstavlja dugotrajni, unutrašnji, prožimajući doživljaj osjećanja (3).

Depresija se najčešće javlja kao primarni poremećaj, ali se često može javiti i u kombinaciji s drugim psihološkim poremećajima kao što su anksioznost, zlorabaz sredstava ovisnosti, poremećaji osobnosti (4). Depresivni bolesnici svoje raspoloženje opisuju kao nesretno, loše, tužno, beznadno, kao iznimnu patnju i duševnu bol ili se tuže na nedostatak osjećaja (5). Skoro svaki peti čovjek će doživjeti u svom životu bar jednu epizodu depresije (3). Prema procjenama Svjetske zdravstvene organizacije, depresija će uskoro postati drugi vodeći javnozdravstveni problem u svijetu (6).

Veliki broj istraživanja pokazuje da mnogi čimbenici, poput obiteljskih sukoba, podrške, roditeljske depresije i roditeljskog stila odgoja imaju znatan utjecaj na nastanak, održavanje i oporavak od depresije (7).

Pojam i vrste

Depresivni poremećaji su skupina poremećaja koje obilježavaju promjene u raspoloženju koje može biti sniženo, tužno ili iritabilno, ali i promjene u drugim psihičkim i tjelesnim funkcijama (8). Kod ovakvih poremećaja aktivnosti mogu postati otežane (9). Internalizirani se poremećaji temelje na emocijama tuge i tjeskobe zajedno s tendencijom povlačenja (10). Depresija se može podijeliti na temelju etiologije, kliničke slike i tijeka bolesti:

Na temelju etiologije, depresije se dijele na endogene depresije (biološko-genetski uvjetovane) i reaktivne (egzogene) depresije, uvjetovane faktorima okoline.

Na temelju kliničke slike depresije postoje dvije različite podjele.

Tako se u DSM-5 klasifikaciji (11) prema kliničkoj slici depresije dijele na melankolične i nemelankolične, a prema MKB-10 klasifikaciji (12) na depresije sa somatskim simptomima i depresije bez somatskih simptoma.

Na temelju tijeka bolesti, poremećaji raspoloženja dijele se u tri grupe: postojanje samo depresije (unipolarna depresija), postojanje samo manije (unipolarna manija), postojanje obadvije faze bolesti, depresije i manije (bipolarni poremećaj) (13).

Etiologija

U literaturi se mogu pronaći mnogobrojne teorije i uzroci nastanka depresije. Tako se etiologija depresije objašnjava naslijeđem (genetska uvjetovanost), neurotransmitskim (noradrenalin, serotonin,

dopamin) promjenama, fiksacijom na oralnu fazu razvoja, konceptom naučene bespomoćnosti, teorijom beznađa, jakim stresnim događajem (gubitak, traumatski događaj...) i sl. (2).

Tablica 1. Istraživanja etiologije depresije (13)

Područja istraživanja	Relevantne studije
Genetika	Genetička epidemiologija Molekularna genetika
Ličnost	Temperament Kognitivni obrazac
Rano okruženje	Patologija roditelja Lišavanje izostavljanje u djetinjstvu
Socijalno okruženje	Životni događaji Kronične teškoće
Psihološki faktori	Psihodinamički Kognitivni
Biološki faktori	Monoamini HPA osovina Neuropsihološka ispitivanja Neuroanatomska istraživanja

Etiologija depresije bila je predmet mnogih istraživanja čiji pregled sadržaja daje Tablica 1., a generalno govoreći, etiologiju depresije pokrivaju dva koncepta: biološki i psihosocijalni. Prema biološkom konceptu uzroci depresije mogu se pronaći u genetici, neuroendokrinim faktorima, poremećajima spavanja i cirkadijalnim ritmovima, neurokemijskim faktorima te neuroanatomskim promjenama, a psihosocijalni koncept počiva na psihoanalitičkim, kognitivnim i bihevioralnim teorijama i precipitirajućim faktorima koji obuhvaćaju stresne životne događaje (13).

Dijagnosticiranje

Dijagnoza depresije postavlja se liječničkim pregledom, laboratorijskim testovima, te psihološkom evaluacijom (14). Istraživanja pokazuju da liječnici opće prakse ne prepoznaju gotovo 70 % depresivnih bolesnika, a rezultat toga je i velika učestalost

neliječenih depresija (15). Kroz povijest se spoznala fenomenologija depresije te su razvijeni dijagnostički sustavi kako bi se definirala točka u kojoj depresivno raspoloženje prelazi u kliničko stanje (16). Tijekom postavljanja dijagnoze posebno treba voditi računa o postojanju drugih psihijatrijskih ili tjelesnih poremećaja, jer ti poremećaji mogu s jedne strane utjecati na ispoljavanja i tijek depresivnog poremećaja, a s druge strane, biti veoma značajni u koncipiranju plana liječenja (17).

U psihijatrijskoj praksi koriste se dvije klasifikacije bolesti: Međunarodna klasifikacija bolesti – MKB-10 (12) i Klasifikacija američkog udruženja psihijata DSM-5 (11). U našem zdravstvenom sustavu službeno je prihvaćena MKB-10 klasifikacija (12).

Danas postoji više polustrukturiranih odnosno strukturiranih psihijatrijskih intervjua, tj. dijagnostičkih skala koje slijede odgovarajuće kriterije zadane u postojećim klasifikacijama i na taj način

postavljaju ili isključuju dijagnozu depresije. Od onih koji slijede MKB-10 klasifikaciju mogu se izdvojiti: „Present State Examination” (PSE-9), „Composite International Diagnostic Interview” (CIDI) i „Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry” (SCAN), a izrađeni su i računalni programi s pomoću kojih se opservirani simptomi mogu kodirati i analizirati, a jedan od najpoznatijih je CATEGO-5 (18).

Liječenje

Oko 50 % depresivnih bolesnika ostaje neprepoznato, oko 70 % oboljelih uopće se ne liječi, a samo 10 % oboljelih liječi se prema suvremenim načelima (19). Liječenje lijekovima predstavlja temelj uspješne borbe protiv depresije. Danas nam na raspolaganju stoje brojni antidepresivni lijekovi, različitih mehanizama djelovanja (3).

Liječenje se odvija u tri faze:

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

Jedan od čestih uzroka neuspješne terapije antidepresivima jest nedovoljna doza lijeka ili prijevremeni prekid terapije. Najčešći razlog za to su nuspojave lijekova i/ili neinformiranost depresivnih bolesnika i njihovih obitelji. Osim antidepresiva, često je zbog komorbidnih anksioznih simptoma i nesanice u terapiji potrebno dodati i anksiolitike. To je osobito važno kad se zna da antidepresivima treba period od 10 do 14 dana da pokažu svoje djelovanje, a patnju bolesnika treba što prije olakšati. Ako liječenje lijekovima nije učinkovito ili je nedovoljno učinkovito postoje i druge biološke metode liječenja poput elektrokonzulzivne terapije, transkranijске magnetne stimulacije, terapije svjetlom, deprivacija spavanja i sl. Složenije metode liječenja treba provoditi u bolničkim uvjetima (13,20). Moderna istraživanja

sve više govore u prilog tome kako bi religioznost i duhovnost mogli zaštitno djelovati na pojavu depresivnosti kao i smanjenje već postojeće depresije. Kršćanska vjera koja daje nadu, smisao života u ljubavi, promovira samopoštovanje i poštivanje drugih ima antidepresivan učinak (21).

SPECIFIČNOSTI DEPRESIJE U DJECE I ADOLESCENATA

Pojedinačni opisi depresija kod djece nalaze se već u 17. stoljeću, ali sve do 1960. godine najveći broj stručnjaka sumnjao je u postojanje depresije kod djece s obrazloženjem da dječji nezreli superego ne dopušta razvoj depresije (1). Promjena u razmišljanju nastala je nakon Četvrtog europskog pedopsihijatrijskog kongresa koji se održao u Stockholmu 1970. godine (22).

Epidemiologija depresije u djece i adolescenata

Danas većina istraživača definira depresivnost u terminima kontinuuma od normalne, povremene i prolazne žalosti do duboke depresije koja traje ili se stalno ponovo vraća. Navodi se i da klinički simptomi depresije mogu biti dio normalnog razvoja svakog djeteta i da ih se ukoliko oni iščeznu sa dobi i nemaju za posljedicu disfunkcionalno ponašanje djeteta ne smije promatrati kao dokaz „psihopatologije“ (23).

Prevalencija velikoga depresivnog poremećaja u djece približno je 2 %, u podjednakom omjeru između dječaka i djevojčica, 1:1. U adolescenciji prevalencija je približno 4 - 8 %, a omjer muškarci: žene 1:2 (2,24). Približno 5 - 10 % djece i adolescenata ima susindromske simptome velikog depresivnog poremećaja. Ova djeca i adolescenti imaju veliko obiteljsko opterećenje depresijom, te su u povećanom riziku od suicida i razvoja punog sindroma depresije. Procjenjuje se da 10 - 20 % djece školske dobi imaju probleme anksioznosti, depresivnosti, izolacije i slično, a roditelji kao i učitelji jako teško prepoznaju te simptome (25). Svaka sljedeća generacija od

1940. godine izgleda da je u većem riziku od razvoja depresivnih poremećaja koji su prepoznatljivi u sve ranijoj dobi, jer studije pokazuju da je nakon 1940. godine svaka sljedeća generacija u većem riziku od razvoja depresije u odnosu na prethodnu, a poremećaj se pojavljuje na sve mlađem uzrastu (3,24).

S povišenjem stope depresivnih poremećaja povećala se i stopa suicida, i to čak trostruko među mladim ljudima u posljednja četiri desetljeća (23).

Etiologija depresije u djece i adolescenata

Kao i kod odraslih osoba brojni mehanizmi smatraju se odgovornim u nastajanju depresije, ali dječja dob ima i svoje specifičnosti (22). „Zaštitni faktori”, tj. ono što utječe na zdrav emocionalni razvoj i sprječava depresiju je: roditeljska briga za dijete, samopouzdanje, djetetovo vjerovanje u vlastitu kompetenciju, samopoštovanje, socijalne vještine, efikasne strategije suočavanja sa stresom, te vjera i religioznost (26). U nastanku depresije sudjeluju različiti čimbenici koje možemo podijeliti na biološke čimbenike, potom čimbenike koji potječu od same ličnosti te okolinske čimbenike. Dokazano je da kod depresije dolazi do smanjenja aktivnosti određenih neurotransmitera u određenim dijelovima mozga te su stoga razvijeni lijekovi za liječenje depresije kojima je cilj utjecati na tu smanjenu aktivnost neurotransmitera i na taj način djelovati na simptome (27).

Čimbenici ličnosti podrazumijevaju sklonost osobe negativnom kognitivnom stilu koji rezultira beznađem i depresijom u situacijama neuspjeha, interpersonalnih gubitaka, odbacivanja. Prema tome, neki depresivnost definiraju posljedicom kombinacije negativnih iskustava i negativne interpretacije

dogadaja. Tome u prilog idu i sociološke teorije koje uzroke depresije nalaze u socijalnim interakcijama i socijalnim stresorima te se kao posebno značajan faktor naglašava izostanak potpore okoline. Okolinski čimbenici za pojavnost depresivnih simptoma podrazumijevaju štetna zbivanja u okolini kao što su zanemarivanje i zlostavljanje, stresni životni događaji kao što su gubitak, razvod roditelja, obiteljska disfunkcionalnost što podrazumijeva postojanje značajnih i učestalih konflikata između članova obitelji, obiteljsko nasilje, svjedočenje obiteljskom nasilju, kronične bolesti, ovisnost (22,27).

Odnos roditelj - dijete je model prema kojem depresija nastaje kao rezultat loših odnosa djece i roditelja. Studije na odraslim depresivnim osobama upućuju na značajan utjecaj ranih odnosa na njihov kasniji život te se u anamnezi depresivnih osoba nalaze problemi u ranim odnosima, posebice u odnosu majka - dijete, cjelovitosti obitelji, interakciji među članovima obitelji, a u obiteljima je često prisutno i nasilje (22).

Klinička slika depresije u djece i adolescenata

Istraživanja i opisi kliničke slike depresije u djece i adolescenata do danas su prošla dug put. Nekada se smatralo da se depresija ne može javiti kod djece ili se javlja u zamaskiranom obliku kao ispadi bijesa, nemir, agresivnost i sl. Napretkom u medicini 80-ih godina je opisana klinička slika depresije u djece pomoću kriterija za odrasle te na taj način postala sastavni dio klasifikacijskih sustava (25).

Klinička slika depresije u djece i adolescenata razlikuje se i po njihovom uzrastu što ilustriraju i podaci iz Tablice 2. (8).

Tablica 2. Simptomi depresije ovisno o dobi djeteta

Uzrast	Simptomi
Dijete do 3. godine (anaklitička depresija)	Tužno i bezizražajno lice, oskudno plakanje, iritabilnost, usporena motorika i hiperaktivnost, nesudjelovanje u igri, problemi hranjenja i spavanja, problemi vezivanja, separacijski strah
Predškolska dob	Iritabilnost, hirovitost, tužan izraz lica, odsutnost osmijeha, plačljivost, izljevi bijesa, siromaštvo kontakata, nesudjelovanje u igri i destruktivnost, anhedonija, problemi hranjenja i spavanja
Školska dob	Iritabilnost, plačljivost, hirovitost, neveselost, siromaštvo socijalnih kontakata, opadanje interesa, niskosamopoštovanje, smetnje koncentracije, problemi učenja, somatske smetnje, nezadovoljstvo životom, suicidalne misli (rijetko pokušaji)
Adolescencija	Tmurno raspoloženje, anhedonija, depresivno opisivanje sebe, problemi hranjenja i spavanja, osjećaj beznadnosti i krivnje, socijalno povlačenje, smetnje koncentracije, anksiozni sindromi, zlouporaba supstanci, promiskuitet, suicidalnost

U važećim klasifikacijskim sustavima (MKB-10 i DSM-5) navode se specifičnosti za djecu i adolescente. Što su pacijenti mlađi, to su veće razlike u

depresivnim simptomima kod maloljetnika u odnosu na klasične simptome kod odraslih (11,12).

Tablica 3. Razlike u kliničkoj slici depresije kod odraslih i djece - uvjetovane djetetovim fizičkim, kognitivnim, emocionalnim i socijalnim razvojnim stadijima (8)

Odrasli	Djeca i adolescenti
Sniženo, depresivno raspoloženje	Iritabilno, hirovito raspoloženje, povećana plačljivost, izostanak doživljaja sreće, ljutnja
Smanjen interes i uživanje u ranije ugodnim aktivnostima	Osjećaj dosade, gubitak interesa za igru, sport, napuštanje ranije ugodnih aktivnosti
Značajni gubitak ili porast tjelesne težine	Nemogućnost postizanja razvojno očekivane težine; kod adolescenata često prejedanje
Nesanica ili prekomjerno spavanje	Promjene obrasci spavanja, uspavljivanja, odbijanje jutarnjeg buđenja ili ranog jutarnjeg buđenja
Psihomotorna retardacija ili agitacija	Poteškoće mirovanja, izdržavanja mirnog sjedenja, stalno koračanje ili naglašena usporenost s oskudnim spontanim pokretima
Umor ili gubitak energije	Stalan umor, osjećaj "niske energije"

Smanjenasposobnostkoncentriranjaidonosnjaodluka	Pad učinkovitosti u školizbog smanjenemotivacije, sposobnostikoncentracije
Niskosamopoštovanje, osjećajkrivnje	Izjave “nitko me ne voli, svi me mrze, glupsam”, samokritičnost, okrivljanjesebe za događajekojsuizvanvlastitekontrole
Povratnesuicidalneidejeiliponašanje, autodestruktivnoponašanje	Učestalazarazmišljanjaipričanje o smrti, pisanje o smrti, darivanjeomiljenihstvariigrčačaka
	Somatskepritužbekod 70 % oboljelih: glavobolja, gastro - intestinalnisimptomiimuskuloskeletnibolovi
	Bježanje od kuće

Tablica 3. daje sličnosti i razlike simptoma depresije djece i odraslih te je jasno da su simptomi depresije u djece i adolescenata slični onima u odraslih osoba i mogu se podijeliti u 4 osnovne skupine: emocionalnu, tjelesnu, kognitivnu i bihevioralnu skupinu simptoma (8,25).

Emocionalna komponenta

Najčešće opisivani simptomi depresije su disforija i anhedonija. Disforija je negativno raspoloženje koje je često povezano s osjećajem manje vrijednosti. Anhedonija je gubitak uživanja u aktivnostima u kojima je osoba do tada uživala (13). Disforija i anhedonija se smatraju specifičnim simptomima za dijagnozu depresije u djece i adolescenata (24,25).

Tjelesna komponenta

Tjelesni simptomi depresije su poremećaji različitih tjelesnih funkcija: promjene apetita, smetnje spavanja, glavobolje, umor i sl. (8,22,25).

Tjelesni su simptomi u većini slučajeva dio i drugih psihičkih poremećaja u djetinjstvu i adolescenciji. Pritužbe vezane za tjelesnu simptomatologiju su uobičajene u depresiji ali one nisu specifične za dijagnozu (25).

Kognitivna komponenta

Najčešći kognitivni simptomi vezani su za teškoće u koncentriranju i ispunjavanju školskih obaveza,

samookrivljivanje i nisko samopoštovanje. Depresivna djeca opisuju sebe, svijet oko sebe i budućnost negativno te je taj simptom karakterističan za razdoblje od 8. do 13. godine (25).

Bihevioralna komponenta

Na planu ponašanja najuočljivije su promjene poput nemira i psihomotoričke usporenosti. Uočava se gubitak zanimanja za hobije i druge aktivnosti u kojima je dijete prije uživalo (26). Što se tiče sukoba s braćom ili sestrama, iako je poznato da su ona sastavni dio odrastanja svakog djeteta, na njih se treba obratiti pozornost u slučaju da ta razdražljivost i ispadi bijesa postanu pretjerani (25).

Dijagnosticiranje depresije djece i adolescenata

U djece i adolescenata depresija se posebno teško uoči pošto mnogi simptomi koreliraju sa promjenama u ponašanju koje se normalno javljaju tijekom puberteta (14). Iako je klinička slika depresije kod djece i mladih slična kliničkoj slici kod odraslih, postoje neke suštinske razlike koje se mogu smatrati posljedicom fizičke, emocionalne, kognitivne i socijalne razvojne faze. Tako primjerice umjesto verbaliziranog osjećanja depresije, djeca mogu imati izraženiju labilnost raspoloženja, naglašenu iritabilnost, nisku toleranciju na frustracije, izljeve bijesa, somatske tegobe i/ili socijalno povlačenje (8).

Zbog specifičnosti problema depresije u djece i adolescenata preporučuje se provođenje psihološke procjene u šest faza pri čemu su prve dvije prioritete:

- ◆ Procjena rizika samoozljeđivanja i suicida
- ◆ Procjena djetetove ugroženosti
- ◆ Procjena simptoma depresivnosti
- ◆ Diferencijalna dijagnostika
- ◆ Procjena rizičnih i zaštitnih faktora
- ◆ Procjena faktora za planiranje tretmana(25).

Depresija i suicidalnost

Suicidalnost se može pojaviti u bilo kojoj fazi bolesti pa se zbog toga vjerojatnost njezine pojave nikad ne može isključiti (8,11,12). Ringel je definirao parasuicidalni fenomen i presuicidalno ponašanje te time dao uvid u psihopatološka događanja koja pojedinac proživljava danima prije pokušaja suicida. Ključna razlika između namjernog ozljeđivanja i pokušaja suicida postojanje je želje za smrću (28).

Pitanja koja liječnik postavlja tijekom evaluacije suicidalnog rizika su: osjeća li se pacijent očajno, beznadežno, bespomoćno, da li je umoran od „neprekidne borbe“, ima li želju za smrću? Je li razmišljao o suicidu? Je li bilo konkretnih planova? Ima li mogućnosti i sredstva da pokuša suicid? Koliko je pacijent impulzivan? Ima li u anamnezi pokušaja suicida, i ukoliko ima, da li žali što nisu uspjeli. Suicidalni rizik jedan je od razloga da se depresivni pacijent hospitalizira (3).

Tijek i ishod depresije djece i adolescenata

Prosječno trajanje velike depresivne epizode u djece i adolescenata je 7 - 9 mjeseci.

90 % bolesnika se oporavi unutar 18 mjeseci, a 50 % doživi relaps. U 40 % bolesnika dolazi do ponavljanja epizode unutar dvije godine, u 70 % unutar pet godina, dok kod 6 - 10 % bolesnika depresija ima kronični tijek (4).

Podaci pokazuju da 40 - 90 % mladih s depresijom zadovoljava dijagnostičke kriterije za još neki psihijatrijski poremećaj (4). Najčešći komorbidni

poremećaji su anksiozni poremećaji, zlouporaba sredstava ovisnosti, poremećaji ponašanja koji se mogu nastaviti nakon što depresivna epizoda prođe, hiperkinetski poremećaj s poremećajem pažnje (ADHD), poremećaj osobnosti te teškoće učenja (4,29). Epidemiološka istraživanja su pokazala da su mnogi tzv. „ekvivalenti depresije“ poput ispada bijesa, strahova, enureze i sl. relativno česti u djetinjstvu i obično iščezavaju s vremenom, te nisu dijagnostički značajni (23).

Čak i neki specifičniji pokazatelji depresije mogu biti relativno uobičajeni; primjerice plač kao manifestacija tuge kod djece pokazuje značajne varijacije u funkciji dobi: oko 18 % šestogodišnjaka u usporedbi sa 2 % djece u pubertetu plače 2 - 3 puta tjedno.

Unatoč tome, ističe se da je u svakoj procjeni neophodan oprez, jer poremećaji na afektivnom planu nisu normalni razvojni fenomeni i djeca ih uglavnom ne „prerastaju“ tako bezbolno kako se to uglavnom misli, te da stoga zaslužuju punu pažnju kliničara (23).

Liječenje depresije djece i adolescenata

Ciljevi u liječenju depresije su: reducirati i eliminirati depresivne simptome, povratiti funkcionalnost koja je bila prije bolesti i smanjiti mogućnost relapsa(13). Kognitivna terapija često se provodi kod djece i adolescenata, ali je posebno korisna u adolescentnom uzrastu. Psihofarmakoterapijsko liječenje djece i adolescenata zbog svojih specifičnosti, koje se ponajprije odnose na rast i razvoj djece, te zbog posebnosti u farmakodinamici i farmakokinetici, važan je i specifičan dio ukupnog psihijatrijskog liječenja u navedenoj populaciji (30). Profesionalac koji provodi psihofarmakoterapiju djece mora dobro poznavati fiziološke karakteristike dječjeg organizma, ne samo težinu tijela već i metabolizam jetre, bubrežnu filtraciju, kao i različite farmakodinamske čimbenike. Poseban problem kod psihofarmakoterapije mogu biti roditelji koji interferiraju između terapeuta i djeteta često samoinicijativno prekidajući ili mijenjajući dozu i slično (31). Nuspojave nakon primjene antidepresiva kod djece i adolescenata su slične kao kod odraslih pacijenata, najčešće su

gastrointestinalne smetnje, promjene apetita, smetnje spavanja (30).

Važnu ulogu u terapijskom procesu imaju i roditelji koji su vrlo često u otporu prema medikamentoznoj terapiji iz straha od ovisnosti ili posljedica a što je pod utjecajem vrlo često nepoznavanja osnova bolesti, otpora u prihvaćanju bolesti kao i pod utjecajem kulturalnih i drugih faktora (31). Tretman depresije kod djece i mladih uvijek podrazumijeva akutnu i produženu fazu; neka djeca zahtijevaju i fazu održavanja. Cilj akutne faze je postizanje pozitivnog odgovora i remisije simptoma, dok je cilj produžene faze, odnosno faze održavanja sprečavanje relapsa bolesti (3,8). Posebno je važno naglasiti da je za depresivne bolesnike kombinacija psihoterapije i farmakoterapije mnogo prihvatljivija i značajno smanjuje opasnost od prekidanja svakoga pojedinačnog terapijskog pristupa (32). Depresija je izlječiva i postoji mnogo načina na koje je moguće pomoći mladoj osobi (26).

ZAKLJUČAK

Nekad se smatralo da je depresija bolest samo odraslih, no ustanovljeno je da je moguća pojava depresije i kod djece i adolescenata, premda mnogo rjeđe nego kod odraslih.

Ukoliko se depresivni poremećaj na vrijeme otkrije i liječenje može biti blaže, odnosno do samog liječenja ne treba niti doći, već često bude dovoljan posjet psihologu ili psihoterapeutu koji savjetovanjem može puno pomoći. Ukoliko ta savjetovanja zbog težine stanja ne budu dovoljna, pristupa se psihofarmakologiji i popratnim psihoterapijskim procesima, uz suportivni program koji je usmjeren i na dijete-pacijenta i na njegove roditelje.

LITERATURA

1. Karlović D. Depresija: klinička obilježja i dijagnoza. *Medicus*. 2017;26:161-165.
2. Zavod za javno zdravstvo F BiH. Depresija. 2019. Dostupno na adresi: <https://www.zzjzfbih.ba/depresija/> . Datum pristupa 27.07.2019.
3. Lečić-Toševski D. Nacionalni vodič dobre prakse za liječenje depresije. Ministarstvo zdravlja Republike Srbije. 2012. Dostupno na adresi: http://www.obvaljevo.rs/download/azus_06.pdf . Datum pristupa 28.07.2019.
4. Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE et al. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years, part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996;35:1427-39.
5. Begić D. Poremećaji raspoloženja. U: Begić D, ur. *Psihopatologija*. Zagreb: Medicinska naklada; 2011. str. 244-61.
6. Svjetska zdravstvena organizacija, Ženeva. MKB-10 klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja. Klinički opisi i dijagnostička uputstva. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva Beograd; 1992.
7. Kurtović A. Uloga obitelji u depresivnosti adolescenata. *Klinička Psihologija*. . 2012;5:37-58.
8. Boričević Maršanić V, Zečević I, Ercegović N, Paradžik Lj, Grgić V. Sva lica dječje depresije – heterogenost kliničke slike depresije u djece i adolescenata. *Paediatr Croat*. 2016;60:119-125.
9. Tatalović Vorkapić S. Razvojna psihopatologija nastavni materijali. Sveučilište u Rijeci, 2014. Dostupno na adresi: https://www.ufri.uniri.hr/files/nastava/nastavni_materijali/061014_Nastavni_Materijal_Razvojna_Psihopatologija_Sanja_Tatalovic_Vorkapic.PDF . Datum pristupa 27.07.2019.
10. Macuka I, Jurkin M. Odnos sukoba roditelja i psihosocijalnih problema mlađih adolescenata. *Ljetopis socijalnog rada*. 2014;21:65-84.
11. Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, DSM-5. 5 Izd. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2014.
12. Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema, MKB-10. Zagreb: Medicinska naklada; 1994.
13. Kućukalić A. Psihijatrija. Sarajevo: Medicinski fakultet Sarajevo; 2011.

14. Filipović-Grčić L. Depresija, kako je prepoznati i kako se ponašati prema onima koji pate od nje. *Gyrus Journal*. 2014;2:58-61.
15. Kos A. Depresivnost kod djece i mladih. [Završni rad]. Petrinja: Učiteljski fakultet; 2016.
16. Špehar M. Pregled skala i upitnika namijenjenih mjerenju depresivnosti. [Diplomski rad]. Osijek: Filozofski fakultet; 2016.
17. Hautzinger M. Depresija. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2009.
18. Mimica N, Folnegović-Šmalc V, Uzun S, Makarić G. Suvremena klasifikacija depresije i mjerni instrumenti. *Medicus*. 2004;13:19-29.
19. Požgain I. OptimalTherapySelectionintheTreatmentof a DepressivePatient. *Medicus*. 2017;26:193-198.
20. Mihaljević-Peš A, Šagud M. Klinička obilježja i dijagnoza afektivnih poremećaja. U: Mihaljević-Peš A, Šagud M, ur. Antidepresivi u kliničkoj praksi, Poslijediplomski tečaj stalnog medicinskog usavršavanja I. kategorije. Zagreb: Medicinska naklada; 2009.
21. Babić D i suradnici. Psihijatrija: odabrana poglavlja. Mostar: Sveučilište u Mostaru; 2018.
22. Kocijan Hercigonja D, Hercigonja Novković V. Depresija kod djece. *Medicus*. 2004;13: 89-93.
23. Vulić-Prtorić A, Sorić I. Taksonomija depresivnosti u djetinjstvu i adolescenciji: razlike i sličnosti s obzirom na spol i dob ispitanika. *Medica Jadertina*. 2001;31:115-140.
24. Rudan V, Tomac A. Depresija u djece i adolescenata. *Medicus*. 2009;18:173-179.
25. Vulić-Prtorić A. Depresivnost u djece i adolescenata. 2 Izd. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2007.
26. Psihijatrijska bolnica za djecu i mladež. Depresija u dječjoj i adolescentnoj dobi. 2014. Dostupno na adresi: <http://djecja-psihijatrija.hr/depresija-u-djecjoj-i-adolescentnoj-dobi/>. Datum pristupa 11.08.2019.
27. Poliklinika za zaštitu djece i mladeži grada Zagreba. Depresija u djece i adolescenata. 2017. Dostupno na adresi: <https://www.poliklinika-djeca.hr/aktualno/teme/depresija-u-djece-i-adolescenata/>. Datum pristupa 11.08.2019.
28. Ringel E. Da odbaciš život? Refleksije o samoubojstvu. 2 Izd. Zagreb: Biblioteka "Oko 3 ujutro";1998.
29. Zalsman G, Brent DA, Weersing VR. Depressedisordersinchildhoodandadolescence: anoverviewepidemiology, clinicalmanifestationandriskfactors. *ChildAdolescPsychiatricClin N Am*. 2006;15:827-41.
30. Kušćević Z. Primjena antidepresiva u dječjoj i adolescentskoj dobi. U: Mihaljević- Peš A, Šagud M, ur. Antidepresivi u kliničkoj praksi, Poslijediplomski tečaj stalnog medicinskog usavršavanja I. kategorije. Zagreb: Medicinska naklada; 2009.
31. Kocijan D, Kozarić D, Hercigonja V. Psihofarmakoterapija kod djece i adolescenata. *Medicus*. 2002;11: 259-262.
32. Gregurek R. Psihoterapija depresija. *Medicus*. 2004;13:95-100.

DEPRESSION IN CHILDREN AND ADOLESCENCES

Lea Ledić¹, Anica Šušac¹, Slaven Ledić², Romana Babić^{1,2}, Dragan Babić^{1,2}

¹Faculty of Health Studies, University of Mostar,

²Department for psychiatry, University Clinical Hospital Mostar, 88000 Mostar, B&H

ABSTRACT

Child and adolescence psychiatry occupies an important space within the scope of psychiatry but also separately as a unity with its specificities. According to DSM-5 depressive disorders are listed as a special group of mental disorders including several different disorders characterized by impaired functioning, irritable behaviour and emotional state.

Depression is a psychological disorder and a concern of epidemiologic studies, and it is a disorder that prevents normal daily functioning of patients. It can be said that this is the disease of our time and it represents a great challenge not only for mental health professionals but also for family physicians and especially for the growing number of patients with this disorder. Depression is one of the most common psychological disorders of today and it is manifested by moodiness, loss of interest and satisfaction, feeling of guilt and inferiority, sleep and appetite disorders, loss of energy and poor concentration...

It was long assumed that depression affects only the adults but today there is an increasing awareness of its prevalence among children and adolescents. A depressive child is not capable of normal functioning or fulfilling school activities. Depression in children greatly affects cognitive, social and physical skills. Treatment of depression is also successful through psychotherapy that diminishes depressive symptoms. Drugs may have limited effectiveness during adolescence, most likely due to sex hormones that inhibit their anti-depressive effect. Drugs enable the implementation of psychotherapy which in children's case consists of play and family therapy. It is important to recognize and treat depression at any age but especially at formative ages during personality development and maturation.

Key words: depression, children, adolescents

Correspondence: Lea Ledić, bachelor of sanitary engineering

Email: ledic.lea2303@gmail.com

Professor Dragan Babić, PhD

Email: dragan.babic@fzs.sum.ba