

Simptomi depresivnosti kod adolescenata grada Zagreba i njihova prevencija

Borevković, Bruno

Master's thesis / Diplomski rad

2017

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Education and Rehabilitation Sciences / Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:158:219649>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-10**



Repository / Repozitorij:

[Faculty of Education and Rehabilitation Sciences - Digital Repository](#)



Sveučilište u Zagrebu

Edukacijsko rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad

**Simptomi depresivnosti kod adolescenata grada
Zagreba i njihova prevencija**

Bruno Borevković

Zagreb, rujan, 2017.

Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad

**Simptomi depresivnosti kod adolescenata grada
Zagreba i njihova prevencija**

Bruno Borevković

Mentorica: dr. sc. Miranda Novak

Zagreb, rujan, 2017.

Izjava o autorstvu rada

Potvrđujem da sam osobno napisao rad „Simptomi depresivnosti kod adolescenata grada Zagreba i njihova prevencija“ i da sam njegov autor. Svi dijelovi rada, nalazi ili ideje koje su u radu citirane ili se temelje na drugim izvorima jasno su označeni kao takvi te su adekvatno navedeni u popisu literature.

Bruno Borevković

Zagreb, rujan, 2017.

SADRŽAJ

SAŽETAK	5
SUMMARY	6
1. UVOD	7
1.1. Kako može krenuti u pogrešnome smjeru?	9
1.2. Kako prepoznati?	15
1.3. Kako spriječiti?	18
2. CILJEVI, PROBLEM I HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA	23
3. METODOLOGIJA	24
3.1. Uzorak ispitanika	24
3.2. Mjerni instrumenti	26
3.3. Postupak provedbe istraživanja	27
3.4. Obrada podataka.....	28
4. REZULTATI	29
4.1. Zastupljenost depresivnih simptoma	29
4.2. Spolne razlike u pojavnosti depresivne simptomatologije	30
4.3. Dobne razlike u pojavnosti depresivne simptomatologije.....	32
5. RASPRAVA	34
6. ZAKLJUČAK	39
7. POPIS LITERATURE	41

Naslov rada: Simptomi depresivnosti kod adolescenata grada Zagreba i njihova prevencija

Ime i prezime studenta: Bruno Borevković

Ime i prezime mentorice: dr. sc. Miranda Novak

Program/modul: Socijalna pedagogija / odrasli (počinitelji kaznenih djela)

SAŽETAK

Ovim diplomskim radom htjela se ispitati zastupljenost depresivnih simptoma kod adolescenata. Osim toga, radom se htjelo saznati postoji li razlika u pojavnosti depresivne simptomatologije s obzirom na spol i dob sudionika.

Istraživanje je provedeno u travnju i svibnju 2017. godine u tri srednje škole u gradu Zagrebu, u Školi za grafiku, dizajn i medijsku produkciju, Prvoj gimnaziji i Veterinarskoj školi. Uzorak spreman za obradu podataka sastojao se od 220 učenika, točnije 89 učenika iz Prve gimnazije, 90 učenika iz Škole za grafiku, dizajn i medijsku produkciju i 41 učenika iz Veterinarske škole. Istraživanje je dio pilota istraživanja projekta „Pozitivan razvoj adolescenata grada Zagreba: analiza stanja“, kojeg provodi Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet, Sveučilišta u Zagrebu. U sklopu ovog projekta izrađena je baterija instrumenta od nekoliko skala, a kako bi se odgovorilo na postavljene probleme od cjelovitog instrumenta uzeti su u obzir: (1) *Upitnik o demografskim podacima* i (2) *Skala depresivnosti, anksioznosti i stresa-21*. Sudjelovanje u istraživanju je bilo dobrovoljno i svakom sudioniku je zajamčena anonimnost. Ispitivanje je provedeno grupno za vrijeme nastave, metodom papir olovka.

Rezultati govore o tome da kod nešto više od polovine ispitanika ne možemo govoriti o zastupljenosti depresivne simptomatologije, dok je kod 12,3% ispitanika depresivna simptomatologija prisutna u velikoj mjeri. U zastupljenosti depresivnih simptoma s obzirom na spol ne postoje razlike, odnosno podjednako ih doživljavaju i djevojke i mladići. Također, ne postoje razlike ni u zastupljenosti depresivne simptomatologije s obzirom na dob, a rezultati pokazuju da se depresivni simptomi naglo povećavaju s ulaskom u adolescenciju i opadaju s povećanjem dobi.

Ključne riječi: depresija, adolescenti, simptomi

SUMMARY

The main aim of this study is to examine the prevalence of depressive symptoms among adolescents. The specific objectives are related to exploring the gender and age differences in occurring symptoms among adolescents from the examination group.

The survey was conducted during April and May in three high schools in the city of Zagreb. The sample consisted of 220 students, 89 of them are students from the First Gymnasium, 90 are students from Graphic School for Media production and Design and 41 students from the Veterinary High School. The survey was conducted in the framework of the pilot project "The positive development of adolescents from City of Zagreb: state of the art" on the Faculty of Education and Rehabilitation Sciences, University of Zagreb. For the purposes of this project, an instrument was developed that consists of several different scales, in order to answer to the research questions, out of whole instrument, these were taken into account: (1) *questionnaire on demographic data* and (2) *Depression Anxiety Stress Scale-21*. Participation in the survey was voluntarily and anonymous. The survey was conducted with group of students during the class and the paper-pencil method was used in the research.

The results have shown that among adolescents there are the most of those who do not have any depressive symptom, on the other hand there are 12,3% of students that are showing depressive symptomatology in a great measure. There are no gender differences found among prevalence of depressive symptoms. Moreover, there are no age differences in prevalence of depressive symptomatology. Results have shown that the depressive symptoms are at the peak entering the adolescence and that with increase of age there is a decrease of symptoms among adolescents.

Key words: depression, adolescents, symptoms

1. UVOD

Adolescencija se često opisuje kao razvojno razdoblje „bure i oluje“ koje vodi do nepovratnog prijelaza iz djetinjstva u odraslost (Rudan, 2004). Ninčević (2009) navodi da različiti autori navode različite definicije kojima nastoje jasno razgraničiti to razdoblje u kronološkom smislu, no granica kada počinje i završava adolescencija je prilično neodređena i u sebi fluidna. Uglavnom, možemo smatrati kako ona započinje s prvim znakovima puberteta i odnosi se na odrastanje, sazrijevanje, osamostaljivanje, traženje sebe i svoga mjesta u društvu. Biti adolescent nije nikada bilo jednostavno, no moglo bi se reći da je to danas teže nego ikad prije (Đuranović, 2013).

Djeca i mladi u razdoblju adolescencije su suočeni sa mnogobrojnim teškoćama koje lako mogu prerasti u probleme u ponašanju. Achenbach i Edelbrock (1978; prema Novak i Bašić, 2008) opisuju poremećaje nedovoljno kontroliranog ponašanja, odnosno eksternalizirane, te pretjerano kontroliranog ponašanja, odnosno internalizirane probleme u ponašanju. Ovaj diplomski rad će se fokusirati na depresiji kao jednom od problema internaliziranog spektra, odnosno depresivnoj simptomatologiji kod adolescenata prije definirane kliničke slike.

Novija istraživanja pokazuju kako u zemljama zapadne civilizacije približno 10 % djece i mladih manifestira depresivni poremećaj (Oatley i Jenkins, 2003; prema Maglica i Jerković, 2014). Istraživanja dosljedno pokazuju da se učestalost depresivnih simptoma naglo povećava s ulaskom u adolescenciju. Osim toga, depresivnost koja se razvija u ranijoj dobi, ako ostane neprepoznata i netretirana, nastavlja se u odrasloj dobi, te je također povezana s mnogim drugim problemima (Kovacs i sur., 2001; Reinherz i sur., 2000; prema Kurtović, 2012). Danas se dob nastupa depresije pomiče prema mlađoj dobi te se javlja u širokom rasponu simptoma. Simptomi mogu varirati od blagih raspoloženja tuge do teških poremećaja. Mogu trajati od nekoliko dana do nekoliko godina, javljajući se samostalno ili istovremeno sa simptomima drugih poremećaja (Matković, 2014).

Rizični čimbenici su one karakteristike, varijable ili opasnosti koje, ukoliko su prisutne, za određenog pojedinca, postoji veća vjerojatnost da će razviti poremećaj u ponašanju. S druge strane, zaštitni čimbenici su oni koji posreduju ili usporavaju učinke izloženosti rizičnim čimbenicima i smanjuju incidenciju problema u ponašanju (Bašić,

2009). Govoreći o depresivnosti, snažni rizični čimbenici u školskom okruženju mogu biti povučenost, izostanak prijatelja i druge socijalne podrške (Maglica i Jerković, 2014). Također, u odnosima sa vršnjacima odbacivanje i izoliranje od strane vršnjaka je pozitivno povezano sa depresivnim simptomima (Bukowski, Laursen, Hoza, 2010). Isto tako, ne smijemo zanemariti i individualne karakteristike adolescenata. Thapar i suradnici (2010) navode da postoje tri grupe adolescenata koji su u povećanom riziku za razvoj depresije. Prvi su oni koji imaju izražene depresivne simptome, no nedovoljne da bi se dijagnosticirala depresija. Zatim, adolescenti čiji roditelji imaju povijest ili trenutno pate od depresije. I na kraju, oni mladi koji su nekada i sami patili od depresivnih simptoma.

S druge strane, postoji i niz zaštitnih čimbenika koji štite mladu osobu od internaliziranih problema u ponašanju, među kojima i simptome depresije, kao što su dobre vještine rješavanja problema, povezanost sa školom, sposobnost ostvarivanja i održavanja dobrih odnosa s vršnjacima i odraslima, pristupačnost, smisao za humor, podržavajuća škola i slično (Kranželić-Tavra, 2002).

Prema istraživanju Cuijpersa i suradnika (2008) postoje jasne indikacije da preventivne intervencije značajno smanjuju incidenciju depresije za oko 22%. Također, vrlo zorni pokazatelji iz SAD-a koje su najdalje odmaknule u preventivnoj praksi danas demonstriraju: prevencija vodi zdravlju, socijalnoj i ekonomskoj dobrobiti, povećanju socijalne uključenosti, redukciji rizika za mentalne i ponašajne poremećaje te krajnje, smanjenju zdravstvenih troškova (Cowen i Durlak, 2000; prema Novak i Bašić, 2008). Isto tako, istraživanja konstantno pokazuju kako rizični čimbenici u razvoju pojedinca mogu biti reducirani ili kako razvojni put može biti izmijenjen (Werner i Smith, 1992; Rutter i Giller, 1983; prema Lebedina-Manzoni, 2000).

U ovom radu će detaljno biti prikazani simptomi depresije, kao i preventivne smjernice za daljnje djelovanje kroz prikaz nekoliko uspješnih preventivnih programa na ovu temu u svijetu. Cilj ovog rada je ispitati pojavnost depresije kod adolescenata grada Zagreba. Nažalost, hrvatskih epidemioloških podataka o mentalnim poremećajima djece i mladih ima vrlo malo (Novak i Bašić, 2008), iz čega proizlazi potreba za daljnjim istraživanjima kao što je ovo.

1.1. Kako može krenuti u pogrešnome smjeru?

Depresija se ubraja u najranije opisane bolesti u povijesti medicine, ali i u najčešće mentalne probleme današnjice te kao takva predstavlja veliki izazov (Debogović, 2015). Problemi mentalnog zdravlja pogađaju 10 do 20% djece i adolescenata širom svijeta (Kieling i sur., 2011). Dok je prevalencija depresije među adolescentima približno 4 do 8%, a omjer muškarci : žene, 1:2 (Rudan i Tomac, 2009). Kao potvrda toga su i novija istraživanja (Thapar i sur., 2010) koja govore o broju od oko 6% adolescenata u svijetu koji pate od depresije, kao i provedene meta analize (Costello i sur., 2006; prema Allen i Sheeber, 2009) koje potvrđuju te brojeve. Također, podaci zorno pokazuju da je sve veća učestalost korištenja recepata za antidepresive među djecom i adolescentima (Zico i sur., 2003; prema Costello, Erkanli, Angold, 2006).

Adolescenciju karakterizira povećana emotivnost, osjetljivost na vršnjački pritisak, traženje potvrde od drugih, te postavljanje brojnih kratkoročnih i dugoročnih ciljeva. Sve te promjene promoviraju razvoj vještina potrebnih za samostalan život, no s druge strane čine mlade ranjivima za razne emocionalne i ponašajne probleme (Allen i Sheeber, 2009).

Depresivnost je emocionalno stanje karakterizirano osjećajima tuge, neraspoloženja, žalosti i utučenosti koje danas predstavlja univerzalno i sve češće životno iskustvo suvremenog čovjeka (Vulić-Prtorić, 2004). Depresija utječe na odnose s drugima, školski i poslovni uspjeh, zdravlje, te je povezana s brojnim psihopatološkim problemima (Garber i sur., 2016). Pojava depresije ne ovisi samo o tome je li neki rizični čimbenik prisutan ili nije, nego je i važno međudjelovanje pojedinih čimbenika te razvojni period u kojem se oni javljaju ili pojačavaju (Kurtović, 2012), a adolescencija je svakako kritičan razvojni period pogodan za razvoj depresivne simptomatologije.

U mnogim istraživanjima je depresivna simptomatologija označena kao ključna smetnja normalnoj adolescenciji (Greenberg, 2004). Vulić-Prtorić (2004) navodi da rizični čimbenici, odnosno sva ona stanja i okolnosti koje povećavaju vjerojatnost razvoja depresije se mogu podijeliti u dvije domene. Prvi su osobni čimbenici koji obuhvaćaju biološke i psihološke karakteristike djeteta. Biološke karakteristike mogu biti neurološka oštećenja, oštećenja pri porodu, loša prehrana i slično, dok psihološki

čimbenici u osobnoj domeni mogu primjerice biti nisko samopoštovanje i pretjerana samokontrola. S druge strane, imamo okolinske čimbenike koji predstavljaju obilježja djetetova psihosocijalnog okruženja. To može biti roditeljsko zanemarivanje, zlostavljanje, siromaštvo i sl. S ovom podjelom se slažu i Spence i suradnici (2003) koji za razvoj depresivnih simptoma ključnim vide djelovanje raznih psiholoških, bioloških i okolinskih faktora.

Brojni osobni čimbenici mogu predisponirati djecu i adolescente za razvoj depresije, pridonijeti njezinu održavanju i trajanju, te utjecati na brzinu oporavka i kasniju zaštitu. Ispitujući doprinos genetskih čimbenika razvoju depresivnosti Murray i Sines (1996) navode da je za djecu od 8 do 11 godina genetski utjecaj za razvoj depresivnosti relativno mali (18% varijance), ali značajno veći za one u dobi od 12 do 16 godina (78%) (Vulić-Prtorić, 2004).

Neki od najčešće proučavanih osobnih karakteristika za razvoj depresivne simptomatologije su temperament i poimanje sebe. Tako su Chess i Thomas (1991) u svojoj *Njujorškoj logitudinalnoj studiji* došli do zaključka da ne razvijaju sva djeca sa teškim temperamentom depresivne simptome, niti bilo koji drugi poremećaj. Zaključili su da djetetovo primarno ponašanje nepovratno utječe na ponašanje roditelja, odnosno način odgoja i komunikacije s djetetom. Ali da roditelji takve djece vlastitim pravilnim intervencijama mogu spriječiti te čak u potpunosti onemogućiti razvoj problema, te samim time rizični čimbenik teškog temperamenta za razvoj depresije svesti na minimum (Vulić-Prtorić, 2004). Nadalje, Coopersmith (1967) navodi da se kod osoba sa niskim samopoštovanjem češće javljaju osjećaji tuge, depresije i letargije, odnosno da postoji značajne negativna povezanost između samopoštovanja i depresivnosti adolescenata (Brage, 1990; prema Lebedina-Manzoni i Lotar, 2011). Također, osobe s neskladom između *stvarnog ja* (kako osoba vidi samu sebe) i *idealnog ja* (kakva osoba misli da bi trebala biti) okrivljuju sebe za sve neuspjehe te su zbog toga i ljute na sebe, a takav je kognitivni stil karakterističan za depresivne osobe (Lebedina-Manzoni i Lotar, 2011).

Nadalje, brojna istraživanja su potvrdila da za razvoj depresije kod mlade osobe bitnu ulogu igraju doživljeni negativni životni događaji, teškoće u uspostavljanju odnosa s drugima, nedostatak socijalnih vještina, kao i kognitivni stil kojeg karakterizira pesimizam (Spence i sur., 2003).

Allen i Sheeber (2009) navode da na razvoj depresije u adolescenciji utječe povećano traženje potvrde i socijalna osjetljivost, nezrelost neurobiološkog sustava povezanog s emocijama, nedostatak nadzora od strane roditelja, obiteljski konflikti i sve veća važnost vršnjaka u životu mlade osobe.

Isto tako, najveći broj istraživanja težnju za perfekcionizmom povezuje s razvojem depresivnih simptoma (Enns i Cox, 1999; Frost i sur., 1990; Lauri Korajlija, 2004; prema Lebedina-Manzoni i Lotar, 2011). Težnja za savršenstvom je temeljno obilježje perfekcionizma te je takvo ponašanje najučestalije u razdoblju adolescencije, kao i ranije navedeni problem poimanja sebe. Ipak, nije nužno da osoba koja teži savršenstvu razvije depresivnu simptomatologiju, važniji je oblik perfekcionizma. Slade i Owens (1998) navode da postoji pozitivan i negativan, odnosno adaptivni i neadaptivni perfekcionizam. Pozitivni perfekcionista su osobe koje si postavljaju visoke ali realne i dostižne ciljeve, opušteni su, ali pažljivi pri izvršavanju zadatka, izvršavaju zadatak na vrijeme, a osjećaj vlastite vrijednosti im je neovisan o ishodu. Takvo ponašanje nije put koji nužno vodi ka depresiji. S druge strane, negativni perfekcionizam je pozitivno povezan sa pojavom depresivnih simptoma. To su osobe koje si postavljaju nerealne i nedostižne ciljeve, rigidni su, napeti i anksiozni pri izvršavanju zadataka, a osjećaj vlastite vrijednosti im je ovisan o ishodu. Izjednačavaju samovrednovanje sa postignućem, a u slučaju njihova neuspjeha javlja se neumjerena samokritičnost, što kao posljedicu ima negativnu sliku o sebi (Lebedina-Manzoni i Lotar, 2011).

Važan konstrukt u osobnoj domeni adolescenata za razumijevanje depresije je i lokus kontrole. On se opisuje kao vjerovanje u vlastite sposobnosti i očekivanje da se na događaje oko sebe može utjecati, kontrolirati ih i oblikovati. Djeca i adolescenti koji su skloni depresiji vjeruju da ne mogu kontrolirati događaje i sebe okrivljuju za negativne ishode. Uz lokus kontrole, veže se i pojam atribucije, odnosno način na koji osoba sebi objašnjava određene pojave i događaje. Oni adolescenti kojima se atribucijski stil temelji na obezvredivanju samoga sebe će se češće nositi sa depresivnim simptomima i za posljedicu će imati sniženu motivaciju i samopoštovanje (Vulić-Prtorić, 2004).

Dosadašnja istraživanja su pokazala da depresivni mladi imaju loše odnose s roditeljima, braćom i sestrama, te vršnjacima. Nedostatak socijalnih vještina ima važnu ulogu u razvoju i održavanju depresivnosti, a uvježbavanje i učenje tih vještina može pridonijeti smanjenju depresivnih simptoma (Vulić-Prtorić, 2004). Isto tako, pojedinci

koji nisu spretni u iskazivanju svojih emocija su pogodniji za razvoj depresivnih simptoma i manje su empatični (Ninčević, 2009), a Gilman i Huebner (2003) navode da je i niska razina osobnog zadovoljstva pozitivno povezana s depresijom, ali i anksioznošću te negativnim stavovima prema školi i učiteljima (Đuranović, 2013).

Za razliku od opisanih osobnih čimbenika, postoje i okolinski koji obuhvaćaju karakteristike okruženja mlade osobe koje mogu utjecati na razvoj depresivnosti. U tom kontekstu, ključan čimbenik je obitelj kao mjesto gdje se odvija najveći dio djetetova razvoja. Jedan od najvažnijih zadataka obitelji adolescenata je mijenjanje strukture odnosa i moći, koji postaje balansiran i dopušta mladoj osobi sve više autonomije (Allen i Sheeber, 2009). Mnoga istraživanja pokazuju da su obiteljske interakcije u obiteljima depresivnih adolescenata više kaotične, konfliktne, neprijateljske i odbijajuće nego u obiteljima nedeprativnih adolescenata, te da njihovi roditelji značajno više reagiraju na njihov neuspjeh nego na uspjeh (Cole i Rehm, 1986; Alloy i sur., 2006; prema Kurtović, 2012).

Depresivna djeca i njihovi roditelji mogu imati deficit vještina rješavanja sukoba i problema, što vodi ka konfliktu i može pridonijeti održavanju depresivnih simptoma. Nadalje, Fosco i Grync (2010) navode da sukobi među roditeljima mogu imati značajan utjecaj na depresiju njihove djece, osobito ako se osjećaju osobno odgovornima za sukob roditelja ili ako je sadržaj sukoba vezan uz dijete (Kurtović, 2012).

Isto tako, sa depresivnošću adolescenata se često povezuje depresija roditelja, poglavito majke. Ta roditeljska psihopatologija nije sama po sebi rizični čimbenik, nego se odražava u poremećenim obrascima roditeljskih postupaka koji vode neprilagođenom funkcioniranju kod djece, odnosno simptomima depresije (Sander i McCarty, 2005; prema Kurtović, 2012). Također, smanjen roditeljski nadzor adolescenata rezultira učestalijim depresivnim simptomima, niskim samopoštovanjem i lošim akademskim uspjehom (Gil-Rivas i sur., 2003; prema Đuranović, 2013).

Simptomi depresivnosti kod djece i adolescenata su snažno povezani i sa općim nezadovoljstvom vlastitom obitelji, te percepcijom roditeljskog odbacivanja u obliku grubosti i zanemarivanja od strane oba roditelja (Vulić-Prtorić, 2002). Nedostatak pozitivnog potkrepljenja djece i mladih od strane važnih bliskih osoba te percepcija loše vlastite kompetentnosti idu također u prilog razvoju depresivnog poremećaja

(Novak i Bašić, 2008). Općenito govoreći, obiteljske interakcije utječu na djetetovo razumijevanje i izražavanje emocija, te sposobnost regulacije vlastitih emocija, vještina potrebnih za normalan afektivan razvoj (Hunter i sur., 2009; prema Allen i Sheeber, 2009).

Traume poput gubitka roditelja ili odvajanje od roditelja uslijed rastave braka također mogu imati značajan utjecaj na cjelokupni razvoj djeteta, pa samim time i na razvoj depresivnih simptoma. No, Harrington (1993) daje pregled istraživanja povezanosti između depresije i ranih gubitaka i dolazi do zaključka da gubitak ili separacija od roditelja ne mora nužno predstavljati značajan čimbenik za razvoj depresije, ali to može postati ukoliko taj proces prate drugi psihosocijalni problemi poput manjka brige za dijete (Vulić-Prtorić, 2004).

U prilog tome idu i istraživanja koja pokazuju da odrasle osobe koje pate od depresivnih simptoma izvještavaju o lošim odnosima sa roditeljima tijekom dugog perioda. Te odnose karakterizira zlostavljanje, odbijanje, netolerantnost i odgoj bez topline znatno više nego odnose nedeprativnih osoba s roditeljima (Kurtović i Marčinko, 2010).

Vidljivo je da različite obiteljske karakteristike utječu na pojavu depresivnih simptoma kod adolescenata, no uz njih podjednaki utjecaj ima i škola. Škola ima ključnu ulogu u razvoju mlade osobe jer je upravo školsko okruženje jedno od ključnih socijalizacijskih okruženja u kojemu dijete testira i razvija svoje kompetencije. Škola je mjesto gdje se problemi mogu prvi puta pojaviti i mjesto koje može značajno utjecati na razvoj depresivne simptomatologije. Bukowski i suradnici (2010) navode da su djeca koja izbjegavaju druženje s vršnjacima u školi ili su pak isključena iz vršnjačke grupe u visokom riziku da razviju depresivno raspoloženje, odnosno da usamljenost i depresivno raspoloženje nisu samo povezani, već i predstavljaju posljedicu izolacije od vršnjaka (Maglica i Jerković, 2014). Adolescenti čak trećinu dana provode u društvu vršnjaka, puno više nego mlađa djeca, što nam govori o važnosti odnosa s drugima u toj dobi (Allen i Sheeber, 2009). Također, istraživanja pokazuju da odbacivanje od strane vršnjaka i usamljenost čak u vrtićkoj dobi povećava socijalnu izoliranost i povezano je s depresivnim raspoloženjem kod dječaka od 12. do 15. godine (Gazelle i Ladd, 2003; prema Maglica i Jerković, 2014).

U istraživanjima se pokazalo da depresivna djeca i maju značajno više problema u školi i školskom uspjehu, u prilog tome ide i činjenica da su nakon oporavka od depresije djeca pokazivala bolje školsko postignuće i komunikaciju sa nastavnicima. Mora se reći i to da nije bilo razlike između depresivne djece i djece s nekim drugim poremećajem. Što nam govori da postoji povezanost između depresije i školskog postignuća, ali i drugih oblika psihopatologije u djetinjstvu i adolescenciji (Vulić-Prtorić, 2004).

Depresija se javlja i u svim dobnim skupinama zlostavljane djece, od predškolske dobi do adolescencije, bilo da su zlostavljani kod kuće ili u školi. Zastupljenost depresije kod zlostavljanih adolescenata (prema Wenar, 2003) iznosi 46% i izrazito je velika brojka o kojoj moramo voditi računa (Vulić-Prtorić, 2004).

Postoje i drugi čimbenici koji mogu utjecati na pojavu depresivnih simptoma te odvesti adolescenta u krivom smjeru. Pa tako, mlada osoba koja je pod utjecajem medijskih pritisaka o nerealom savršenstvu, može se često neprikladno svrstavati u osobe koje imaju problema s tjelesnom težinom. Sukladno s time, podvrgava se redukcijskim dijetama koje su često medicinski neadekvatne, predstavljaju opasnost za zdravlje mlade osobe te su također usko vezane uz depresiju i smanjenje osjećaja samopoštovanja (Kuzman, 2009).

Poznato je da je adolescencija vrijeme zaljublivanja, pa u skladu s time La Greca i suradnici (2009) navode da romantične veze u bilo kojem razdoblju adolescencije mogu poljuljati interpersonalne, kognitivne i emocionalne resurse mlade osobe i povećati rizik za razvoj depresivne simptomatologije, poglavito kod onih pojedinaca kojima osobne i obiteljske karakteristike podržavaju takvo stanje (Allen i Sheeber, 2009).

Možemo spomenuti i događaje katastrofe poput poplave, požara ili rata koji ostavljaju dubok trag na svim aspektima života. Istraživanja su pokazala da se simptomi depresivnosti nakon takvih događaja najčešće javljaju kod odraslih, a manje kod djece. Ipak, zanimljiv je podatak koji navodi Harrington (1993) da se u takvim situacijama problemi roditelja preslikavaju na djecu. Odnosno da su poremećaji kod očeva povezani s poremećajima kod sinova, a poremećaji kod majki s poremećajima kod kćeri (Vulić-Prtorić, 2004).

Iz svega navedenog jasno je da postoji širok spektar čimbenika koji su povezani sa razvojem depresivnih simptoma kod adolescenata. Važno je znati koji su rizici u životima mladih ljudi, kako ih prepoznati i gdje oni mogu odvesti. A najvažnije je kako taj proces spriječiti.

1.2. Kako prepoznati?

Depresija je emocionalno stanje koje je obilježeno velikom tugom, osjećajima bezvrijednosti, krivnje i utučenosti, crnim slutnjama, povlačenjem od drugih, nesanicom, gubitkom apetita i spolnih žudnji, kao i gubitkom interesa za svakodnevne aktivnosti (Zaić, 2005). Isto tako, depresivni simptomi u adolescenciji predstavljaju snažan prediktor za razvoj depresije u odrasloj dobi (Kovacs, 1996; prema Garber i sur., 2016).

Depresija utječe na način na koji mladi ljude misle, pa tako depresivni adolescenti mogu razmišljati o sebi kao promašaju, te da su za sve krivi, misle da su bezvrijedni i da bi svima bilo bolje bez njih. Isto tako, depresija je povezana sa osjećajima adolescenata. Najčešće se javljaju osjećaji krivnje, frustracije, nedostatka povjerenja u sebe i druge, nezadovoljstva, tuge, razočaranja i sl. Također, depresija je povezana i sa onime što adolescenti rade. Najčešće su to ponašanja koja samo produbljuju problem, poput izolacije od ostatka obitelji i prestanak druženja sa prijateljima, ne izlaženje iz kuće, ne obavljanje školskih zadataka, oslanjanje na alkohol i drogu te prestanak sa aktivnostima u kojima je adolescent prije uživao. Konačno, depresija se može manifestirati i na tjelesnoj razini, pa se adolescenti osjećaju umorno cijelo vrijeme, često su bolesni, imaju glavobolje, te bolove u mišićima i stomaku, javljaju se i problemi u spavanju, kao i gubitak apetita, te brojni drugi problemi povezani sa depresijom (www.youthbeyondblue.com).

Dva su osnovna obilježja depresije u adolescenciji. Prvo se odnosi na povećanje depresivnih simptoma u razdoblju adolescencije, čak četverostruko u usporedbi s ranim djetinjstvom i imaju tendenciju povećavanja s dobi (Gotlib i Hammen, 1996; prema Vulić-Prtorić, 2004). To se može objasniti ulaskom u pubertet, odnosno burnim promjenama na emocionalnoj, tjelesnoj, kognitivnoj, bihevioralnoj i socijalnoj razini.

Također, simptomi depresivnosti koji se javljaju u adolescenciji su često teži od onih koji se javljaju u djetinjstvu. Kod djece je najzastupljenija srdžba, iritabilnost i agresivnost kao reakcija na unutarnje stanje i češća je kod dječaka nego djevojčica. U adolescenciji depresivna simptomatologija postaje sličnija onoj u odraslih (Kocijan-Hercigonja i Hercigonja-Novković, 2004). Kod adolescenata su najviše izraženi osjećaji krivnje, nesigurnosti, neshvaćenosti, antisocijalno ponašanje, negativizam i prestanak uživanja u aktivnostima te je sa povećanjem dobi učestalije kod djevojčica čije je depresivno stanje sličnije odraslima (Zaić, 2005).

Gore spomenuta pojava spolnih razlika u depresivnoj simptomatologiji je drugo važno obilježje depresije u adolescenciji. Glavina i Keresteš (2007) 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 postoji tendencija povećanja s dobi (Novak i Bašić, 2008). Simptomi depresivnosti koji značajno razlikuju djevojčice od dječaka jesu osjećaj tuge, potreba za plakanjem, kao i suicidalne misli, dok kod dječaka nalazimo simptome koji upućuju na to da su u konfliktu s okolinom (Maglica i Jerković, 2014).

Vulić-Prtorić (2004) navodi da se depresivni simptomi mogu podijeliti u četiri osnovne skupine: emocionalnu, tjelesnu, kognitivnu i bihevioralnu. Emocionalni simptomi povezani s depresijom jesu prije svega tužno i beznadežno raspoloženje, obeshrabrenost i utučenost. Također, najčešći simptomi na emocionalnom planu su disforija i anhedonija. Disforično raspoloženje je negativno raspoloženje povezano sa nedostatkom vjere u sebe i osjećajem manje vrijednosti. Dok je anhedonija gubitak interesa i ugone za aktivnosti i stvari u kojima je osoba nekad uživala.

Tjelesni simptomi mogu uključivati razne poteškoće poput promjene u apetitu (značajno smanjen ili povećan), smetnje spavanja (teško uspavlivanje, buđenje tijekom noći, prerano buđenje ili predugo spavanje), umor i manjak energije, glavobolje i razni drugi bolovi. No, tjelesne poteškoće iako uobičajene za depresiju, nisu specifične samo za nju jer se javljaju i u brojnim drugim poremećajima poput anksioznosti, psihoza i slično (Vulić-Prtorić, 2004).

Na kognitivnom planu brojna istraživanja pokazuju da je nisko samopoštovanje centralni aspekt depresije. Također, depresivni mladi opisuju sebe i svijet oko sebe u negativnom kontekstu, a primjećuju se i teškoće u koncentraciji, kao i

samookrivljanje. Kada se pretjerana krivnja udruži s beznadnošću mogu se javiti i suicidalne ideje. U prilog tome ide i podatak da je najučestaliji poremećaj povezan sa počinjenjem samoubojstva depresija i ovisnost o alkoholu (Bostwick i Pankratz, 2000; prema Connecting for life, 2015). Nadalje, simptomi na kognitivnom planu se mogu manifestirati kroz doživljaj da ih obitelj i prijatelji odbacuju, pretjerano kritiziraju ili se neprijateljski odnose prema njima, što je specifično za razdoblje adolescencije. Depresivni adolescenti imaju problema i u ispunjavanju školskih obaveza, imaju slabiji školski uspjeh i teško uče, no to nije povezano s njihovim intelektualnim funkcioniranjem već stanjem u kojem se nalaze. Isto tako, depresivna djeca i adolescenti su skloni pogrešno zaključivati, odnosno preuveličavati posljedice i značaj negativnih događaja u njihovim životima, a neopravdano umanjivati pozitivne. Harter i Whitseli (1996) su provele istraživanje u kojem je 91,2% djece koja su imala izražene depresivne simptome sebe vide kao nekompetentne u području školskog postignuća, kao i socijalnim i sportskim domenama (Vulić-Prtorić, 2004).

Najčešći bihevioralni simptomi depresije su psihomotoričke promjene poput nemira, odnosno nesposobnosti da se mirno sjedi ili usporenosti u govoru i pokretu tijela. Socijalno povlačenje je također važan simptom u razvoju depresije, no igra i značajnu ulogu u održavanju stanja. Depresivni adolescenti su često pretjerano ovisni o drugima, imaju loše strategije suočavanja sa stresom, često izgledaju umorno i svakodnevne obaveze im predstavljaju napor. Teško uspostavljaju kontakt s drugima, a nisu im strani niti agresivni ispadi koji izazivaju osjećaj krivnje, udaljavanje od vršnjaka i produblјivanje depresije (Vulić-Prtorić, 2004).

Depresivnost kod adolescenata predstavlja veliki izazov ponajprije zbog problema prepoznavanja, odnosno razlikovanja depresivnog od neraspoloženog adolescenta. Simptomi depresije kod mladih mogu biti izrazito uočljivi, npr. tužan izgled lica, socijalna povučenost, gubitak apetita, itd. No, oni rijetko budu prepoznati kao znak depresivnosti. To možemo objasniti na nekoliko načina. Adolescenti često ne znaju dati do znanja odraslima kako se osjećaju zbog slabo razvijenih verbalnih vještina i sposobnosti samoopažanja, a odrasli nisu uvijek sposobni primjetiti depresivnost adolescenta na temelju njegova ponašanja (Vulić-Prtorić, 2004). Među iskazima roditelja i učitelja djece sa anksioznom i depresivnom simptomatologijom postoji često neslaganje i velika razlika s obzirom na samoiskaz djece jer roditelji točno identificiraju samo 30 do 46% djece s ovim problemima u ponašanju, a učitelji

uspjevaju još manje 26 do 34%. Upravo zbog toga veliki broj djece je kasno identificiran, a to može imati dalekosežne posljedice poput lošijeg mentalnog zdravlja, težih kliničkih slika, većem broju komorbiditeta s drugim poremećajima te većim stopama hospitalizacije u ranoj odrasloj dobi (Novak i Bašić, 2008). Također, poremećajima raspoloženja su često pridruženi i neki drugi poremećaji koji mogu maskirati depresivne simptome. Istraživanja govore o 40-70% depresivne djece koja imaju još jedan komorbiditetni poremećaj (Cicchetti i Toth, 1998; prema Vulić-Prtorić, 2004) što dodatno upozorava na važnost prepoznavanja simptoma depresije, pružanja podrške adolescentima te prije svega prevencije.

1.3. Kako spriječiti?

Bašić (2009) navodi da društvo ovisi o našoj sposobnosti da izvedemo mlade ljude kao dobro prilagođene, educirane i odgovorne na pravi put, a da bi u tome uspjeli obitelji, škole i cjelokupna zajednica mora biti uključena u pozitivan razvoj mladih. Stoga, moramo se zapitati što možemo učiniti, odnosno kako prevenirati probleme prije nego se oni pojave.

Kada govorimo o depresiji postoje dva načina borbe protiv nje. Uključivanjem depresivnih pojedinaca u tretman ili prevencija novih slučajeva. Prevencija se odnosi na intervencije poduzete prije početka poremećaja i ima za cilj spriječiti razvitak depresije. Dok s druge strane, tretman podrazumijeva intervencije nakon što se poremećaj već razvio i svrha tretmana je što brži izlazak osobe iz takvog stanja (Barrera i sur., 2007). Ovaj rad se bazira na prevenciji depresivnih simptoma kod adolescenata, pa ću nastaviti u tom smjeru. Vulić-Prtorić (2004) navodi da s djecom i adolescentima kod kojih želimo spriječiti pojavu depresivnih simptoma ili ublažiti već postojeće stanje trebamo raditi na vještinama poput boljeg razumijevanja sebe, prepoznavanja vlastitih emocija, boljem suočavanju sa stresnim događajima, kvalitetnijoj komunikaciji s drugima, mijenjanju nepoželjnih oblika ponašanja, kao i povećanju samopoštovanja. Isto tako, prevencija može biti usmjerena na rješavanje interpersonalnih konflikata i nesporazuma s roditeljima, nastavnicima ili vršnjacima. A postoji i potreba za educiranjem po pitanju spolnog identiteta i sazrijevanja, problema koji su specifični za adolescenciju. Depresivna osoba najčešće ima iskrivljenu percepciju sebe, svijeta oko sebe i budućnosti. Da bi to prevenirali moramo pomoći

mladoj osobi, odnosno naučiti je kako prepoznati, kontrolirati i mijenjati načine razmišljanja. Također, mnogi depresivni mladi imaju problema u odnosima s drugima, povlače se i usamljuju jer nemaju dovoljno razvijene socijalne vještine koje lako mogu naučiti kroz dobro pripremljen i vođen trening socijalnih vještina.

Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) navodi da će do 2020. godine depresivni poremećaj zauzeti drugo mjesto po važnosti. Sukladno s time, Barrera i suradnici (2007) smatraju da za stanje povećane prevalencije depresije u općoj populaciji nisu dovoljni tretmani. Pomoć se nazire samo u vidu razvitka efektivnih preventivnih intervencija.

Druga istraživanja (Thapar i sur., 2010) također potvrđuju važnost prevencije ili barem odgode početka depresije kod djece i adolescenata kao jednog od najvažnijih prioriteta javnog zdravlja. Isto tako, autori smatraju da će preventivna nastojanja biti uspješnija ako u intervencije uključimo adolescente u povećanom riziku za razvoj depresivnih simptoma, nego cijelu populaciju.

U skladu s time, objasniti ću tri osnovna pristupa preventivnim intervencijama. Prve od njih su univerzalne preventivne intervencije koje se odnose na opću javnost, odnosno populacijsku grupu koja nije identificirana na osnovi povećanog rizika. One povećavaju socijalizaciju, ekonomične su i često služe u odabiru djece za selektivne preventivne intervencije. Selektivne su usmjerene na visokorizičnu djecu, one pojedince ili subgrupe populacije čiji su rizici za razvoj mentalnih poremećaja znatno viši. Dok su indicirane preventivne intervencije za djecu i mlade koji već pokazuju neke simptome ili znakove problematičnih ponašanja ili su oni na neki način evidentni (Bašić, 2009). Potvrda o uspješnosti preventivnih intervencija ne manjka, no ipak ne djeluje svaki oblik prevencije jednako na različite pojedince (Garber i sur., 2016).

Brunwasser i Gillham (2016) navode da mladi koji sudjeluju u programima prevencije depresije bilo kojeg tipa imaju manje depresivnih simptoma i u smanjenom su riziku za razvoj depresije u usporedbi s vršnjacima koji ne sudjeluju u preventivnim programima, ali da na taj uspjeh utječu brojne varijable poput već prisutnih simptoma depresije, spola, raznih obiteljskih karakteristika, depresije roditelja ili sukoba između djece i roditelja, odnosa s vršnjacima i slično.

Cuijpers i suradnici (2008) su proveli meta analizu koja je uključivala 19 istraživanja orijentiranih na preventivne intervencije. Rezultati su pokazali da preventivne intervencije mogu smanjiti pojavu depresivnih simptoma za 22%, što znači da bi prevencija trebala imati veću ulogu u budućim nastojanjima u području depresije. Isto tako, selektivni i indicirani preventivni pristupi su se pokazali puno efektivnijim od univerzalnih. U svakom slučaju, autori zaključuju da prevencija može smanjiti broj novo oboljelih pojedinaca ili u kombinaciji s tretmanom ublažiti teret depresije.

Slično kao i Cuijpers i njegovi suradnici, Horowitz i Garber (2006) su također proveli meta analizu koja je uključivala 30 istraživanja o prevenciji depresivnih simptoma kod djece i adolescenata i došli su do zaključka da selektivni i indicirani pristupi preventivnim intervencijama imaju veći učinak od univerzalnih. Univerzalni pristup ne treba zanemariti, naprotiv, istraživanje Spence i suradnika (2003) pokazalo je da je veće sudjelovanje i manja stopa odustajanja mladih u univerzalnim preventivnim programima nego u selektivnim i indiciranim. Iako univerzalni preventivni pristupi mogu doprinijeti poboljšanju depresivnih simptoma, njihov učinak nije na duge staze. Stoga, za rad s visoko rizičnim adolescentima preporuča se dugotrajniji i intenzivniji pristup u manjim grupama. Isto tako, Horowitz i Garber (2006) navode da se reduciranje simptoma depresije kod djece i adolescenata pokazalo učinkovitijim nego preveniranje te se u radu s mladima treba više usmjeriti na one u povećanom riziku.

Merry i suradnici (2011) su proveli meta analizu 53 istraživanja u kojem je sudjelovalo 14,406 sudionika. Došli su do zaključka da su i selektivni i univerzalni preventivni programi uspješni u smanjenju depresivnih simptoma. S time, učinci selektivnog pristupa su nešto duže utjecali na prevenciju pojave depresivne simptomatologije nego što je to slučaj s univerzalnim programima. Također, istraživanje je pokazalo da je psihološki pristup u prevenciji depresije puno učinkovitiji od edukacijskog pristupa u provedbi preventivnih programa, jer se bazira na promjeni načina razmišljanja kod sudionika, a ne samo na učenju važnih informacija i činjenica o depresiji.

Mlade se danas pokušava uključiti na razne načine. Jedan od oblika pomoći adolescentima koji pate od depresivnih simptoma jesu online intervencije u formi web stranice na kojima se nalaze brojne interaktivne značajke o depresiji, kao što su *Bite back*, *MoodGYM* i *Youth beyond blue* (Stasiak i sur., 2015). Također, danas je i igranje online igara raširen fenomen, poglavito među mladima. Dobro dizajnirane igre mogu

imati brojne prednosti poput povećane motivacije za učenje, rješavanje problema, uvećane pozornosti, itd. Postoje i „ozbiljne“ igre, odnosno online intervencije koje imaju elemente video igara, a namijenjene su isključivo podučavanju igrača o zdravom životu. Među njima, postoje i one koje su namijenjene prevenciji ili smanjenju simptoma depresije (*SPARX, Think Feel Do, The Journey, gNats Island i dr.*). Većina ovakvih igara se igra na kompjuteru i uključuju zamišljeni svijet u kojem je igrač na virtualnom putovanju na kojemu uči razne životne vještine prolazeći brojne zadatke. Istraživanja u ovome području, kao i igara nema puno, no postojeća pokazuju da su mladi voljni probati ovakve igre, da im se dopadaju, a prije svega da smanjuju simptome depresije (Fleming i sur., 2014). Također, važna je anonimnost i dostupnost ovakvih programa, kao i izbjegavanje stigme odlaska kod terapeuta što sve zajedno može privući one pojedince koji inače ne bi potražili pomoć. Istraživanja su pokazala da online programi namijenjeni depresivnim i anksioznim adolescentima imaju efekta. Uspjeh online intervencija je nešto veći kod tretmana već postojećeg problema nego kod prevencije istog. Isto tako, učinak ovakvih programa je time veći ako mlada osoba istovremeno ima podršku terapeuta, bilo da se radi o prevenciji ili tretmanu, odnosno anksioznosti ili depresiji (Spek i sur., 2006).

Istraživanja pokazuju da se eksternalizirani problemi u ponašanju i depresivni simptomi često pojavljuju istovremeno, pogotovo u adolescenciji. Loše ponašanje mlade osobe može dovesti do nekvalitetne interakcije s roditeljima i vršnjacima ili pak sniziti akademski uspjeh što vodi ka učestalim neuspjesima i negativnim iskustvima. Takvi događaji su važni, odnosno povezani sa javljanjem depresivnih simptoma kod adolescenta. *Penn resiliency program* je upravo usmjeren na preveniranje ovog problema. Program se provodi u 12 termina u školskom okruženju i namijenjen je djeci na kraju osnovne škole, a bazira se na uvježbavanju tehnika emocionalne regulacije, socijalnih vještina i mijenjanju kognitivnih obrazaca. Cilj, odnosno svrha ovog programa je da kod djece koja imaju problema u ponašanju uključivanjem u ovaj program preveniramo razvitak depresivne simptomatologije (Cutuli i sur., 2006). Istraživanja su pokazala efikasnost ovog programa, poglavito kod prevencije pojavljivanja depresivnih simptoma kod adolescenata koji već imaju problema u ponašanju i to eksternaliziranih, zatim program pokazuje bolje efekte i kod nešto starijih adolescenata nego kod onih koji su tek zakoračili u fazu adolescencije, te kod

onih mladih koji imaju nižu razinu depresivnih simptoma (Brunwasser i Gillham, 2016).

Postoje i kvalitetni tretmani namijenjeni osobama koje već pate od depresije, a ne baziraju se na tradicionalnom i individualnom odnosu terapeuta i pacijenta. Jedan od takvih je *Coping with depression* Lewinsohna i suradnika koji je danas jedan od najraširenijih i najdostupnijih psiholoških tretmana depresije u svijetu (Cuijpers i sur., 2008). Cuijpers (1998) navodi da je ovaj program prvotno namijenjen odraslim osobama, no lako se može primijeniti i u radu s drugim grupama pojedinaca poput adolescenata. Program se bazira na ideji da su problemi depresivne osobe u pravilu ponašajni problemi koje podržavaju kognitivni obrasci, a oni mogu biti odučeni ili zamijenjeni novima. Sadržaj programa je po prirodi kognitivno bihevioralnog tipa s ciljem vježbanja i učenja vještina koje će smanjiti simptome depresije, provodi se najčešće u grupama, individualno, a sve više i online. Vještine poput relaksacije, socijalnih i kognitivnih vještina, kako povećati broj ugodnih događaja i drugih vještina se uče na tečaju koji se izvodi kroz 12 termina, plus još dva dodatna termina, jedan 30 dana i drugi 6 mjeseci nakon završetka programa. Sudionici programa najprije prikupljaju sve informacije o problemu koji ih muči, poput negativnog razmišljanja, stresnih događaja i sl. Zatim, se postavlja cilj, odnosno sudionik si određuje što želi promijeniti. Nakon toga, u suradnji sa voditeljem grupe i ostalim sudionicima razvija sistematični plan koji onda provodi i razvija, a ujedno i prati djeluje li to na smanjenje depresije (Cuijpers i sur., 2008). Specifičnost ovog programa je u tome što voditelj grupe ima ulogu učitelja, a ne terapeuta dok su sudionici viđeni kao studenti, odnosno učenici, a ne pacijenti. To dodatno poboljšava grupnu koheziju, entuzijizam, učenje, kao i uspjeh programa. Istraživanja su pokazala da je *Coping with depression* učinkovit program za tretman depresije, ali i specifičan zbog ne tradicionalnog načina rada s osobama koje pate od depresije te kao takav može privući pojedince, a prije svega mlade osobe koje drugačije ne bi potražile pomoć.

Provedena istraživanja i rezultati istih govore o depresiji kao ključnom čimbeniku koji ometa pozitivan razvoj adolescenata, te nažalost sve većoj zastupljenosti simptoma depresije među mladima. Stoga, poboljšanje kvalitete i perspektive života mladih, prevencija depresije i ostalih problema koji pate djecu i mlade, ali i čitavu njihovu okolinu, te učinkovito prepoznavanje simptoma neki su od zahtjeva pred kojima se nalazimo (Vrcelj i Zloković, 2010).

2. CILJEVI, PROBLEM I HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA

Osnovni cilj ovog diplomskog rada je utvrditi zastupljenost depresivnih simptoma kod adolescenata, polaznika srednjih škola u gradu Zagrebu. Specifični ciljevi odnose na razumijevanje razlika u pojavnosti depresivne simptomatologije s obzirom na spol i dob sudionika. Podaci dobiveni ovim istraživanjem će omogućiti kvalitetnije predlaganje preventivnih intervencija, odnosno smjernica za daljnje preventivno djelovanje u radu s navedenom populacijom.

Sukladno navedenim ciljevima, definirani su sljedeći istraživački problemi i hipoteze:

Problem 1: Ispitati zastupljenost depresivnih simptoma kod srednjoškolaca grada Zagreba.

Prvo pitanje je djelomično eksplorativno, ne pretpostavlja se odgovor za pitanje o zastupljenosti depresivnih simptoma kod adolescenata, već će se na taj problem odgovoriti samim istraživanjem.

Problem 2: Istražiti postoje li razlike u pojavnosti depresivne simptomatologije kod djevojaka i mladića.

Hipoteza 2: Uzimajući u obzir znanstvene izvore koji opisuju da je prevalencija depresije među adolescentima približno 4 do 8%, a omjer mladići : djevojke, 1:2 (Rudan i Tomac, 2009) te da kod djevojčica postoji tendencija povećanja s dobi (Glavina i Keresteš, 2007; prema Novak i Bašić, 2008) depresivne simptome sukladno navedenom češće će iskazivati adolescentice nego adolescenti.

Problem 3: Istražiti postoje li dobne razlike u pojavnosti depresivne simptomatologije.

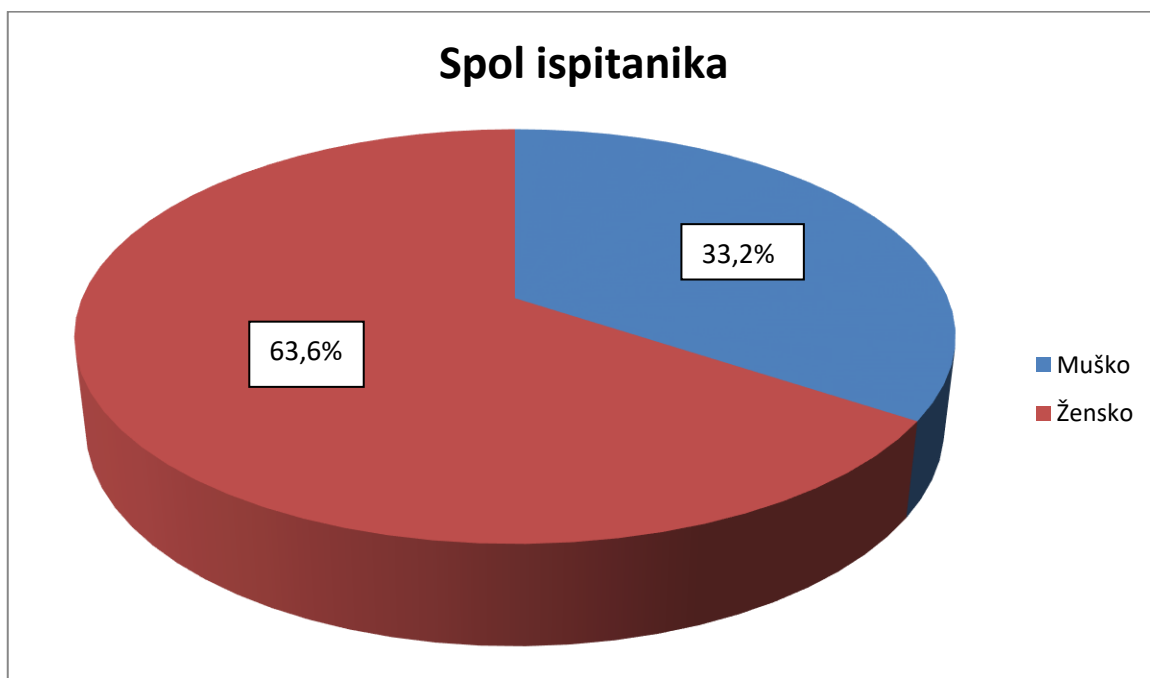
Hipoteza 3: Istraživanja dosljedno pokazuju da se učestalost depresivnih simptoma naglo povećava s ulaskom u adolescenciju (Kovacs i sur., 2001; Reinherz i sur., 2000; prema Kurtović, 2012). Pretpostavlja se da će stariji učenici češće iskazivati depresivne simptome.

3. METODOLOGIJA

3.1. Uzorak ispitanika

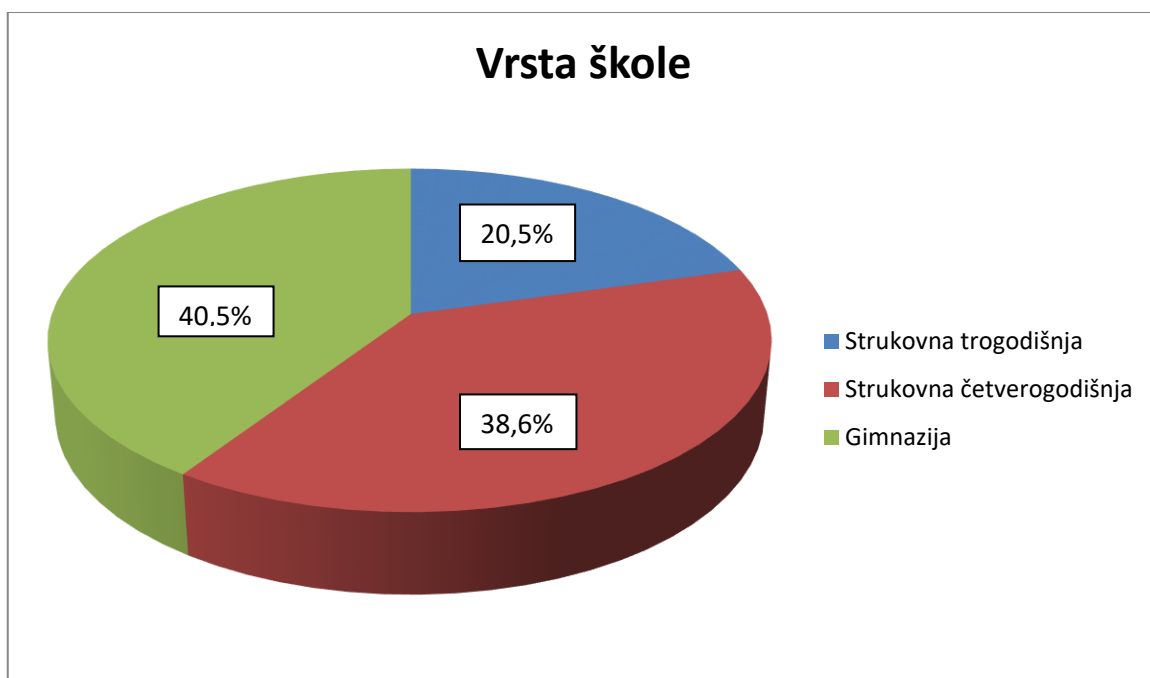
Istraživanje je provedeno na prigodnom uzorku od 305 učenika. Prilikom obrade podataka isključeni su oni upitnici na koji ispitanici nisu potpuno odgovorili jer se sumnjalo na manjak motivacije te su isključeni upitnici gdje se sumnjalo u neiskrenost ispitanika ili pak manjak validnosti njihovih odgovora. Konačan uzorak spreman za obradu podataka sastojao se od 220 učenika.

U uzorku je bilo zastupljeno nešto više djevojaka (N=140, 63,6%), nego mladića (N=73, 33,2%), dok kod 7 ispitanika nedostaju podaci o spolu (vidi Sliku 1).



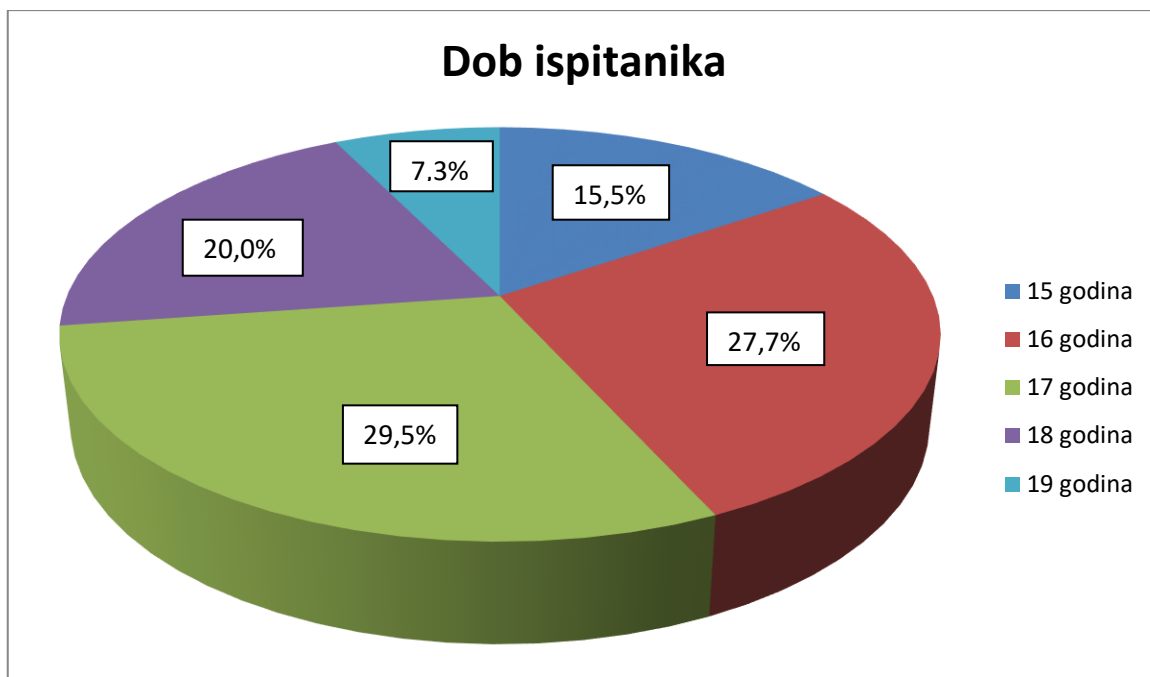
Slika 1. Udio djevojaka i mladića u ukupnom uzorku adolescenata koji su sudjelovali u istraživanju

Istraživanje je provedeno u tri srednje škole u gradu Zagrebu. Uzorak se sastojao od 89 učenika iz Prve gimnazije, 90 učenika iz Škole za grafiku, dizajn i medijsku produkciju i 41 učenika iz Veterinarske škole (postotak učenika po vrsti pojedine škole prikazan je na Slici 2). Najveći broj učenika ide u treći razred (28,6%), jednak broj učenika ide u prvi (24,1%) i drugi razred (24,1%), a najmanji udio učenika pohađa četvrti razred (23,2%) jer u trogodišnjim strukovnim školama nema četvrtog razreda.



Slika 2. Udio adolescenata u tri tipa uklječenih škola u ukupnom uzorku adolescenata koji su sudjelovali u istraživanju

Dob sudionika se kreće između 15 i 19 godina, a prosječna dob iznosi 17 godina ($M=16,76$, $SD=1,155$). Sukladno s time, najveći broj učenika ima 17 godina ($N=65$, 29,5%), zatim slijede učenici od 16 godina ($N=61$, 27,7%) i 18 godina ($N=44$, 20%), nešto manje je učenika od 15 godina ($N=34$, 15,5%), a najmanje je učenika od 19 godina ($N=16$, 7,3%) što je u skladu s činjenicom da u trogodišnjim strukovnim školama nema četvrtog razreda te da veliki broj učenika završi srednjoškolsko obrazovanje prije nego navrš 19 godina (vidi Sliku 3).



Slika 3. Zastupljenost raznih dobnih skupina u ukupnom uzorku adolescenata koji su sudjelovali u istraživanju

3.2. Mjerni instrumenti

Istraživanje provedeno za ovaj diplomski rad dio je pilot istraživanja u sklopu projekta „Pozitivan razvoj adolescenata grada Zagreba: analiza stanja“, kojeg provodi Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet. U sklopu ovog projekta izrađena je baterija instrumenta od nekoliko skala namijenjen prikupljanju podataka iz različitih područja rizičnih ponašanja, socijalno-emocionalnih vještina, internaliziranih simptoma, otpornosti, privrženost školi, odnosu s vršnjacima, te odnosima u obitelji i široj zajednici, kao i osobnih podataka o sudionicima istraživanja. Podaci korišteni u ovom radu prikupljeni su uz pomoć sljedećih upitnika:

(1) *Upitnik o demografskim podacima*, koji je izrađen za potrebe ovog istraživanja je služio za prikupljanje osnovnih sociodemografskih podataka od učenika poput spola, dobi, vrste škole i razreda koji učenik pohađa. Također, ovim upitnikom prikupljale su se i informacije o tome s kime žive, o dobi i obrazovanju roditelja njihovom radnom status te specifičnostima odnosa. Isto tako, učenicima se pitalo o školskom uspjehu na kraju prošle školske godine te da sami procijene vlastitu

uspješnost u području školskih zadataka, izvannastavnih aktivnosti, odnosa s vršnjacima i odnosa s profesorima. Na kraju, od učenika se tražilo da označe koliko puta su „markirali“ tijekom zadnja 4 tjedna.

(2) *Skala depresivnosti, anksioznosti i stresa-21(DASS-21; engl. Depression Anxiety Stress Scale-21: Lovibond i Lovibond, 1995)*

Skala se sastoji od 21 čestice, odnosno tri subskale (depresivnost, anksioznost i stres) od kojih svaka ima sedam čestica. U ovome radu korištena je subskala koja se odnosi na depresivnu simptomatologiju. Čestice koje čine korištenu subskalu su sljedeće: *Nisam uopće mogao/la osjetiti neku pozitivnu emociju, Bilo mi je teško pokrenuti se da nešto napravim, Osjećao/la sam da se nemam čemu veseliti, Osjećao/la sam se sjetno i potišteno, Nisam se mogao/la za ništa iskreno zainteresirati, Osjećao/la sam se da kao osoba ne vrijedim puno, Osjećao/la sam da život nema smisla.* Sudionicima su na pojedinu česticu bili ponuđeni sljedeći odgovori: 0 – uopće se nije odnosilo na mene, 1 – odnosilo se na mene malo ili ponekad, 2 – odnosilo se na mene dosta ili često, 3 – odnosilo se na mene prilično mnogo ili skoro uvijek.

3.3. Postupak provedbe istraživanja

Istraživanje je provedeno u travnju i svibnju 2017. godine u tri srednje škole u gradu Zagrebu, u Školi za grafiku, dizajn i medijsku produkciju, Prvoj gimnaziji i Veterinarskoj školi. Istraživanje je dio pilota projekta „Pozitivan razvoj adolescenata grada Zagreba: analiza stanja“, kojeg provodi Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet, Sveučilišta u Zagrebu. U svakoj od navedenih škola u dogovoru sa socijalnom pedagoginjom obuhvaćen je prigodan uzorak na način da se zahvati po jedan razred iz generacije. Ispitivanje je provedeno grupno za vrijeme nastave, popunjavanje upitnika je trajalo nešto više od 30 minuta metodom papir olovka. Sudjelovanje u istraživanju je bilo dobrovoljno i svakom sudioniku je zajamčena anonimnost. Primjenu upitnika su proveli studenti završne godine diplomskog studija socijalne pedagogije, stručni suradnici u školama i posebno educirani suradnici projekta. Sudionici su u bilo kojem

trenutku mogli odustati od popunjavanja upitnika, a prije samog ispunjavanja potpisali su suglasnost za sudjelovanje u istraživanju u kojem su bili objašnjeni ciljevi i svrha ispitivanja.

3.4. Obrada podataka

U svrhu ostvarivanja postavljenih ciljeva ovog diplomskog rada koristile su se sljedeće statističke metode i analize:

1. Metode deskriptivne analize (aritmetička sredina, standardna devijacija, frekvencije odgovora)
2. Kolmogorov-Smirnov test
3. Hi-kvadrat test

4. REZULTATI

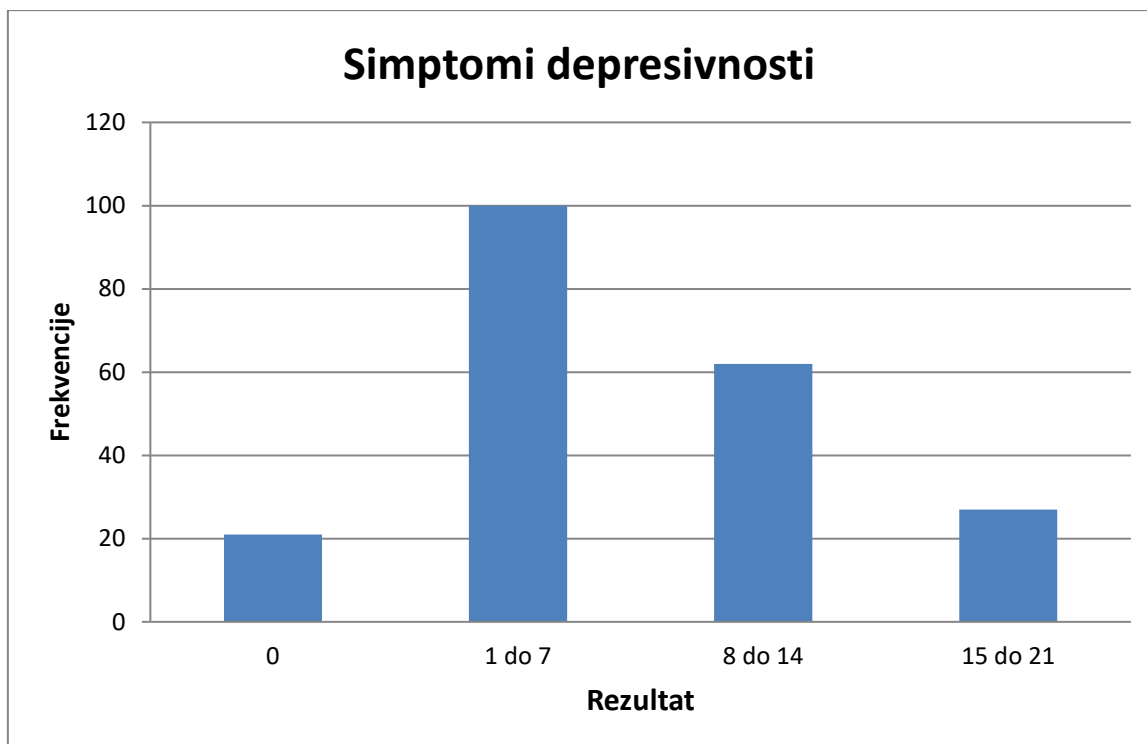
4.1. Zastupljenost depresivnih simptoma

S ciljem da se odgovori na prvi istraživački problem, odnosno da se prikaže zastupljenost depresivnih simptoma kod srednjoškolaca grada Zagreba, prvo smo prikazali frekvencije odgovora na sve čestice iz upitnika koje se odnose na depresivnu simptomatologiju. Upitnik sadrži 7 čestica, koje se odnose na ispitivanje pojavnosti depresivnih simptoma. Deskriptivna analiza varijable *Simptomi depresivnosti* prikazana je u Tablici 1.

Tablica 1. Deskriptivna statistika rezultata na subskali depresivnih simptoma na Skali depresivnosti, anksioznosti i stresa (*Simptomi depresivnosti*)

Varijabla	N	M	SD	Min	Max
Simptomi depresivnosti	210	0	5,80	0	21

Slika 4. prikazuje distribuciju frekvencija na subskali depresivnih simptoma. Na svaku tvrdnju ispitanici su mogli zaokružiti odgovore od 0 do 3 te su sukladno s time podijeljeni u kategorije vidljive na slici 4. Približno polovina ispitanika (45,5%) postiže niske rezultate u rasponu od 1-7, dok njih 28,2% postiže rezultate u rasponu od 8-14 te su u umjerenom riziku za razvoj depresivnosti, odnosno imaju blage simptome depresivnosti. 12,3% ispitanika postiže rezultate u rasponu od 15-21, što znači da su se gore navedene tvrdnje na njih odnosile često ili skoro uvijek, pa možemo reći da je kod njih prisutna depresivna simptomatologija u velikoj mjeri.



Slika 4. Grafički prikaz distribucije frekvencija za varijablu *Simptomi depresivnosti*

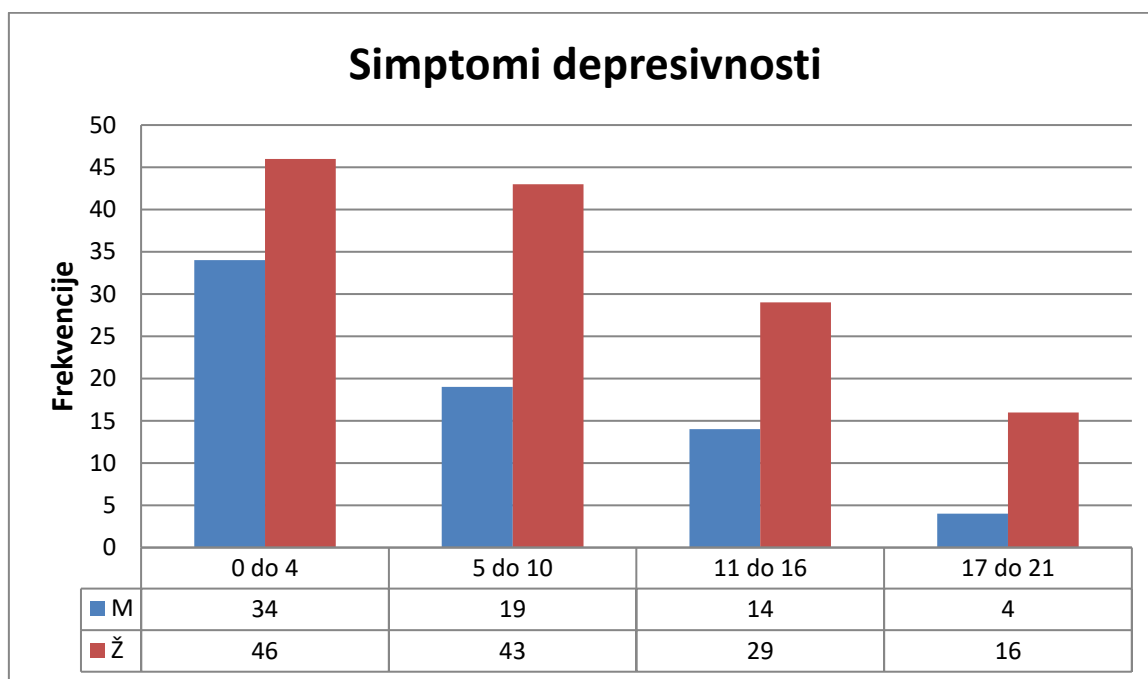
4.2. Spolne razlike u pojavnosti depresivne simptomatologije

Kako bi smo odgovorili na drugi istraživački problem o tome postoje li razlike u pojavnosti depresivne simptomatologije po spolu, odnosno kako bi doznali razlikuju li se adolescenti i adolescentice u iskazivanju depresivnih simptoma primijenili smo Hi-kvadrat test. Rezultati su navedeni u Tablici 2.

Tablica 2. Spolne razlike u pojavnosti depresivnih simptoma

Varijabla	Spol	N	M	SD	Hi-kvadrat	p
Simptomi depresivnosti	M	71	0	5,61	0,279	p>,05
	Ž	134	3	5,85		

Iz Tablice 2. je vidljivo da rezultati Hi-kvadrat testa za varijablu depresivnih simptoma nisu statistički značajni. Drugim riječima, ne postoje razlike u zastupljenosti depresivnih simptoma s obzirom na spol, tj. podjednako često ih doživljavaju i djevojke i mladići. Ipak, pokazati ćemo smjer i kretanje rezultata kako za adolescente tako i za adolescentice (vidi Sliku 5).



Slika 5. Grafički prikaz distribucije frekvencija po spolu za varijablu *Simptomi depresivnosti*

Slika 5. prikazuje distribuciju frekvencija depresivnih simptoma kod adolescenata i adolescentica. Prije svega, vidljive su razlike u broju djevojaka i mladića, dvostruko više djevojaka odgovorilo je na ovu subskalu. S druge strane, vrijedi istaknuti da rezultati muških ispitanika opadaju s povećanjem raspona, dok djevojke prikazuju gotovo iste rezultate. Tako se u prvom rasponu rezultata (0 do 4) nalazi 46 djevojaka, a u drugome (5 do 10) njih 43, što nam govori o nešto većoj zastupljenosti umjerene depresivne simptomatologije kod adolescentica u odnosu na adolescente. U posljednjem rasponu rezultata (17 do 21) nalazi se 16 djevojaka i 4 mladića, ovi nam rezultati svakako govore o puno većoj zastupljenosti ozbiljne depresivne simptomatologije, odnosno visokom riziku za razvoj depresije kod adolescentica, čak i ako uzmemo u obzir zastupljenost sudionika po

spolu. Naravno, s obzirom na nejednak broj ispitanika po spolu, relativno mali uzorak te neznačajan hi-kvadrat test, ne možemo ništa zaključivati.

4.3. Dobne razlike u pojavnosti depresivne simptomatologije

S obzirom da je treći istraživački problem bio ispitati postoje li razlike u pojavnosti depresivne simptomatologije po dobi, izračunali smo zastupljenost za svako godište zasebno kako bi utvrdili razlikuju li se ispitanici po dobi u iskazivanju depresivnih simptoma. Primijenili smo Hi-kvadrat test, a rezultati su navedeni u Tablici 3.

Tablica 3. Dobne razlike u pojavnosti depresivnih simptoma

Varijabla	Dob	N	M	SD	Hi-kvadrat	p
Simptomi depresivnosti	15	34	0	6,02	0,431	p>,05
	16	58	2	6,17		
	17	62	0	5,96		
	18	41	1	5,15		
	19	15	2	4,38		

Iz Tablice 3. je vidljivo da nema statistički značajne razlike u razini depresivne simptomatologije u odnosu na dob ispitanika, odnosno da rezultati Hi-kvadrat testa nisu statistički značajni. Iako ne postoje razlike u zastupljenosti depresivnih simptoma s obzirom na dob, odnosno podjednako ih doživljavaju sudionici svih dobi, prikazati ćemo smjer i kretanje rezultata.

Tablica 4. Prikaz distribucije frekvencija depresivnih simptoma po dobi

Dob	Raspon rezultata			
	0 do 4	5 do 10	11 do 16	17 do 21
15 godina (N=34)	9 *(10,9%)	11 *(17,5%)	10 *(22,7%)	4 *(20,0%)

16 godina (N=58)	22 *(26,5%)	15 *(23,8%)	13 *(29,6%)	8 *(40,0%)
17 godina (N=62)	28 *(33,7%)	17 *(27,0%)	12 *(27,3%)	5 *(25,0%)
18 godina (N=41)	18 *(21,7%)	14 *(22,2%)	6 *(13,6%)	3 *(15,0%)
19 godina (N=15)	6 *(7,2%)	6 *(9,5%)	3 *(6,8%)	0 *(0,0%)

*postotak u zagradi je prikaz odnosa određene dobne skupine prema ostalim dobnim skupinama u pojedinom rasponu rezultata

Tablica 4. prikazuje distribuciju frekvencija depresivnih simptoma po dobnim skupinama. U svim dobnim skupinama najviše sudionika istraživanja se nalazi u rasponu rezultata od 0 do 4, osim kod petnaestogodišnjaka koji su najzastupljeniji u rasponu od 5 do 10 (N=11) koji karakterizira blage simptome depresivnosti. Isto tako, gotovo četvrtina rezultata koji sačinjavaju raspon od 11 do 16 su pripadnici dobne skupine od 15 godina. Radi se o rasponu rezultata koji se odnosi na umjerenu do visoku depresivnu simptomatologiju i takvi rezultati nisu u skladu s drugim dobnim skupinama te ne možemo to opravdati ni ukupnim brojem petnaestogodišnjaka. Nadalje, od svih sudionika istraživanja koji se nalaze u posljednjem rasponu rezultata, a koji karakterizira ozbiljne depresivne simptome i visoki rizik za razvoj depresije, njih 40% su šesnaestogodišnjaci. Suprotno od toga, kod sudionika od osamnaest i devetnaest godina najviše je onih bez depresivne simptomatologije, nešto manje s umjerenim simptomima, a vrlo malo ili ništa s ozbiljnim simptomima. Rezultati pokazuju da se depresivni simptomi naglo povećavaju s ulaskom u adolescenciju i opadaju s povećanjem dobi, no kako Hi-kvadrat nije statistički značajan, ne možemo ništa zaključivati.

5. RASPRAVA

Glavni cilj ovog diplomskog rada bio je utvrditi zastupljenost depresivnih simptoma kod adolescenata koji su sudjelovali u istraživanju te omogućiti kvalitetnije predlaganje smjernica za daljnje preventivno djelovanje.

Prvi istraživački problem bio je ispitati zastupljenost depresivnih simptoma kod srednjoškolaca grada Zagreba.

Zastupljenost depresivnih simptoma ispitana je Skalom DASS-21, odnosno skalom depresivnosti, anksioznosti i stresa, čijih se 7 čestica odnosi na ispitivanje pojavnosti depresivnih simptoma kod adolescenata.

Iako za prvi istraživački problem nije postavljena hipoteza, rezultati potvrđuju istraživanja drugih autora. Pa tako dobiveni rezultati govore o tome da je nešto više od polovine ispitanika postiglo niske rezultate u rasponu od 0-7, točnije njih 55% kod kojih ne možemo govoriti o zastupljenosti depresivne simptomatologije ni na kojoj razini. S druge strane, 28,2% sudionika postiže rezultate u rasponu od 8-14 te su u umjerenom riziku za razvoj depresivnosti, odnosno imaju blage simptome depresivnosti, a čak 12,3% ispitanika postiže rezultate u rasponu od 15-21, što znači da je kod njih depresivna simptomatologija prisutna u velikoj mjeri. Kod tih adolescenata univerzalni preventivni pristupi nisu prikladni te postoji potreba za pojačanim radom. Sukladno tome, Spence i suradnici (2003) navode da iako univerzalni preventivni pristupi mogu doprinijeti poboljšanju depresivnih simptoma, njihov učinak nije na duge staze, pa za rad s visoko rizičnim adolescentima preporučuju dugotrajniji i intenzivniji pristup u manjim grupama. Isto tako, Horowitz i Garber (2006) navode da se reduciranje simptoma depresije kod adolescenata pokazalo učinkovitijim nego preveniranje te se u radu s mladima treba bazirati na one u povećanom riziku, ponajprije jer depresivni simptomi u adolescenciji predstavljaju snažan prediktor za razvoj depresije u odrasloj dobi i otežavaju normalno odrastanje (Kovacs, 1996; prema Garber i sur., 2016).

Rudan i Tomac (2009) navode da je prevalencija depresije među adolescentima približno 4 do 8%. U skladu s time, novija istraživanja (Thapar i sur., 2010) govore o brojci od oko 6% adolescenata u svijetu koji pate od depresije, kao i provedene meta analize (Costello i sur., 2006; prema Allen i Sheeber, 2009) koje potvrđuju te brojeve. U ovom radu je

dobiven nešto veći postotak (12,3%) mladih koji pate od ozbiljnih depresivnih simptoma. U prilog navedenoj brojci ide mali uzorak ispitanika, no u svakom slučaju preventivne napore i našu pažnju je potrebno usmjeriti prema ovim adolescentima.

Drugi istraživački problem ovog diplomskog rada bio je istražiti postoje li razlike u pojavnosti depresivne simptomatologije kod djevojaka i mladića. Pretpostavljena je hipoteza H2 unutar drugog istraživačkog problema koja glasi: *Postoji razlika među spolovima u pojavnosti depresivne simptomatologije, na način da adolescentice češće iskazuju simptome.* Dobiveni rezultati hi-kvadrat testa nisu potvrdili navedenu hipotezu, odnosno ne postoje razlike u zastupljenosti depresivnih simptoma kod djevojaka i mladića. Međutim, rezultati svakako govore o većoj pojavnosti ozbiljne depresivne simptomatologije kod adolescentica, čak četverostruko veća zastupljenost u odnosu na mladiće. Ipak, s obzirom na relativno mali uzorak, neznačajan hi-kvadrat test te činjenicu da je u istraživanju sudjelovalo gotovo dvostruko više ispitanika ženskog spola, ne možemo ništa zaključivati već ukazati na potrebu daljnjeg istraživanja ovog odnosa.

Iako je nešto veća zastupljenost depresivnih simptoma kod djevojaka u odnosu na mladiće, ne možemo govoriti o značajnim razlikama kao što pronalazimo u navodima iz dostupne literature, u kojoj se navodi da je prevalencija depresije u razdoblju adolescencije u omjeru djevojke : mladići, 2:1 (Rudan i Tomac, 2009). Isto tako, rezultati istraživanja Oatly i Jenkins (2003) o prevalenciji i manifestaciji poremećaja u ponašanju govore u prilog spolnim razlikama, točnije da djevojke imaju dva puta veću vjerojatnost za razvijanje depresivnih stanja od dječaka poglavito ulaskom u adolescenciju (Klarin i Đerđa, 2014), kao i Novak i Bašić (2008) koji navode da je razina depresije kod dječaka prilično stabilna kroz razvoj, dok kod djevojčica postoji tendencija povećanja s dobi.

Saluja i suradnici (2004) navode da je depresija kod adolescenata prisutnija kod djevojaka nego mladića te da navedene razlike poprimaju veće razmjere oko 15. godine. Nadalje, brojna istraživanja pokazuju da su prije samog ulaska u razdoblje adolescencije djevojke podložnije rizičnim čimbenicima za razvoj depresije u odnosu na mladiće te se češće susreću sa brojnim izazovima koje rana adolescencija donosi. Navedeni čimbenici utječu na pojavu spolnih razlika u zastupljenosti depresije ulaskom u adolescenciju te od 15. godine djevojke u dvostruko većem broju izražavaju depresivne simptome te se češće obraćaju za pomoć (Nolen-Hoeksema i Girgus, 1994). Rezultati drugih istraživanja (Petersen i sur., 1991) navode da spomenute razlike u pojavnosti depresivne

simptomatologije počinju u završnom razredu osnovne škole, a dosežu vrhunac oko 17. godine, odnosno u posljednjem razredu srednje škole, te da bi se preventivne aktivnosti trebale bazirati na učenju vještina nošenja sa stresom i kvalitetnijim odnosom na relaciji roditelj i adolescent.

Za razliku od svjetskih i domaćih istraživanja, rezultati dobiveni u ovom diplomskom radu ne sugeriraju da spol utječe na pojavu depresivnih simptoma u razdoblju adolescencije. Da bi dobili konkretnije, odnosno pouzdanije podatke bilo bi potrebno u istraživanje uključiti podjednak broj ženskih i muških ispitanika, tada bi s većom sigurnošću mogli donositi zaključke.

Treći istraživački problem bio je ispitati postoje li razlike u pojavnosti depresivne simptomatologije s obzirom na dob adolescenata koji su sudjelovali u istraživanju. Hipoteza H3 koja je postavljena unutar trećeg istraživačkog problema glasi: *Dob ispitanika utječe na pojavnost depresivne simptomatologije, na način da s dobi raste i broj simptoma kod adolescenata.* Rezultati provedenog hi-kvadrat testa ukazuju da nema značajne razlike u razini depresivne simptomatologije u odnosu na dob ispitanika, odnosno rezultati nisu potvrdili navedenu hipotezu. Umjerenu do visoku depresivnu simptomatologiju u najvećem broju slučajeva iskazuju petnaestogodišnjaci, kao i ozbiljne depresivne simptome koje najviše iskazuju šesnaestogodišnjaci. S druge strane, kod sudionika od osamnaest i devetnaest godina najviše je onih bez depresivne simptomatologije, nešto manje s umjerenim simptomima, a vrlo malo ili ništa s ozbiljnim simptomima. Rezultati pokazuju da se depresivni simptomi naglo povećavaju s ulaskom u adolescenciju i opadaju s povećanjem dobi.

Pojedina istraživanja dosljedno pokazuju da se učestalost depresivnih simptoma naglo povećava s ulaskom u adolescenciju (Kovacs i sur., 2001; Reinherz i sur., 2000; prema Kurtović, 2012). Adolescenciju karakterizira povećana emotivnost, osjetljivost na vršnjački pritisak, traženje potvrde od drugih, te postavljanje brojnih kratkoročnih i dugoročnih ciljeva. Sve te promjene čine mlade ranjivima za razne emocionalne i ponašajne probleme (Allen i Sheeber, 2009) te se danas dob nastupa depresije pomiče prema mlađoj dobi i javlja se u širokom rasponu simptoma (Matković, 2014).

Također, rezultati ovog istraživanja se u određenoj mjeri poklapaju s nekim drugim znanstvenim izvorima u kojima se navodi da u razdoblju adolescencije dolazi do povećanja depresivnih simptoma, čak četverostruko u usporedbi s ranim djetinjstvom i imaju

tendenciju povećavanja s dobi, što se može objasniti ulaskom u pubertet, odnosno burnim promjenama na emocionalnoj, tjelesnoj, kognitivnoj, bihevioralnoj i socijalnoj razini (Gotlib i Hammen, 1996; prema Vulić-Prtorić, 2004). Naime, rezultati ovog istraživanja su pokazali da je zastupljenost depresivne simptomatologije najviše zastupljena kod ispitanika od 15 i 16 godina, no s povećanjem dobi ispitanika simptomi se ne povećavaju već opadaju, što je u skladu s istraživanjem Bornstein, Hahn i Haynes (2010) koji navode da depresivna simptomatologija, odnosno da je cijeli spektar internaliziranih simptoma obrnuto proporcionalan dobi. Stoga, hipoteza nije potvrđena jer depresivni simptomi opadaju s dobi adolescenata.

Ovim istraživanjem stekao se uvid u depresivne simptome adolescentske populacije, što nužno ne predstavlja kliničku sliku srednjoškolaca koji su sudjelovali u istraživanju. Poglavitito zbog toga jer smo provedbom upitnika dobili njihovu procjenu o vlastitom stanju koje ne mora odgovarati stvarnom stanju. Ipak, uvidom u rezultate vidljiva je zastupljenost depresivnih simptoma kod adolescenata, poglavito onih ozbiljnih koji čak odudaraju od brojki iz dostupne literature, na način da su gotovo dvostruko učestaliji. Naime, kod 12,3% sudionika ovog istraživanja depresivna simptomatologija je prisutna u velikoj mjeri. Mladi su u razdoblju adolescencije suočeni sa mnogobrojnim teškoćama koje lako mogu prerasti u razne probleme, između ostalog sve češće i depresiju. Adolescencija je svakako kritičan razvojni period pogodan za razvoj depresivne simptomatologije, pa je zadaća stručnjaka pružiti podršku mladima koji prolaze kroz ovu nimalo jednostavnu fazu života prije svega kroz dostupnost podrške, individualne ili grupne. Podaci dobiveni ovim istraživanjem nas usmjeravaju ka još jačem promicanju kulture mentalnog zdravlja poglavito među mladima te uključivanju obitelji, škola i cjelokupne zajednice u njihov pozitivan razvoj.

Pregledom uvodnog dijela ovog diplomskog rada vidljivo je da različite obiteljske karakteristike utječu na pojavu depresivnih simptoma kod adolescenata poput loših odnosa u obitelji, nedostatka autonomije, roditeljske depresije, nezadovoljstva vlastitom obitelji, percepcije roditeljskog odbacivanja, nedostatka pozitivnog potkrepljenja u obitelji i slično (Vulić-Prtorić, 2002). Stoga bi pružanje pomoći mladima trebalo uključivati radionice koje će obuhvatiti i njihove obitelji.

Isto tako, pregledom rezultata vidljivo je da su depresivni simptomi najzastupljeniji kod učenika prvog i drugog razreda srednje škole, a da su sa povećanjem dobi adolescenata simptomi sve manji. Spence i suradnici (2003) navode da univerzalni preventivni pristupi

možu doprinijeti poboljšanju depresivnih simptoma, no njihov učinak nije na duge staze, pa za rad s visoko rizičnim adolescentima preporučuju dugotrajniji i intenzivniji pristup u manjim grupama. S time na umu važno je započeti s univerzalnom prevencijom depresije već u osnovnoj školi dok se ozbiljna simptomatologija nije razvila u velikoj mjeri, a na taj način bi se i brže detektirali učenici s težim simptomima. Dok se s druge strane, u srednjim školama preporuča selektivni preventivni pristup usmjeren na reduciranju već prisutnih simptoma kod učenika te provedba radionica usavršavanja školskog kadra za prepoznavanje simptoma depresije. Također, istraživanje Merry i suradnika (2011) je pokazalo da je psihološki pristup u bilo kojem obliku prevencije depresije puno učinkovitiji od edukacijskog pristupa, jer se bazira na promjeni načina razmišljanja kod sudionika, a ne samo na učenju važnih informacija i činjenica o depresiji.

6. ZAKLJUČAK

Istraživanje provedeno za ovaj diplomski rad dio je pilot istraživanja u sklopu projekta „Pozitivan razvoj adolescenata grada Zagreba: analiza stanja“, koji se odvijao u travnju i svibnju 2017. godine, a kojeg provodi Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet. Osnovni cilj ovog diplomskog rada bio je utvrditi zastupljenost depresivnih simptoma kod adolescenata, polaznika srednjih škola u gradu Zagrebu, dok se specifični ciljevi odnose na razumijevanje razlika u pojavnosti depresivne simptomatologije s obzirom na spol i dob sudionika. Uzorak se sastojao od 220 učenika iz tri srednje škole u gradu Zagrebu, Škole za grafiku, dizajn i medijsku produkciju, Prve gimnazija i Veterinarske škole. U uzorku je bilo zastupljeno nešto više djevojaka (63,6%), nego mladića (33,2%), dob sudionika se kreće između 15 i 19 godina, a najveći broj učenika ima 17 godina i ide u treći razred. U sklopu ovog projekta izrađena je baterija instrumenta od nekoliko skala, a kako bi se odgovorilo na postavljene probleme od cjelovitog instrumenta uzeti su u obzir: (1) *Upitnik o demografskim podacima* i (2) *Skala depresivnosti, anksioznosti i stresa-21*.

Rezultati ovog istraživanja su pokazali da polovina ispitanika (55%) postiže niske rezultate i kod njih ne nailazimo na zastupljenost depresivnih simptoma. Nadalje, 28,2% adolescenata ima blage simptome depresivnosti, a čak 12,3% ispitanika postiže rezultate koji navode da su se tvrdnje namijenjene ispitivanju depresivne simptomatologije na njih odnosile često ili skoro uvijek, pa možemo reći da su kod njih prisutni depresivni simptomi u velikoj mjeri.

Gledajući spol ispitanika, rezultati ovog istraživanja su pokazali da ne postoje razlike u zastupljenosti depresivnih simptoma s obzirom na spol, odnosno da razlike između adolescenata i adolescenata u pojavnosti depresivnih simptoma nisu nađene. Ipak, rezultati svakako govore o puno većoj zastupljenosti ozbiljne depresivne simptomatologije kod djevojaka u odnosu na mladiće, no s obzirom na nejednak broj ispitanika po spolu, relativno mali uzorak te neznačajan hi-kvadrat test, ne možemo ništa zaključivati.

Što se tiče dobi ispitanika, rezultati pokazuju da se depresivni simptomi naglo povećavaju s ulaskom u adolescenciju i opadaju s povećanjem dobi. Umjerenu i visoku depresivnu simptomatologiju u najvećem broju slučajeva iskazuju petnaestogodišnjaci i

šesnaestogodišnjaci, dok je kod sudionika od osamnaest i devetnaest godina najviše onih bez depresivne simptomatologije.

Iako je istraživanjem obuhvaćen relativno mali uzorak, odnosno prigodni uzorak srednjoškolaca iz tri srednje škole u gradu Zagrebu na temelju kojega ne možemo generalizirati dobivene rezultate na sve adolescente, ipak nam oni mogu poslužiti kao smjernica za daljnja istraživanja. Rezultati ovog diplomskog rada, kao i brojnih drugih istraživanja navedenih u uvodu ukazuju na učestalost depresivne simptomatologije u adolescentskom razdoblju kao kritičnom periodu za razvoj simptoma. Kako bi spriječili pojavu navedenih poteškoća u srednjoj školi potrebno je prevenirati ili detektirati pojavu simptoma u ranijoj dobi. Stoga se predlažu programi univerzalne prevencije depresije među učenicima mlađe dobi od sudionika ovog rada. Navedeni programi bi trebali obuhvaćati one učenike u fazi rane adolescencije, odnosno završne razrede osnovne škole prije nego se ozbiljna simptomatologija razvila, a na taj način bi se i brže detektirali učenici s težim simptomima. Isto tako, uključivanje roditelja u radionice namijenjene prevenciji depresije, pružanje podrške mladima te aktivno i kvalitetno sudjelovanje roditelja u životima svoje djece će tekođer doprinjeti zaštiti mladih. Dobiveni podaci mogu poslužiti stručnjacima kao smjernica za daljnje preventivno djelovanje te kao poticaj za buduća istraživanja namijenjena pozitivnom razvoju mladih.

7. POPIS LITERATURE

1. Allen, N., B., Sheeber, L., B. (2009): Adolescent emotional development and the emergence of depressive disorders, New York, Cambridge University Press.
2. Barrera, A., Z., Torres, L., D., Munoz, R., F. (2007): Prevention of depression: The state of the science at the beginning of the 21st century, *International review of psychiatry*, 19 (6), str. 655-670.
3. Bašić, J. (2009): Teorije prevencije: prevencija poremećaja u ponašanju i rizičnih ponašanja djece i mladih, Zagreb, Školska knjiga.
4. Bornstein, M., H., Hahn, C., S., Haynes, O., M. (2010): Social competence, externalizing and internalizing behavioral adjustment from early childhood through early adolescence: Developmental cascades, 22 (4), str. 717-735.
5. Brunwasser, S., M., Gillham, J., E. (2016): Identifying moderators of response to the Penn resiliency program: A synthesis study, *Prev Sci*, 10, str. 1-11.
6. Bukowski, W., M., Laursen, B., Hoza, B. (2010): The snowball effect: Friendship moderates escalations in depressed affect among avoidant and excluded children, *Development and psychopathology* 22, str. 749-757.
7. Connecting for life, Irelands national strategy to reduce suicide, 2015-2020., Department of health, Dublin, Ireland.
8. Costello, E., J., Erkanli, A., Angold, A. (2006): Is there an epidemic of child or adolescent depression?, *Journal of child psychology and psychiatry*, 47 (12), str. 1263-1271.
9. Cuijpers, P. (1998): A psychoeducational approach to the treatment of depression: A meta analysis of Lewinsohns „Coping with depression“ course, *Behavior therapy* 29, str. 521-533.
10. Cuijpers, P. et al. (2008): Preventing the onset of depressive disorders: A meta-analytic review of psychological interventions, *Am J Psychiatry*, 165 (10), str. 1272-1280.
11. Cutuli, J., J. et al. (2006): Preventing co-occurring depression symptoms in adolescents with conduct problems: The penn resiliency program, *Annals New York academy of sciences*, 1094, str. 282-286.
12. Debožović, Z. (2015): Komorbidni poremećaji kao prediktori suicidalnosti u oboljelih od depresivnog poremećaja, *Diplomski rad*, Zagreb, Sveučilište u Zagrebu.

13. Đuranović, M. (2013): Obitelj i vršnjaci u životu adolescenta, *Napredak*, 154 (1-2), str. 31-46.
14. Fleming, T., M. et al. (2014): Serious games for treatment or prevention of depression: A systematic review, *Revista de psicopatologia y psicologia clinica*, 19 (3), str. 227-224.
15. Garber, J. et al. (2016): Prevention of depression in at risk adolescents: Moderators of long term response, *Prev Sci*, 10, str. 1-10.
16. Greenberg, M., T. (2004): Current and future challenges in school based prevention: The researcher perspective, *Prevention science*, 5 (1), str. 5-13.
17. Horowitz, J., L., Garber, J. (2006): The prevention of depressive symptoms in children and adolescents: A meta analytic review, *Journal of consulting and clinical psychology*, 74 (3), str. 401-415.
18. Kieling, C. et al. (2011): Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action, *Global mental health* 2, 10, str. 1-11.
19. Klarin, M., Đerđa, V. (2014): Roditeljsko ponašanje i problemi u ponašanju kod adolescenata, *Izvorni znanstveni članak*
20. Kocijan-Hercigonja, D., Hercigonja-Novković, V. (2004): Depresija kod djece, *Medicus*, 13 (1), str. 89-93.
21. Kranželić-Tavra, V. (2002): Rizični i zaštitni čimbenici u školskom okruženju kao temelji uspješnije prevencije poremećaja u ponašanju djece i mladih, *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 38 (1), str. 1-12.
22. Kurtović, A. (2012): Uloga obitelji u depresivnosti adolescenata, *Klinička psihologija*, 5 (1-2), str. 37-58.
23. Kurtović, A., Marčinko, I. (2010): Odnos odgojnog stila roditeljstva sa strategijama suočavanja i depresivnošću kod adolescenata, *Klinička psihologija*, 3 (1-2), str.19-43.
24. Kuzman, M. (2009): Adolescencija, adolescenti i zaštita zdravlja, *Medicus*, 18 (2), str. 155-172.
25. Lebedina-Manzoni, M. (2000): Razvojne prednosti: pomoć pri razumijevanju i prevenciji rizičnog ponašanja adolescenata, *Kriminologija i socijalna integracija*, 8 (1-2), str. 11-20.
26. Lebedina-Manzoni, M., Lotar, M. (2011): Simptomi depresivnosti i samoorijentirane kognicije, *Psihologijske teme* 20 (1), str. 27-45.

27. Maglica, T., Jerković, D. (2014): Procjena rizičnih i zaštitnih čimbenika za internalizirane probleme u školskom okruženju, *Školski vjesnik*, 63 (3), str. 413-431.
28. Matković, I. (2014): Depresija kod djece i adolescenata, Diplomski rad, Zagreb, Sveučilište u Zagrebu.
29. Merry, S. et al. (2011): Psychological and educational interventions for preventing depression in children and adolescents, *Cochrane database of systematic reviews*, str. 1-273.
30. Ninčević, M. (2009): Izgradnja adolescentskog identiteta u današnje vrijeme, *Odgojne znanosti*, 11 (1), str. 119-141.
31. Noeln-Hoeksema, S., Girgus, J., S. (1994): The emergence of gender differences in depression during adolescence, *Psychological Bulletin*, 115 (3), str. 424-443.
32. Novak, M., Bašić, J. (2008): Internalizirani problemi kod djece i adolescenata: obilježja i mogućnosti prevencije, *Ljetopis socijalnog rada*, 15 (3), str. 473-498.
33. Petersen, A., C., Sarigiani, P., A., Kennedy, R., E. (1991): Adolescent depression: Why more girls?, *Journal of youth and adolescence*, 20 (2), str. 247-271.
34. Rudan, V. (2004): Normalni adolescentni razvoj, *Specijalizirani medicinski dvomjesečnik*, 10 (52), str. 36-39.
35. Rudan, V., Tomac, A. (2009): Depresija u djece i adolescenata, *Medicus*, 18 (2), str. 173-179.
36. Saluja, G. et al. (2004): Prevalence of and risk factors for depressive symptoms among young adolescents, *American medical association*, 158, str. 760-765.
37. Spek, V. et al. (2006): Internet based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: A meta analysis, *Psychological Medicine*, 37, str. 319-328
38. Spence, S., H., Sheffield, J., K., Donovan, C., L. (2003): Preventing adolescent depression: An evaluation of the problem solving for life program, *Journal of consulting and clinical psychology*, 71 (1), str. 3-13.
39. Stasiak, K. et al. (2015): Computer based and online therapy for depression and anxiety in children and adolescents, *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 25 (10), str. 1-11.
40. Thapar, A. et al. (2010): Managing and preventing depression in adolescents, *BMJ Clinical research*, 340 (209), str. 254-258.
41. Vrcelj, S., Zloković, J. (2010): Rizična ponašanja djece i mladih, *Odgojne znanosti*, 12 (1), str. 197-213.

42. Vulić-Prtorić, A. (2002): Obiteljske interakcije i psihopatološki simptomi u djece i adolescenata, *Suvremena psihologija* 5 (1), str. 31-51.
43. Vulić-Prtorić, A. (2004): *Depresivnost u djece i adolescenata*, Zadar, Naklada slap.
44. Youth beyond blue, URL: <https://www.youthbeyondblue.com/> (2017-05-20)
45. Zaić, A. (2005): Odnos simptoma anksioznosti, depresivnosti i somatizacije u dječjoj dobi, *Diplomski rad*, Zagreb, Sveučilište u Zagrebu.