Depresija u adolescenata i komorbiditet

Vujnović, Nikola

Master's thesis / Diplomski rad

2015

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split, School of Medicine / Sveučilište u Splitu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:171:009959

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-28**

SVEUČILIŠTE U SPLITU
MEDICINSKI FAKULTET
UNIVERSITAS STUDIORUM SPALATENSIS
FACULTAS MEDICA

Repository / Repozitorij:

MEFST Repository

zir.nsk.hr

UNIVERSITY OF SPLIT

dabar
DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠTE U SPLITU

MEDICINSKI FAKULTET

Nikola Vujnović

DEPRESIJA U ADOLESCENATA I KOMORBIDITET

Diplomski rad

Akademska godina: 2014/2015.

Mentor:

doc. dr. sc. Trpimir Glavina, dr. med.

Split, studeni 2015.

SADRŽAJ

1. UVOD……..….4

1.1 Normalni adolescentni razvoj……..……..……..…..5

1.2 Razvojne funkcije adolescencije……..…..……...…....8

1.3 Priroda adolescentne patologije…….…….....……9

1.4 Pokušaj samoubojstva i povrijeđivanje u adolescenciji……...……..9

1.5 Adolescentni slom i prijenosna neuroza…….....…....11

1.6 Prijenosna neuroza i osnovne fatazije u analizama adolescenata……..…..……12

1.7 Slika tijela, funkcija masturbacije i adolescencija……..……14

1.8 Klinička slika depresije……..……..15

1.9 Dijagnoza depresije……..……..…..16

1.10 Diferencijalna dijagnoza depresije……...……..17

1.11 Specifičnosti kliničke slike depresije kod djece i adolescenata……...…..18

1.12 Liječenje depresije…….…….19

2. CILJ ISTRAŽIVANJA……...……21

3. MATERIJAL I METODE……..23

4. REZULTATI……....25

5. RASPRAVA…….37

6. ZAKLJUČCI……41

7. LITERATURA……..…….43

8. SAŽETAK……46

9. SUMMARY……....……..49

10. ŽIVOTOPIS…….52

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentoru doc. dr. sc. Trpimiru Glavini na brojnim stručnim savjetima, strpljenju, potpori te savjesnom i stručnom vođenju kroz proces izrade diplomskog rada.

Također zahvaljujem se Poliklinici za rehabilitaciju osoba sa smetnjama u razvoju u Splitu i njenim članovima na suradnji i pristupu njihovim podacima.

1. UVOD

1.1 Normalni adolescentni razvoj

Riječ adolescencija dolazi od latinske riječi adolescentia, što znači mladost, mladenaštvo. Ona je razvojno razdoblje koje nepovratno vodi do prijelaza iz djetinjstva u odraslost. Proces adolescencije u djevojaka počinje oko dvije godine ranije nego u dječaka. Na adolescenciju se može gledati kao na ukupni pokušaj psihičke prilagodbe na stanje puberteta dok se naziv pubertet koristi kako bi označili fizičke manifestacije seksualnog sazrijevanja. O postojanju adolescentne pobune i nemira postoji mnogo različitih stavova u psihoanalitičkim i psihološkim krugovima. Jedni umanjuju značenje adolescentne pobune za razvoj, a drugi je naglašavaju. Postoje i autori koji tvrde da su adolescenti koji su prividno uvijek mirni, koji se nikad ne pobune, u određenom psihičkom riziku. Daniel Offer i njegovi suradnici glavni su zagovornici stava da adolescentni nemir nije nužna pojava normalnog adolescentnog razvoja (1).

Adolescencija se najčešće dijeli u podfaze: ranu, srednju i kasnu adolescenciju. Rana adolescencija počinje pubertetom i obuhvaća dob između 11 i 14 godina. Srednja adolescencija obuhvaća dob između 15 i 16 godina, dok kasna adolescencija je podfaza čiji je kraj teško procijeniti, a spada u razdoblje između 17. i 19. godine. Ove podfaze se mogu točnije definirati prema njihovim karakteristikama, a kronološka dob predstavlja grubu mjeru.

1. Rana adolescencija je razdoblje u kojem djeca u zrcalu počinju zamjećivati brojne fizičke promjene koje ukazuju na to da nisu više djeca te počinju razmišljati i razumijevati na način drugačiji od onog u djetinjstvu. Razvijaju se kognitivne sposobnosti koje omogućuju adolescentima razmišljanje na sistematičan, logičan način, sposobni su razmatrati mogućnosti. Ona je razdoblje najveće raznolikosti među adolescentima, te unutar samih adolescenata. Tjelesne i emocionalne promjene rijetko su sinkronizirane. U ovoj fazi adolescenti imaju sposobnost realnog sagledavanja onoga što se događa, a ne što bi željeli da se događa, u odnosu na njih same i na druge. Prijatelji, roditelji i oni sami djeluju manje idealnim. Ovaj process napuštanja idealizacije vrlo je bitan i u psihičkom smislu pokreće adolescentovo izlaženje iz djetinjstva. Prednost dobivaju na realitetu utemeljena gledišta, a odbacuju se iluzije djetinjstva. Proces napuštanja idealizacije predstavlja narcistički pomak u ranoj adolescenciji. U djetinjstvu, izvori za postizanje osjećaja (narcističkog) dobrog stanja nalaze se u roditeljskoj brizi, ljubavi i pohvalama. Prestanak idealizacije roditelja i veća sposobnost opažanja sebe i svijeta oko sebe

dovode do toga da roditelji više ne predstavljaju izvor adolescentovog osjećaja dobrog stanja. Zbog toga se adolescenti sve više okreću sami sebi da bi si pribavili osjećaje uvažavanja i ljubavi koji će im pružiti osjećaj dobrog stanja. Ovaj narcistički pomak je važan za rastuću autonomiju i potrebu za samodefiniranjem adolescenata, ali u isto vrijeme u okolini ostavlja dojam o adolescentovoj pretjeranoj usmjerenosti na samoga sebe. Oni moraju okrenuti pažnju na samoga sebe jer to od njih zahtijevaju temeljne promjene koje moraju obaviti tijekom adolescencije. Moraju se moći osloniti na vlastite misli, osjećaje i reakcije te moraju imati povjerenja u unutarnje procese kako bi mogli autonomno funkcionirati jer bi se inače morali oslanjati na mišljenja, gledišta i vjerovanja drugih. Ova faza usmjerenosti na samog sebe koja počinje u ranoj adolescenciji, zadržava se i u srednjoj, a razrješava u kasnoj adolescenciji. Rani adolescenti su izrazito zaokupljeni sličnostima i razlikama. Kada i kako adolescenti sazrijevaju postaje važan čimbenik u izboru prijatelja npr. udružuju se oni koji rano sazrijevaju i drže druge na distanci. Odnosi sa vršnjacima istog spola imaju veliku važnost u ranoj adolescenciji. Rani adolescenti žele znati dijele li nijhovi prijatelji slične osjećaje i iskustva. Bliski odnosi s roditeljima nadomješteni su odnosima s najboljim prijateljima. Rana adolescencija započinje dvije godine ranije u djevojčica, u prosjeku s 10.5 godina, a u dječaka 12.5 godina. Djevojčice se moraju prilagoditi realitetu da postaju veće i zrelije u ranijoj dobi. To može za njih predstavljati veliki pritisak koji može voditi psihopatološkim razrješenjima kao što su poremećaji jedenja, preuranjena seksualnost ili zloupotreba droga.

2. Srednja adolescencija: U srednjoj adolescenciji glavna je potreba da se adolescent osjeća čvrsto ukorijenjen među vršnjake, školu i specifična društvena okruženja. Najbolja prijateljstva ostaju i dalje značajna, ali sve više ustupaju mjesto lojalnosti grupi koja se manifestira kroz npr. slušanje iste glazbe, nošenje određene vrste odjeće, uključivanje u određene sportske aktivnosti itd. Srednja adolescencija konsolidira proces odvajanja koji je započeo u ranoj adolescenciji. Srednji adolescenti se najčešće posve dobro osjećaju i kada su sami. Više su usmjereni individualizaciji, istraživanju sebe, probijaju se u društvo s glavnom svrhom da u što više socijalnih situacija upoznaju sami sebe. Nastoje upoznati ono što je unutar njih kroz sanjarenja, fantazije i razne oblike pisanja, često je to razdoblje velike kreativnosti. Narcistični pomak postaje još izraženiji u srednjoj adolescenciji. Kako bi što bolje upoznali sebe, adolescenti moraju oduzeti važnost roditeljima i okrenuti pozornost na sebe same i one koji su im najsličniji

a to su njihovi prijatelji. Taj dio ravoja naziva se otklanjanje objekta. Nastaju novi odnosi s roditeljima i s ljudima izvan obitelji. Adolescenti pozornost posvećuju ljudima izvan obitelji do te mjere da mogu ozlovoljavati roditelje koji sve teže podnose adolescentovu zaokupljenost sobom i njegovim društvenim angažmanima. Zbog unutarnjeg (dezinvestiranje mentalnih reprezentacija roditelja) i vanjskog (manje oslanjanje na roditeljsko vodstvo) odvajanja od roditelja srednji adolescent ostaje u stanju izoliranosti i usamljenosti. Mrzovolja koja je karakteristična za srednju adolescenciju često potječe od procesa žalovanja. Adolescentu je potrebno neko vrijeme da stvori nove odnose s roditeljima i značajne nove odnose s drugima. Novi odnosi se pomiču od druženja s primarno istospolnim vršnjacima na druženja u miješanoj grupi prijatelja. Adolescenti srednje adolescencije također tragaju za odraslima koji nisu njihovi roditelji, za osobinama s kojima se mogu identificirati te sve veću važnost daju npr. trenerima, profesorima ili roditeljima svojih prijatelja. Srednji adolescenti se tipično jednako dive odraslima kao što ih i preziru. Tijekom srednje adolescencije dolazi do promjena identifikacije s grupom na jače razgranatu mrežu socijalnih kontakata npr. u ovoj dobi mnogi adolescenti se zaljubljuju i počinju odlaziti na spojeve. Maštanje o osobnoj vezi s jednim od ovih novih objekata želja predstavlja jedan od izvora adolescentovog dobrog stanja. Blos navodi da je zaljubljivanje jedan od načina suprotstavljanja usamljenosti izazvanoj odvajanjem od roditelja (otklanjanje objekta) (2). Često je svrha ranih "spojeva" stjecanje iskustva sastajanja, a tek kasnije u srednjoj adolescenciji imati djevojku ili mladića proizlazi iz želje za većom bliskošću.

3. Kasna adolescencija je razdoblje u kojem adolescenti počinju na sebe gledati kao na osobe i često razmišljaju o tome tko i kakvi bi željeli biti. Nastoje se oblikovati prema osobinama koje zamjećuju u odraslih koji im imponiraju. Princip stvarnosti sve više prednjači nad principom zadovoljstva, fantaziju nadomješta stvarnost. Povećava se sposobnost točnog opažanja stvarnosti koje je manje ometano psihičkim zahtjevima. Razvijajući ego je sve sposobniji za sve veću složenost u opažanju. Ego može sintetizirati sve više i više različitih podražaja. Sinteza je ključ kasne adolescencije. Erikson vidi ego sintezu kao najvažniji dio te faze (3). U kasnoj adolescenciji mora se postići integracija postignuća srednje adolescencije u području spolnosti u self tj. moraju postojati reprezentacije iskustava iz tog područja koje adolescent doživljava sastavnim dijelom sebe. Reprezentacije se povezuju na unutarnjem, intrapsihičkom planu s preostalim dijelom selfa. To je početak procesa integracije koja stvara nečiji identitet. Identitet

nas povezuje s apstrakcijama koje nas definiraju, a self sa slikama kako i tko smo stvarno u našem svakodnevnom životu. Upoznati sebe jedan je od glavnih zadataka ove faze, a to znači saznati koje se slike o sebi doživljavaju stvarnim. Schafer navodi da formiranje identiteta u kasnoj adolescenciji obuhvaća "istinsku emancipaciju koja izgleda da je građena na preinaci, usklađivanju i selektivnom prihvaćanju i odbacivanju, fleksibilnom ovladavanju i složenim zamjenama i drugim promjenama ciljeva, reprezentacija i obrazaca ponašanja. Te su promjene nužno polagane, suptilne, ambivalentne i fluktuirajuće (4). Narcističke preokupacije u ranoj i srednjoj adolescenciji koje pomažu adolescentu u odvajanju od obitelji i individualizaciji utiru put interesima za stvarni vanjski svijet u kasnoj adolescenciji. Ritvo je istaknuo veliku važnost bliskih seksualnih i emocionalnih odnosa koje adolescenti traže u vanjskom svijetu (5). Partneri u vanjskom svijetu pomažu adolescentima u stabilizaciji odraslih identifikacija. Rani, opterećeni odnosi s primarnim objektima ljubavi (najčešće roditelji) neutraliziraju se preko kontakta sa stvarnim, dopuštenim objektima ljubavi u sadašnjosti. Adatto opisuje razlike između bliskih odnosa kasne adolescencije i onih u ranijim fazama adolescencije (6).

1.2 Razvojne funkcije adolescencije

Veliki dio našeg razumijevanja adolescencije i adolescentne patologije se oslanja na uvid stečen iz razvoja djeteta i iz patologije odraslih. Freud je zaključio da je adolescencija rekapitulacija nečijeg ranijeg života. Također je napisao da se tek nakon puberteta oblikuje "finalna seksualna organizacija". Tijekom adolescencije, od početka puberteta do 21. godine, individua nesvjesno čini izbore koji predstavljaju njegov način pronalaska prihvatljivih rješenja zahtjeva njegova seksualnog tijela, do identifikacije s roditeljima,te do zahtjeva i očekivanja njegove savijesti. Konflikti, neodlučnost i anksioznost se oglašavaju kroz odnos adolescenta prema svom seksualno zrelom tijelu. Do kraja adolescencije on ima stav prema svom tijelu koji odražava njegovo ukupno prethodno životno iskustvo. Tijekom ovog perioda adolescent testira svoje edipovske želje unutar konteksta njegova posjedovanja fizički zdravih genitalija i on pokušava naći kompromisno rješenje između onoga što želi i onoga što je dopušteno. Ovo kompromisno rješenje je ono što definira seksualni identitet osobe. Glavna razvojna funkcija adolescencije je utvrđivanje konačne seksualne organizacije. Svi razvojni zadaci adolescencije – promjena u odnosu na edipovski objekt, promjena u odnosu na vršnjake, promjena u stavu prema

vlastitom tijelu – su dio razvojne funkcije i treba ih promatrati u međusobnom odnosu prije nego odvojeno. U rješavanju ovih zadataka adolescentov odnos s njegovim tijelom je središnji čimbenik. Do adolescencije, osoba osjeća sebe i svoje tijelo kao produžetak majke koja se prva brinula o njemu dok u adolescenciji, kad osoba ima fizički zrelo tijelo, počinje se osjećati vlasnikom svog tijela. Kao posljedica toga adolescent preuzima odgovornost za svoja djela i osjećaje te će on onda osjećati da je aktivno napravio izbor. Adolescent postaje zaštitnikom svog seksualno zrelog tijela i utvrđuje seksualni identitet do kraja adolescencije.

1.3. Priroda adolescentne patologije

Adolescentna patologija je slom u procesu integracije fizički zrelog tijela kao dijela predstavljanja sebe. Što se tiče vremenskog pojavljivanja sloma u ovom razvojnom procesu, ono se događa u pubertetu i ima kumulativni učinak kroz adolescenciju, čije će se posljedice vidjeti u adolescentovom odnosu prema njegovom seksualnom tijelu. Važna komponenta adolescentne patologije jest da je to slom u razvojnom procesu čija je primarna i specifična funkcija utvrđivanje seksualnog identiteta osobe. Patologija je u adolescentovom iskrivljenom pogledu i odnosu na svoje tijelo, nešto što se izražava kroz mržnju, sram ili bijes prema seksualnom tijelu. Adolescentni pacijent doživljava svoje tijelo kao stalnog predstavnika onog što će ga nadjačati s bolnim i zastrašujućim fantazijama i uzbuđenjima. On doživljava svoje tijelo kao konstantni dokaz da je pasivno odustao ili se predao i nesvjesno ga predao majci koja se prva brinula o njemu. Prisustvo patologije kod adolescent uvijek znači da postoje smetnje u odnosu na seksualni život osobe i da je razumijevanje tih smetnji osnova za terapeutski zadatak.

1.4. Pokušaj samoubojstva i povrijeđivanje u adolescenciji

Svjesni i namjerni napad na vlastito tijelo s izgledima ozljeđivanja ili smrti se rijetko događa prije adolescencije. To pokazuje da promjene u metalnom funkcioniranju u adolescenciji omogućuju pojedincu da usmjeri svoju agresiju prema sebi na ove ekstremne načine. Jedna od promjena koje se moraju dogoditi tijekom adolescencije jest odvajanje libidnih veza od prvobitnih objekata da bi osoba stekla psihičku zrelost. Neuspjeh tog procesa igra značajnu ulogu u određivanju pokušaja samoubojstva ili djela samosakaćenja. Libidno odvajanje se postiže

procesom sličnom žalovanju i to odvajanje omogućava adolescentu stvaranje novih neincestuoznih objekata. Neki adolescenti nisu u stanju odreći se libidnih veza prema majkama. Umjesto razvijanja normalnog procesa sličnog žalovanju neki adolescenti reagiraju stanjem sličnim melankoliji. Kod nekih pacijenata se može zapaziti da je priroda odnosa sa majkom znatno ambivalentna tj. intenzivno neprijateljska osjećanja egzistiraju usporedno s podjednako intenzivnim osjećajima ljubavi. Takvi se pacijenti odlikuju malim samopouzdanjem, pretjeranom samokritikom i intenzivnom krivnjom. Upravo te značajke su se stvorile kroz narcističku identifikaciju s majkom i majke su te koje se tako grubo i konstantno napadaju od strane njihova superega. Time dolazimo do stajališta da pokušaj samoubojstva pacijenata uključuje napad na unutarnji objekt i da je taj objekt uvijek majka. Uništavanje tijela adolescent smatra instrumentom kojim se može dati stvarni izraz želji da se ubije majka. Nepromjenjiva značajka kod pacijenata je stalni pozadinski strah od "napuštanja". Riječ "napuštanje" označava osjećaj osobe da je emocionalno potpuno sama, sasvim odsječena od libidnih naknada i zastrašena od pomisli da će je preplaviti njena vlastita agresija. Ovaj strah od napuštanja je u stvari strah ega od napuštanja od strane superega. Iskustvo "napuštanja" djeluje kao mehanizam povlačenja obarača utoliko što potvrđuje adolescentov strah od uništenja objekta te tako i od njegovog izvora bilo koje moguće libidne gratifikacije.

Do sada smo razmatrali okvire utvrđivanja pokušaja samoubojstva i djela samosakaćenja koji potječu iz adolescentovih instinktivnih veza s majkom. Drugi okvir utvrđivanja potječe od promjene odnosa adolescenta prema njegovom tijelu. S dolaskom puberteta pojedinac treba tražiti seksualnu gratifikaciju putem sada sazrijevajućih genitalija i on mora zato doći do osjećaja da više ne želi intimnu fizičku pažnju koju je doživio od majke u djetinjstvu. To je zato što on više nije, kao što je bio u latentnosti, u mogućnosti držati potisnutim seksualne fantazije koje bi bile stimulirane intimnim fizičkim kontaktom s njom. Glavna potreba da izbjegne intimni fizički kontakt s majkom je pojačan adolescentovim osjećajem da je samo njegovo tijelo izvor nagona ka genitalnom ponašanju.

U vrijeme pokušaja samoubojstva, čini se da adolescent doživljava svoje tijelo kao odvojeno od sebe, a ne kao da mu pripada: "umiranje predstavlja ubijanje tijela, a ne mora biti i ubijanje uma". Fantazija smrti također sadrži ideju dubokog mira tj. željeno oslobođenje od

tjelesnih nagona i srodnih fantazija, uklanjanje od mučiteljske svijesti, oslobođenje od gonjenja superega i istovremeno narcistička ravnoteža.

Postoji razlika između samosakaćenja i pokušaja samoubojstva: napadajući tijelo s namjerom sakaćenja, nesvjesna fantazija je uništenje genitalija na koje se gleda kao na izvor nagona; zamjenom, koji god dio tijela je napadnut on tada predstavlja genitalije. Kod pokušaja samoubojstva cijelo tijelo je napadnuto kao izvor nagona. Stanje mira prethodi stvarnom pokušaju samoubojstva, a kod samosakaćenja pacijent opisuje takvo stanje nakon čina. Takvo stanje mira se može shvatiti kao olakšanje da su, usprkos ozljedi, genitalije sigurne. Da pacijenti smatraju čin samosakaćenja kao uklanjanje izvora nagona i kao čin samokažnjavanja može se vidjeti iz činjenice da se ovo olakšanje uvijek osjeća kao rezultat "oslobađanja zloće". Sličnost s orgazmom je nevjerojatna.

1.5. Adolescentni slom i prijenosna neuroza

Kada govorimo o psihopatologiji kod adolescenta misli se na jasne ili opisne znakove patološkog razvoja koji su često vezani za anoreksiju, pokušaj samoubojstva, ovisnost o drogama, akutna psihoza ili više patološki kao što su depresija, neuspjeh u školi, perverzni seksualni razvoj, smetnje pri radu itd. Sam adolescent ne mora smatrati da nešto nije u redu ili ga može uznemiravati osjećaj da je sve bez svrhe, nesposobnost da održi vezu, osjećaj da je na neki način "lud".

Psihopatološka stanja kod adolescenata možemo klasificirati na sljedeći način:

1. ona koji ukazuju da se slom dogodio u vrijeme puberteta
2. ona koji ukazuju da se akutni slom dogodio kasnije u adolescenciji (iako je mogla postojati mogućnost sloma od puberteta nadalje) i
3. ona koja ukazuju na to da je poremećaj po prirodi prolazan tj. sa znakovima da je progresivni razvoj još uvijek u tijeku.

Slom u pubertetu uvijek je povezan izavno s incestuoznim željama adolescenta i ukazuje na prekid u obrambenoj organizaciji koja je takva da je funkcija testiranja realnosti ozbiljno

oštećena, bilo privremeno ili stalno. Slomovi u pubertetu se mogu manifestirati na različite načine: povlačenje od vršnjaka, potajna prisilna masturbacija praćena sadističkim ili perverznim radnjama, iznenadni napadi na edipskog roditelja, fobija od škole koja je mogla početi u pubertetu, negiranje pubertetskih promjena i gotovo svjesni napori da se to tijelo promijeni u pred-pubertetsko, povrede vlastitog tijela, svjesna nastojanja da se umre ili se ubije.

Slom koji se manifestira kasnije u adolescenciji ukazuje da je obrambena organizacija uspješno omogućila adolescentu (čak i ako je privremeno) da nađe neke izgubljene odgovore na svoje izravne incestuozne želje s nešto manjom mogućnošću oštećenja funkcije testiranja realnosti. Kasniji slomovi (kao što se manifestira kod pokušaja samoubojstva, anoreksije, ozbiljne uporabe droge ili ovisnosti, homoseksualnosti, ozbiljnih depresija, iznenadnog neuspjeha u školi) su više znak odbacivanja seksualnog tijela nakon učinjenog napora prema nekoj integraciji fizički zrelih genitalija kao dijela predstavljanja tijela.

Prolazni poremećaji su jednostavno prolazni poremećaji u funkcioniranju, ali sa sposobnošću da se konačno oslanjaju na obrambenu organizaciju, da održavaju nesvjesnim osnovne fantazije i želje te da se ima aktivan odnos prema vlastitom seksualnom tijelu.

Što može biti pokazatelj sloma u pubertetu ili kasnije u adolescenciji? Oslanjamo se na informacije dobivene od adolescenta o odnosu prema njegovom seksualnom tijelu – njegovi prijatelji, vrste događaja, odnosa ili iskustava koja mu pružaju zadovoljstvo, regresivna zadovoljstva, dio koji igra masturbacija (ili njena zamjena). Uz to, ključ je u raznim vrstama prisilnog ponašanja, kvaliteti projekcija, stupnju uporabe negiranja, sadašnjem odnosu s edipskim roditeljima, stupanj u kojem se adolescentove fantazije upliću u njegovu sposobnost svakodnevong funkcioniranja kod kuće, u školi, na poslu i s vršnjacima.

1.6. Prijenosna neuroza i osnovne fantazije u analizama adolescenata

Postoje određeni problemi koji su specifični za adolescentne pacijente i ta specifičnost je vezana za prirodu adolescentne patologije. Patologija je sadržana u slomu procesa integracije slike fizički zrelog tijela kao dijela predstavljanja sebe. Kad se slom dogodi u pubertetu ili

tijekom adolescencije, čini se da ima kumulativni učinak tijekom cijele adolescencije. Slom u pubertetu može biti miran i može proći nezapaženo, ali se može prepoznati izravnom incestuoznom prirodom želja koje nisu u stanju biti potisnute i koje se izražavju raznim radnjama i afektima.

Što god se ranije dogodilo, iskustvo adolescenta ima integrativnu funkciju, s mogućnošću da patologija postane više konačna i da utječe na buduću seksualnu organizaciju ličnosti. Freud je iznio gledište da se fantzije (ili slikovna sjećanja), uglavnom stvorene tijekom godina puberteta, mogu umetnuti između simptoma i djetinjih impresija i zatim izravnije pretvoriti u simptome. Freudovo gledište je važno zbog implikacija da određene fantazije u adolescenciji mogu postati integrirane u patološku seksualnu organizaciju i da je tada ta integracija mnogo manje izmjenjiva nakon adolescencije. On također implicira da analitički tretman može imati preventivnu funkciju zato što može omogućiti adolescentu osjećaj da postoji aktivan izbor ili da integrira ili da odbaci ove fantazije kao dio svoje seksualne organizacije, bolje nego da se pasivno predaje njihovoj snazi i ishodu.

Osnovne fantazije (centralne masturbacijske fantazije) u adolescenciji nam ukazuju na smjer psihoseksualnog razvoja osobe i na potencijalnu abnormalnost. One sadrže razna regresivna zadovoljstva i glavnu seksualnu identifikaciju. Osnovna fantazija je univerzalni fenomen i sama po sebi nema ništa s patologijom, ali u adolescenciji ona konačno postaje integrirana u sliku seksualnog tijela noseći sa sobom smjer seksualnih odnosa i gratifikacije osobe. Kod prijenosne neuroze adolescentnog pacijenta razvojni se slom treba ponovno doživjeti. Sadržaj, isto kao i obrambeni manevar koji se koristi u postupanju sa vlastitim tijelom i za usmjerenje seksualnih želja, postaje potpuno ili privremeno, fokusiran na odnos s analitičarom. Ukoliko u tretmanu ne dođe do ovoga, destruktivna snaga razvojnog sloma ne slabi tijekom cijele adolescencije.

Kritična značajka prijenosne neuroze je potreba adolescenta da pokuša primorati analitičara da sudjeluje u njegovoj seksualnoj patologiji tjeranjem analitičara da preuzme vlast nad adolescentovim djelima i fantazijama, zahtijevajući da analitičar seksualno zavede adolescenta ili da se predstavi kao seksualno i društveno beskoristan. Motivacija izgleda dolazi iz

potrebe adolescentnog pacijenta da uništi svoje seksualno tijelo i da majci natrag ponudi neseksualno tijelo, nastavljajući tako odnos preedipskom majkom i istovremeno pokušavajući uništiti identifikaciju s edipskim roditeljem istoga spola.

1.7. Slika tijela, funkcija masturbacije i adolescencija

Masturbacija i masturbacijske fantazije imaju ulogu u omogućavanju adolescent da uspostavi primat genitalnosti. Pritom moramo obratiti pozornost i na unutarnje faktore koji određuju hoće li ili neće adolescent uspjeti u promjeni slike tijela tako da ta slika uključuje njegove zrele genitalije kao funkcionalne organe.

Neki adolescenti govore o masturbacijskim fantazijama koje po prirodi zvuče veoma regresivno, ali one ozbiljno ne ometaju njihovu društvenu i seksualnu adaptaciju. Drugi adolescenti su iznosili znatno organiziraniju sliku, ali su ipak osjećali da su stigli do mrtve točke u svom razvoju. Doživljavali su masturbaciju ili masturbacijske fantazije kao ponovljene dokaze da s njima nešto nije u redu (i njihove procjene su često bile ispravne). Mrtva točka do koje su adolescenti mislili da su došli predstavlja njihovu svjesnost da nisu u stanju koristiti masturbaciju ili masturbacijske fantazije kao nešto ravnopravno "pokusnoj akciji".

Ne samo da je genitalnost opasna ovim adolescentima, nego su prefalične fantazije nudile takvo zadovoljstvo da su ozbiljno ometale razvoj. Sama priroda ovih regresivnih fantazija sprječavala je njihovu upotrebu kao "pokusnu akciju" za odraslo seksualno ponašanje. Ovi adolescenti osjećali su da u masturbaciji i u pratećim fantazijama proživljavaju stvarna iskustva i da to sadržava zadovoljenje regresivnih želja. Nisu bili u stanju prekinuti taj model i osjećali su da nemaju kontrolu nad svojim tijelom. Smatrali su svoje tijelo ili kao neprijatelje ili nešto sasvim odvojeno od njih samih. U njihovoj potrebi stvaranja osjećaja da im tijela ili ne postoje ili da im ne prijeti opasnost, pribjegavali su raznim sredstvima – pokušaji samoubojstva, uzimanje droge, pretjerano uzimanje hrane. Takvi adolescenti nisu bili u stanju koristiti masturbaciju i fantazije kao konstruktivan korak unaprijeđenja razvoja prema odrasloj dobi, kao što su zasnivanje heteroseksualnih objektnih veza ili primate genitalija.

1.8. Klinička slika depresije

Depresija spada među češće poremećaje i veliki je javnozdravstveni problem. Prema međunarodnoj klasifikaciji bolesti možemo je podijeliti u dva oblika: depresivna epizoda i ponavljajući depresivni poremećaj. Ona je složeni poremećaj koji može dovesti do promjena svih psihičkih i mnogih tjelesnih funkcija te ima veliki utjecaj na socijalno funkcioniranje bolesnika. Depresivno raspoloženje i gubitak interesa ili zadovoljstva su glavni simptomi depresije. Depresivni bolesnici svoje raspoloženje opisuju kao nesretno, loše, tužno, beznadno, prazno, kao iznimnu patnju i duševnu bol ili se tuže na nedostatak osjećaja. Uz to je izražen gubitak interesa za ranije aktivnosti te nemogućnost doživljavanja ugode što može biti izraženo do te razine da se pacijent nalazi u stanju potpune apatije tj. ravnodušnosti i otupjelosti.

Psihomotorne promjene se očituju kao psihomotorna inhibicija ili agitacija pa prema tome govorimo o inhibiranoj ili agitiranoj depresiji. Kod psihomotorne inhibicije imamo usporenje pokreta, oskudnu mimiku usporen tijek misli i govor, tih glas, pacijent rijetko počinje pričati spontano, govori tek uz poticaj i na pitanja odgovara sa dužom latencijom. U izraženijim slučajevima proces može napredovati do stupora što čini katatonu sliku depresije. Agitirana depresija se očituje nemirom: pacijent je stalno u pokretu, ne može sjediti na mjestu ni ležati, trlja rukama po tijelu, može i čupati kosu itd.

U depresivnog bolesnika oslabljeni su i nagoni pa imamo slab apetit, gubitak tjelesne težine, poremećaji spavanja (često noćno i ranojutarnje buđenje) i smanjenje libida. Sniženje vitalnih dinamizama se očituje između ostaloga i suicidalnošću. U rjeđim slučajevima nagonske funkcije su pojačane pa imamo povećanu potrebu za hranom, povećanje tjelesne težine, povećanu potrebu za spavanjem koje je produljeno i prisutno tijekom dana što se često naziva obrnutim vegetativnim simptomima.

Poremećaji koncentracije su česti u depresivnih bolesnika. Pažnja je hipovigilna uz hipertenacitet za depresivne sadržaje tj. pažnja je usmjerena na pesimistična razmišljanja, ideje beznađa i osjećaj manje vrijednosti. Pamćenje može biti promijenjeno po tipu aloamnezija (izvrnuta, pogrešna sjećanja kojima se prošlost krivo tumači).

Kod psihotične depresije imamo sumanute ideje, ideje propasti, osiromašenja, hipohondrijske sumanutosti, nihilističke ideje, ideje proganjanja itd. Sumanute ideje su uglavnom sintimne odnosno sukladne sniženom raspoloženju (ideje krivnje…). Depresija je psihotična ako se javljaju halucinacije u obliku glasova koji kritiziraju ili okrivljuju.

U depresivnih bolesnika su često poremećene vegetativne funkcije pa nalazimo promjene srčanog ritma, krvnog tlaka, hladnoću okrajina, otežano disanje, opstipaciju, suhoću usta, poremećaje menstruacijskog ciklusa, parestezije i bolove (glavobolja, bolovi u mišićima, abdominalna bol). Ukoliko su ovakve smetnje vodeći simptomi bolesti, a afektivnu osnovu nije lako prepoznati, onda govorimo o maskiranoj depresiji.

Većina depresivnih bolesnika ima i pridružene simptome anksioznosti. U nekim slučajevima možemo imati poteškoće u izvršavanju kognitivnih zadataka pa depresija poprima pseudodementni oblik.

Depresivna epizoda može se javiti naglo ili postupno, može trajati od nekoliko tjedana do nekoliko godina. U djece i adolescenata manifestacije depresije se razlikuju s obzirom na razvojne stadije: usporeni rast i razvoj, tjelesni simptomi u djece kao što su bolovi u trbuhu i glavobolja, poteškoće vezane uz koncentraciju, slabiji rezultati u školi, socijalna izolacija i povećana suicidalnost u adolescenata. Učestalost depresije različita je među spolovima te se javlja dva puta češće u žena nego muškaraca, ali među spolovima nema razlike u dobi početka depresije, stresorima koji su prethodili epizodi, psihotičnim simptomima, suicidalnim pokušajima i učestalosti kroniciteta, no kod žena se češće nalaze anksioznost i somatizacija (7,8,9,10,11).

1.9. Dijagnoza depresije

Osnovna metoda za dijagnosticiranje depresije je klinički intervju, a postavlja se na temelju dijagnostičkih kriterija koji su sadržani u međunarodnoj klasifikaciji bolesti. Prema raznolikosti simptoma i njihovom broju, epizodu možemo označiti kao blagu, srednje tešku i

tešku bez psihotičnih simptoma ili sa psihotičnim simptomima. MKB-10 definira blagu depresivnu epizodu prisutnošću dva tipična simptoma i barem dva ostala simptoma, a minimalno trajanje je dva tjedna. Umjerena epizoda ima barem dva tipična i barem tri dodatna simptoma i obično su prisutne teškoće u obiteljskim, radnim ili socijalnim aktivnostima. Teška depresivna epizoda bez psihotičnih simptoma definirana je sa sva tri tipična simptoma i barem četiri druga simptoma, a trajanje je najmanje dva tjedna. U teškoj depresivnoj epizodi često je prisutan somatski sindrom te rizik suicida. Dijagnoza teške depresivne epizode sa psihotičnim simptomima se postavlja ako su uz kriterije za tešku depresivnu epizodu prisutni još i sumanutost, halucincije ili depresivni stupor (12).

Tablica 1. MKB-10 kriteriji za depresivnu epizodu

Tipični depresivni simptomi	**Drugi uobičajeni simptomi**
• Depresivno raspoloženje • Gubitak interesa i uživanja • Smanjenje energije (povećan umor i smanjena aktivnost)	• Smanjena koncentracija i pažnja • Smanjeno samopouzdanje i samopoštovanje • Pojačani osjećaji bezvrijednosti i krivnje • Sumorni i pesimistični pogledi na budućnost • Ideje o samoozljeđivanju ili suicidu • Poremećaj spavanja • Smanjen apetit

1.10. Diferencijalna dijagnoza depresije

U diferencijalnoj dijagnozi depresije potrebno je utvrditi radi li se o unipolarnoj ili bipolarnoj depresiji. Ako imamo samo jednu ili više depresivnih epizoda, radi se o unipolarnoj

depresiji, a ako su postojale i faze povišenog raspoloženja (manija, hipomanija) onda se radi o bipolarnom poremećaju.

Poremećaj prilagodbe s depresivnim raspoloženjem koji se javlja uslijed izloženosti nepovoljnim životnim događajima, anksiozni poremećaji (generalizirani anksiozni poremećaj koji je često i u komorbiditetu s depresijom), perzistirajući poremećaji raspoloženja (distimija i ciklotimija), poremećaji ličnosti, somatoformni poremećaji, shizofrenija i shizoafektivni poremećaj te poremećaji raspoloženja uzrokovani psihoaktivnim tvarima također trebamo uzeti u obzir kao moguću diferencijalnu dijagnozu depresije (7,8,9,10).

1.11. Specifičnosti kliničke slike depresije kod djece i adolescenata

Oblici depresije kod djece i mladih su povezani sa specifičnostima pojedinih razvojnih faza. Trajna tuga, nemogućnost uživanja u aktivnostima koje su im prije bile ugodne, povlačenje, tjelesne tegobe kao što su glavobolje ili bolovi u trbuhu, manjak energije, loša koncentracija, promjene navika prehrane i spavanja ukazuju na depresiju u djece i mladih. Depresivna djeca ili mladi mogu verbalno izraziti želju da ih više nema ili mogu pričati o suicidu, dok depresivni adolescenti mogu početi uzimati alkohol ili droge. Pojava hipohondrijskih smetnja, fobija, bježanje od kuće, antisocijalno ponašanje i delikvencija također mogu upućivati na depresiju.

Depresivna djeca mogu pokazivati znakove prerane zrelosti ili se mogu osjećati "dubljima" u odnosu na "površne" vršnjake. U male, predškolske djece i mlađe školske djece se može pojaviti inhibicija u igri, agitiranost, napadaji plača, enkopreza i enureza, poremećaji apetita i sna, noćni strahovi i inhibicije u učenju. Djeca i mladi koji uzrokuju problem u kući ili školi ne moraju nužno izgledati tužna te roditelji i učitelji ne prepoznaju uvijek poremećeno ponašanje kao znak depresije, ali ako ih se izravno pita, ova djeca mogu reći da se osjećaju tužno.

Malo dijete istraživanju vanjskog svijeta prilazi na način u kojem ne dominira kognicija nego ono kroz akciju pokazuje svoju negativnu reakciju na situaciju koje ga frustrira. Kako dijete

raste prema školskoj dobi, raspoloženja postaju trajnija i manje vezana uz vanjske podražaje. U toj dobi se javlja tuga kao reakcija na frustraciju ili na gubitak. Približavajući se adolescenciji dijete nije više jednostavno tužno nego traži uzrok tome često okrivljujući samog sebe za nešto za što nije krivo. U toj dobi se javlja osjećaj smanjenog samopoštovanja.

U adolescentskom razdoblju način na koje se depresija očituje je sve sličniji depresiji u odrasloj dobi, ali još uvijek postoje razlike. Adolescenti nemaju iskustvo da većina stvari koje donose bol i loše osjećanje s vremenom prolaze i zato se oni boje da ništa ne prolazi te da će patnja i bol koju osjećaju biti vječni. Tako će odbacivanje od vršnjaka adolescent značiti vječno isključenje iz društva, neuspjela veza doživotnu usamljenost, a loša ocjena potpuni akademski neuspjeh (11,12,13).

1.12. Liječenje depresije

Način liječenja ovisi o dobi djeteta. Drugi važan činitelj u liječenju je procjena čimbenika koji su doveli do razvoja depresije. Ciljevi psihodinamske terapije su jačanje selfa, stvaranje konstruktivnijeg selfa, okretanje agresije prema van bez osjećaja krivnje.

Farmakoterapija kod djece i adolescenata nije prvi izbor u liječenju, ali je u nekim slučajevima neophodna uz psihoterapiju. Važno je dobro educirati roditelje o lijeku da bi se izbjegao strah i nesigurnost i da bi dobili što bolju suradljivost. Lijek izbora su antidepresivi iz skupine selektivnih inhibitora povratne pohrane serotonina (SIPPS). Američka agencija za hranu i lijekove službeno je odobrila samo fluoksetin za liječenje depresije u djece i adolescenata, dok je ecitalopram odobren samo za djecu stariju od 12 godina. Podnošljivost lijekova je dobra, ali se ipak mogu razviti nuspojave, posebice prilikom prve faze liječenja. Najčešće su to mučnina, povraćanje, nesanica, agitacija, glavobolja, smanjenje apetita, dezinhibirano ponašanje i impulzivnost. Poseban oprez je izazvala studija Američke agencije za hranu i lijekove koja je ukazala da antidepresivi mogu pogoršati ili izazvati suicidalne ideje kod djece i adolescenata posebno u početnoj fazi liječenja. Preporuka je da se dijete motri jednom tjedno u prvom mjesecu liječenja, svaki drugi tjedan u sljedećem mjesecu te poslije 12. tjedna mjesečne kontrole.

Prilikom kontrola moramo obratiti pozornost na ideje vezane uz smrt i umiranje, samoozljeđivanje, osjećaj nemira, nesanicu, socijalnu izolaciju, pogoršanje akademskog uspjeha i pojačanu agresivnost (14).

2. CILJ ISTRAŽIVANJA

Primarni cilj ovog istraživanja je utvrditi specifičnosti depresije u ranoj, srednjoj i kasnoj adolescenciji, učestalost depresije po dobi adolescenata te raspodjelu depresije po spolu. Također je cilj prikazati komorbiditetna stanja koja su najčešća u adolescenciji, analizirati njihovu učestalost s obzirom na tri faze adolescencije te analizirati promjene komorbiditeta koje se događaju s povećanjem dobi adolescenta.

3. MATERIJAL I METODE

3.1. Ustroj istraživanja

Istraživanje je prema ustroju kvalitativno istraživanje, dok je po intervenciji i obradi podataka deskriptivnog tj. opisnog tipa. U istraživanje su uključeni adolescenti s dijagnozom depresije koji su posjećivali ambulantu za dječju i adolescentnu psihijatriju pri Poliklinici za rehabilitaciju osoba sa smetnjama u razvoju u Splitu.

3.2. Metode prikupljanja podataka i opis istraživanja

Podaci potrebni za istraživanje prikupljeni su iz medicinske dokumentacije Poliklinike za rehabilitaciju osoba sa smetnjama u razvoju u Splitu. Analizirani su sljedeći parametri:

- Dob i spol pacijenta
- Postavljena dijagnoza pacijenta
- Poremećaji prehrane
- Autodestruktivno ponašanje
- Ovisničko ponašanje
- Psihotična depresija
- Opsesivno kompulzivni poremećaj
- Poremećaj ponašanja
- Selektivni mutizam
- Školska fobija
- Epilepsija
- Depresija povezana s organskim uzrocima
- Tikovi i mucanje
- Somatoformni poremećaji

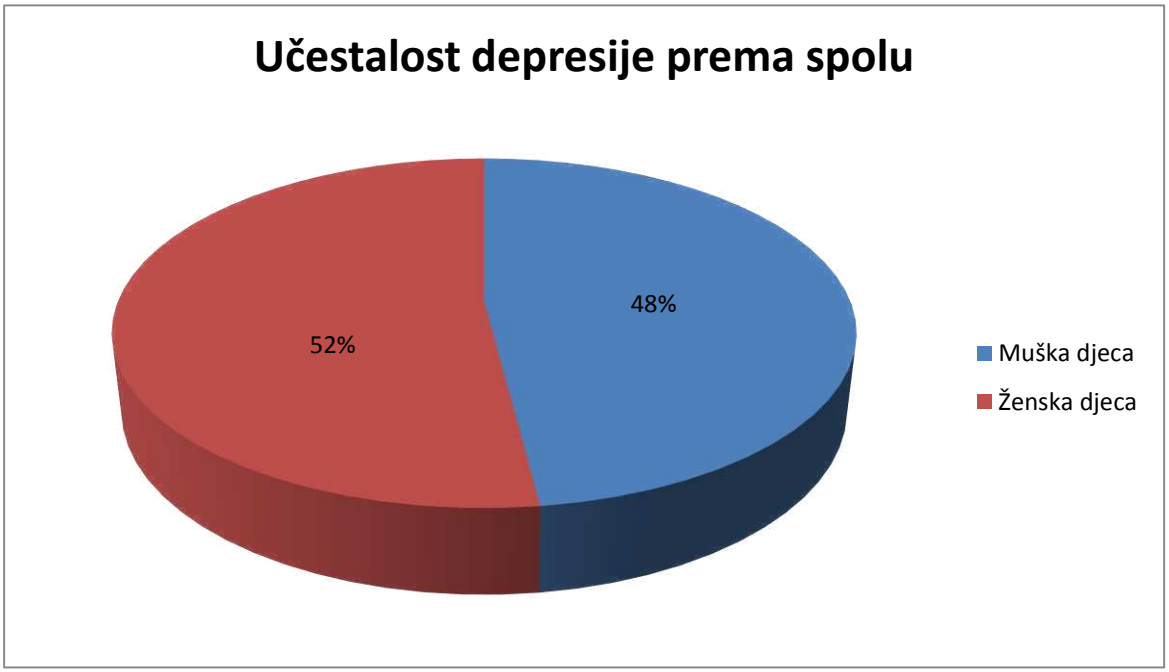
3.3. Statistička obrada podataka

Podaci su uneseni i analitički obrađeni u programu Microsoft Office Excel 2010.

4. REZULTATI

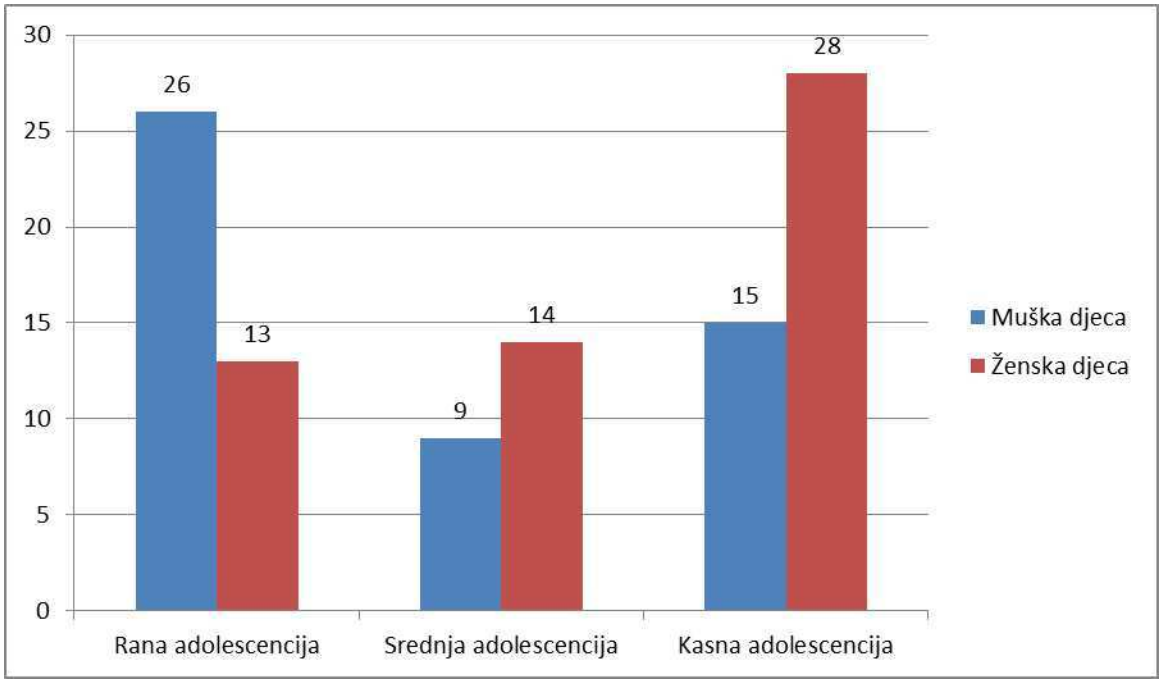
Ovim istraživanjem analizirano je 105 pacijenata s depresijom. Uz depresiju, analizirane su i neke od specifičnosti adolescentne depresije i druge bolesti koje su pratile depresiju: poremećaj prehrane, autodestruktivno ponašanje, ovisničko ponašanje, psihotična depresija, opsesivno kompulzivni poremećaj, poremećaj ponašanja, selektivni mutizam, školska fobija, epilepsija, tik, mucanje, somatoformni poremećaj i organski uzroci.

Što se tiče raspodjele depresije prema spolu, nešto je učestalija kod adolescentica s 52% (55) za razliku od adolescenata kod kojih je bila zastupljena u postotku od 48% (50).



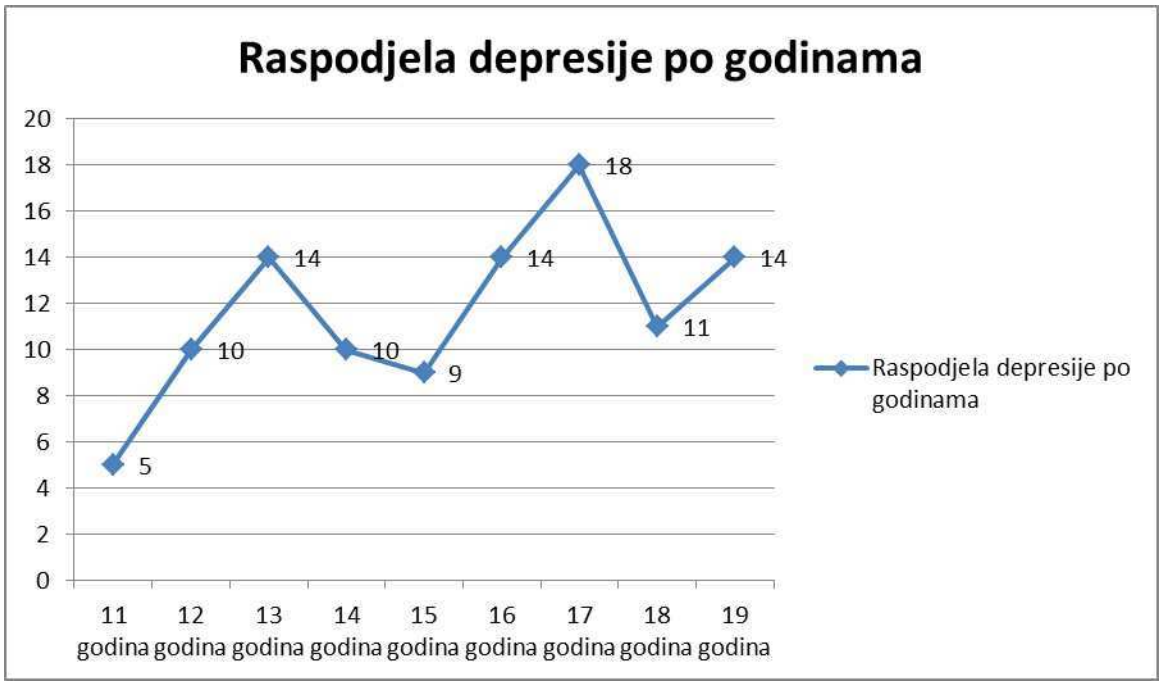
Slika 1. Učestalost depresije prema spolu

S obzirom da se adolescencija dijeli na ranu, srednju i kasnu, raspodjela depresije prema fazama adolescencije i prema spolu je bila slijedeća: u ranoj adolescenciji bilo je više depresivnih dječaka (26) u odnosu na djevojčice (13). Za razliku od rane, u srednjoj i kasnoj adolescenciji je depresija bila izraženija u adolescentica, u srednjoj 14 depresivnih adolescentica prema 9 depresivnih adolescenata i u kasnoj adolescenciji 28 adolescentica prema 15 adolescenata.



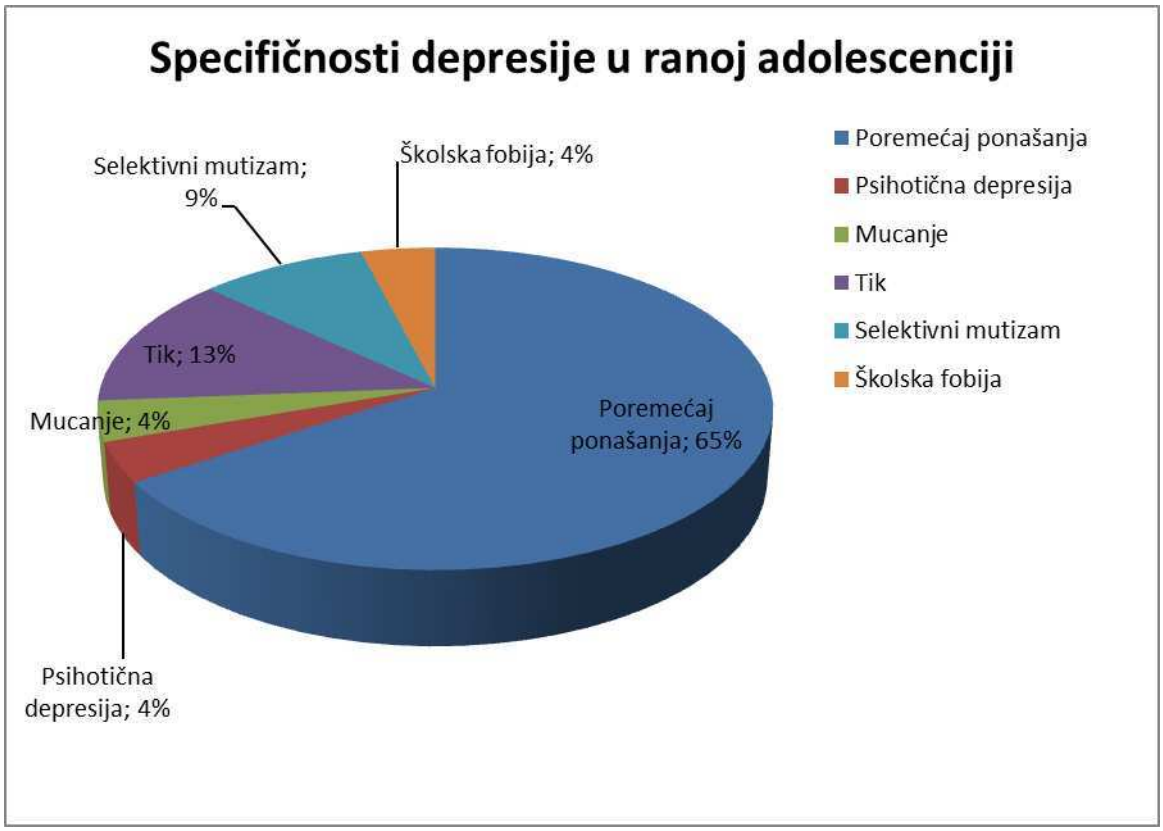
Slika 2. Raspodjela depresije prema spolu i fazama adolescencije

Različite dobne skupine imaju različitu učestalost javljanja depresije. Najveća učestalost depresije bila je u 17. godini s 17% (18) te u 13. , 16. i 19. godini s po 13% (14). Ostale dobne skupine bile su prema učestalosti slijedeće: 18. godina 10% (11), 14. i 12. godina svaka sa po 9% (10), 15. godina 8% (9) i 11. godina 5% (5).



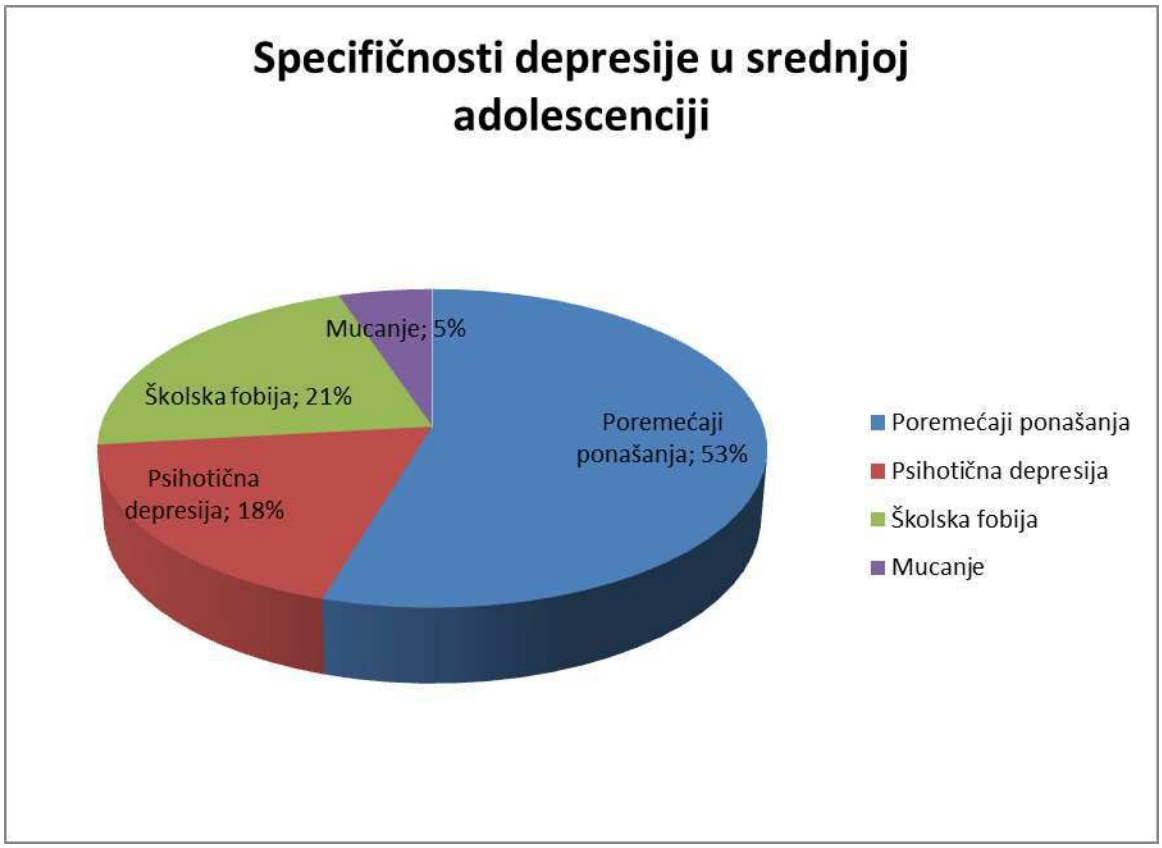
Slika 3. Raspodjela depresije po godinama

Što se tiče specifičnosti depresije u ranoj adolescenciji je najveća učestalost poremećaja ponašanja 65% (15), tikova 13% (3) te selektivnog mutizma 9% (2). Ostali pacijenti su mucali 4% (1), imali psihotičnu depresiju 4% (1) ili školsku fobiju 4% (1).



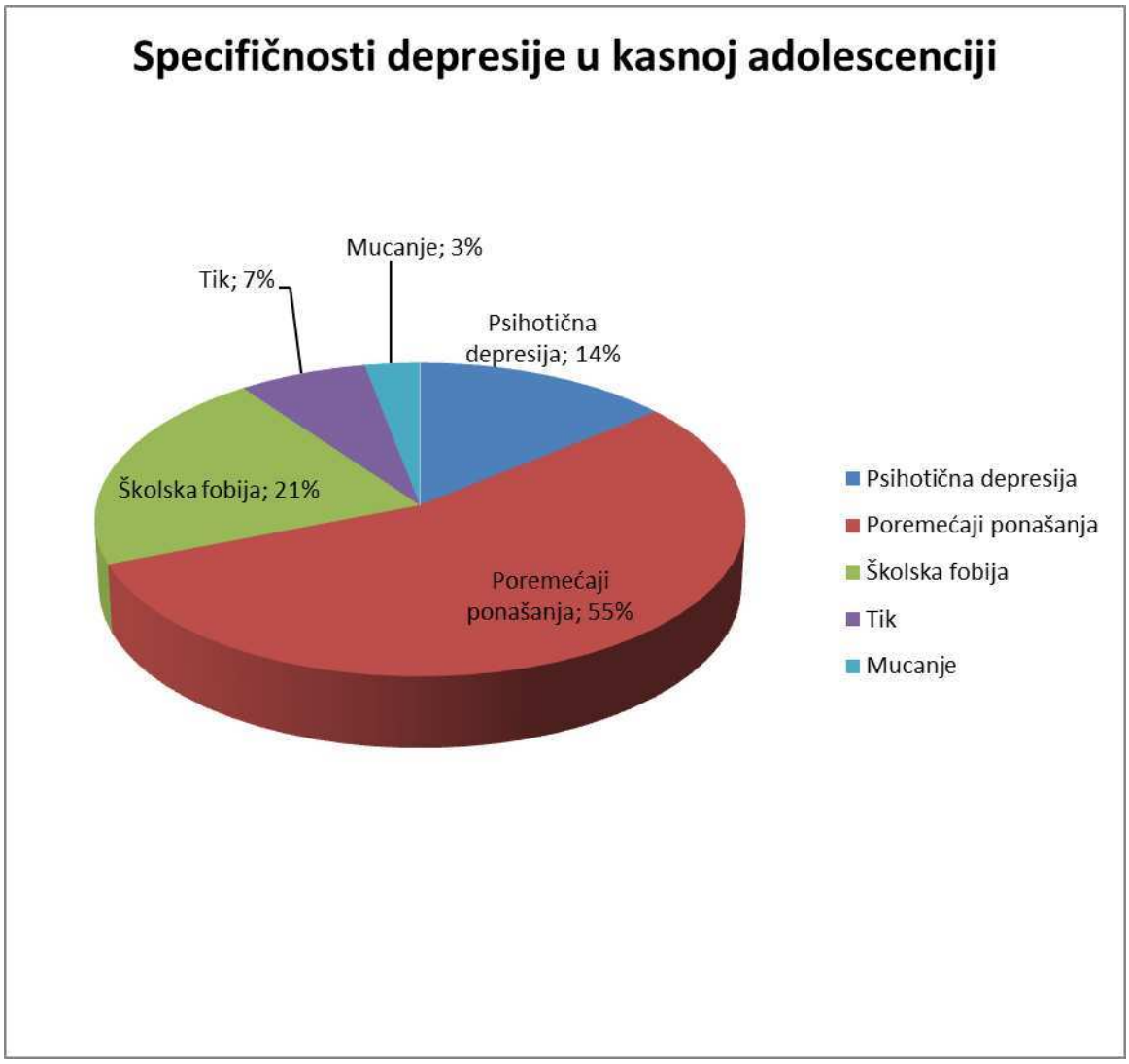
Slika 4. Specifičnosti depresije u ranoj adolescenciji

U srednjoj adolescenciji ponovno dominiraju poremećaji ponašanja 53% (9) a slijede ih psihotična depresija 18% (3), školska fobija 21% (4) i mucanje 5% (1).



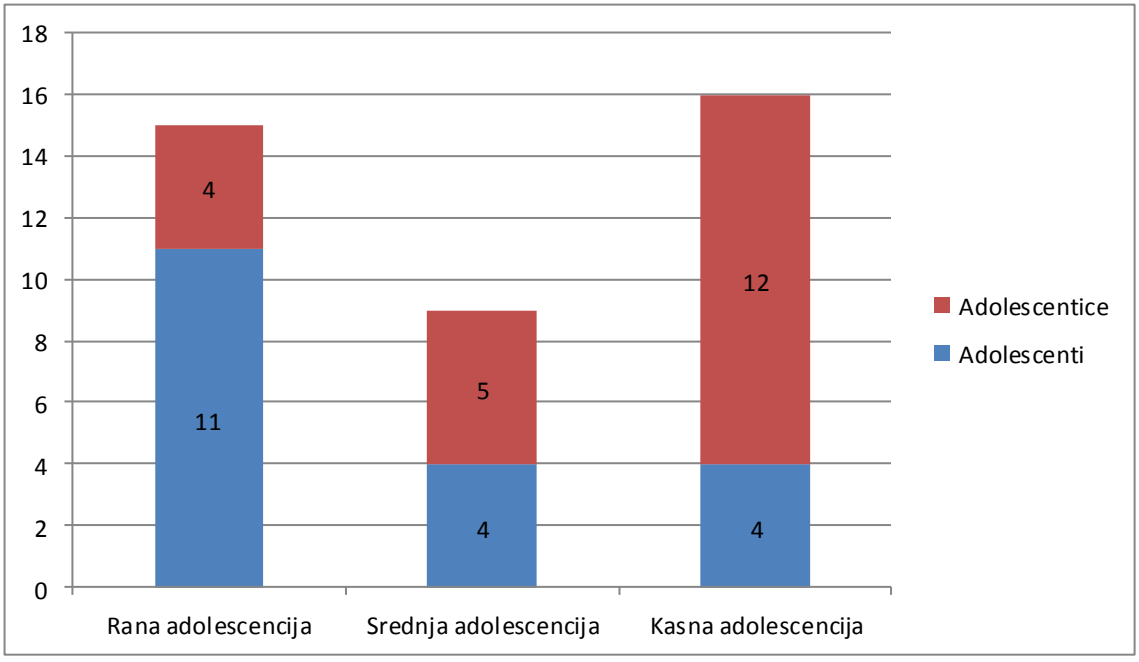
Slika 5. Specifičnosti depresije u srednjoj adolescenciji

U kasnoj adolescenciji kao i u ranoj i srednjoj, najveća je učestalost poremećaja ponašanja 55% (16). Nakon poremećaja ponašanja slijedi školska fobija 21% (6) i psihotični oblici depresije 14% (4) . Manji broj adolescenata je imao tik 7% (2) ili su mucali 3% (1).



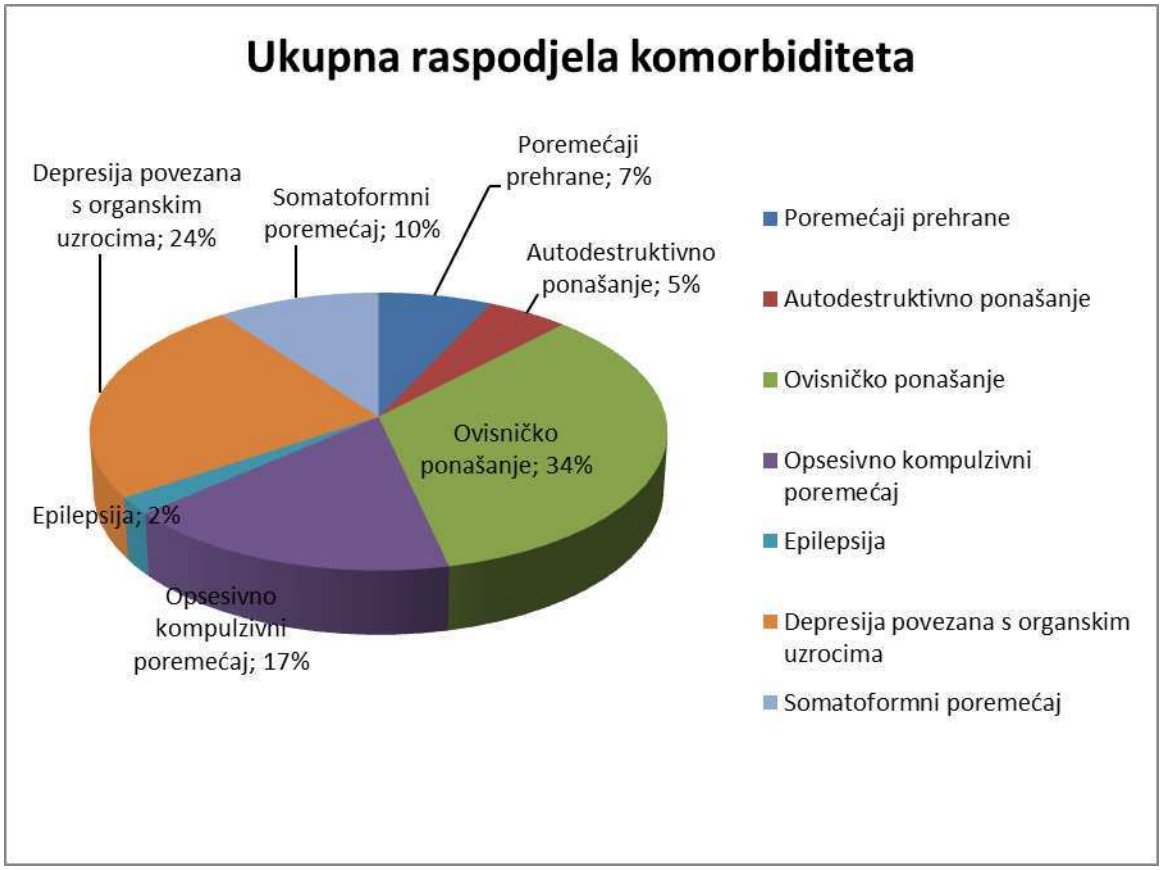
Slika 6. Specifičnosti depresije u kasnoj adolescenciji

Poremećaji ponašanja su se pojavljivali u velikog broja analiziranih adolescenata. Važno je naglasiti da su oni dio kliničke slike depresije, ali i zasebna dijagnostička kategorija. U adolescenciji postoji veliki broj depresivnih koji zadovoljavaju i kriterije za poremećaje ponašanja. Stoga je jako važno kod djece koji pokazuju poremećaje ponašanja razmišljati i o komorbiditetnoj depresiji. U sklopu poremećaja ponašanja u adolescenciji mogu se pojaviti: agresija prema ljudima i životinjama, tučnjave, uništavanje imovine, laži, krađe u trgovini, ostajanje noću izvan kuće usprkos roditeljskoj zabrani, bježanje od kuće i markiranje u školi. Iz slike 7. možemo primijetiti da su u ranoj adolescenciji muški adolescenti skloniji poremećajima ponašanja 73% (11) prema 27% (4), u srednjoj se omjer izjednačava s 44% muških (4) prema 56% (5) ženskih dok u kasnoj adolescenciji poremećaji ponašanja dominiraju kod ženskog spola 75% (12) prema 25% muških (4).



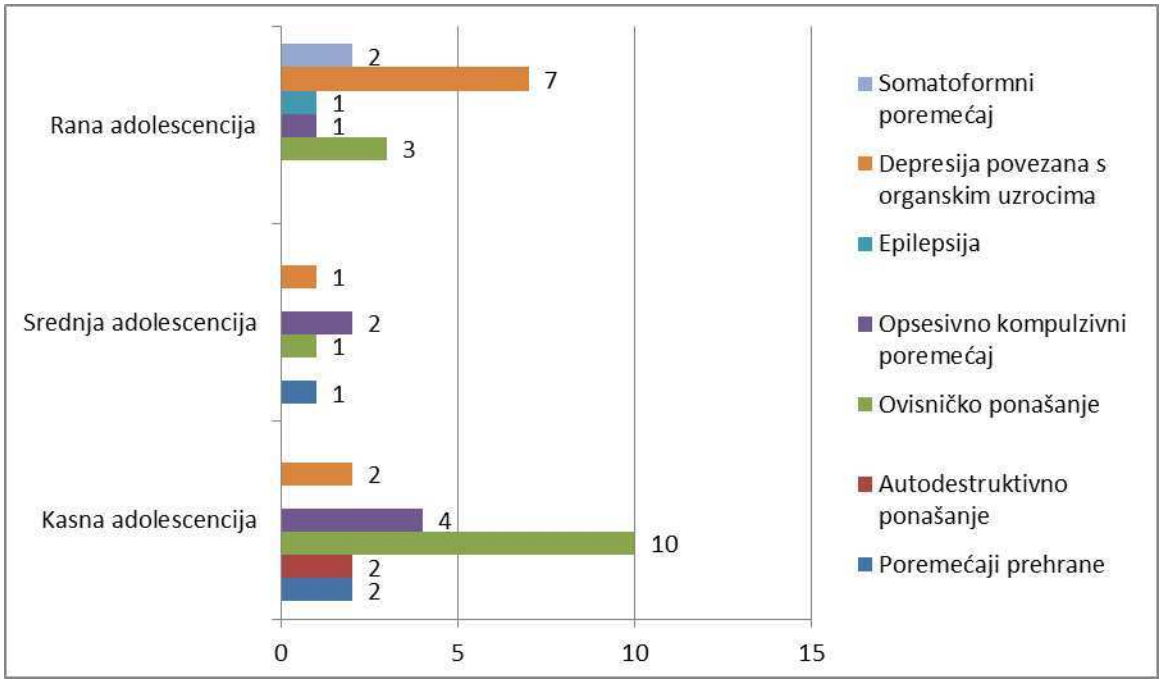
Slika 7. Raspodjela poremećaja ponašanja kroz faze adolescencije

U komorbiditetu smo analizirali poremećaje prehrane, autodestruktivno ponašanje, ovisničko ponašanje, opsesivno kompulzivni poremećaj, epilepsiju, organske uzroke depresije i somatoformni poremećaj. Najveću učestalost u komorbiditetu je imalo ovisničko ponašanje koje čini čak 34% ukupnog komorbiditeta (14). Na drugom mjestu je depresija povezana s organskim uzrocima koja čini 24% ukupnog komorbiditeta (10). Organski uzroci s kojima je depresija bila povezana u našem istraživanju su bili: enkopreza, autoimmune bolesti, iritabilni kolon, Crohnova bolest i enureza. 17% ukupnog komorbiditeta otpada na opsesivno kompulzivni poremećaj (7), 10% na somatoformni poremećaj (4), 7% na poremećaje prehrane (3), 5% na autodestruktivno ponašanje (2) i 2% na epilepsiju (1).



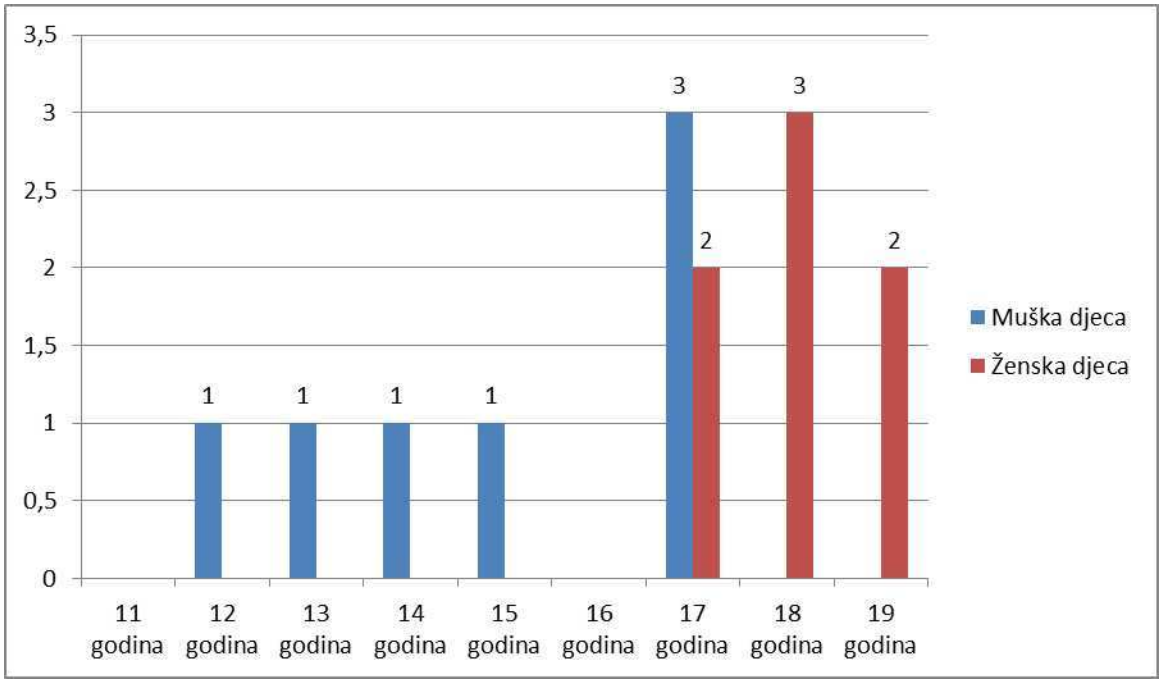
Slika 8. Ukupna raspodjela komorbiditeta

Da bi pokazali raspodjelu ovih komorbiditetnih stanja prema dobi, moramo analizirati njihovu prisutnost u trima fazama adolescencije. U ranoj adolescenciji dominiraju depresije povezane s organskim uzrocima (7), ovisničko ponašanje (3) i somatoformni poremećaj (2). U srednjoj adolescenciji najviše je bilo opsesivno kompulzivnog ponašanja (2), a slijede depresija povezana s organskim uzrocima (1), ovisničko ponašanje (1) i poremećaj prehrane (1). U kasnoj adolescenciji najviše adolescenta je pokazivalo ovisničko ponašanje (10). Slijedi opsesivno kompulzivni poremećaj (4) te depresija povezana s organskim uzrocima (2), autodestruktivno ponašanje (2) i poremećaji prehrane (2). Iz ovih rezultata možemo zaključiti da je u ranoj adolescenciji najučestlija depresija povezana s organskim uzrocima te da je ovisničko ponašanje dominantno u kasnijim fazama adolescencije. Također i opsesivno kompulzivni poremećaj pokazuje tendenciju sporog rasta od rane prema kasnoj adolescenciji.



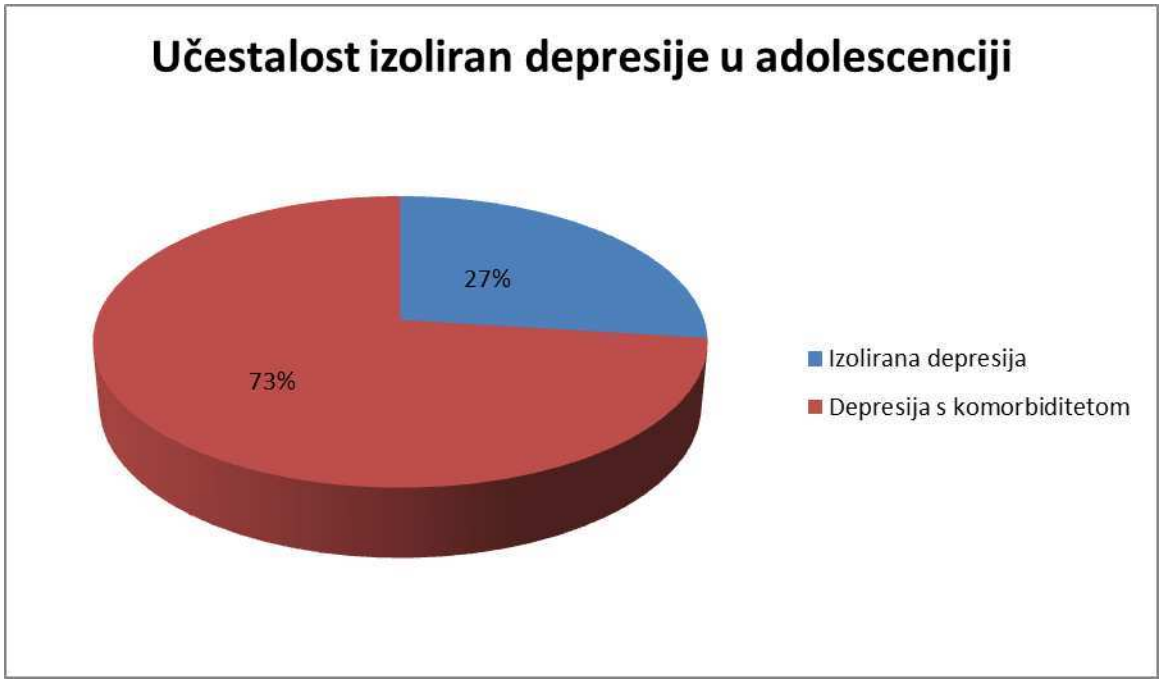
Slika 9. Raspodjela komorbiditeta po fazama adolescencije

Ukupni broj adolescenata s ovisničkim ponašanjem bio je 14. Broj muške djece s ovisničkim ponašanjem bio je 7, a ženske djece s ovisničkim ponašanjem također je bilo 7. Možemo primijetiti da je u ranoj i srednjoj adolescenciji ovisničko ponašanje dominantno u muške djece i u tim slučajevima se radi o ovisnosti o kompjuterskim igricama za razliku od kasne adolescencije u kojoj dominira ovisničko ponašanje kod ženskih adolescenta i u tim slučajevima se radi o ovisnosti o raznim drogama.



Slika 10. Raspodjela djece s ovisničkim ponašanjem

U analiziranih adolescenata depresija se pojavljivala u izoliranom obliku, bez komorbiditeta i zajedno s prethodno nabrojenim stanjima tj. komorbiditetom. Važno je primijetiti iz slike 11. da je učestalost izolirane depresije samo 27% (28) u odnosu na depresiju s komorbiditetom koje čini 73% (77). Iz toga se vidi da je u adolescenciji depresija u većini slučajeva maskirana komorbiditetnim stanjima.



Slika 11. Učestalost izolirane depresije u adolescenciji

5. RASPRAVA

Depresija je bolest koja muči sve veći broj ljudi današnjice i spada među najčešće poremećaje. Kako u odraslih, tako i u adolescenata, ozbiljan je problem. Hafsa Raheel je u svom istraživanju pronašao da su 30% adolescentica u školama u Riyadhu depresivne (15). Također, Al-Gelban je, analizirajući učestalost depresije, stresa i anksioznosti saudijskih adolescenata, pronašao da čak 38.2% adolescenata ima depresiju (16).

U našem istraživanju utvrdili smo da je depresija nešto učestalija kod adolescentica – 52% pacijenata bile su adolescentice prema 48% adolescenata. Isto tako smo utvrdili da je najveći broj naših depresivnih pacijenata imao 17 godina. Posebno je zanimljiva analiza raspodjele depresije prema spolu i fazama adolescencije, gdje smo pronašli da u ranoj adolescenciji većinu pacijenata čine adolescenti, u srednjoj adolescenciji taj omjer se izjednačio, da bi se u potpunosti obrnuo u korist adolescentica u kasnoj adolescenciji.

Analizom specifičnosti depresije otkrili smo da se poremećaji ponašanja pojavljuju u velikog broja adolescenata. Zanimljivo je da u ranoj adolescenciji većinom dječaci pokazuju poremećaje ponašanja u odnosu na djevojčice. Taj omjer se izjednačava u srednjoj adolescenciji da bi se u kasnoj adolescenciji preokrenuo u korist adolescentica.

U komorbiditetu vodeće je ovisničko ponašanje, a potom slijedi depresija uzrokovana organskim uzrocima te opsesivno kompulzivni poremećaj.

Depresija mijenja obličje od rane do kasne adolescencije. U početku se prikazuje poremećajima ponašanja da bi kasnije manifestirala ovisničkim ponašanjem, u početku kao ovisnost o kompjuterskim igricama pa kasnije o psihoaktivnim sredstvima. Tijekom vremena u srednjoj i kasnoj adolescenciji dominiraju klasični simptomi depresije uz autodestruktivno ponašanje u vidu rezanja ili izgladnjivanja koje je mahom vezano uz ženski spol. Kod značajnog broja pacijenata došlo je do psihičkog regresa psihotičnog intenziteta (rana adolescencija 4%, srednja adolescencija 18% i kasna adolescencija 14%) uz paranoidne i suicidalne ideacije sa izrazito lošom slikom o sebi.

Vrlo često kronične upalne i autoimune bolesti idu uz depresivno raspoloženje, a ponekad i uz punu kliničku sliku depresije. Zaostala enureza i enkopreza kod djece i adolescenata znatno narušava socijalni aspekt te dovodi do izolacije, loše integracije u skupinu te poremećene slike koju takvi pojedinaci imaju o sebi. Mark Ferro je u studiji koja je istraživala povezanost astme i alergija na hranu sa simptomima anksioznosti i depresije, pronašao da su ta stanja povezana sa povećanim rizikom pojave simptoma depresije (17). Slične rezultate je imao i Min Chul Kim koji je istraživao povezanost depresije s upalnim bolestima crijeva i zaključio je da značajan broj pacijenata s upalnom bolesti crijeva ujedno imaju i anksioznost ili depresiju (18).

S obzirom da je 73% naših pacijenata imalo depresiju sa komorbiditetom, možemo zaključiti da depresija češće ide u kombinaciji s nekom drugom bolesti.

Postoji razlika među spolovima u izboru ovisničkog ponašanja. Dječaci u ranoj adolescenciji mahom su ovisni o kompjuterskim igricama dok djevojčice pokazuju više autoagresivno ponašanje – rezanje. Otprilike u jednakom omjeru pokazuju izrazitu anksioznost koja se manifestira na tjelesnoj razini tikovima i mucanjem. Megan Schuler je istraživala povezanost uzimanja raznih psihoaktivnih droga i alkohola s simptomima depresije u adolescenata i pronašla je da značajnu povezanost ima pušenje marihuane s simptomima depresije u dobi od 12 do 31 godine (19).

Progresijom anksioznih simptoma 7 pacijenata je zadovoljilo kriterije za opsesivno kompulzivni poremećaj. Guy Goodwin je napisao rad o preklapanju anksioznosti, depresije i opsesivno kompulzivnog poremećaja te dolazi do zaključka da je dijagnoza depresije, anksioznih poremećaja i opsesivno kompulzivnog pormećaja sasvim logična na temelju početnih simptoma po kojima se ova stanja razlikuju, ali da može postojati zajednički osjećaj anksioznosti i disforije u svim trima stanjima i da razlog preklapanja ovih pormećaja leži u zajedničkoj neurobiološkoj osnovi (20).

Kod 3 pacijentice došlo je do potpunog odbijanja prihvaćanja odrastanja koje se manifestiralo odbijanjem hranjenja i kliničkom slikom anoreksije. David Jimerson je istraživao

povezanost serotoninske disregulacije u depresivnih i njenu ulogu upovećanoj prevalenciji depresivnih epizoda u osoba s poremećajima prehrane (21).

Dugoročne kronične neurološke bolesti kao glavobolje i epilepsija dovode do iskrivljene slike o sebi i izbjegavajućeg ponašanja te izostajanja s nastave što u konačnici dovodi do osjećaja izolacije, nezadovoljstva te javljanja simptoma depresije. Magdalena Bosak je istraživala prevalenciju depresije u pacijenata s epilepsijom i pronašla je prevalenciju depresije od 29,1% te izdvojila dob, učestalost napadaja i upotrebu okskarbazepina kao varijable koje su bile povezane s depresijom (22).

6. ZAKLJUČCI

Na temelju provedenog istraživanja na djeci kojoj je postavljena dijagnoza depresije mogu se izvesti sljedeći zaključci:

1. Depresija se pojavljuje nešto češće u adolescentica (52%) u odnosu na adolescente (48%).
2. U ranoj adolescenciji više je dječaka depresivno dok se u kasnoj adolescenciji omjer okreće u korist adolescentica.
3. Najviše depresivnih adolescenata spade u dobnu skupinu od 17 godina.
4. U svim trima fazama adolescencije izrazito su česti poremećaji ponašanja.
5. U ranoj adolescenciji uz poremećaje ponašanja učestala je pojava tikova.
6. U srednjoj i kasnoj adolescenciji osim poremećaja ponašanja, pojavljuju se, ali manje često psihotična depresija i školska fobija.
7. Poremećaji ponašanja su češći u dječaka u ranoj adolescenciji, zatim se taj omjer izjednačava u srednjoj da bi u kasnoj adolescenciji poremećaji ponašanja bili češći u adolescentica.
8. Od komorbiditetnih stanja, ovisničko ponašanje je najčešće (34%).
9. Uz ovisničko ponašanje značajan dio komorbiditeta otpada na depresiju povezanu s organskim uzrocima (24%) te opsesivno kompulzivni poremećaj (17%).
10. U ranoj adolescenciji najčešće komorbiditetno stanje je depresija povezana s organskim uzrocima.
11. U srednjoj adolescenciji od komrbiditetnih stanja najčešći je opsesivno kompulzivni poremećaj.
12. U kasnoj adolescenciji od komorbiditetnih stanja najčešće je ovisničko ponašanje.
13. U ranoj i srednjoj adolescenciji, ovisničko ponašanje je češće u dječaka i očituje se ovisnošću o kompjuterski igricama dok je u kasnoj adolescenciji češće kod djevojčica i očituje se zloporabom raznih psihoaktivnih supstanci.
14. Depresija s komorbiditetom (73%) je češća od izolirane depresije (27%).

7. LITERATURA

Literatura

1. Offer D, Ostrov E, Howard KI. The Adolescent: A psychological Self - Portrait. New York: Basic Books; 1981.
2. Blos P. On Adolescence. New York: Free Press; 1962.
3. Erikson E. Identity and the life cycle. Psychological Issues; 1959;1:680-4.
4. Schafer R. Concepts of self and identity and the experience of separation - individuation in adolescence. Psychoanalytic Quarterly; 1973;42:42-59.
5. Ritvo S. Late adolescence: developmental and clinical considerations. Psychoanalytic study of the Child. New York: Quadrangle Books; 1971;26:241-63.
6. Adatto CP. Late adolescence to early adulthood. U: Greenspan S, Pollock G, ur. The Course of Life, vol. IV, Adolescence. Madison, CT: International Universities Press; 1991;357-75.
7. Jakovljević M. Depresivni poremećaji: Od ranog prepoznavanja do uspješnog liječenja. Zagreb: Pro Mente; 2003;2:29-48.
8. Begić D. Poremećaji raspoloženja. U: Begić D. Psihopatologija. Zagreb: Medicinska naklada; 2011;244-61.
9. Dodig G. Klinička slika bipolarnog poremećaja raspoloženja. U: Bipolarni afektivni poremećaj. Zagreb: Belupo; 2007;43-7.
10. Sadock BJ, Sadock VA. Mood disorders. In: Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Lippincon Williams & Wilkins; 2007;527-78.
11. Rudan V, Tomac A. Depresija u djece i adolescenata. Medicus. 2009;18(2):173-9.
12. Weller EB, et al. Depressive disorders in children and adolescents. In: Lewis M, ed. Child and Adolescent Psychiatry: A comprehensive Textbook. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.
13. Ercegović N. Poremećaji raspoloženja. U: Nikolić S, Marangunić M i sur. Dječja i adolescentna psihijatrija. Zagreb: Školska knjiga; 2004;246-87.
14. Bemporad JR. Psychodynamic treatment of depressed adolescents. J clin Psychiatry; 1988;49 (Suppl):26-31.
15. Guyatt Raheel H. Depression and Associated Factors among Adolescent Females in Riyadh, Kingdom of Saudi Arabia, A Cross-sectional Study. Int J Prev Med. 2015;6:90.

16. Al-Gelban KS. Depression, anxiety and stress among Saudi adolescent school boys. J R Soc Promot Health. 2007 Jan;127(1):33-7.
17. Ferro MA, Van Lieshout RJ, Scott JG, Alati R, Mamun AA, Dingle K. Condition-Specific Associations of Symptoms of Depression and Anxiety in Adolescents and Young Adults with Asthma and Food Allergy. J Asthma. 2015 Nov;5:1-26.
18. Kim MC, Jung YS, Song YS, Lee JI, Park JH, Sohn CI, Choi KY, Park DI. Factors Associated with Anxiety and Depression in Korean Patients with Inactive Inflammatory Bowel Disease. Gut Liver. 2015 Oct; doi: 10.5009/gnl15188.
19. Schuler MS, Vasilenko SA, Lanza ST. Age-varying associations between substance use behaviors and depressive symptoms during adolescence and young adulthood. Drug Alcohol Depend. 2015 Oct; pii: S0376-8716(15)01687-7.
20. Goodwin GM. The overlap between anxiety, depression, and obsessive-compulsive disorder. Dialogues Clin Neurosci. 2015 Sep;17(3):249-60.
21. Jimerson DC, Lesem MD, Kaye WH, Hegg AP, Brewerton TD. Eating disorders and depression: is there a serotonin connection? Biol Psychiatry. 1990 Sep;28(5):443-54.
22. Bosak M, Turaj W, Dudek D, Siwek M, Szczudlik A. Depressogenic medications and other risk factors for depression among Polish patients with epilepsy. Neuropsychiatr Dis Treat. 2015 Sep;11:2509-17.

8. SAŽETAK

Cilj ovog istraživanja je utvrditi specifičnosti depresije u ranoj, srednjoj i kasnoj adolescenciji, učestalost depresije po dobi adolescenata te raspodjelu depresije po spolu. Također je cilj prikazati komorbiditetna stanja koja su najčešća u adolescenciji, analizirati njihovu pojavnost s obzirom na tri faze adolescencije.

U istraživanje su uključeni adolescenti s dijagnozom depresije koji su posjećivali ambulantu za dječju i adolescentnu psihijatriju. Podaci potrebni za istraživanje prikupljeni su iz medicinske dokumentacije Poliklinike za rehabilitaciju osoba sa smetnjama u razvoju u Splitu. Podaci su uneseni i analitički obrađeni u programu Microsoft Office Excel 2010.

Ovim istraživanjem analizirano je 105 pacijenata s depresijom. Što se tiče raspodjele depresije prema spolu, nešto je učestalija kod ženske djece s 52%. U ranoj adolescenciji bilo je više depresivnih dječaka. Za razliku od rane, u srednjoj i kasnoj adolescenciji je depresija bila izraženija u adolescentica. Najveća učestalost depresije bila je u 17. godini.

Što se tiče specifičnosti depresije u ranoj adolescenciji je najveća učestalost poremećaja ponašanja, tikova, te selektivnog mutizma. U srednjoj adolescenciji ponovno dominiraju poremećaji ponašanja a slijede ih psihotična depresija, školska fobija i mucanje. U kasnoj adolescenciji kao i u ranoj i srednjoj, najveća je učestalost poremećaja ponašanja nakon kojih slijedi školska fobija i psihotični oblici depresije.

Najveću učestalost u komorbiditetu je imalo ovisničko ponašanje koje čini čak 34% ukupnog komorbiditeta. Na drugom mjestu je depresija povezana s organskim uzrocima koja čini 24% ukupnog komorbiditeta. 17 % ukupnog komorbiditeta otpada na opsesivno kompulzivni poremećaj. U ranoj adolescenciji dominira depresija povezana s organskim uzrocima, u srednjoj najviše je bilo opsesivno kompulzivnog ponašanja, a u kasnoj adolescenciji najviše adolescenata je pokazivalo ovisničko ponašanje. U ranoj i srednjoj adolescenciji ovisničko ponašanje je dominantno u muške djece i u tim slučajevima se radi o ovisnosti o kompjuterskim igricama za razliku od kasne adolescencije u kojoj dominira ovisničko ponašanje kod ženskih adolescenta i tim slučajevima se radi o ovisnosti o raznim drogama. Učestalost izolirane depresije je samo 27% u odnosu na depresiju s komorbiditetom koje čini 73%.

Depresija mijenja obličje od rane do kasne adolescencije. Nešto je učestalija kod adolescentica te je u velikom broju slučajeva popraćena poremećajima ponašanja. Ovisničko ponašanje često prati depresiju te postoji razlika među spolovima u izboru ovisničkog ponašanja.

9. SUMMARY

Depression in adolescents and comorbidity

The aim of this study was to determine the distinctiveness of depression in the three phases of adolescence, the frequency of depression according to the age of the adolescents and the distribution of depression by gender. Also our goal was to show the comorbid conditions that are most common in adolescence, analyze their appearance according to the three phases of adolescence.

The study included adolescents that were diagnosed with depression and frequented the infirmary for child and adolescent psychiatry. The data was collected from the medical documentation of the Polyclinic for rehabilitation of persons with developmental difficulties in Split. The data was entered and analyzed analytically using Microsoft Office Excel 2010.

We analyzed 105 patients with depression. Regarding the distribution by gender, depression was more often found with female adolescents (52%). In early adolescence depression was more often found with boys. In median and late adolescence, depression was more often found with female adolescents. We found that the biggest frequency of depression was with adolescents aged 17.

Specifically, behavioral disorders, tics and selective mutism were the most frequent of disorders in early adolescence. Behavioral disorders, psychotic depression, school phobia and stutter were the dominant disorders in median adolescence. In late adolescence we most often found behavioral disorders followed by school phobia and psychotic depression.

Regarding comorbidity, 34% of the complete comorbidity was made up of addictive behavior. The second most often disorder was the depression connected with organic diseases which made up 24% of the comorbidity. 17% of the comorbidity was made out of obsessive compulsive disorder. In early adolescence, depression connected with organic diseases was most common, in the median adolescence obsessive compulsive disorder was most common and in the late adolescence addictive behavior was most common. Addictive behavior in early and median adolescence was more often found with boys and it manifested itself as computer game addiction. In late adolescence it manifested itself as substance addiction and it was more often

found with female adolescents. The frequency of isolated depression was 27% compared to the depression connected with comorbidity which made up 73% of the total ddepression.

Depression changes its form from early to late adolescence. It's somewhat more frequent with female adolescents and in most cases is followed by behavioral disorders. Addictive behavior often follows depression and we must not neglect the potential differences in the addictive behavior.

10. ŽIVOTOPIS

OSOBNI PODACI

Ime i prezime: Nikola Vujnović
Datum rođenja: 19.05.1989. godine
Mjesto rođenja: Split, Hrvatska
Državljanstvo: hrvatsko
Adresa: Put Radoševca 14, 21000 Split, Hrvatska
E-adresa: nikevujnovic@gmail.com

OBRAZOVANJE

1996.-2004. Osnovna škola "Trstenik", Split
2004.-2008. V. gimnazija "Vladimir Nazor", Split
2008-2015. Medicinski fakultet Split

STRANI JEZICI

Aktivno služenje engleskim i talijanskim jezikom