

SADRŽAJ / CONTENTS

UVODNIK / LEADING ARTICLE	V. Jukić 259 Bolnica Vrapče kao učilište / <i>Vrapče Hospital as an education center</i>
IZVORNI ZNANSTVENI RAD / ORIGINAL SCIENTIFIC PAPER	T. Krznić, Ž. Kamenov 283 Attributions of partner's negative behavior and intimate relationship quality / <i>Atribucija partnerovog ponašanja u intimnoj vezi i kvaliteta veze</i>
PREGLEDI / REVIEWS	D. Keleminić, V. Đorđević, M. Braš 291 Komunikacijske vještine u medicini / <i>Communication skills in medicine and public health</i>
	M. Poljak, D. Begić 310 Anksiozni poremećaji u djece i adolescenata / <i>Anxiety disorders in children and adolescents</i>
STRUČNI RADOVI / PROFESSIONAL PAPERS	L. Bojanić, I. Gorski, J. Razum 330 Zašto studenti ne traže pomoć? Barijere u traženju stručne pomoći kod studenata s psihičkim smetnjama / <i>Whay don't students seek help? Barriers to seeking professional help by students with mental health issues</i>
	M. Vučić Peitl, P. Krmpotić, J. Prološčić, F. Habibović 343 Učestalost traženja psihijatrijske pomoći osoba starije životne dobi za vrijeme Domovinskog rata, mirnodopskog razdoblja i ekonomске krize / <i>The frequency of psychiatric assistance requests during Homeland war, the peaceful period and the economic crisis</i>
PRIKAZI KNJIGA / BOOK REVIEWS	A. Mindoljević Drakulić 353 Joy Schaverien: Boarding school syndrome: the psychological trauma of the „privileged“ child / <i>Joy Schaverien: Internatski sindrom: psihološka trauma „privilegiranog“ djeteta</i>
	V. Jukić 357 Miroslav Goreta: Errare humanum est – najčešće pogreške u forenzičko-psihijatrijskoj praksi / <i>Miroslav Goreta: Errare humanum est – the most frequent errors in forensic-psychiatric practice</i>
PISMO UREDNIKU / LETTER TO THE EDITOR	B. Margetić 360 Koliko će nam pomoći Smjernice? / <i>How much will Guidelines help us?</i>
VIJEST / NEWS	Lj. Radovančević, V. Lecher-Švarc 363 Samosvojnost i osjećaj pripadnosti / <i>Self-confidence and the feeling of affiliation</i>
	365 KONGRESI U 2017. GODINI / CONGRESSES IN 2017
	369 PREDMETNO I AUTORSKO KAZALO ZA VOLUMEN 44/2016 / <i>SUBJECT AND AUTHOR INDEX FOR VOLUME 44/2016</i>
	373 UPUTE AUTORIMA / INSTRUCTIONS TO AUTHORS

Bolnica Vrapče kao učilište (Mjesto i uloga Bolnice „Vrapče“ u edukaciji iz psihijatrije)

/ Vrapče Hospital as an education center (The place and role of Vrapče Hospital in psychiatric education)

Vlado Jukić

Klinika za psihijatriju Vrapče, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

/ University Psychiatric Hospital Vrapče, University of Zagreb, School of Medicine, Zagreb, Croatia

Klinika za psihijatriju Vrapče (nazvana „Zavod za umobolne Stenjevec“) sagrađena je 1878./79. Osim za smještaj i liječenje bolesnika, njoj je od samog osnutka namijenjena i uloga ustanove u kojoj će se provoditi edukacija. Naime, tijekom priprema gradnje, naglašeno je da „*pošto ludnica nije samo lječilište i opskrbilište, već mora da je i učilištem, to se ima kraj Zagreba graditi, gdje se ustrojava sveučilište*“...). Prvi programi edukacije bili su oni namijenjeni prvim zaposlenicima bolnice koje je osmislio i provodio prvi ravnatelj bolnice dr. Ivan Rohaček. Kasnije se edukacijski programi usmjeravaju prema drugim zaposlenicima, u prvom redu liječnicima, a vrlo brzo i prema onima koji se u svom radu susreću s duševnim bolesnicima, a nisu zaposlenici bolnice. Prvo je u Bolnici organizirana nastava iz psihijatrije za studente Medicinskog fakulteta, a kasnije i drugih fakulteta Zagrebačkog sveučilišta (Pravnog, Edukacijsko-rehabilitacijskog, Filozofskog i Farmaceutsko-biokemijskog fakulteta te Hrvatskih studija) i Zdravstvenog veleučilišta. Posebno visoka razina edukacijskih programa je ona namijenjena studentima postdiplomskih studija (iz pojedinih grana psihijatrije, psihologije i farmacije) i specijalizantima iz psihijatrije te subspecijalizantima iz forenzičke (i drugih grana) psihijatrije. Poseban vid edukacije provodi se kroz organizaciju raznih predavanja, savjetovanja, simpozija i okruglih stolova. U provođenje svih tih edukacijskih programa, odnosno u edukaciji svih onih kojima su ti programi namijenjeni bio je, i sada je, uključen veliki broj istaknutih vrapčanskih stručnjaka (27 stručnjaka bolnice „Vrapče“ dobilo je znanstveno nastavna zvanja; devet je bivših zaposlenika Bolnice, na temeljima onoga što su ponijeli iz „Vrapče“, akademska zvanja ostvarilo u drugim nastavnim bazama). Bolnica ima izvrsnu infrastrukturu za provođenje svih tih edukacijskih programa (Edukacijski centar s dvoranom za 250 sudionika koja se pregrađuje u dvije dvorane od po 100 mesta, pet dvorana s pedesetak i sedam dvorana s 20 do 30 mesta).

/ The University Psychiatric Hospital Vrapče (under the name „Stenjevec Department for the Mentally Ill“) was built in 1878 and 1879. In addition to housing and treatment of patients, it was also intended to perform the role of an educational institution from its inception. During construction, it was emphasized that „since the madhouse is not only for treatment and storage, but has to also be a place of learning, it must be built near Zagreb, where the university is being formed“.... The initial educational programs were intended for the first employees of the hospital and were developed and conducted by the first Director of the hospital, Dr. Ivan Rohaček. Later, the educational programs were directed towards other employees, and soon towards those who encounter persons with mental illness in their work but are not employed at the hospital. Initially, psychiatry classes were organized in the hospital for Medical School students, and later also for students of other branches of the University of Zagreb (the Faculty of Law, Faculty of Education and Rehabilitation Sciences, Faculty of Humanities and Social Sciences, Faculty of Pharmacy and Biochemistry and the Centre for Croatian Studies) and the University of Applied Health Sciences. A particularly high level of educational programs is provided for postgraduate students (from individual branches of psychiatry, psychology, and pharmacy) and psychiatry specialists and subspecialists in forensic psychiatry (and other

branches). Another aspect of education is the organization of various lectures, consulting, symposiums and round tables. A large number of prominent Vrapče Hospital professionals have been taking part in all of these education programs, i.e. in the education of those for whom the programs are intended (27 professionals from the Vrapče Hospital received teaching or research positions at the university; nine former employees of the hospital, based on the knowledge that was imparted to them at Vrapče Hospital, achieved positions in other educational fields). The hospital has an excellent infrastructure for conducting all these education programs (an Education Center with a lecture hall for 250 participants that can be divided into two halls with 100 seats each, five halls with around fifty and seven halls with 20 to 30 seats).

ADRESA ZA DOPISIVANJE:

Prof. dr. sc. Vlado Jukić, dr. med.
Klinika za psihijatriju Vrapče
Bolnička 32
10 000 Zagreb, Hrvatska

KLJUČNE RIJEČI / KEY WORDS:

Bolnica Vrapče / Vrapče Hospital
Edukacija iz psihijatrije / Education in psychiatry

UVODNE NAPOMENE¹

Klinika za psihijatriju Vrapče (nazvana „Zavod za umobolne Stenjevec“) sagrađena je 1878./79. kao jedina psihijatrijska ustanova u Hrvatskoj koja je namjenski građena za liječenje psihijatrijskih bolesnika. No, osim za smještaj i liječenje bolesnika, njoj je od samog osnutka namijenjena i uloga ustanove u kojoj će se provoditi edukacija. Naime, Saborsko je povjereno povjerenstvo za izgradnju bolnice

(u sastavu dr. Schlosser, dr. Schwarz i dr. Mandarević) već tijekom priprema gradnje naglasilo da će buduća bolnica biti nastavna baza Zagrebačkog sveučilišta te da to treba imati u vidu prilikom njezine gradnje i ustroja (u svom podnesku Saboru su naveli da „*pošto ludnica nije samo lječilište i opskrbilište, već mora da je i učilištem, to se ima kraj Zagreba graditi, gdje se ustrojava sveučilište*“...). I tako je i bilo. Sagrađena je šest kilometara zapadno od Zagreba, a od samog otvaranja liječnici zaposleni u „Vrapču“ osim na liječenju i rehabilitaciji duševnih bolesnika rade i na edukaciji svih onih koji se u svom radu ili životu susreću s ovim bolesnicima. Vremenom su u Bolnici razvijeni i provođeni razni edukacijski programi namijenjeni stručnjacima raznih razina obrazovanja i odgovornosti u radu s duševnim bolesnicima. Prvi programi edukacije bili su namijenjeni prvim zaposlenicima Bolnice koji su regrutirani iz populacije seljaka koji su živjeli u blizini Bolnice, a koji o duševnim bolestima i duševnim bolesnicima nisu znali ništa. Taj je program osmislio i provodio prvi ravnatelj

¹ Ovaj rad pisan je uglavnom na osnovi dokumenata počinjenih u arhivi Bolnice „Vrapče“ i vlastitih sjećanja. I literatura navedena na kraju nastala je na jednakim ili sličnim osnovama. Zbog obilja dokumenata, često citiranih u fusnotama, nisam za svaku informaciju navodio dokument iz kojeg je ona izvučena. Drugi razlog takvom pristupu leži u činjenici da sam i sam tvorac mnogih dokumenata, ali ih, zbog vlastitih saznanja i sjećanja, odnosno vlastitog svjedočenja, nisam, a da bih iznio činjenice, ni konzultirao. No, dokumenti koji potvrđuju navedeno u ovom članku, osim onoga što je i špekulirano, pohranjeni su u Bolnici i zainteresirani ih mogu dobiti na uvid. Literaturom koju navodim na kraju uglavnom potvrđujem navode u članku i njezinu će navod više služiti čitateljima kao orijentir, nego potvrda navedenog. Zato je i poređana nesukladno načelima po kojima se literatura navodi u časopisu Socijalna psihijatrija. Prvo su navedene knjige po redoslijedu objavljanja, a potom članci po autorima i redoslijedu objavljanja.

Bolnice dr. Ivan Rohaček. Kasnije se edukacijski programi, osim onih namijenjenih za prekvalifikaciju pomoćnih radnika u (psihiatrijske) bolničare, usmjeravaju prema drugim zaposlenicima, u prvom redu liječnicima, a vrlo brzo i prema onima koji se u svom radu susreću s duševnim bolesnicima, a nisu zaposlenici Bolnice. Najznačajniji su edukacijski programi namijenjeni studentima, prvo medicine, a kasnije i drugih fakulteta Zagrebačkog sveučilišta. Osim što je u „Vrapču“ bio osmišljen i provođen postdiplomski studij iz forenzičke psihijatrije, niz je kolegija koje nastavnici iz „Vrapča“ vode na drugim postdiplomskim studijima medicinskog i drugih fakulteta. Posebno visoka razina edukacijskih programa je ona namijenjena specijalizantima iz psihijatrije te subspecijalizantima iz nekoliko subspecijalističkih psihijatrijskih grana. Poseban oblik edukacije provodi se organizacijom raznih savjetovanja, simpozija i okruglih stolova. Stručna predavanja namijenjena članovima stručnog kolegija odvijaju se tijekom akademske godine 2-3 puta mjesечно, a uz „vrapčanske“ stručnjake održavaju ih i gosti, istaknuti stručnjaci za pojedina područja psihijatrije ili za područja koja graniče s psihijatrijom. Slična predavanja odvijaju se jedanput mjesечно za medicinske sestre. S istaknutim psihoterapeutima iz drugih ustanova provođeni su programi edukacije bolničkih stručnjaka iz psihoterapije. U provođenje svih tih edukacijskih programa, odnosno u edukaciji svih onih kojima su ti programi namijenjeni bio je, i sada je, uključen veliki broj istaknutih vrapčanskih stručnjaka.

S obzirom da se mnogi od tih edukacijskih programa na neki način isprepliću, kako s obzirom na vrijeme u kojem se odvijaju i način njihovog provođenja, tako i s obzirom na one kojima su namijenjeni, nije lako izabrati model njihovog prikaza, odnosno, rekao bih, nema konzistentnog modela po kojem bi ih

se predstavilo. U takvim okolnostima odlučio sam razne edukacijske programe u bolnici „koja je i učilištem“ prikazati po programima namijenjenim ciljanim skupinama i po načinu njihovog izvođenja. Svaki od prikazanih edukacijskih programa zasebno će biti praćen u vremenu u kojem se odvija(o).

EDUKACIJA POMOĆNIH RADNIKA U PSIHIJATRIJI, BOLNIČARA I MEDICINSKIH SESTARA

Kada je krajem 19. stoljeća Zavod za umobolne Stenjevec, kako se Bolnica „Vrapče“ tada zvala, otvoren, nije bilo stručnih kadrova koji bi brinuli o bolesnicima. Zato su, uz određeni broj zanatlija koji su brinuli o održavanju bolnice, a kasnije i kao zanatlije uz koje su u zanatskim radionicama, u sklopu radno-okupacijske terapije, radili i bolesnici, zaposlene sestre milosrdnice i nekvalificirani radnici iz okolnih sela. Prvi ravnatelj, dr. Ivan Rohaček, odmah nakon otvaranja Bolnice započeo je, „svake subote navečer u zimskim mjesecima“, s edukacijom zaposlenika. Bez edukacije zaposlenici ne bi mogli adekvatno postupati s bolesnicima, niti bi svojim radom i ponašanjem mogli ispunjavati obveze kućnog reda koji je donesen 1880. godine. Trebalo je zaposlenicima protumačiti i vladine naputke za „nadpodvorno i podvorno osoblje za kućne sluge, uredovnog podvornika, ..., kuharicu i sluškinje“ koji su dostavljeni 1880. godine te odredbe statuta koji je tadašnja hrvatska vlast donijela 6. lipnja 1880. godine. Nema točnih podataka o tome kako se ova edukacija odvijala, no iz svega proizlazi da se radilo po načelima koje danas zovemo „radionicama“. Edukacija ostalog osoblja (liječnika) odvijala se individualnim razgovorima, „uz bolesnički krevet“, ali i, posebno kasnije kada u Bolnici radi nekoliko liječnika, „prikazima slučajeva“ i diskusijama o pojedinim psihijatrijskim problemima.

Godine 1933. otvara se u „Vrapču“ tromjesečna bolničarska škola namijenjena zaposlenicima, među kojima su i sestre milosrdnice, koji rade neposredno s bolesnicima, a vode je doktori iz „Vrapča“. Godine 1942. u Bolnici je osnovana škola za „njegovateljice i njegovatelje duševnih i živčanih bolesnika“ koja traje 18 mjeseci, a koju također pohađaju njezini zaposlenici. Nastavnici su bolnički doktori. Tečajevi za izobrazbu bolničara, sada šestomjesečni, ponovo se pokreću 1946. godine. Težnja za što boljom educiranošću njezinih zaposlenika, bolničara, dovela je u Bolnici 1948. godine do otvaranja večernje srednje medicinske škole terapijskog smjera. Ova se škola 1952. godine transformira u dvogodišnju bolničarsku školu namijenjenu kadrovima za rad s psihijatrijskim bolesnicima u cijeloj zemlji. Nakon osam godina, 1960., ukida se bolničarska škola, a u „Vrapču“ se ponovo otvara, sada u organizaciji i pod patronatom školskih vlasti, srednja medicinska škola. Njezina specifičnost bila je otvaranje razreda za odrasle, odnosno programa za doškolovanje bolničara koji su tako nakon dvogodišnjeg školovanja dobivali diplome medicinskih sestara/tehničara. Veliki broj vrapčanskih bolničara, ali i bolničara iz drugih psihijatrijskih ustanova (npr. iz bolnice u Popovači), u toj se medicinskoj školi doškolovao do stupnja srednje stručne spreme.

Nakon što u bolnicu dolaze educirane medicinske sestre² one preuzimaju i ulogu edukatora sestara, bolničara i pomoćnih radnika za njegu bolesnika. Ta edukacija, u raznim oblicima - predavanjima, vježbama, radionicama, odvija se od tada pa do danas. Posebne zasluge u trajnoj edukaciji tih kadrova imale su sestre Marija Weigand, Ruža Jureta, Katica Sekol i Štefica Bagarić koja već godinama organizira edukaciju medicinskih sestra koja je otvorena i za sestre iz drugih zdravstvenih ustanova.

² Prva školovana medicinska sestra, Marija Weigand, dolazi u Bolnicu 1947. godine.

EDUKACIJA STUDENATA

O edukaciji studenata u Bolnici „Vrapče“ razmišljalo se i prije nego je bolnica sagrađena i otvorena i prije nego je osnovan medicinski fakultet u Zagrebu. Zahvaljujući tome, Bolnica je početak izvođenja nastave iz (neuro)psihijatrije, akademske godine 1922./23., dočekala spremno. Isto tako bila je u danom trenutku spremna prihvati nastavu i na drugim fakultetima Zagrebačkog sveučilišta (viša i visoka defektološka škola, odnosno Edukacijsko rehabilitacijski fakultet, Interfakultetski studij socijalnog rada, odnosno Studij socijalnog rada Pravnog fakulteta, Filozofski fakultet, Hrvatski studiji...), Zdravstvenog veleučilišta i Više škole RSUP-a, odnosno Visoke kriminološke škole MUP-a RH. Niz je psihijatara Bolnice „Vrapče“ biran u znanstveno nastavna zvanja i vodio, ili vodi, pojedine psihijatrijske kolegije na tim fakultetima i školama.

Bolnica „Vrapče“ u edukaciji studenata Medicinskog fakulteta u Zagrebu

Vrlo je teško doći do konkretnih podataka o izvođenju nastave iz psihijatrije za studente Medicinskog fakulteta u Zagrebu neposredno nakon otvaranja Fakulteta pa sve do razdoblja Drugog svjetskog rata, ali i tijekom druge polovice pedesetih i šezdesetih godina prošlog stoljeća. Nema, naime, sistematiziranih podataka, a čini se da su mnogi podatci koji se odnose na razdoblje prije razdvajanja neuropsihijatrije na neurologiju i psihijatriju (prije sedamdesetih godina prošlog stoljeća) jednostavno nestali, ili su zagubljeni u nesistematiziranom arhivskom gradivu Medicinskog fakulteta u Zagrebu. Zato su napisi o nastavi iz psihijatrije u pravilu rekonstrukcije na osnovi malobrojnih konkretnih podataka u danom vremenskom razdoblju. No, često su i ti podatci takvi da ih treba interpretirati i na osnovi posrednih podataka.

Medicinski fakultet u Zagrebu osnovan je 1917. g., a prvi studenti upisani su 1918. g. kada i

počinje redovita nastava. Prije nego će studenti slušati neuropsihijatriju, godine 1921., u zvanje prvog „javnog redovnog profesora“ iz neurologije i psihiatrije izabran je Mihailo Lapinski, bivši osnivač kijevske neurološke škole. Preuzeo je i dužnost pročelnika novoosnovane Katedre za neurologiju i psihiatiju, a nakon osnutka Neuropsihijatrijske klinike preuzima mjesto njezinog predstojnika. Nastava iz (neuro)psihiatije³ odvijala se na četvrtoj i petoj godini – na četvrtoj se predavala neurološka propedeutika (dva sata tjedno), a na petoj neuropatologija i psihiatija (šest sati tjedno)³. Prvi su studenti četvrto godinu upisali 1922. g. U to vrijeme, iako je neuropsihijatrijska klinika (u Kukovićevoj, danas ulici Ante Kovačića) bila osnovana⁴ još nije primala pacijente, a i kasnije, kada ih je počela primati, sve do 1943., kada se otvara po jedna muška i ženska soba za psihiatriske bolesnike, primala je isključivo neurološke bolesnike⁵. Očito su u tom razdoblju studentima na raspolaganju bili jedino psihiatriski bolesnici u „Vrapču“. U razdoblju od početka nastave iz psihiatije na Medicinskom fakultetu u Zagrebu, od 1922. godine, do kraja Drugog svjetskog rata u Bolnici „Vrapče“ tri su psihiatra izabrana u zvanje sveučilišnog docenta (**Kulženko, Lopašić, Sušić**⁶). U istom

³ Uz Lapinskog, u zvanje naslovног docenta za opću i eksperimentalnu neuropatologiju i psihologiju iste, 1921. godine, izabran je Nikola Krainski. Njima se na Neuropsihijatrijskoj klinici ubrzo priključuje i treći izbjeglica iz SSSR, doc. Aleksej Kulženko. „Asistenti“ su na Neurološko-psihijatrijskoj klinici u razdoblju od 1923. do kraja četrdesetih godina, odnosno do kraja rata, bili Stjepan Poljak, Drago Čop, Viktor Ostrovidov, Đuro Vranešić i Josip Breitenfeld.

⁴ Neuropsihijatrijska klinika osnovana je 1921., s radom je počela 1922., a prve pacijente primila je u svibnju 1923. godine.

⁵ Predstojnik Klinike u to vrijeme bio je dr. Đuro Vranešić (podaci iz pisma profesora Zvonimira Sušića upućenog profesorici Puškarić povodom 50. obljetnice Neuropsihijatrijske klinike Medicinskog fakulteta u Zagrebu).

⁶ Docent Kulženko 1928. dolazi u „Vrapče“ iz Neuropsihijatrijske klinike i u Vrapču radi do umirovljenja 1936. godine. Kratko (od konca 1929. do 24. ožujka 1930.) je bio vrištelj dužnosti ravnatelja Bolnice. U „Vrapču“ vodi bolničku statistiku što honorarno radi i poslije umirovljenja. Radoslav Lopašić je u „Vrapču“ radio od 1919. do 1924. i od 1929. do 1932. kada preuzima mjesto predstojnika Neuropsihijatrijske klinike (predstojnikom je Klinike od 1932.

razdoblju na Neuropsihijatrijskoj klinici četiri su nastavnika (**Lapinski, Krainski, Kulženko i Lopašić**)⁷, te pet liječnika specijalista („asistenata“). Svi ti psihiatri, ali i drugi koji nisu imali nastavna zvanja, držali su studentska predavanja i vježbe. Predavanja su se održala na Fakultetu, na Šalati i u „Vrapču“ (gdje je od izgradnje „Vrapča“ postojala i velika dvorana, odnosno predavaonica), a vježbe (prikazi pacijenata!) u „Vrapču“.

Nažalost, nema podataka, ili nismo moglo doći do zapisa o tome, kako se nastava iz psihiatije odvijala. Očito je da su svi oni psihiatri koji su bili izabrani u nastavna zvanja, i s Klinike i iz „Vrapča“, održavali nastavu. No, prema predaji koja je u „Vrapču“ još živa, i drugi psihiatri, koji nisu imali nastavna zvanja, održavali su vježbe sa studentima (tako je danas, 2016. godine!). Predavanja su bila „akademski“ („ex katedra“), a vježbe su vođene, kako je to bilo na svim kliničkim predmetima, u obliku demonstriranja bolesnika, odnosno kliničkih slučajeva. Nije poznato je li **prof. Lapinski** sam dolazio u „Vrapče“ i radio sa studentima (posebno ako se zna da je bio isključivo orijentiran na neurologiju!), ili je to bio prepustio kolegama u „Vrapču“?

Uz tri navedena sveučilišna nastavnika (**Kulženko, Lopašić, Sušić**) ovdje treba spomenuti i imena još nekoliko vrapčanskih psihiyatara koji su u to vrijeme pokazivali interes za znanstveno-nastavni rad i koji su kasnije ostvarili značajne akademske karijere. Radi se o **Lazi**

do 1942. i od 1944. do 1961.). Zvonimir Sušić je radio u „Vrapču“ od 1933. do 1947. Godine 1941. izabran je u zvanje docenta. Kasnije je na Medicinskom fakultetu u Rijeci biran u zvanje profesora. Šef je neuropsihijatrije, odnosno Klinike za neuropsihijatriju Bolnice u Rijeci od 1947. do 1959., a od 1960. do 1968. ravnatelj je Psihiatriske bolnice Ugljan.

⁷ Lapinski, Krainski, a prije njih i Kulženko, napuštaju kliniku 1930. godine. Dvije godine na čelu je klinike prof. Radonić (tada i dekan Fakulteta), no ustvari je vodi dr. Josip Breintefeld. Nakon odstupanja Lapinskog za upražnjeno mjesto šefa klinike natjecali su se Radoslav Lopašić, Đuro Vranešić, Ivan Hercog i Josip Glaser – izabran je Radoslav Lopašić.

Stanojeviću, ravnatelju Bolnice „Vrapče“ (od 1921. do 1924.), koji kasnije u Beogradu postaje predstojnikom Neuropsihijatrijske klinike i profesorom neuropsihijatrije na Medicinskom fakultetu), **Josipu Glaseru** (koji se 1932. godine natječe za mjesto predstojnika Neuropsihijatrijske klinike), **Bošku Niketiću**, kasnije osnivaču klinike i profesoru u Skoplju i Novom Sadu, **Desideru Juliusu**, kasnijem ravnatelju Bolnice i profesoru Medicinskog fakulteta u Zagrebu, **Bernardu Berglasu**, **Branku Gostlu**, ali i **Stanislavu Župiću** koji je svoju potrebu za educiranjem usmjerio i na drugu populaciju. Pišući o stanju psihiatije i nastave iz psihiatije na Medicinskom fakultetu u Zagrebu, a u kontekstu govora o bolnici i stručnjacima iz „Vrapče“, prof. Peršić navodi da je „to razdoblje uske povezanosti Neuropsihijatrijske klinike i Psihijatrijske bolnice Vrapče, koje je u raznim razdobljima doživljavalo oscilacije.“

Prof. dr. **Desider Julius** prvi je vrapčanski psihijatar koji je, radeći u „Vrapču“, istodobno bio i profesor neuropsihijatrije na Medicinskom fakultetu u Zagrebu. Dr. Julius u „Vrapču“ radi od 1936. do 1943. g. kada odlazi u partizane, te od 1946. do 1953. kada je bio ravnatelj Bolnice. Godine 1946., izabran je u zvanje docenta, a 1949. u zvanje izvanrednog profesora. Tijekom 1949. i 1950. obnaša dužnost prodekanu Medicinskog fakulteta i to istovremeno kao zaposlenik „Vrapče“ i Medicinskog fakulteta (u statusu koji se danas naziva „kumulativni radni odnos“). U „Vrapču“ organizira nastavu i ispite⁸ za studente medicine i studente prava⁹ (21). U to vrijeme još jedan psihijatar, **dr. Nenad Bohaček** (u „Vrapču“ je radio od 1948. do 1954. g.), „godine 1952. postaje asistent Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu s radnim mjestom u Psihijatrijskoj bolnici Vrapče gdje ostaje do tragične smrti našeg velikog nastavnika i učitelja

⁸ Prof. Vasko Muačević mi je pričao da je ispit iz neuropsihijatrije polagao kod prof. Juliusa u „Vrapču“.

⁹ Pokojni Ranko Radović, vrlo cijenjen i poznat odvjetnik, pričao mi je da je u „Vrapču“, kao student prava, slušao predavanja iz sudske psihiatije.

prof. dr. Dezidera Juliusa, da bi početkom 1954. godine prešao na Neuropsihijatrijsku kliniku Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu“.

Ove navode potvrđuje prepiska iz kolovoza 1952. između Bolnice i Medicinskog fakulteta „o dodjeli funkcionalnih dodataka osoblju Medicinskog fakulteta“. Iz tih dopisa vidljivo je da u Bolnici nastavu za studente Medicinskog fakulteta izvode prof. dr. Dezider Julius i asistenti dr. Nenad Bohaček i dr. Vinka Ivačić te da „Studenti pete godine Med. fakulteta kao i studenti Prav. fakulteta slušači sudske psihiatije i med. psihologije dolaze na vježbe te u većim grupama na razgledanje i upoznavanje rada duševne bolnice“.

Nakon tragične smrti prof. Juliusa 1953.¹⁰ i odlaska dr. Bohačeka na Neuropsihijatrijsku kliniku Rebro 1954. godine, u „Vrapču“, sve do pred kraj osamdesetih godina prošlog stoljeća, nema nastavnika ili asistenata koji bi bili u „kumulativnom radnom odnosu“. Štoviše, vrlo perspektivan stručnjak, dr. Vlado Rogina¹¹, koji u „Vrapču“ radi od 1951. do 1956. godine, nakon izbora u zvanja asistenta 1956. prelazi na radno mjesto na Neuropsihijatrijsku klini-

¹⁰ Dana 24. prosinca 1953., nakon višemjesečnog pritiska republičkih čelnika i nakon pravog linča koji su nad njim, na javnom skupu, proveli nahuškani članovi regionalnog partijskog komiteta, prof. Julius je, napisavši tri kratka oproštajna pisma, u svom ravnateljskom uredu u „Vrapču“, počinio suicid.

¹¹ Medicinski fakultet u Zagrebu bira dr. Vladu Roginu 1956. za „asistenta na Neurološko-psihijatrijskoj klinici Medicinskog fakulteta u Zagrebu“, a 1963. Tajništvo Medicinskog fakulteta obavešta ga, šaljući mu obavještenje na Neurološko-psihijatrijsku kliniku, da ga se „razrješava dužnosti asistenta Neurološko-psihijatrijskoj klinici Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu sa danom 31. prosinca 1963. godine“. Rogina, naime 1. siječnja 1964. godine preuzima mjesto ravnatelja Bolnice „Vrapče“. Kasnije, kao zaposlenik „Vrapče“, biva prvo izabran u zvanje naslovnog docenta (1964.), a kasnije izvanrednog profesora (1971.) za potrebe postdiplomske nastave, a 1981. godine „u znanstveno-nastavno zvanje redovni profesor u dopunskom radu u Katedri za psihiatiju s mentalnom higijenom Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, za predmet psihiatrica“. Predavao je psihopatologiju i kliničku psihiatiju na Višoj školi za socijalni rad, a izabran je za izvanrednog profesora u dopunskom radnom odnosu za predmet „Psihopatologija“ na Fakultetu za defektologiju Sveučilišta u Zagrebu. (Podaci iz kadrovskog dosjea Bolnice „Vrapče“).

ku Medicinskog fakulteta u Zagrebu¹². No, to nije značilo da se nastava iz psihijatrije prestala odvijati u „Vrapču“. Studenti, koji su u razdoblju, od 1954. pa sve do akademske godine 1994./95., slušali neuropsihijatriju, jedan dan vježbi provode u „Vrapču“¹³. Godine 1981. potpisana je „Samoupravni sporazum o suradnji Klinike za psihijatriju Rebro i Psihijatrijske bolnice Vrapče“ nakon čega je „Vrapče“ dobito više nastavnih sati iz psihijatrije. Nastava iz psihijatrije počela se odvijati u turnusima, a studenti svakog turnusa, a bilo ih je od 10 do 12 po akademskoj godini, jedan su dan provodili u „Vrapču“ gdje su se upoznavali s onim područjima psihijatrije koje nisu mogli upoznati na Rebru (forenzička psihijatrija, psihogerijatrija, liječenje kroničnih duševnih bolesnika...).

Trebalо je proći 25 godina od smrti prof. Juliuša i odlaska dr. Bohačeka na Neurološko-psihijatrijsku kliniku (Rebro ...) da bi ponovo jedan nastavnik iz „Vrapča“, prof. Ante Sila, bio 24. veljače 1989. g. izabran „u znanstveno-nastavno zvanje redovnog profesora u kumulativnom radnom odnosu“ ... „na radnom mjestu u nastavnoj bazi Fakulteta Psihijatrijska bolnica

Zagreb – Vrapče“¹⁴. On je prije, kao i profesori Vlado Rogina i Rudolf Turčin, bio biran u znanstveno-nastavna zvanja u dopunskom radnom odnosu. Izboru prof. Sile u kumulativni radni odnos prethodila je odluka Medicinskog fakulteta (od 18. ožujka 1988. godine) kojom je „Kliničkoj psihijatrijskoj bolnici Vrapče“¹⁵ dodijeljen naslov „Suradna ustanova Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu“ te potpisivanjem (11. studenog 1988. g.) „Samoupravnog sporazuma“ između Medicinskog fakulteta i Bolnice „o udruživanju rada i sredstava radi osiguranja povoljnih uvjeta za provođenje nastave na Medicinskom fakultetu“ i Aneksa tog ugovora (od 22. studenog 1988.) „o uvjetima i načinu osiguranja obavljanja rada pripravnika u nastavnoj bazi za potrebe pojedinih katedara Medicinskog fakulteta“.

Godine 1991. Bolnica, odlaskom prof. Sile u miravinu, ponovo ostaje bez ijednog stručnjaka u kumulativnom radnom odnosu na Medicinskom fakultetu. Profesorica Dürrigl (na Katedri za neurologiju) i profesorica Folnegović i dalje ostaju u statusu profesora u dopunskom radu. Dolaskom asistenta u kumulativnom radnom odnosu Vlade Jukića u „Vrapče“ (Jukić, koji je do tada radio u Klinici za psihijatriju Rebro, dolazi na mjesto ravnatelja Bolnice), ponovo

¹² Iz današnje perspektive s oskudnom dokumentacijom koju posjedujemo, nije lako do kraja razjasniti odnose između Medicinskog fakulteta u Zagrebu i njegovih klinika od osnutka pa do šezdesetih godina prošlog stoljeća. Neurološko-psihijatrijska klinika premještena je 1945. iz Kukovičeve ulice u Zakladnu bolnicu na Rebru koja od svibnja 1945. do srpnja 1946. funkcioniра kao vojna bolnica (ravnatelj dr. D. Julius). Nakon godinu dana Zakladna bolnica ponovo postaje civilna bolnica te zajedno s klinikama na Šalati i klinikom u Petrovoj od 1946. do 1963. čine s Medicinskim fakultetom u Zagrebu jedinstvenu formalno pravnu ustanovu. Godine 1963. Bolnica Rebro te klinike na Šalati i u Petrovoj se odvajaju od Fakulteta, kao ustanove za edukaciju i, iako ostaju njegove nastavne baze, funkcionišu kao posebna zdravstvena ustanova (KBC Zagreb). Ostaje otvoreno pitanje odnosa klinika Medicinskog fakulteta smještenih u „Vinogradskoj“ i te bolnice (sada KBC Sestre milosrdnice) i Medicinskog fakulteta, kao i Bolnice „Vrapče“ i Medicinskog fakulteta. (Ne znam je li u to vrijeme neka od sadašnjih klinika KB Merkur – tada bolnice „Dr. Ozren Novosel“ bila klinika Medicinskog fakulteta).

¹³ Prim. Bartul Matijaca mi je pričao da se sjeća da je kao student u okviru nastave iz psihijatrije jedan dan proveo u „Vrapču“. Ne sjeća se točno koji su sve doktori vodili te vježbe, no sjeća se da je dr. Domac bio jedan od njih.

¹⁴ Čini se da je ovo, nakon samoupravnog sporazuma između Fakulteta i bolnice Vrapče iz 1988. g. prvi dokument u kojem se bolnica „Vrapče“ naziva „nastavnom bazom Fakulteta“

¹⁵ Psihijatrijska bolnica Vrapče odlukom je tadašnje „Skupštine SIZ-a usmjereno obrazovanja u oblasti zdravstva“ od 23. prosinca 1985. godine, dobila suglasnost za naziv „Klinička psihijatrijska bolnica Vrapče“. Taj naziv Bolnica nosi do listopada 1991. g. kada ga gubi (zbog zakonskih definicija zdravstvenih ustanova po Zakonu o zdravstvu) te vraća ime Psihijatrijska bolnica Vrapče. Tadašnja uprava Bolnice, na čelu s prim. Bartulom Matijacom, čini sve da se Bolnici vrati status „kliničke bolnice“, no, upravo zbog zakonskih razloga u tome se ne uspijeva. Zato se u Bolnici formira „Centar za opću i forenzičku psihijatriju i kliničku psihofiziologiju“ koji odlukom Ministarstva zdravstva, a nakon pribavljenog mišljenja Medicinskog fakulteta u Zagrebu, od 22. studenog 1993., kao dio Bolnice, dobiva status klinike i naziv „Klinika za opću i forenzičku psihijatriju i kliničku psihofiziologiju“ s tri odjela – Klinički odjel opće psihijatrije, Klinički odjel za forenzičku psihijatriju i Klinički odjel za kliničku psihofiziologiju.

je jedan „Vrapčanac“ u kumulativnom radnom odnosu na Medicinskom fakultetu. Vrlo brzo nakon toga, iste godine, u kumulativni radni odnos na Medicinskom fakultetu, u zvanju izvanrednog profesora, izabrana je prof. dr. sc. Vera Folnegović-Šmalc, koje je do tada, od 1991., bila u statusu profesorice u naslovnom zvanju. Akademske godine 1994./95., u „Vrapču“ se počinje izvoditi kompletna nastava iz psihijatrije¹⁶. Od deset turnusa „Vrapču“ su pripala dva, a osam ih je ostalo na Klinici za psihijatriju Rebro. Kasnije su u dva navrata studenti u „Vrapču“ imali po četiri turnusa. Zadnjih nekoliko godina nastava iz psihijatrije odvija se u osam turnusa od kojih se tri odvijaju u „Vrapču“, a pet na „Rebru“. Turnus na engleskom jeziku odvija se na Rebru¹⁷. Studenti koji psihijatriju slušaju na „Rebru“ jedan dan tijekom turnusa (srijeda u drugom tjednu tretjednog, a u zadnjih nekoliko godina četvrtjednog, turnusa!) posjete „Vrapče“, a studenti koji psihijatriju slušaju u „Vrapču“ drugu srijedu turnusa provode na Klinici na „Rebru“. Studentima se tijekom „gostujuće srijede“ govor o onim segmentima psihijatrijskog rada koji se ne prakticiraju, ili su manje razvijeni, u nastavnoj bazi u kojoj slušaju kompletну nastavu (na „Rebru“ se upoznaju s elektrokonvulzivnom terapijom, konzultativno-lijazonskim radom u psihijatriji..., a u „Vrapču“ s forenzičkom psihijatrijom, psihogerijatrijom, bolestima ovisnosti...).

Od tada „oscilirajući“ odnos između Medicinskog fakulteta, Klinike za psihijatriju Rebro i Bolnice „Vrapče“ poprima konstantno uzlaznu liniju. Slijedi izbor još dva asistenta (Ninoslav Mimica i Neven Henigsberg) koji postupno napreduju do zvanja izvanrednih profesora. Folnegović i Jukić napreduju do zvanja redovitog profesora u trajnom zvanju. U znanstveno-na-

stavno zvanje docenta u dopunskom radnom odnosu („naslovno zvanje“) izabrana je Sladjana Štrkalj Ivezić koja također napreduje do zvanja izvanrednog profesora. Nakon odlaska profesorice Folnegović u mirovinu za asistente u kumulativnom radnom odnosu izabrani su dr. Aleksandar Savić (zvanje mlađi asistent) i dr. sc. Miroslav Herceg (viši asistent). Dr. sc. Zrinka Kovačić Petrović koja je svoju fakultetsku karijeru počela kao znanstvena novakinja, nakon položenog specijalističkog ispita nastavila je rad u kumulativnom odnosu kao viši asistent. Specijalizantica iz psihijatrije, dr. sc. Dubravka Kalinić, znanstvena je novakinja s bazom u Klinici za psihijatriju Vrapče.

Interesantan je i paradigmatičan podatak da su u sastavu Katedre za psihijatriju i psihološku medicinu (s mentalnom higijenom) 1981. godine bila samo tri nastavnika iz „Vrapča“ u naslovnom zvanju, a nijedan u kumulativnom radnom odnosu¹⁸. Sada su, u rujnu 2016. godine, u sastavu Katedre tri nastavnika i tri asistenta u kumulativnom radnom odnosu (plus dva znanstvena novaka) te jedan nastavnik s naslovnim zvanjem¹⁹.

¹⁶ Članovi Katedre za psihijatriju i psihološku medicinu s mentalnom higijenom u kumulativnom radnom odnosu 1981. godine bili su: redovni profesori Nikola Peršić, Nenad Bohaček, Vasko Mučević i Eugenija Cividini Stranić; docenti Eduard Klain i Milica Prpić; znanstveni asistent Miljenko Jakupčević; asistenti: Tomo Brataljenović, Miro Jakovljević, Maja Mihovilović, Zlatko Vinek; znanstveni suradnik Melita Mitrović (ukupno 12). U dopunskom radu (naslovna zvanja) bili su redovni profesori: Vladimir Rogačina, Rudolf Turčin i Borben Uglešić; profesor Norman Sartorius; docenti: Vladimir Gruden, Nikola Jović, Muradif Kulenović, Staniša Nikolić i Ante Sila (ukupno devet).

¹⁷ Devetnaest je članova Katedre sada (rujan 2016.) u kumulativnom radnom odnosu. To su: redoviti profesori u trajnom zvanju Miro Jakovljević, Rudolf Gregurek, Vesna Medved i **Vlado Jukić**; redoviti profesori Dražen Begić, Alma Mihaljević-Peleš, izvanredni profesori **Neven Henigsberg**, **Ninoslav Mimica**, Veljko Đorđević i Darko Marčinko; docenti Ivan Begovac, Marijana Braš, Marina Šagud, Zorana Kuševec, Martina Rojnić Kuzman, Milena Skočić; viši asistenti **Miroslav Herceg** i **Zrinka Kovačić Petrović**, asistent **Aleksandar Savić**. Pet je članova Katedre u dopunskom radnom odnosu. To su: **Sladjana Štrkalj Ivezić**, izvanredni profesor; docenti Mirna Peršić, Igor Filipčić i Mladen Lončar; viša asistentica Branka Aukst Margetić. Dva člana katedre znanstveni su novaci. To su Tomislav Madžar i Dubravka Kalinić.

¹⁸ Dana 21. prosinca 1995. u „Vrapču“ je prvi put (u povijesti) održan sastanak Katedre za psihijatriju i psihološku medicinu Medicinskog fakulteta u Zagrebu.

¹⁹ Nastava na engleskom jeziku provodi se na Medicinskom fakultetu u Zagrebu od 2002. godine.

Prikazujući ovdje mjesto i značenje bolnice „Vrapče“ u edukaciji studenata medicine²⁰, odnosno u nastavi iz (neuro)psihijatrije, potrebno je još jednom naglasiti da su u toj nastavi sudjelovali i sudjeluju i mnogi drugi vrapčanski stručnjaci koji nisu imali ili nemaju formalni odnos s Medicinskim fakultetom u Zagrebu. Čak bi se moglo reći da bi, barem kada se radi o razdoblju od kada se kompletna nastava iz psihijatrije odvija i u „Vrapču“, tj. od sredine devedesetih godina prošlog stoljeća, sada već 22 godine, lakše bilo nabrojati one psihijatre koji nisu sudjelovali u vježbama sa studentima – jer ih je jako malo (tek 20-ak posto ih se izjasnilo da ne žele sudjelovati u nastavi!), nego one koji sudjeluju u vježbama, ali i vođenju seminara. Posebno treba spomenuti da su i oni sveučilišni nastavnici, koji su primarno sudjelovali u postdiplomskoj nastavi, kao i oni koji su svoju nastavničku djelatnost obavljali na drugim fakultetima Zagrebačkog sveučilišta ili veleučilištima, dali svoj doprinos i u edukaciji studenata medicine. Treba posebno naglasiti da su među njima i neki kolege koji, zbog raznih okolnosti, mada su ispunjavali sve kriterije i mada su na planu edukacije studenata i postdiplomaca dali ogroman doprinos, nisu birani u znanstveno-nastavna zvanja.

Nastava se u „Vrapču“ od akademske 1994./95. do 2016./17. godine odvijala tako da su studenati u prvom tjednu turnusa slušali predavanja, a u slijedeća dva tjedna imali su vježbe i seminare. Evaluacija nastave, koja se odvija na kraju svakog turnusa, dovela je do promjene rasporeda predavanja, seminara i vježbi. Tako smo od 2016./17. godine već od samog početka turnusa uveli vježbe i seminare, a određena predavanja premjestili u drugi i treći tjedan

²⁰ Potrebno je posebno istaknuti da je profesorica Vera Dürriegl, kao redovni profesor u naslovnom zvanju na Katedri za neurologiju Medicinskog fakulteta u Zagrebu, sudjelovala u nastavi iz neurologije, posebno u postdiplomskoj nastavi i edukaciji na području psihofiziologije i poremećaja spavanja.

turnusa. Studenti su ovakav raspored dobro prihvatali.

Uz nastavnike i asistente te znanstvenu novakinju, u izvođenje nastave, u pravilu, vježbi i seminara, za medicinare uključuju se i „vanjski suradnici“ (specijalisti psihijatri, psiholozi, socijalni radnici, socijalni pedagozi, radni terapeuti i medicinske sestre).

Osim u redovitoj nastavi iz *Psihijatrije* (na hrvatskom i engleskom jeziku) te nastavi izbornog kolegija *Forenzička psihijatrija*²¹, Jukić i Henigsberg su godinama sudjelovali u nastavi iz *Ratne medicine*. Isti nastavnici sudjeluju u nastavi iz *Medicinske etike* u kojoj je sudjelovala i doc. Petran Brečić te dr. Marko Ćurković.

Nastavnici iz Bolnice „Vrapče“ sudjeluju u nastavi sveučilišnog diplomskog studija sestrinstva²². Prof. Jukić (uz suradnice, izvoditeljice nastave, profesorce psihologije, dr. sc. Danijelu Žakić Milas, mr. sc. Ivu Žeguru i Petru Dražić) vodi kolegij *Psihologija sestrinstva*, a prof. Ivezić sudjeluje u kolegiju *Mentalna higijena i psihosomatska medicina* koju vodi prof. Gregurek.

Sav ovaj rad na edukaciji studenata medicine (i svih drugih koji se educiraju u „Vrapču“), potvrđio je „Bolnicu Vrapče kao učilište“. Ta potvrda i priznanje dolazi ne samo iz akademske i psihijatrijske zajednice, nego i od nadležnih državnih ministarstava (znanosti i zdravstva), ali i cjelokupne kulturne javnosti. Državne institucije to su potvrdile prvo odlukom da se Bolnici dodijeli naziv „Klinička psihijatrijska bolnica Vrapče“ (odluka tadašnje Skupštine SIZ-a usmjereno obrazovanja u oblasti zdravstva SR Hrvatske od 23. prosinca 1985.

²¹ Kolegij je vodila profesorica Folnegović. Zbog pomanjkanja interesa samo ga je jedna generacija odslušala. Nedavno je prihvaćen „vrapčanski“ izborni kolegij *Ovisnosti* (voditelj prof. Jukić) – prvi studenti očekuju se ove 2016./2017. akademske godine.

²² Prva generacija studenata ovog studija upisana je 2011./2012. akademske godine

godine). Ministarstvo zdravstva 22. studenog 1993. godine donosi rješenje kojim se jednom dijelu Psihijatrijske bolnice Vrapče dodjeljuje status klinike – utemeljuje se „*Klinika za opću i forenzičku psihijatriju i kliničku psihofiziologiju*“. Vrhunac priznanja Bolnici „Vrapče“ kao zdravstvenoj ustanovi u kojoj se provodi nastava na Medicinskom i drugim fakultetima Zagrebačkog sveučilišta dolazi 31. prosinca 2010. kada Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske Bolnici kao cjelini dodjeljuje status klinike i ona dobiva naziv „*Klinika za psihijatriju Vrapče*“.

Ovdje treba dodati da je „Bolnicu Vrapče kao učilište“ dodatno potvrdio i učvrstio „ANEKS Sporazuma (od 22. 11. 1988.)“ između Bolnice i Medicinskog fakulteta potpisani 1994. godine. Kruna svih tih potvrda „Bolnice kao učilišta“ UGOVOR je o uređivanju međusobnih odnosa između Fakulteta i Bolnice od 15. studenog 2011. godine. Tim ugovorom odnos Fakulteta i

Bolnice postao je jednak onom između KBC-a Zagreb ili KBC-a Sestre milosrdnice i Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu.

Bolnica „Vrapče“ u edukaciji studenata postdiplomske studije Medicinskog i drugih fakulteta Sveučilišta u Zagrebu

Stručnjaci Bolnice „Vrapče“ sudjelovali su i sudjeluju u edukaciji postdiplomaca koji studiraju na Medicinskom fakultetu u Zagrebu, ali i postdiplomaca na raznim drugim fakultetima Zagrebačkog i drugih sveučilišta.

Još su šezdesetih godina prof. Rudolf Turčin i prim. Josip Glaser Bolnicu „Vrapče“ promovirali u ustanovu u kojoj se osmišljava i provodi nastava na postdiplomskom studiju. Oni su, naime, osmisili i vodili kolegij *Sudska psihijatrija* na postdiplomskom studiju na Pravnom fakultetu u Zagrebu (prva generacija upisana je 1961. godine). Glaser je u to vrijeme napisao



Dana 15. studenog 2011. godine prof. Vlado Jukić, ravnatelj Klinike za psihijatriju Vrapče i prof. Davor Miličić, dekan Medicinskog fakulteta, sklopili su Ugovor o uređenju međusobnih odnosa (sjede: Ljiljana Vukšić, Vlado Jukić, Davor Miličić i Darko Bošnjak; stoje: Štefica Bagarić, Siniša Varga, Miro Jakovljević, Davor Ježek, Marijan Klarica i Ninoslav Mimica).

i svoj znameniti udžbenik „Opća psihopatologija“ koji je bio namijenjen baš tim studentima²³. Nažalost, nema puno pismenih tragova o provođenju tog kolegija, no poznato je da su studenti dolazili u „Vrapče“ gdje su im demonstrirani forenzičko-psihijatrijski pacijenti, odnosno gdje su sudjelovali u ispitivanju motrenika i dobivali uvid u bogatu zbirku sudske-psihijatrijskih ekspertiza. Nije poznato koliko je naraštaja postdiplomaca slušalo taj kolegij. Uz Glasera i Turčina u nastavi je sudjelovala i docentica Karla Pospišil Završki.

Čini se da je profesoru Turčinu iskustvo u tom kolegiju bilo poticaj za koncipiranje diplomskog studija iz forenzičke psihijatrije za psihijatre i specijalizante (neuro)psihijatrije koji je radom počeo 1980. godine.

Psihijatrijski postdiplomski studiji na Medicinskom fakultetu u Zagrebu uvode se početkom osamdesetih godina prošlog stoljeća. Ti studiji, koji su bili znanstveni, trajali su dvije godine - u prvoj godini slušala su se predavanja, a druga godina bila je određena za izradu magistarskog rada.

Jedan od prvih postdiplomskih studija bio je postdiplomski studij iz socijalne psihijatrije²⁴. Na tom studiju, od njegovih početaka (1982./83./), prof. Vlado Rogina vodi kolegij *Prevencija u socijalnoj psihijatriji*, a prof. Rudolf Turčin kolegij *Socijalna patologija*. Kasnije kolegij *Prevencija u socijalnoj psihijatriji* preuzima prof. Folnegović, a kolegij *Socijalna patologija* prof. Sila.

Na postdiplomskom studiju iz biologische psihijatrije²⁵ prof. Ante Sila predaje kolegij *Pri-*

²³Josip Glaser: *Opća psihopatologija*, Narodne novine, Zagreb, 1963.;

²⁴Osnovao ga je i vodio prof. Peršić, nakon njega voditeljstvo preuzima prof. Muačević. Krajem devedesetih, studij koji je bio „u stanju mirovanja“, pokušavaju obnoviti prof. Folnegović i prof. Hotujac, no to im ne uspijeva. Studij je ugašen, odnosno još uvek je u „stanju mirovanja“ (?).

²⁵Osnovao ga je i vodio prof. Trbović. Studij je, nažalost, pohađao samo jedan naraštaj postdiplomaca! Nije bilo pokušaja njegove obnove.

mjena biologische psihijatrije u forenzičkoj psihijatriji.

269

Na poslijediplomskom doktorskom studiju *Biomedicina i zdravstvo*²⁶ prof. Vera Folnegović Šmalc vodila je kolegij *Klasifikacija i dijagnostika psihičkih poremećaja*. Isti kolegij vodila je i na Poslijediplomskom doktorskom studiju neuroznanosti. Dr. sc. Danilo Hodoba vodio je na PDS Biomedicina i zdravstvo kolegij *Psihofiziologija spavanja*.

Profesor Henigsberg na poslijediplomskom doktorskom studiju Neuroznanosti vodi dva kolegija: *Neurobiologija liječenja psihijatrijskih poremećaja* i *Psihijatrijska farmakogenetika*. Isto tako on na interdisciplinarnom poslijediplomskom studiju Sveučilišta u Zagrebu *Upravljanje krizama* vodi kolegij *Zdravstvena zaštita u kriznim stanjima*. (Prof. Henigsberg na Medicinskom fakultetu u Osijeku na PDS Biomedicina i zdravstvo vodi kolegij *Neurobiologija liječenja psihičkih poremećaja i istraživanja psihofarmaka*).

Na poslijediplomskom specijalističkom studiju kliničke psihologije na Filozofskom fakultetu u Zagrebu prof. Vlado Jukić vodi kolegij *Biološki pristupi u liječenju psihijatrijskih bolesti*, a na poslijediplomskom specijalističkom studiju Klinička farmacija na Farmaceutsko-biokemijskom fakultetu kolegij *Farmakoterapija duševnih bolesti i poremećaja* (u oba ova kolegija pomoćnik mu je dr. sc. Miroslav Herceg).

Na postdiplomskom studiju dječje i adolescentne psihijatrije i psihoterapije prim. dr. sc. Miroslav Goreta vodio je kolegij *Forenzička psihijatrija*.

Osim što su vodili postdiplomski studij iz forenzičke psihijatrije i vodili pojedine kolegije

²⁶Postdiplomski znanstveni studij na Medicinskom fakultetu u Zagrebu, pod nazivom *Magisterski studij Biomedicina*, počeo je s radom akademске godine 1997./98. Nakon magisterija slijedio je doktorat. Godine 2003. Zakonom o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju ukida se stupanj magistra. Studij dobiva ime Doktorski studij *Biomedicina i zdravstvo*.

na drugim postdiplomskim studijima, stručnjaci Bolnice „Vrapče“ značajno su participirali i participiraju s pojedinim specifičnim temama u kolegijima kojima nisu voditelji. Tako svojim predavanjima u sklopu pojedinih kolegija na postdiplomskim studijima iz psihoterapije (Folnegović, Jukić, Ivezić) i djeće i adolescentne psihijatrije (Folnegović, Jukić, Ivezić), psihotraumatologije (Folegović, Henigsberg), kliničke farmakologije (Herceg), obiteljske medicine (Herceg), menadžmenta u zdravstvu (Jukić, Henigsberg) sudjeluje više stručnjaka iz „Vrapče“.

Postdiplomski studij iz forenzičke psihijatrije

Edukacija postdiplomaca iz forenzičke psihijatrije zaslužuje poseban osvrt s obzirom da su postdiplomski studij iz forenzičke psihijatrije osnovali i vodili stručnjaci Bolnice „Vrapče“, odnosno da je taj studij Medicinskog fakulteta u Zagrebu organiziran i provođen u Bolnici „Vrapče“. Postdiplomski (znanstveni) studij iz forenzičke psihijatrije organizirao je (1980. godine) i vodio prof. Rudol Turčin. Nakon njega, voditelj je bio prof. Sila te na kraju dr. sc. Miroslav Goreta²⁷ koji je od početka studija bio pomoćnik Turčinu, a zatim Sili (njemu je pomoćnicom bila mr. sc. Ivana Peko Čović). Taj studij je osmišljen i provodio se u Bolnici „Vrapče“.

²⁷ Dr. sc. Miroslav Goreta je jedan od najagilnijih „vrapčanskih“ stručnjaka na području edukacije mladih kadrova – od studenata na dodiplomskim i poslijediplomskim studijima do specijalizanata iz psihijatrije i subspecijalizanata iz forenzičke psihijatrije, dugogodišnji voditelj „Male škole forenzičke psihijatrije“, edukator sudskeh vještaka iz psihijatrije, voditelj niza okruglih stolova i simpozija iz forenzičke psihijatrije – i svakako, po mišljenju niza naraštaja hrvatskih psihijatarata, jedan od najcjenjenijih hrvatskih psihijatara edukatora. Jednako tako respektabilan je i njegov znanstveni opus. Usprkos tome i usprkos činjenici da je za svoj stručni, znanstveni i nastavni rad dobio i visoka priznanja, Goreta, nije, nakon jednog natječaja za zvanje docenta „koji je bio raspisan za njega“, a na kojem zbog prozirnih kompetičkih razloga nije izabran, želio sudjelovati u kasnijim natječajima za izbor u znanstveno-nastavno zvanje.

Osim stručnjaka iz „Vrapče“ koji su bili nositelji najvažnijih kolegija (Rudolf Turčin, Miroslav Goretta, Vlado Rogina, Ante Sila, Karla Pospišil-Završki, Ranka Puškarić, Ivana Peko-Čović, Vera Folnegović-Šmalc, Danilo Hodoba) i predavači pojedinih nastavnih jedinica (Vlado Jukić, Dragica Kozarić-Kovačić, Nada Hančević-Rajković, Višnja Ziber-Komarica), voditelji studija angažirali su i niz drugih stručnjaka kao voditelje kolegija koji, ili nisu mogli biti pokriveni s nastavnicima psihijatrima iz „Vrapče“ (Nikola Peršić, Vasko Muačević, Eugenija Cividini-Stranić, Eduard Klain, Jovan Bamburač) ili se radilo o onim područjima koja su u dodiru s forenzičkom psihijatrijom, ali nisu usko psihijatrijska pa ih psihijatri i ne mogu predavati (Vojislav Kovačević, Zvonimir Šeparović, Željko Horvatić, Ksenija Turković, Slavko Kljaić, Vlado Puljiz, Vesna Pusić, Gizela Luković, Aleksandar Meniga, Đuro Deželić, Silvije Vuletić, Davor Ivanković, Josipa Kern). Kao gosti predavači u pojedinim kolegijima sudjelovali su prof. Miloš Kobal iz Ljubljane, prof. Borislav Kapamadžija iz Novog Sada te profesori Jovan Bukelić, Ratko Kovačević, Vera Petrović iz Beograda te Đurđica Gajer iz Psihijatrijske bolnice za djecu i mladež u Zagrebu, Borben Uglešić iz Splita i Željko Borovečki iz Klinike za psihološku medicinu Rebro. Svi oni su sa zadovoljstvom i ponosom prihvatali taj angažman te s neskrivenim entuzijazmom sudjelovali u nastavi.

Postdiplomski studij iz forenzičke psihijatrije odslušalo je preko 100 postdiplomaca. Od osam generacija postdiplomanata pet ih je izveo prof. Turčin (generacije 1980./81., 1981./82., 1984./85., 1986./87., i 1987./88. akademske godine), jednu prof. Silu (generacija 1989./90.), a dvije prim. Gorete (1995./96. i 1996./97.). Pohađali su ga ne samo (neuro)psihijatri i specijalizanti iz (neuro) psihijatrije iz Hrvatske, nego iz cijele bivše Jugoslavije (Bosne i Hercegovine, Crne Gore, Kosova, Makedonije, Slovenije, Srbije i Vojvodine).

Po desetak postdiplomanata obranilo je magisterije i doktorate iz područja forenzičke psihijatrije.

Godine 1997. znanstveni postdiplomski studij iz forenzičke psihijatrije, kao i svi drugi studiji te vrste, odlukom se Medicinskog fakulteta ukida²⁸. Pokušaj da se studij organizira kao postdiplomski stručni studij ne uspijeva²⁹. Prava šteta, jer je ovaj postdiplomski studij dao značajan zamah hrvatskoj forenzičkoj psihijatriji i bio jedan od rijetkih u svijetu³⁰.

Poslijediplomski specijalistički studij iz psihijatrije

Poslijediplomski specijalistički studij iz psihijatrije provodi se unazad tri godine i sastavni je dio specijalističkog usavršavanja iz psihijatrije. Vodi ga profesorica Vesna Medved iz Klinike za psihijatriju Rebro.

Nastavnici iz Bolnice Vrapče vode šest, odnosno sedam kolegija koji se i odvijaju u „Vrapču“. To su: *Hitna i krizna stanja u psihijatriji*, *Bolesti ovisnosti i Forenzička psihijatrija* (vodi ih prof. Jukić), *Psihogerijatrija* (voditelj prof. Mimica), *Psihijatrija u zajednici* (prof. Henigsberg) i *Socioterapija i rehabilitacija u psihijatriji* (voditeljica prof. Štrkalj Ivezić) te *Povijest psihijatrije*, kao izborni predmet (voditelj prof. Jukić). Predmeti su koncipirani tako da studente (specijalizante) upozoravaju na najnovije znanstvene i stručne spoznaje, ali ih se i suočava sa stoljetnim vrapčanskim psihijatrijskim iskustvom koje u „Vrapču“ ima naznake „kolektivno nesvesnog“.

²⁸Fakultet donosi odluku o ukidanju svih tada postojećih znanstvenih postdiplomskih studija (koji su završavali znanstvenim magisterijem) i njihovo pretvorbi u stručne postdiplomske studije (koji završavaju stručnim magisterijem).

²⁹Prijedlog programa ovog studija nije prošao prvu recenziju (čini se iz čisto kompetitivnih razloga - recenzent/ica je tražio/la da veći broj nositelja kolegija budu nastavnici Medicinskog fakulteta u Zagrebu?!?), a predlagatelj je, ne složivši se s recenzentom/icom, odustao od mogućeg voditeljstva studija. Ni među potencijalnim kandidatima nije bilo većeg interesa za stručni studij – tražili su znanstveni studij!

³⁰PDS iz forenzičke psihijatrije koji se odvijao u „Vrapču“ bio je jedan od pet (prvih) poslijediplomskih studija iz forenzičke psihijatrije na svijetu!

Bolnica „Vrapče“ u edukaciji studenata drugih fakulteta Zagrebačkog sveučilišta i zagrebačkih visokoškolskih ustanova

Osim što je Klinika za psihijatriju Vrapče nastavna baza Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, ona je i nastavna baza Pravnog – studij socijalnog rada i Edukacijsko rehabilitacijskog fakulteta te Hrvatskih studija Zagrebačkog sveučilišta. Iako nema formaliziran odnos s Filozofskim i Farmaceutskim fakultetom, kao ni s Akademijom dramskih umjetnosti, studenti ovih fakulteta, kako tijekom dodiplomske, tako i tijekom postdiplomske nastave educiraju se i u „Vrapču“.

Edukacijsko rehabilitacijski fakultet

Bolnica Vrapče, odnosno njezini stručnjaci uključeni su u proces edukacije studenata Edukacijsko-reabilitacijskog fakulteta od samih njegovih početaka – iz vremena kada je funkcionalao kao viša i visoka škola, odnosno defektološki fakultet. Od samog početka prof. Rogina predaje *Psihopatologiju*, a prof. Turčin *Forenzičku psihijatriju*. Dok se Psihopatologija cijelo vrijeme, od uvođenja tog kolegija do sada, predaje u „Vrapču“ i nositelji su tog predmeta i izvoditelji nastave stručnjaci iz „Vrapča“, kolegij *Forenzička psihijatrija* 18 se godina, od akademске godine 1996./97. od 2013./14., održavao u nekim drugim, za ovaj predmet (recimo to bez okolišanja), neadekvatnim, ustanovama³¹.

Godine 1971. potpisana je Samoupravni sporazum o suradnji između Psihijatrijske bolni-

³¹Nakon što je docentica Karla Pospišil-Završki, voditeljica kolegija *Forenzička psihijatrija* na Edukacijsko rehabilitacijskom fakultetu, 1995. otišla u mirovinu, voditeljstvo kolegija preuzima docentica Dragica Kozarić-Kovačić. Vrlo brzo nakon toga ona odlazi iz „Vrapča“ i odnosi predmet *Forenzička psihijatrija*. Nakon njezinog odlaska u mirovinu, od 2013./14. akademске godine kolegij *Forenzička psihijatrija* vraćen je u „Vrapče“. U razdoblju „egzila“ nastava iz forenzičke psihijatrije održavana je u neadekvatnim ustanovama Visoke kriminološke škole Ministarstva unutarnjih poslova RH i Odjela za psihijatriju (koji je kasnije dobio status Klinike za psihijatriju Zdravstvenog veleučilišta u Zagrebu) KB Dubrava u Zagrebu.



Dana 15. studenog 2013. godine prof. Vlado Jukić, ravnatelj Klinike za psihijatriju Vrapče i prof. Antonija Žižak, dekanica Edukacijsko rehabilitacijskog fakulteta, potpisali su Sporazum o suradnji.

ce Vrapče i Defektološkog fakulteta. Kolegij *Psihopatologija* nakon odlaska Rogine vode docentica Ranka Puškarić, prof. Vera Folnegović, prof. Neven Henigsberg i docentica Petrana Brečić, a kolegij *Forenzička psihijatrija* nakon Turčina vode prof. Sila³², docentica Karla Pospišil-Završki³³, docentica Dragica Kozarić-Kovačić, te, od akademske 2014./15. godine prof. Vlado Jukić i docentica Nadica Buzina.

Dana 15. studenog 2013. potписан je između Klinike za psihijatriju Vrapče i Edukacijsko rehabilitacijskog fakulteta Sporazum o suradnji kojim se uređuju različiti oblici suradnje između Fakulteta i Klinike u znanstvenom, nastavnom, stručnom radu te u području cjeloživotnog učenja. Time je Fakultet dobio nastavnu bazu u kojoj se, uz izvođenje nastave iz *Psihopatologije* i *Forenzičke psihijatrije*, provode i kliničke vježbe i iz predmeta čiji nositelji nisu psihijatri, a vode ih, ili su ih vodili, socijalni pedagozi Bolnice „Vrapče“ (Dubravka Stijačić, Sanja Jelić, Ivana Jolić i Mirta Vranko).

³² Baš na ERF 1978. godine Ante Sila je prvi put izabran u znanstveno nastavno zvanje docenta.

³³ Godine 1985. Karla Pospišil-Završki izabrana je na ERF u znanstveno nastavno zvanje docenta.

Pravni fakultet (Studij socijalnog rada)

Stručnjaci Bolnice Vrapče angažirani su u edukaciji studenata socijalnog rada od samog ustroja tog studija - još iz vremena kada je taj studij bio Viša škola za socijalne radnike i prije nego je on postao sastavni dio Pravnog fakulteta u Zagrebu.

Naime, dr. Vlado Rogina, još kao mladi liječnik u „Vrapču“, od 1952. godine kada je Viša stručna škola za socijalne radnike i osnovana³⁴, osmišljava i predaje predmet *Psihopatologija*. Do 1955./56. *Psihopatologija* se sluša na prvoj, a od 1956./57. do 1962./63., do kada Rogina vodi ovaj kolegij, na drugoj godini. Rogina se kao nastavnik ovog studija spominje 1979./80. akademske godine kada se on naziva *Međufakultetski studij za obrazovanje socijalnih radnika (od 1972.)*, i 1982./83. kada ga, kao *Zajednički studij za socijalni rad*, organizira Pravni fakultet u Zagrebu. (Studij socijalnog rada 1985. postaje četverogodišnji studij, a od 1993. postoji kao Studijski centar socijalnog rada Pravnog fakulteta u Zagrebu). Nemamo saznanja da bi netko od stručnjaka iz „Vrapča“ u razdoblju od 1982./83., kada se spominje

³⁴ Prva socijalna radnica zaposlena u Bolnici „Vrapče“, Zorka Popović, studentica je prve generacije studenata Više stručne škole za socijalne radnike u Zagrebu i Hrvatskoj.

Rogina, do 2001./02. kada u nastavi sudjeluje diplomirana socijalna radnica iz „Vrapča“ Snježana Šalamon, sudjelovalo u nastavi za studente socijalnog rada.

Godine 2002. okreće se nova stranica u suradnji između Studijskog centra za socijalni rad Pravnog fakulteta i Bolnice „Vrapče“. Na prijedlog profesorice Marine Ajduković, tadašnje voditeljice Studija, u „Vrapču“ se od 2002./2003. akademske godine odvija kolegij *Socijalna psihijatrija*, a od 2005./06. i kolegij *Ovisnost i socijalni rad*. Oba predmeta su na IV. godini studija. Prof. Jukić imenovan je nositeljem obih kolegija. U izvođenju predmeta *Socijalna psihijatrija* u početku je sudjelovala docentica, odnosno profesorica Lana Mužinić (kratko je vodila i izborni predmet *Psihijatrija u zajednici*). Nakon njezinog odlaska iz „Vrapča“ 2012. nastavu vodi docentica Draženka Ostojić koja je od 2015. i voditelj kolegija. Uz nju u izvođenju nastave od 2015./16. sudjeluje docentica Tihana Jendričko. Praktički sve socijalne radnice zaposlene u „Vrapču“ (Bosiljka Trobić, Sanja Đaković, Daška Brumen, Marica Grbeš, Martina Grubiša, Andrijana Mužek, Marina Sviben) vode vježbe i seminare sa studenima socijalnog rada. Uz prof. Jukića izvoditelj kolegija *Ovisnost i socijalni rad* je docent Ante Bagarić. U vježbama sudjeluju socijalni radnici Duško Borić, Jelena Klinčić i Marina Sviben.

Dobro organizirana i zanimljiva nastava koja se odvija u „Vrapču“ potakla je desetke studenata da svoje diplomske ili završne radove rade baš u „Vrapču“.

Zadnjih godina docent Bagarić i docentica Ostojić, skupa s profesoricom Ajduković u trećem semestru Poslijediplomsko specijalističkog studija „Psihosocijalni pristup u socijalnom radu“ vode kolegij *Mentalno zdravlje i psihosocijalni rizici u životnom vijeku*.

Osim studenata Pravnog fakulteta koji studiraju socijalni rad, u „Vrapče“ dolaze i studenti prava i to u sklopu kolegija *Kazneno pravo*. Ta

praksa postoji još od četrdesetih godina prošlog stoljeća (a možda i od prije)³⁵. Studente se upozna s osnovnim forenzičko psihijatrijskim pojmovima, a nakon toga im se demonstriraju konkretni forenzički slučajevi.

Dana 15. prosinca 2016. između Pravnog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu i Klinike za psihijatriju Vrapče potpisani je Ugovor o suradnji (potpisali su ga dekanica profesorica Dubravka Hrabar i ravnatelj prof. Vlado Jukić).

Hrvatski studiji Sveučilišta u Zagrebu

Suradnju s Hrvatskim studijima Zagrebačkog sveučilišta Klinika za psihijatriju Vrapče uspostavila je u proljeće 2014. godine. Nakon usmenih dogovora, uslijedio je pismeni prijedlog tadašnjeg voditelja Hrvatskih studija (prof. Josipa Talange) i pročelnice Odjela za psihologiju tog studija (profesorice Jasminke Despot Lučanin) o suradnji Hrvatskih studija i Klinike, a 28. svibnja 2014. g., potpisani je „Sporazum o suradnji“ između Klinike za psihijatriju Vrapče i Hrvatskih studija Sveučilišta u Zagrebu. Time su formalizirani različiti oblici suradnje u znanstvenom, nastavnom i stručnom radu. Bolnica „Vrapče“ postala je tako nastavnom bazom Hrvatskih studija. Od jeseni 2014., odnosno od 2014./15. akademske godine u „Vrapču“ se izvodi nastava iz tri kolegija za studente psihologije hrvatskih studija. Dva su predmeta obvezna i održavaju se na dodiplomskom studiju. To su *Opća psihopatologija* i *Specijalna psihopatologija*. Voditeljem obaju predmeta imenovan je prof. Vlado Jukić, a za njihove provoditelje docenti Petрана Brečić (opća psihopatologija) i Ante Silić (specijalna psihopatologija). Kolegij *Forenzička psihijatrija* je izborni i studenti ga slušaju na diplomskom studiju. Voditelj predmeta je prof. Jukić, a izvoditelj docentica Nadica Buzina.

³⁵ Dr. Desider Julius imenovan je 1948. g. „honorarnim nastavnikom sudske psihijatrije na Pravnom fakultetu u Zagrebu“. Kasnije nastavu iz sudske psihijatrije na tom fakultetu preuzimaju i vode dr. Rudolf Turčin i dr. Josip Glaser.



Dana 28. svibnja 2014. prof. Vlado Jukić, ravnatelj Klinike za psihijatriju Vrapče i prof. Josip Talanga, voditelj Hrvatskih studija Zagrebačkog sveučilišta, potpisali su Sporazum o suradnji (na slici, s lijeva na desno: prof. Jasmina Despot Lučanin, prof. Adrijana Bjelajac, prof. Josip Talanga, prof. Vlado Jukić, docentica Petran Brečić i Ljiljana Vukšić, dipl. iur, pomoćnica ravnatelja za pravna pitanja).

Filozofski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

Godinama se, uz oscilacije, odvija suradnja Bolnice „Vrapče“ s Filozofskim fakultetom u Zagrebu, posebno njegovim Odsjekom za psihologiju. Profesorka Folnegović je dvadesetak godina studentima psihologije predavala opću psihopatologiju – od 1987. do 2010. bila je voditelj kolegija *Opća psihopatologija* na studiju psihologije Filozofskog fakulteta. Danilo Hodoba dvadeset je godina na istom studiju vodio izborni kolegij *Psihofiziologija spavanja*. Nažalost, odlaskom prof. Folnegović u mirovinu kolegij *Opća psihopatologija* nije zadržan u Vrapču, a kolegij *Psihofiziologija spavanja* je u „fazi mirovanja“.

Prof. Jukić, osim što na Poslijediplomskom specijalističkom studiju kliničke psihologije vodi kolegij *Biološki pristupi u liječenju psihijatrij-*

skih bolesti, zadnjih godina gostuje kao predavač (diskutant) u seminarskom kolegiju *Etika i psiha* koji vodi prof. Hrvoje Jurić i izbornom kolegiju *Antipsihijatrija i kultura* koji vodi prof. Željka Matijašević.

Zdravstveno veleučilište u Zagrebu

Stručnjaci Bolnice „Vrapče“ godinama su uključeni u edukacijske programe Zdravstvenog veleučilišta u Zagrebu. Osim što su se javljali kao predavači u kolegiju *Psihijatrija* (Sila, Folnegović Šmalc, Jukić, Uzun, Kozumplik i Martić Biočina)³⁶, nositelji su kolegija *Menadžment u psihijatriji* (voditelj prof. Jukić), *Bioetika i ljudska prava* (voditeljica prof. Štr-

³⁶Nažalost, zadnjih nekoliko godina psihijatri iz „Vrapče“ se ne pozivaju na sudjelovanje u ovom, ali i drugim psihijatrijskim kolegijima Zdravstvenog veleučilišta.

kalj Ivezić), *Unaprjeđenje mentalnog zdravlja i prevencija psihičkih poremećaja* (voditelj prof. Henigsberg) i *Psihički poremećaji u starijoj životnoj dobi* (prof. Mimica) Specijalističkog diplomskog studija psihijatrijskog sestrinstva. Nastava ovih kolegija odvija se u „Vrapču“.

U „Vrapču“ se provode i vježbe iz psihijatrijske i gerijatrijske zdravstvene njage. U vođenju ovih vježbi sudjeluje 14 medicinskih sestara asistenata - suradnika Zdravstvenog veleučilišta. Dvije su visokoobrazovane medicinske sestre (Štefica Bagarić i Senka Repovečki) predavači na Zdravstvenom veleučilištu. Pedesetak je medicinskih sestara/tehničara iz „Vrapča“ u zadnjih dvadesetak godina uz rad studiralo na Zdravstvenom veleučilištu.

Visoka kriminološka škola Ministarstva unutarnjih poslova

Suradnja Bolnice „Vrapče“ s Visokom kriminološkom školom Ministarstva unutarnjih poslova RH odvija se još od začetaka te škole kao Više škole tadašnjeg Republičkog sekretarijata za unutrašnje poslove. Naime, stručnjači Bolnice „Vrapče“, forenzički psihijatri (prof. Turčin i prof. Sila) koncipirali su i godinama na tom studiju vodili kolegij Forenzička psihijatrija. Nakon odlaska prof. Sile 1991. godine u mirovinu, kolegij preuzima docentica Kozarić Kovačić. Odlaskom iz „Vrapča“ 1995. ona ovaj kolegij „nosi sa sobom“. Nakon toga, Bolnica nije uspjela ponovo uspostaviti suradnju s Visokom kriminološkom školom³⁷.

Akademija dramskih umjetnosti

Suradnju Bolnice „Vrapče“ i Akademije dramskih umjetnosti uspostavio je osamdesetih godina prošlog stoljeća prof. Muradif Kulenović koji je na Akademiju uveo i vodio kolegij *Psihoanaliza u glumačkom stvaralaštvu*. Želeći studentima i demonstrirati ono što im

³⁷ Razgovori o uspostavi ponovne suradnje započeti su upravo u vrijeme pisanja ovog članka,

predaje, odnosno upoznati ih s bolesnicima koji boluju od pojedinih bolesti o kojima će kao režiseri, glumci, kamermani ili montažeri morati nešto znati, odnosno s kojima će se susretati kao filmskim ili kazališnim likovima, dovodio je studente na jednodnevne vježbe u „Vrapče“. Doktor Matačić, koji je nakon Kulenovića preuzeo kolegij *Psihoanaliza i glumačko stvaralaštvo*, nastavio je s praksom dovođenja studenata u „Vrapče“. Zadnjih nekoliko godina uz prof. Jukića ove vježbe vodi asistent Herceg.

EDUKACIJA SPECIJALIZANATA I SUBSPECIJALIZANATA

Edukaciji specijalizanata iz (neuro)psihijatrije u Bolnici se poklanja posebna pažnja³⁸. Treba naglasiti da do pedesetih godina prošlog stoljeća u Hrvatskoj praktički i nije bilo posebnog programa specijalističkih usavršavanja liječnika. Do tada je nadležno „Ministarstvo za zdravstvo“ dodjeljivalo zvanje specijalista određene grane liječnicima koji su se u toj grani medicine istakli i za koje je ustanova (bolnica) u kojoj su radili to potvrdila i tražila³⁹. Jedan od prvih vrapčanskih liječnika specijalizanata bio je dr. Vlado Rogina koji je koji „dana 9. srpnja 1955. pred ispitnom komisijom pri Savjetu za narodno zdravljie i socijalnu politiku NRH“ položio „ispit specijalnosti za stjecanje zvanje liječnika-specijalista iz neurologije i psihijatrije, te je ispit položio ocjenom odličan“.

Program edukacije specijalizanata iz neuropsihijatrije (iz pedesetih godina prošlog stoljeća), većim je dijelom bio okrenut neurologiji.

³⁸ Zato se okvirni program edukacije specijalizanata, koji se sastavlja početkom svake akademске godine, uz popratno pismo, početkom listopada, šalje svim specijalizantima psihijatrije u Hrvatskoj, kao i šefovima svih psihijatrijskih klinika, psihijatrijskih odjela i bolnica.

³⁹ Tako, npr. „Kraljevska banska uprava Savske banovine – Zagreb“, 20. travnja 1938. dr. Stanislavu Župiću odobrava „naziv specijaliste za psihijatriju“, a „Glavno ravnateljstvo za zdravstvo Nezavisne države Hrvatske“ dana 8. veljače 1943. dr. Branku Gostlu odobrava „naziv specijaliste i pravo vršenja specijalističke prakse za duševne bolesti“.

Najveći dio programa iz psihijatrije, izuzimajući program iz psihoterapije⁴⁰, specijalizanti su mogli obaviti u „Vrapču“. Međutim, u to vrijeme relativno se mali broj specijalizanata odlučuje za edukaciju u „Vrapču“. Tek devedesetih godina, nakon osnivanja Klinike za opću i forenzičku psihijatriju i kliničku psihofiziologiju i uvođenja obveznog dijela edukacije iz forenzičke psihijatrije, vanjski specijalizanti dolaze u „Vrapče“. Sredinom devedesetih godina prošlog stoljeća „Vrapče“ je akreditirano kao ustanova koja provodi specijalizaciju iz psihijatrije i subspecijalizaciju iz forenzičke i socijalne psihijatrije. Sadašnji *Pravilnik o specijalističkom usavršavanju doktora medicine* (iz 2012.) dopušta, a to je verificiralo i Ministarstvo zdravstva RH, da se praktički cjelokupna edukacija specijalizanata te subspecijalizanata iz forenzičke, socijalne i biologijske psihijatrije te bolesti ovisnosti, provodi u „Vrapču“^{41, 42}.

Specijalizanti se tijekom boravka u „Vrapču“ raspoređuju po zavodima⁴³ gdje uz mentore

i komentore savladavaju dijelove psihijatrije koji se pretežito prakticiraju na određenom zavodu. Uz praktični rad, vođenje pacijenata, specijalizanti su na zavodima uključeni i u edukaciju prikazima slučajeva - jednom tjedno na jutarnjem sastanku prikazuju se najzanimljiviji i najsloženiji psihijatrijski slučajevi (u pravilu ih prikazuju specijalizanti). Na Zavodu za forenzičku psihijatriju sudjeluju, uz mentora, u vještačenju u kaznenim i građanskim predmetima. Isto tako na „forenzici“ sudjeluju, bez obzira na kojem su odjelu trenutno, na prikazu vještačenih motrenika i vještačkih nalaza iz raznih područja građanskog prava. Na „forenzici“ se, u pravilu jedanput mjesečno, održava „mala škola forenzičke psihijatrije“ na kojoj, po načelu seminarског rada, specijalizant pripeđuje određenu temu (u pravilu se radi o prikazu nekog aktualnog članka iz forenzičke psihijatrije) o kojoj se onda raspravlja⁴⁴. Na školi sudjeluju svi specijalizanti koji se nalaze u „Vrapču“, a prema interesu mogu doći i specijalizanti iz drugih klinika.

Osim ove edukacije po zavodima, na razini Bolnice održavaju se dva do tri puta mjesečno stručna predavanja na kojima je obvezno prisustvo specijalizanata. Poludnevne radionice za specijalizante (u trajanju tri do pet sati) održavaju se jedan do dva puta mjesečno. Na njima se obrađuju „velike“ psihijatrijske teme, a vodi ih stručnjak koji se određenim psihijatrijskim područjem posebno bavi⁴⁵.

⁴⁰ Program iz psihoterapije provodio se isključivo u Klinici za psihijatriju Rebro, Odjel za psihoterapiju, a osnutkom Centra za mentalno zdravlje, kasnije Klinike za psihološku medicinu Rebro, u toj ustanovi.

⁴¹ Program edukacije specijalizanata iz psihijatrije dijelom je kompromisao tako što osigurava da specijalizanti, budući specijalisti iz psihijatrije, upoznaju i druge psihijatrijske klinike akreditirane za provođenje specijalističkog usavršavanja. Zato specijalizanti koji su se opredijelili za „Vrapče“ kao edukacijsku bazu, moraju mjesec dana kliničke psihijatrije provesti na Klinici za psihijatriju Rebro, šest, od ukupno 12, mjeseci iz psihoterapije u Klinici za psihološku medicinu Rebro i mjesec i pol, od ukupno pet mjeseci, u Klinici za psihijatriju KBC Sestre milosrdnice. U „Vrapču“ nemaju mogućnost obaviti dvomjesečni staž iz konzultativne i suradne psihijatrije, jednomjesečni staž iz javnog zdravstva, organizacije i upravljanja zdravstvenim sustavom na području mentalnog zdravlja, tromjesečni staž iz dječje i adolescentne psihijatrije te dvomjesečni staž iz neurologije i jednomjesečni staž iz interne medicine.

⁴² Od sredine devedesetih godina do 2009. godine *Voditelj programa specijalističkog usavršavanja* i glavni mentor bila je profesorica Vera Folnegović-Šmalc, a od 2009. godine do sada prof. Vlado Jukić.

⁴³ U Klinici za psihijatriju 11 je zavoda: Zavod za dijagnostiku i intenzivno liječenje, dva zavoda, muški i ženski, za psihotične poremećaje, Zavod za afektivne poremećaje, Zavod za psihoterapiju, Zavod za socijalnu psihijatriju, Zavod za ovisnosti, Zavod za biologijsku psihijatriju i psihogerijatriju, Zavod za forenzičku psihijatriju, Zavod za produženo

liječenje, Zavod za psihofiziologiju i organski uvjetovane psihičke poremećaje.

⁴⁴ „Mala škola forenzičke psihijatrije“ utemeljio je 2000. godine Miroslav Goreta, pročelnik Zavoda, i vodio ju je do odlaska u mirovinu 2014. godine. Sada, od početka 2015., vodi je docentica Buzina. Do sada je na maloj školi obrađeno preko 150 forenzičko psihijatrijskih tema.

⁴⁵ Na programu u ovoj, 2016./2017. akademskoj godini deset je tematskih radionica (psihijatrijska dokumentacija, prve psihoteze, depresivni poremećaj, poremećaji ličnosti, seksualno zdravlje i seksualni problemi, psihofarmaci, rehabilitacija pacijenata u zajednici, poremećaji spavanja i epilepsija, ovisnosti - dualni poremećaji i demencije) i devet radionica posvećenih proučavanju DSM-5 (pojedine radionice vode specijalisti koji su prevodili određenu temu/poglavlje; naime, u prevođenju DSM-5 klasifikacije

Klinika za psihijatriju Vrapče, od samog je dobijanja akreditacije, postala poželjna ustanova za provođenje edukacije specijalizanata iz psihijatrije. Najveći broj hrvatskih specijalizanata iz psihijatrije zadnjih petnaestak godina bira baš kliniku „Vrapče“ kao nastavnu bazu. Do sada je u Bolnici, kao akreditiranoj ustanovi za specijalističko usavršavanje, 185 specijalizanata polagalo (i položilo) specijalistički ispit iz psihijatrije! Prvi specijalistički ispit u „Vrapču“ je održan 5. listopada 1999. godine. Pred povjerenstvom u sastavu prof. dr. sc. Vera Folnegović-Šmalc, prof. dr. sc. Vladimir Gruden i doc. dr. sc. Vlado Jukić ispit je položila dr. Suzana Uzun!

U Klinici za psihijatriju Vrapče provodi se i edukacija subspecijalizanata iz forenzičke, socijalne i biologische psihijatrije te iz psihoterapije i bolesti ovisnosti. Program ovog usavršavanja, osim onog iz forenzičke psihijatrije, u pravilu je prepusten samim subspecijalizantima – oni sami u pravilu biraju gdje će provoditi subspecijalizantski staž i kojim temama će se posebno posvetiti. Do sada su u „Vrapču“ subspecijalistički ispit iz forenzičke psihijatrije položila 24 kandidata⁴⁶, 25 kandidata iz socijalne psihijatrije, deset kandidata iz biologische psihijatrije i dva kandidata iz psihoterapije.

Kada je riječ o subspecijalističkom usavršavanju u „Vrapču“, posebno onom iz forenzičke psihijatrije, treba podsjetiti da je početkom sedamdesetih godina prošlog stoljeća tadašnji zakon o zdravstvu dopuštao subspecijalističko usavršavanje⁴⁷. U „Vrapču“ se provodilo subspe-

sudjelovalo je 18 stručnjaka iz „Vrapča“, a urednici hrvatskog izdanja su također „vrapčanci“ Jukić i Arbanas)

⁴⁶ Prvi ga je, vrlo brzo nakon ponovnog uvođenja subspecijalizacija, pred povjerenstvom u sastavu Jukić, Folnegović i Kozarić Kovačić, dana 25. siječnja 2000. godine položio dr. Aleksander Haid.

⁴⁷ Na području psihijatrije postojalo je tada pet subspecijalističkih grana u kojima su se psihijatri mogli dodatno profilirati (psihoterapija, socijalna psihijatrija, forenzička psihijatrija, alkoholizam i druge ovisnosti i dječja i adolescentna psihijatrija). Aktualni Zakon uz tih pet subspecijalizacija predviđa i onu iz biologische psihijatrije.

cijalističko usavršavanje iz forenzičke psihijatrije. U tom razdoblju (nakon nekoliko godina pravilnikom su bile ukinute subspecijalizacije) u „Vrapču“ su subspecijalističku edukaciju iz forenzičke psihijatrije prošla (i položila subspecijalistički ispit) 23 kandidata (deset iz Hrvatske i 13 iz drugih republika tadašnje Jugoslavije).

Ovome treba dodati da je zadnjih nekoliko godina Klinika za psihijatriju Vrapče postala poželjna destinacija za specijalizante iz europskih zemalja. Naime, programi koje nudi „Vrapče“ i ono što se u „Vrapču“ može vidjeti i kao specifikum, privlačni su za mlade Europoljane koji u sklopu razmjene specijalizanata dolaze u Hrvatsku. Do sada je u „Vrapču“ na razmjeni boravilo dvadesetak specijalizanata iz raznih europskih zemalja⁴⁸. Odlazeći u svoje zemlje svi su imali samo riječi pohvale za ono što su vidjeli i naučili u „Vrapču“.

STRUČNI SKUPOVI (SAVJETOVANJA, SIMPOZIJI, OKRUGLI STOLOVI, RADIONICE) U „VRAPČU“ KAO OBLIK EDUKACIJE

Od 1932. godine kada je u „Vrapču“ održan stručni skup prilikom osnivanja Društva jugoslavenskih psihijatara (sa sjedištem i odborom u „Vrapču“) i Kongres psihijatara u Stenjevcu 1933. godine, do sada je u Vrapču održano sedamdesetak stručnih skupova, okruglih stolova, simpozija, savjetovanja, radionica. Najveći broj ih je iz područja forenzičke psihijatrije i psihofarmakoterapije. Česte teme ovih stručnih skupova bile su rehabilitacija u psihijatriji, psihoterapija, psihofiziologija i poremećaji spavanja, psihogerijatrija, organizacija psihijatrijske službe, zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, ljudskih prava duševnih bolesnika.

⁴⁸ Zanimljivo je da ih je većina (12!) kao edukacijsku bazu odabrala Zavod za psihofiziologiju i organski uvjetovane poremećaje koji je jedan od rijetkih odjela, ako ne i jedini u Europi, u kojem se prakticira integralni neuropsihijatrijski dijagnostički i terapijski tretman.

Evo naslova nekih od tih skupova: *Psihopatske ličnosti, Savjetovanje iz forenzične psihijatrije, Savjetovanje o rehabilitaciji i terapiji radom u psihijatriji, Simpozij o fizičkoj rekreatciji i sportu u psihijatriji, Seminar iz poligrafskih tehnika, Recepacija psihanalize u Hrvatskoj, Novo hrvatsko zakonodavstvo i njegovo značenje u sudskoj praksi, Sveobuhvatna zaštita starih osoba, O psihičkom i duhovnom u psihijatriji i medicini uopće, Psihofarmaci i psihofarmakoterapija, Nasilje u obitelji – psihijatrijski i pravni aspekti, Nuspojave psihofarmaka, Etika u psihijatriji, Ovisnosti – novosti u sprječavanju i liječenju, Psihoterapija – škole i psihoterapijski pravci u Hrvatskoj danas, Komunikacija u sestrinstvu, Povijest hrvatske psihijatrije“, Mjesto psihijatrijske bolnice u reorganizaciji psihijatrijske službe u Hrvatskoj, 6. lipnja – Dan prava duševnih bolesnika, Načelo razmjernosti u psihijatrijskoj praksi, Psihijatrijsko pravni aspekt nasilničkog ponašanja, Psihofarmakologija i psihofarmakoterapija – jučer, danas, sutra, Prve psihoteze, Prava osoba s duševnim smetnjama u Hrvatskoj u teoriji i praksi, Pravna zaštita osoba s duševnim smetnjama, Hrvatska psihijatrijska publicistika, Problem propisivanja psihofarmaka izvan algoritama HZZO-a...*

Svi ovi stručni skupovi su edukacijske prirode i dobro su prihvaćeni od hrvatskih psihijatara i drugih stručnjaka koji rade u psihijatriji. Većina ih ukazuje na aktualne psihijatrijske probleme te daje naznake rješavanja tih problema. Izlaganja s mnogih od ovih skupova objavljena su kao zbornici članaka koji su dostupni svim hrvatskim psihijatrima.

ne održavaju. Zadnjih godina nastoji se održati ritam od dva stručna psihijatrijska predavanja mjesečno i jedno predavanje od šireg psihijatrijskog interesa. Predavači su uglavnom stručnjaci iz Bolnice „Vrapče“, ali i stručnjaci iz drugih psihijatrijskih ustanova. Granične teme čiji je spektar vrlo širok – od problema jezika do politike i od temeljnih prirodnih do društvenih znanosti - obrađuju predavači raznih stručnih profila i zanimanja. Kao gosti predavači u „Vrapču“ su, između ostalih, predavali: Norman Sartorius, Ivan Pavković, Dinko Podrug, Mark Agius, Ivan Nikola Jović, Andrej Marušić, Karin Sernec, Urban Groleger, Cvjeta Pahljina, Lilijana Oruč, Nikša Zurak, Vladimir Gruden, Muradif Kulenović, Eduard Klain, Eugenija Cividini Stranić, Zdenka Budanko, Aleksandar Maletić, Nikola Peršić, Ivana Rosenzweig, Stanišlav Matačić, Vida Demarin, Križo Katinić, Ivanka Radman (psihijatri), Franjo Kuharić, Valentin Pozaić i Vlado Košić (biskupi), Ivo Padvan, Ante Stamać, Pavle Rudan (akademici), Ante Simonić, Zdravko Lacković, Dinko Vitežić, Vlasta Bradamante (farmakolozi), Božidar Vrhovac, Ilija Kuzman, Dubravko Orlić, Ana Stavljenić Rukavina, Jadranka Sertić, Nada Božina, Hrvoje Lorković, Krešimir Čosić, Matko Marušić, Slaven Letica, Žarko Puhovski, Slobodan Lang, Tomislav Ivančić, Tomislav Ladan, Agneza Szabo, Nives Opačić, Zdravko Tomac, Predrag Zarevski, Alan Antičević (liječnici i stručnjaci raznih profila) i drugi.

Ova predavanja posebno su značajna jer upozoravaju psihijatre i druge zaposlenike u psihijatriji na područja koja moraju biti u sferi psihijatrijskog interesa.

STRUČNA PREDAVANJA KAO OBLIK EDUKACIJE

U Bolnici „Vrapče“ godinama se „jednom tjedno“ održavaju stručna predavanja. Nažalost, nije se lako držati tog načela pa se u praksi događa da se predavanja održavaju nešto rjeđe, a tijekom ljetnih mjeseci, srpnja i kolovoza, se

KLINIČKA ISPITIVANJA LIJEKOVA U FUNKCIJI EDUKACIJE

Klinička ispitivanja lijekova provode se u „Vrapču“ od 1967. godine. Zadnjih dvadesetak godina paralelno se provodi nekoliko kliničkih studija. Nema ni jedne skupine psihofarmaka

iz koje se barem jedan lijek nije ispitivao i u „Vrapču“. A praktički svi psihofarmaci koji su registrirani u zadnjih dvadesetak godina ispitivani su i u „Vrapču“ (olanzapin, risperidon, ziprazidon, paliperidon, aripiprazol...). U ovim studijama sudjeluje veliki broj psihijatara. Da bi dobro obavili posao ispitivači prolaze edukaciju. Znanje stečeno u tim edukacijama i ono stečeno tijekom istraživanja, prenose kolegama psihijatrima i specijalantima iz psihijatrije.

ZNANSTVENA ISTRAŽIVANJA U FUNKCIJI EDUKACIJE

„Vrapče“ je klinika u kojoj se osim liječenja bolesnika i održavanja nastave, provode i znanstvena istraživanja. Stručnjaci Bolnice godišnje u prosjeku objave dva do tri znanstvena rada u časopisima najvećeg stupnja prepoznatljivosti (CC časopisi) i petnaestak radova u drugim časopisima. Znanstveni rad usko je vezan uz učenje i edukaciju. Zato, zahvaljujući znanstvenom radu psihijatri i drugi stručnjaci u stalnom su procesu učenja. I ovako stečeno znanje razlog je visokoj razini kliničke prakse u „Vrapču“. Tako znanstveni rad i dobra klinička praksa postaju u „Vrapče“ ishodišta edukacije specijalizanata, studenata medicine i drugih fakulteta te stručnjaka raznih profila. Iako na prvi pogled skriveno, učenje tijekom znanstvenog rada značajno utječe na prepoznatljivost Bolnice „Vrapče“ kao učilišta“.

JOŠ NEKE ZNAČAJKE PSIHIJATRIJSKE BOLNICE VRAPČE „KAO UČILIŠTA“

Dobro je na kraju istaknuti još neke značajke Bolnice „Vrapče“ kao učilišta“. Iako bi se moglo navesti niz „dodatnih“ značajki, ovdje navodim samo one koje „Vrapče“ dodatno ističu kao specifičnu i iznimno značajnu nastavnu bazu. Prvo ću spomenuti filmsku tribinu i muzej Bolnice „Vrapče“ i njihovu ulogu u eduka-

ciji, a zatim vrapčanske psihijatre - sveučilišne nastavnike i infrastrukturu (prostore i opremu) važnu za provođenje studentske nastave i drugih oblika edukacije.

Filmska tribina „Film i psihijatrija“ u funkciji edukacije specijalizanata iz psihijatrije

U Klinici za psihijatriju Vrapče od početka 2010. godine održava se filmska tribina pod naslovom „Film i psihijatrija“, a cilj joj je učenje psihijatrije filmovima. Namijenjena je specijalantima psihijatrije koji se educiraju u „Vrapču“ i u drugim zagrebačkim psihijatrijskim klinikama, ali i svim drugima koji su zainteresirani za ovu temu (psihijatrima, psiholozima, socijalnim pedagozima, socijalnim radnicima, studentima, sveučilišnim nastavnicima, filmskim radnicima i filmskim kritičarima, novinarima koji prate kulturu – ali i zdravstvo...). Tribina se u pravilu odvija svakog prvog utorka u mjesecu (osim srpnja, kolovoza i rujna) u večernjim satima. Koncipirana je tako da se prvo prikazuju film koji problematizira neko psihijatrijsko pitanje (bilo da je riječ o psihijatriji kao takvoj ili pojedinim psihijatrijskim problemima i fenomenima), a onda o filmu uvodno govore (5-10 minuta) pozvani filmski kritičar (sa svog kritičarskog ili filmološkog stajališta) i pozvani psihijatar (s psihijatrijskog stajališta) koji u pravilu pretvodno pogledaju film i pripreme diskusiju. Nakon toga slijedi rasprava⁴⁹ u kojoj sudjeluju gledatelji (specijalizanti, psihijatri, psiholozi, studenti...). Tribina završava završnim riječima uvodničara, filmskog kritičara i psihijatra.

Ova filmska tribina se pokazala ne samo kao vrlo zanimljivo, nego i praktičko sredstvo rasvjetljavanja mnogih psihijatrijskih problema, posebno zabluda o psihijatriji koje film može širiti.

⁴⁹ Raspravu kanalizira moderator (prof. Jukić, koji je i osmislio tribinu i namijenio je edukacije specijalizanata).

Muzej Bolnice „Vrapče“ kao sredstvo edukacije

Funkcija muzeja nije samo čuvanje i izlaganje određenog kulturnog blaga, nego i učenje o onome što se u muzeju izlaže te kontekstu i značenju izložaka. Takvu funkciju ima i Muzej Bolnice „Vrapče“. Muzej⁵⁰ Bolnice „Vrapče“ otvoren je 2014. godine, a izlošci prate povijest psihijatrije i povijest Bolnice „Vrapče“. Otvoren je svaki radni dan od 14 do 16 sati te prema dogovoru. Grupa posjetitelja (studenata, đaka i drugih zainteresiranih) vodi se po muzeju uz priču o povijesti i sadašnjosti psihijatrije, značenju psihijatrije kao dijela medicine, liječenju i zaštiti duševnih bolesnika... Na kraju slijedi teorijski dio i rasprava kojima je cilj destigmatizacija duševnih bolesnika.

Edukacija razgledavanjem muzejskih eksponata pokazala se vrlo prijemčivom za sve posjetitelje. Posebno su njome oduševljeni studenti.

Knjige u izdanju bolnice „Vrapče“ u funkciji učenja

„Vrapče“ je ne „samo lječilište, opskrbilište i učilište“, nego i izdavačka kuća (pa i kulturna institucija). U nakladi Bolnice „Vrapče“ do sada su objavljene 54 knjige. Autori su im stručnjaci Bolnice „Vrapče“. Osim ovih knjiga vrapčanski autori objavili su još 30 stručnih knjiga kod drugih izdavača⁵¹. Te knjige značajne su u edukaciji studenata i specijalizanata iz psihijatrije ne samo zbog njihovog sadržaja, nego i zbog konteksta u kojima su napisane i aktualnosti tema u vrijeme njihovog objavljanja.

⁵⁰Ovaj muzej dio je četverolista Muzeja koji se još sastoji još od „Župičevog muzeja“ (stalna izložba slika bolesnika Bolnice „Vrapče“), Galerije „Slava Raškaj“ (u kojoj se priređuju najmanje dvije izložbe godišnje – jedna najnovijih rada va naših bolesnika, a druga nekog vanjskog umjetnika) i Spomen biblioteke (u kojoj se čuvaju značajni dokumenti, knjige koje su izašle u nakladi Bolnice, personalni dosjei ravnatelja, povijesti bolesti poznatih bolesnika...).

⁵¹Četiri autora iz „Vrapče“ objavila su još 12 knjiga beletristike, esejištike i poezije.

Vrapčanski psihijatri - sveučilišni nastavnici

U Psihijatrijskoj bolnici Vrapče radila je i radi čitava plejada sveučilišnih nastavnika (Medicinskog, Pravnog – Studij za socijalni rad, Defektološkog, kasnije Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta, Hrvatskih studija, Zdravstvenog veleučilišta...). Neki od njih akademski stupanj sveučilišnog docenta ili profesora stekli su i prakticirali kao zaposlenici „Vrapče“, a neki su (sigurno zahvaljujući i stručnoj popubbini koju su ponijeli iz „Vrapče“) ta zvanja stekli nakon odlaska iz Bolnice u druge psihijatrijske klinike. Akademsku karijeru kao zaposlenici „Vrapče“ ostvarili su doc. dr. Zvonimir Sušić (kasnije profesor u Rijeci), doc. dr. Aleksej Kuljženko, prof. dr. Dezider Julius, prof. dr. Vlado Rogina, prof. dr. Rudolf Turčin, prof. dr. Vera Dürrigl, prof. dr. Ante Sila, prof. dr. Vera Folnegović Šmalc, doc. dr. Vojislav Stojanović (kasnije docent i na Rebru), doc. dr. Karla Pospišil Završki, doc. dr. Ranka Puškarić, doc. dr. Dragica Kozarić-Kovačić (kasnije profesor u KB Dubrava, Zagreb), prof. dr. Vlado Jukić, prof. dr. Neven Henigsberg, prof. dr. Ninoslav Mimica, prof. dr. Sladana Štrkalj Ivezic, prof. dr. Lana Mužinić, doc. dr. Draženka Ostojić, doc. dr. Ante Bagarić, doc. dr. Petran Brečić, doc. dr. Ante Silić, doc. dr. Nadica Buzina, doc. dr. Tihana Jendričko, doc. dr. Suzana Uzun, doc. dr. Oliver Kozumplik, doc. dr. Goran Arbanas i doc. dr. Dragan Nimac. Akademske karijere ostvarili su nakon odlaska iz „Vrapče“ prof. dr. Laza Stanojević (Klinika za neuropsihijatriju Beograd), prof. dr. Radoslav Lopašić (Neuropsihijatrijska klinika Medicinskog fakulteta u Zagrebu; ostaje nejasno je li on docenturu dobio kao zaposlenik „Vrapče“ ili neposredno nakon prelaska u Neuropsihijatrijsku kliniku u Kukovićevoj ulici u Zagrebu?!), prof. dr. Božidar Niketić (Neuropsihijatrijska klinika Skoplje), prof. dr. Tomislav Kronja (Vojno medicinska akademija Beograd), prof. dr. Nenad Bohaček i prof. dr. Vesna Medved (Klinika za psihija-

triju Rebro), prof. dr. Vinka Ivačić (Klinika za neurologiju Rebro) prof. dr. Eugenija Cividini Stranić i prof. dr. Muradif Kulenović (Centar za mentalno zdravlje, sada Klinika za psihološku medicinu Rebro – oboje su bili i predstojnici te Klinike)⁵². Iz „Vrapča“ su potekli i kasniji asistenti psihijatrije na Rebru prim. dr. Zlatko Vinek i prim. dr. Javorka Zimonja Krišković. Stupanj sveučilišnog asistenta⁵³ stekli su dr. sc. Miroslav Herceg, dr. sc. Zrnka Kovačić Petrović i dr. Aleksandar Savić. U zvanje veleučilišnog predavača izabrane⁵⁴ su dr. sc. Sanja Martić Biočina (viši predavač), diplomirana medicinska sestra Štefica Bagarić i magistra sestrinstva Senka Repovečki.

Prostor (predavaonice, dvorane za seminare i vježbe)

Govoreći o „Bolnici Vrapče kao učilištu“, a imajući u vidu navedene edukacijske programe koji se u njoj provode, legitimno je postaviti pitanje jesu li kapaciteti Bolnice, kako u znanstveno-nastavnom, tako i u tehničko-prostornom pogledu, dostatni za realizaciju svih tih programa. Uz navedene podatke o nastavnicima, asistentima i predavačima, treba dodati da su u realizaciji edukacijskih programa uključeni praktički svi visokostručni kadrovi. A kada je riječ o mogućnosti smještaja edukanata, onda se slobodno može reći da Bolnica, u odnosu na druge klinike, raspolaže s natprosječnim brojem mesta i dvorana za izvođenje nastave. U Edukacijskom centru Bolnice nalazi se velika dvorana, s oko 250 mesta, koja se može podijeliti u dvije dvorane u koje stane preko 100 studenata. U Bolnici je, nadalje, pet dvorana s pedesetak mesta i sedam dvorana sa 20 do 30 mesta. Četiri najveće dvorane opremljene su najsuvremenijom opremom za edukaciju. Studentima je u „Vrapču“ na raspo-

laganju još 29 dnevnih boravaka za pacijente (s po 20-30 mesta), sedamdesetak radnih soba liječnika, psihologa, socijalnih radnika i radnih terapeuta (mogu primiti 5-8 studenata), zatim nekoliko soba u sklopu radno-okupacijske terapije i zgrade arhiva. Sve te sobe, kao i tri predavaonice, povezane su s internetom. Sve u svemu, u Bolnici je u jednom trenutku moguće adekvatno smjestiti preko 700 studenata.

POSLJEDNJA NAPOMENA

Kaže se da nema dobre edukacije bez dobre knjižnice. A u „Vrapču“ preko 100 godina postoji bogata stručna knjižnica. Vrapčanski je kredo da bolnička knjižnica mora imati sve najvažnije i najbolje svjetske psihijatrijske knjige! Zato Bolnica redovito kupuje najnovija izdanja poznatih svjetskih psihijatrijskih udžbenika i monografija. Pretplaćena je na četrdesetak časpisa. Zahvaljujući internetu do svake stručne i znanstvene psihijatrijske informacije u Vrapču“ dolazi se u najbržem mogućem vremenu.

Ovome treba dodati i arhivu s bogatim arhivskim gradivom koja je u funkciji istraživanja i učenja.

ZAKLJUČNA NAPOMENA

Bolnica Vrapče je osnovana da bude i „učilištem“. Uz liječenje i rehabilitaciju duševnih bolesnika, ona je tijekom svoje povijesti ispunjavala i ulogu učilišta. Od samog početka njezinog rada u njoj se provodi edukacija svih profila kadrova u psihijatriji. Od početka nastave psihijatrije na Medicinskom fakultetu u Zagrebu nastava se izvodi u Vrapču. Klinika za psihijatriju Vrapče je nastavna baza Medicinskog, Pravnog i Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta te Hrvatskih studija Sveučilišta u Zagrebu. Bolnica je akreditirana ustanova za

⁵² Uкупno 36 sveučilišnih nastavnika

⁵³ Uкупno pet asistenata

⁵⁴ Uкупno tri veleučilišna predavača

provodenje edukacije specijalizanata iz psihijatrije te subspecijalizanata iz forenzičke, socijalne i biologische psihijatrije te bolesti ovisnosti i psihoterapije. Znanstveno nastavna zvanja dobilo je 37 stručnjaka Bolnice „Vrapče“, a njih desetak su ta zvanja ostvarili u nekoj drugoj nastavnoj bazi, a na temeljima onoga što su dobili u Vrapču. U Bolnici je uređen veliki broj dvorana i u jednom momentu kadra je smjestiti oko 700 studenata. Znanstveno

istraživački rad, provodenje kliničkih studija, simpoziji i stručna predavanja također su oblici edukacije u „Vrapču“. Specifičnost „Vrapča“ kao nastavne baze je korištenje filma i muzeja u edukacijske svrhe.

Vrapče u svojoj budućnosti neće biti „samo lječilištem i opskrbilištem nego i učilištem“. Kao takvo prihvaćeno je od njegovih zaposlenika koji su edukatori i edukanata (studenata, specijalizanata i drugih).

LITERATURA

1. Žirović I. Bolnica Stenjevec 1879. – 1910. Osvrt na trideset godina obstanka Kraljevskog zemaljskog zavoda za umobolne u Stenjevcu. Zagreb: Ti-sak Kraljevske zemaljske tiskare, 1910.
2. Niketić B, Župić S. STENJEVEC 1879. – 1933. Spomenica povodom pet decenija rada. Zagreb: izdalo društvo za socijalnu pomoć duševnim bolesnicima u Stenjevcu, 1933.
3. Psihijatrijska bolnica Vrapče 1879. – 1979. (urednički odbor: Rudolf Turčin, Maja Lipovac, Bartul Matijaca, Vlado Rogina, Ante Sila, Fedor Stanetti, Branimir Šubić). Zagreb: Psihijatrijska bolnica Vrapče, 1979.
4. Sila A, Gabor Z, Kozarić-Kovačić D, Matijaca B. Klinička psihijatrijska bolnica Vrapče 1879. – 1979. – 1989. Zagreb: Nakladnik: Klinička psihijatrijska bolnica Vrapče, 1989.
5. Jukić V, Matijaca B, ur. Psihijatrijska bolnica Vrapče 1879. – 1999. Zagreb: Nakladnik: Psihijatrijska bolnica Vrapče, 1999.
6. Hotujac Lj, Jukić V, ur. Pola stoljeća Nikole Peršića u hrvatskoj psihijatriji. Zagreb: Medicinska naklada, 2001.
7. Jukić J. Izgradnje, dogradnje i adaptacije zgrada i drugih infrastrukturnih objekata bolnice „Vrapče“ od 1877. do 2015. godine (Iz povijesti bolnice „Vrapče“) Zagreb: Klinika za psihijatriju Vrapče i Medicinska naklada, 2015.
8. Jukić V. Hrvatska psihijatrijska publicistika Zagreb: Klinika za psihijatriju Vrapče i Medicinska naklada, 2015.
9. Jukić V. Psihijatrijska bolnica Vrapče u Zagrebu - prošlost, sadašnjost, budućnost. Soc psihijat 1994; 22: 169-81.
10. Jukić V. Prof. dr. sc. Nikola Peršić, In memoriam. Lijec Vjesn 2009; 131: 294-5.
11. Jukić V. In memoriam: Prof. dr. Ivan Pavković 1927. – 2010. Soc psihijat 2010; 38: 281-7.
12. Jukić V. Devedeset godina Katedre za (neuro)psihijatriju Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. mef.hr Vlasnik i izdavač Sveučilište u Zagrebu - Medicinski fakultet 2012; 31: 2012.
13. Jukić V. Muzej Bolnice Vrapče kao novi doprinos identitetu Bolnice (i) kao ustanove kulture, Katalog Muzeja bolnice Vrapče Zagreb: Psihijatrijska bolnica Vrapče, 2014.
14. Jukić V. Bolnica Vrapče kao nakladnik – stručnjaci Bolnice kao autori knjiga. Soc psihijat 2015; 43: 156-63.
15. Jukić V. Povijest psihijatrije. U: Begić D, Jukić V, Medved V, ur. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada, 2015, 6-23.
16. Jukić V. Filmska tribina Film i psihijatrija u Klinici za psihijatriju Vrapče – film kao edukacijsko sredstvo (osvrt). Soc psihijat 2016; 44: 64-82.
17. Jukić V. Bolnica Vrapče kao ustanova u kojoj se njeguje umjetnost (osvrt). Soc psihijat 2016; 44: 173-9.
18. Lopašić R. Prof. dr. Dezider Julius, 1895-1953. (in memoriam). Neuropsihijatrija 1953; 1: 266-7.
19. Peršić N, Cividini-Stranić E. Katedra za psihijatriju s medicinskom psihologijom i mentalnom higijenom. U: Čečuk Lj, Belicza B, Škrbić M, ur. Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu. Zagreb: Stvarnost; 1984, 419-26.
20. Peršić N. Život i djelo Radoslava Lopašića. Soc psihijat 1989; 17: 115-25.
21. Peršić N. In memoriam prof. dr. Radoslavu Lopašiću. Soc psihijat 1979; 7: 455-6.
22. Peršić N, Sila A. Suvremeni znanstveni razvoj psihijatrije kao poticaj povezivanja psihijatrijskih klinika i psihijatrijskih bolnica. Soc psihijat 1980; 8: 3-15.
23. Peršić N. Psihijatrijske klinike u zaštiti mentalnog zdravlja. Soc psihijat 1982; 10: 145-58.
24. Peršić N. In memoriam – prof. dr. sc. Nenad Bohaček. Soc psihijat 1989; 17 : 191-4.
25. Sušić Z. Poštovana i draga gospodo profesor!, pismo upućeno profesorici Puškarić godine 1987, povodom proslave 60. obljetnice opsnutka Neuropsihijatrijske klinike Medicinskog fakulteta u Zagrebu.

Attributions of partner's negative behavior and intimate relationship quality

/ Atribucija partnerovog ponašanja u intimnoj vezi i kvaliteta veze

Tina Krznarić, Željka Kamenov

University of Zagreb, Faculty of Humanities and Social Sciences, Department of Psychology, Zagreb, Croatia

/ Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet, Zavod za psihologiju, Zagreb, Hrvatska

Causal attributions are crucial in adapting to an ever-changing environment. When the outcome is favorable, attributions help us understand what led to such an outcome so we can repeat those behaviors in the future. Attributions also enable the recognition and avoidance of factors that led to a negative outcome. Partners who are unhappy in a relationship attribute the cause of negative events to the partner, considering the cause to be stable and global. Persons who are satisfied in their relationship judge the cause to be outside of the partner, unstable and specific. Fincham and Bradbury's Relationship Attribution Measure (RAM) measures attributions in romantic relationships. The participant estimates internality, stability and globality of the causes of 4 described hypothetical negative partner's behaviors. The aim of this research was to determine the relationship between the tendency to engage in positive or negative partner's behavior attributions, the perception of partner's expression of affectionate and antagonistic behaviors and the perception of relationship quality. The sample consisted of 155 students who are currently in a romantic relationship. The results represent the first evaluation of construct validity of the Croatian version of the Relationship attribution measure and indicate its possible applications, as well as providing an empirical verification of the Social Learning Theory in intimate relationships.

/ Stvaranje kauzalnih atribucija je presudno za mogućnost prilagodbe promjenjivoj okolini i prevladavanje svakodnevnih teškoća. Kada je ishod povoljan, atribucije nam pomažu da shvatimo što je dovelo do takvog ishoda kako bismo takva ponašanja mogli ponoviti. Kada iskusimo negativan ishod, atribucije nam omogućuju prepoznavanje i izbjegavanje faktora koji su do takvog ishoda doveli. Istraživanja intimnih odnosa pokazuju da su partneri nezadovoljni vezom skloni atribuiranju uzroka negativnih događaja tako da uzrok pripisuju partneru, smatraju ga stabilnim i nepromjenjivim te globalnim. Osobe koje su zadovoljne vezom sklone su atribucijama koje umanjuju značenje negativnih događaja pripisujući ih uzrocima izvan partnera te smatraljući ih nestabilnim i specifičnim. Finchamova i Bradburyjeva mjera atribucije u romantičnim vezama (*Relationship attribution measure, RAM*) sastoji se od 4 opisa hipotetskih negativnih partnerovih ponašanja, a sudionik na ljestvici sa 6 uporišnih točaka procjenjuje internalnost, stabilnost i globalnost uzroka tih ponašanja. Glavni cilj istraživanja bio je utvrditi odnos između sklonosti povoljnom ili nepovoljnog atribuiranju partnerovog ponašanja, percepcije socio-emocionalne klime u vezi i procjene kvalitete intimne veze. Ispitivanje je provedeno na uzorku od 155 studenata i studentica koji su trenutno u romantičnoj vezi. Osim što pružaju empirijsku provjeru postavki teorije socijalnog učenja u intimnim odnosima, rezultati su prva provjera konstruktnе valjanosti Ljestvice atribucije u intimnim vezama na hrvatskom jeziku i ukazuju na njenu moguću primjenu.

ADRESA ZA DOPISIVANJE:

Tina Krznarić, mag. psych.
 Filozofski fakultet Sveučilišta u Zagrebu
 Ivana Lučića 3
 10 000 Zagreb, Hrvatska
 E-pošta: tkrznari@ffzg.hr

KEY WORDS / KLJUČNE RIJEČI:

intimate relationships / bliske veze
relationship attribution measure / mjera atribucija u vezi
relationship quality / kvaliteta veze

INTRODUCTION

Intimate relationship distress has been identified as the primary reason for seeking psychological help by a number of studies (1). Kelley *et al.* (2) recognized that behavior is the only way partners can influence one another and a partner's behavior can be punishing or rewarding for the other partner. Partners gather information from each interaction and learn about their relationship. Thus, social learning theory's central idea is that rewarding and positive behaviors increase the quality of a relationship and punishing behaviors decrease relationship quality (3). When a couple experiences a rewarding interaction, partners learn they can trust each other, that their communication is effective and that their partner loves and respects them. This enhances the partners' relationship satisfaction, making future similar interactions more likely. On the other hand, accumulating negative interactions causes the partners to doubt their relationship and their ability to communicate effectively, increasing the likelihood of negative interactions in the future. Therefore, social learning theory describes a cyclical relationship between behavior and relationship satisfaction (3).

However, it soon became obvious that studying only explicit behavior is not enough. Thus, researchers expanded their focus, realizing that the interpretation of partner's behavior shapes the cognitive and emotional reactions to the

behavior. Later versions of social learning theory take into account that even good relationships can encounter problems when partners start to interpret each other's behavior in a negative way. Research has shown that dissatisfied couples, in comparison to satisfied couples, engage in negative behavior and negative behavior reciprocity more often (4). They also tend to make attributions that emphasize the negative events in the relationship and diminish the impact of positive events. Fincham & Bradbury (5) confirmed that attributions may initiate and maintain relationship distress.

The application of attributions in intimate relationships is the result of two different research directions. First, Kelley (6) noticed that partners very often mention partner's stable, general properties when explaining the causes of relationship problems. It was discovered that actors were more likely to attribute their own negative behavior to causes that reflect their positive attitudes towards the partner, whereas their partners were more inclined to make attributions that emphasize the actor's negative traits. It seemed that relationship satisfaction experienced by the partners covaried with attributions (7).

The second research direction was the attempt to differentiate between satisfied and distressed couples. This line of research confirmed Heider's hypothesis (8) that the liking of a person is correlated to attributions made for the person's behavior. A causal relationship

between attributions and relationship satisfaction has also been established in longitudinal studies (e.g. 9), confirming the hypothesis that causal attributions predict future relationship satisfaction, but also showing that relationship satisfaction may change subsequent causal attributions, suggesting a bidirectional causal relation. These findings are in line with the cyclical explanation proposed by the social learning theory.

Attributions in relationships have three dimensions: locus, stability and globality. Locus indicates in which extent the cause rests in the partner, stability provides an estimate whether the cause is likely to change, and globality indicates whether other areas of the relationship are affected by the cause (10). Research has shown that partners who assess their relationship as being satisfactory assess positive events as having causes that emerge from their partner, and are stable and global. They attribute negative events to external, unstable and specific causes. The pattern in distressed couples is opposite. They tend to perceive the causes of positive events as external, unstable and specific, while they perceive the causes of negative events to be internal, stable and global (7).

The main aim of this research was to determine the relationship between the tendency to engage in positive or negative partner's behavior attributions, the perception of partner's expression of affectionate and antagonistic behaviors and the perception of relationship quality. Our second aim was to validate the Croatian version of the Relationship attribution measure (5).

METHOD

Participants and procedure

The sample consisted of 155 university students (22.6 % male and 77.4 % female) between the ages of 18 and 26, with the average age of

21. All the participants were currently in a relationship. The length of the relationship varied between 1 and 111 months, with the average duration of 26.11 months. Recruited via the Faculty's web site and in class, the participants filled out the questionnaires in a group setting which guaranteed anonymity.

285

Measures

The *Relationship attribution measure* (11) consists of 4 hypothetical negative partner behaviors (e.g. „your partner criticizes something you say“). The RAM focuses on negative events because attributions for negative events are more strongly and consistently related to relationship satisfaction than attributions for positive events (10). The chosen stimuli are common enough to allow all the participants to imagine them occurring in their relationship. Each of the 4 hypothetical negative behaviors is accompanied with 7 statements regarding the event. The participants rated the agreement with the statements on a 6-point scale (from *strongly disagree* to *strongly agree*). Using the statements, two different types of attributions were assessed: causal attributions and responsibility attributions. Following Fincham and Bradbury's (12) scoring instructions, we summed responses to corresponding statements across the four hypothetical situations and computed coefficient alpha for each of the attribution dimensions (partner locus = .628, self locus = .633, stability = .728, globality = .530, intent = .628, motivation = .679, blame = .696). To obtain a single locus score we subtracted self ratings from partner ratings. Higher score indicated that the partner is more likely than the self to be viewed as locus of the cause. Because Cronbach's alpha coefficients for some scales were below the criterion of .70, composite attribution indices were formed (10). A composite attribution index was computed summing the locus, stability and globality score (alpha = .743). This index is often re-

ferred to as the index of relationship negative attributions (12) or the index of causality. Higher scores on this composite indicate that partners were more likely to locate the cause in the partner and to see it as stable and global. A composite responsibility index was also computed, summing the intention, motivation and blame score ($\alpha = .811$), with higher results indicating more intentional, selfishly motivated and blame-worthy attributions. Principal factor analysis showed a six-factor solution explaining 53.98 % of the total variance.

To assess the perceived relationship climate, an adapted version of the *Inventory of Affection and Antagonism in Marriage* (13) was used. It is a measure of perceived partner's behavior that consists of 20 statements, 10 statements for affection and 10 statements for antagonism. The participants rated the statements („Your partner did something nice for you that you didn't expect“ for affection; „Your partner seemed uninterested or bored while you were talking“ for antagonism) on a 5-point scale indicating the frequency in which such events occurred during the last month (form *not once to regularly*). A clear two-factor solution of the measure established by Huston, Kamenov and Huić (13) was confirmed, explaining 42.47 % of men's score variance, and 34.09 % of women's score variance. Affectionate behaviors explained 26 % (men) / 22 % (women) of variance, while antagonistic behaviors explained 17 % (men) / 12 % (women) of variance. Alpha coefficients of the subscales for both men and women were high, ranging from .72 to .83.

Relationship quality was assessed using an adapted version of Norton's (14) *Quality of Marriage Index*. It consists of 6 items. Respondents express their agreement with five items on a 7- point scale ranging from 1 (strongly disagree) to 7 (strongly agree) (e.g. „My relationship with my partner is very stable.“). The sixth item („Taking everything into account, how happy are you in your current relations-

hip?“) is answered on a 10 point scale ranging from 1 (extremely unhappy) to 10 (extremely happy). The measure proved to be highly reliable ($\alpha = .936$).

RESULTS

The average score for relationship quality ($M = 39.46$, $SD = 6.16$) is above the midpoint of the scale (theoretical range 6 to 45), indicating that the participants in our study are, on average, happy in their relationships. This is not surprising, because couples who decide to participate in studies on relationship quality usually are the ones who think they are in a good relationship. Also, our sample consisted of students and it is known that students and younger adults tend to be happier in relationships than older adults. These findings are supported by the level of perceived affection measured by the *Inventory of Affection and Antagonism in Marriage*. The scores are again high ($M = 33.11$, $SD = 5.32$, theoretical range 0 to 40), indicating we did indeed have a sample of individuals in high quality relationships. In accordance with this, the expression of antagonism was fairly low ($M = 8.08$, $SD = 5.62$, theoretical range 0 to 40). It suggests our participants perceive their partner's as expressing affection often and expressing antagonistic behavior rarely.

The composite index of causal attributions of the RAM was $M = 30.37$, $SD = 6.92$ (theoretical range 8-68). The average index of responsibility was a bit higher, $M = 32.86$, $SD = 9.18$ (theoretical range 12 to 72). Compared to the results obtained by Fincham, Bradbury, Arias, Byrne and Karney (15) on a sample of American married couples and a sample of American newlyweds, our participants, on average, scored lower on the causal attributions index. This indicates that our participants tend to be less inclined to locate the cause of negative behaviors in the partner, and perceive the

cause to be less stable and global. On the responsibility index, our participants scored higher than American newlyweds but still lower than the sample of American married couples (see Fig. 1.). They are more inclined to think the cause to be intentional, selfishly motivated and blameworthy than do the American newlyweds.

Our main goal was to determine the relationship between the tendency to engage in positive or negative partner's behavior attributions, the perception of partner's affectionate and antagonistic behaviors towards the partner and the perception of relationship quality. Since theory predicts a cyclical relationship between the perceived partner's behavior, relationship quality and attributions, two separate hierarchical regression analyses were conducted.

Correlations between variables are shown in Table 1. In line with expectations, correlations are low to moderate, which confirms the empirical distinction between the variables. Perceiving the causes of negative events to come from the partner, to be stable and global, as well as perceiving the partner to be responsible for the negative event is positively correlated with the perception of the partner's behavior as showing antagonism and with lower relationship quality. Perceiving the partner's behavior as an expression of affection is, as expected, positively correlated with higher relationship quality and perceiving the partner as someone not responsible for negative events. It is also correlated with more positive partner's behavior attribution, namely the perception of the cause of the negative events as unstable and specific as well as not originating within the partner.

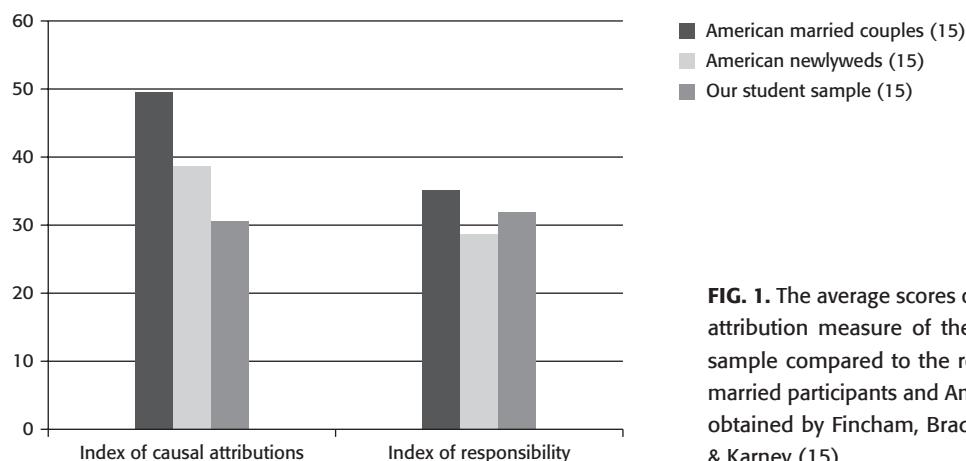


FIG. 1. The average scores on the Relationship attribution measure of the Croatian student sample compared to the results of American married participants and American newlyweds obtained by Fincham, Bradbury, Arias, Byrne, & Karney (15).

TABLE 1. Correlation coefficients of the predictors and the criterion

	1.	2.	3.	4.
1. Affection				
2. Negativity	-.234**			
3. RAM index of causal attributions	-.238**	.269**		
4. RAM index of responsibility	-.232**	.257**	.371**	
5. Relationship Quality	.544**	-.320**	-.257**	-.330**

**p<0.01

First, we wanted to see the predictive power of relationship emotional climate and quality for explaining the participants' attributions for negative events. Therefore, the perceptions of partner's affection and antagonism expression were entered in the first step of a hierarchical regression analysis and relationship quality in the next step. The partner's behavior attribution indices were the criteria. The results are shown in Table 2.

We can see that the perception of partner's antagonistic behaviors and relationship quality, although correlated with the criterion, are irrelevant for the prediction of partner's negative behavior causal attributions. The perception of partner's antagonistic behaviors predicts causal attributions of the partner's behavior, explaining 10.8 % of total variance.

However, in the case of responsibility attributions, although the perception of partner's antagonistic behavior is still a significant predictor, relationship quality is also. It had significant incremental power when predicting responsibility attributions ($\Delta R^2 = 3.3\%$), even when the perception of expression of affection and antagonism is controlled for.

Secondly, we explored the predictive power of participants' attributions and the perception of emotional climate for explaining the relationship quality. Therefore, the index of causal attribution and the index of responsibility were entered in the first step. In the second step we entered the perception of the partner's expression of affectionate and antagonistic behavior. The criterion was relationship quality (see Table 3).

TABLE 2. Summary of hierarchical regression analysis for variables predicting partner's negative behavior causal and responsibility attributions.

	Index of causal attributions (RAM)		Index of responsibility attributions (RAM)	
	β when entered	β in last step	β when entered	β in last step
1. Affectionate behaviors	-.177*	n.s.	-.218*	n.s.
Antagonistic behaviors	.230**	.215*	.273**	.237**
	$R^2 = .104**; \Delta R^2 = .104**$		$R^2 = .156**; \Delta R^2 = .156**$	
2. Relationship quality		n.s.		-.226*
	$R^2 = .108**; \Delta R^2 = \text{n.s.}$		$R^2 = .189**; \Delta R^2 = .033^*$	

β – standardized Beta coefficients, R^2 – coefficient of determination, ΔR^2 – change in R^2 , * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

TABLE 3. Summary of hierarchical regression analysis for variables predicting relationship quality.

Relationship quality	β when entered	β in last step	R^2	ΔR^2
1. Index of causal attributions	n.s.	n.s.	.127**	.127**
Index of responsibility attributions	-.298**	-.178*		
2. Affectionate behaviors		.483**	.368**	.242**
Antagonistic behaviors		-.116**		

β – standardized Beta coefficients, R^2 – coefficient of determination, ΔR^2 – change in R^2 , * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

Causal attributions did not predict relationship quality, but responsibility attributions did, explaining 12.7 % of the total variance. Affectionate and antagonistic behaviors explained additional 24.2 % of the variance. In total, the predictors accounted for 36.8 % of the variance of relationship quality. The single strongest predictor of relationship quality was the perception of partner's affectionate behaviors. The effects of perceived partner's affection and antagonism on relationship quality are in line with previous research (e.g. 16). The fact that this effect is present even after controlling for attributions of negative events, confirms previous findings.

DISCUSSION

The aim of this research was to determine the relationship between the tendency to engage in positive or negative partner's behavior attributions, the perception of partner's expression of affectionate and antagonistic behaviors and the perception of relationship quality. The results confirm the principles postulated by the social learning theory. Those who perceive that their partners are expressing antagonistic behavior more often tend to find the cause of negative events in the partner, and to perceive the cause as more stable and global. Those who think their partners are expressing antagonistic behavior more often and those who perceive their relationship to be of lower quality are more inclined to think the cause of negative events was intentional, motivated by selfish reasons, and that their partner should be blamed for it. Our study confirms the importance of relationship climate and quality on partner's attribution.

The second hierarchical regression analysis showed that the perception of affectionate or positive behaviors during interactions between partners increases the quality of a relationship, and exchanging punishing or negative

(antagonistic) behaviors diminishes it. Those who believe the cause of negative events was intentional, motivated by selfish reasons, and that their partner should be blamed for it tend to see their relationship as being of lower quality. Although there is a popular notion that antagonism is the most significant predictor of relationship quality and satisfaction (16), the results show that perceived affectionate partner's behaviors have an equally strong impact on relationship quality. These findings support the hypothesis that quality relationships are not just the ones in which there is no antagonistic behavior, but those in which the expression of affectionate behavior exists.

In further research the stability of the findings should be tested, since our sample consisted of only 155 participants. Furthermore, the duration of participants' relationships varied between 1 and 111 months. It is possible that the assessments given by participants in short relationships are not quite comparable to the ones given by participants in longer relationships.

CONCLUSION

In this study, we wanted to confirm the cyclical relationship between the perception of partner's behavior, partner's behavior attributions and relationship quality. Our findings suggest the perception of partner's antagonistic behaviors predicts negative partner behavior attributions. Relationship quality is predicted by responsibility attributions and relationship climate. To better understand the cyclical relationship between the perception of partner's behavior, partner's behavior attributions and relationship quality, further research should be conducted with a sample of married couples and dysfunctional couples. Also, the dynamics of the change of attributional style in the course of the relationship should be examined further.

References

1. Foran HM, Whisman MA, Beach SH. Intimate partner relationship distress in the DSM-5. *Family process* 2015; 54; 1: 48-63. doi:10.1111/famp.12122
2. Kelley HH, Berscheid E, Christensen A, Harvey JH, Huston TL, Levinger G, McClintock E, Peplau LA, Peterson DR, eds. *Close relationships*. New York: W.H. Freeman, 1983.
3. Bradbury TN, Karney BR. *Intimate relationships*. New York: W.W. Norton & Company, 2010.
4. Weiss RL, Heyman RE. Observation of marital interaction. In: Fincham FD, Bradbury TN, eds. *The psychology of marriage*. New York: Guilford, 1990.
5. Fincham FD, Bradbury TN. Cognition in marriage: A program of research on attributions. *Advances in Personal Relationships* 1991; 2:159-203.
6. Kelley HH. *Personal relationships: Their structures and processes*. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1979.
7. Fincham FD. Attributions and close relationships: From balkanization to integration. In: Fletcher GJ, Clark M, eds. *Blackwell handbook of social psychology*. Oxford: Blackwells, 2003.
8. Heider F. *The psychology of interpersonal relations*. New York: Wiley, 1958.
9. Fletcher GJO, Fincham FD, Cramer L, Heron N. The role of attributions in the development of dating relationships. *J Personality Soc Psychol* 1987; 53: 510-17.
10. Fincham FD, Bradbury TN. Assessing attributions in marriage: the relationship attribution measure. *J Personality Soc Psychol* 1992; 62: 457-68. doi:10.1037/0022-3514.62.3.457
11. Bradbury TN, Fincham FD. Attributions and behavior in marital interaction. *J Personality Soc Psychol* 1992; 63: 613-28.
12. Fincham FD, Bradbury TN. Marital satisfaction, depression, and attributions: a longitudinal analysis. *J Personality Soc Psychol* 1993; 64: 442-52.
13. Huston TL, Kamenov Ž, Huić A. Inventory of affection and antagonism in marriage. Unpublished material. Department of Psychology, Faculty of Humanities and Social Sciences, University of Zagreb, Croatia, 2010.
14. Norton R. Measuring marital quality: A critical look at the dependent variable. *J Marriage Family* 1983; 45: 141-51.
15. Fincham FD, Bradbury TN, Arias I, Byrne CA, Karney BR. Marital violence, marital distress, and attributions. *J Family Psychol* 1997; 11: 367-72. doi:10.1037/0893-3200.11.3.367
16. Jelić M, Kamenov Ž, Huić A. Perceived spouse's affectionate and antagonistic behaviors and marital satisfaction. *Društvena istraživanja* 2014; 23: 87-107.

Komunikacijske vještine u medicini

/ Communication skills in medicine and public health

Domagoj Keleminić, Veljko Đorđević, Marijana Braš

Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Klinika za psihološku medicinu KBC-a Zagreb, Hrvatska
/ University of Zagreb, School of Medicine, Department of Psychological Medicine, Zagreb University Hospital Centre, Zagreb, Croatia

Izmjenjena verzija diplomskog rada D. Keleminić

Važnost komunikacije u svakodnevnom radu liječnika mijenjala se u povijesti, od Antike i Platonovog opisa liječnika koji sadrži tradicionalni paternalistički pristup, pa sve do današnjeg općeprihvaćenog odnosa suradnog partnerstva. Iako je važnost razvoja komunikacijskih vještina liječnika stoljećima zanemarivana, danas se komunikaciju smatra jednom od temeljnih liječničkih vještina. Dobro raspoznavanje verbalnih i neverbalnih znakova kod sugovornika kao i primjereno korištenje vlastitih znakova, preduvjet je za uspješno vladanje svim dijelovima medicinskog intervjuja, koji je važna stavka u izgradnji odnosa i povjerenja, a kvaliteta komunikacije za vrijeme intervjuja dokazano utječe i na sam ishod liječenja, kao i na zadovoljstvo bolesnika liječenjem. To osobito dolazi do izražaja u situacijama kada je komunikacija otežana, primjerice u susretu s nesuradljivim bolesnikom, starijim osobama i djecom, gluhim osobama i bolesnicima na odjelu intenzivne njage. Osim u svakodnevnom kontaktu s bolesnikom, razvijene komunikacijske vještine korisne su i u suradnji s kolegama i članovima tima, a učinkovita interdisciplinarna suradnja pokazala se važnim čimbenikom u konačnom ishodu liječenja. U svrhu poboljšanja komunikacijskih vještina liječnika stoga su osmišljeni brojni programi edukacije, a unatoč činjenici da postoje razilaženja stručnjaka o učinkovitosti pojedinih metoda učenja takvi se programi uvode na sve više svjetskih i hrvatskih sveučilišta s ciljem edukacije studenata, ali i liječnika.

/ The relationship between a physician and a patient has been changing throughout history, from the old, traditional, paternalistic approach to the modern approach which includes a patient - physician partnership. As the relationship changed, the views on the importance of communication skills also changed. In modern medicine, communication skills are considered as one of the fundamental skills and mastering communication is one of the obligations of a good medical practitioner. The two major components of communication are verbal and non-verbal communication. While verbal communication is used for the transmission of information, non-verbal communication gives additional meaning and conveys emotions and attitude. The importance of successful delivery of both components in the daily work of physicians has been demonstrated in many studies. It is perhaps best demonstrated in the medical interview, where the quality of communication has a proven impact on patient outcomes, patient satisfaction and the frequency of lawsuits. Communication is omnipresent in the everyday work of all health workers, in the interactions with patients, colleagues and medical team members. Since effective interdisciplinary collaboration and teamwork is proven to be an important factor in the final outcome of the treatment, especially in surgery and emergency medicine, has recently come into focus to their improvement. Many different programs have been introduced to numerous international and Croatian universities, as a part of the medical schools and other health studies, but the ideal approach and the effectiveness of various methods of education are still being debated.

ADRESA ZA DOPISIVANJE:
Domagoj Kelemenić, dr. med.
Mlinovi 156
10 000 Zagreb, Hrvatska
Tel: 091 221 3344
E-pošta: dkeleminic@gmail.com

KLJUČNE RIJEČI / KEY WORDS:

komunikacijske vještine / communication skills,
teamwork
medicinski intervju / medical interview
unaprijeđenje komunikacijskih vještina /
communication skills training

UVOD

Učinkovita komunikacija između liječnika i bolesnika danas je jedna od središnjih kliničkih funkcija. Velik dio važnih dijagnostičkih podataka proizvod je kvalitetne komunikacije, a liječnikove vještine razvoja međuljudskih odnosa uvelike određuju bolesnikovu suradljivost i zadovoljstvo liječenjem (1). Iako je komunikacija u medicini i zdravstvu ponajprije sastavni dio odnosa s bolesnikom i njegovom obitelji, ali ne smije se zanemariti ni važnost komunikacije među zdravstvenim djelatnicima, bilo članovima tima, bilo u obliku interdisciplinarnе suradnje. Prema suvremenim koncepcijama smatra se da su znanje, komunikacijske vještine, tjelesni pregled i sposobnost rješavanja problema četiri esencijalne komponente kliničke kompetencije i time predstavljaju samu bit dobre kliničke prakse (2).

Neizostavni dodatak verbalnoj komunikaciji, kojom se u prvom redu prenose informacije, je neverbalna komunikacija koja tim informacijama dodaje emocije i stav, što je u mnogim slučajevima čini i važnijom komponentom od verbalne (3). Često se nehotično, lošom uporabom neverbalne komunikacije, ostavlja krivi dojam i u sugovorniku budi negativne emocije (2). Iz svega navedenoga može se zaključiti da kvalitetna komunikacija već od prvog kontakta s bolesnikom ima jasnú ulogu u učinkovitoj zdravstvenoj skrbi, bilo direktno smanjujući stres i nelagodu ili indirektno utjecajem na dugoročnu suradljivost bolesnika i njegovo

zadovoljstvo liječenjem, a vjerojatno utječe i na sam ishod liječenja. S obzirom na važnost koju komunikacija zauzima u modernoj medicini razumljivo je da se velika pozornost stručne znanstvene i medicinske zajednice obraća upravo istraživanjima u svrhu analize i poboljšanja kvalitete komunikacijskih vještina među svim zdravstvenim djelatnicima.

ODNOS LIJEČNIKA I BOLESNIKA U POVIJESTI

Uloge bolesnika i liječnika mijenjale su se u ovisnosti o sveukupnom shvaćanju ljudske biti, sociokulturalnim specifičnostima razdoblja, ali i trenutnim dosezima u samoj medicini i mogućnostima liječenja pojedinih bolesti. Prvi dokumenti koji opisuju odnose između osoba uključenih u liječenje sežu iz antike, u prvom redu iz Platonovog opisa liječnika. On prepostavlja liječnika kao stručnjaka, koji pregledava bolesnika i donosi konačan sud o njegovom stanju i određuje mu adekvatno liječenje na osnovi svog racionalnog prosuđivanja, koje zatim priopćava samom bolesniku i njegovoj obitelji. U takvom paternalističkom pristupu bolesnik nije imao nikakvo pravo sudjelovanja u donošenju odluka o vlastitom liječenju, dok se sama komunikacija svodi na liječnikovo upoznavanje s problemom i kasnije izdavanje uputa za rješavanje problema i liječenje. Ovakav model, koji iz komunikacije izbacuje sve emocionalne i sociokulturne aspekte, bio je na

snazi od antike, pa sve do sredine 20. stoljeća, kada se velik broj autora po prvi puta odlučio pozabaviti istraživanjem odnosa bolesnika i liječnika te ulogom komunikacije u tom odnosu (2).

Među prvim modernim modelima odnosa liječnika i bolesnika nalazi se model socijalnih uloga koji je utemeljio Talcott Parsons (4). Prema njemu, liječnikova je dužnost maksimalno umanjiti bolesnikovu nesposobnost da udovoljava normama ponašanja zadanih od društva, kao i obavljanja od društva mu zadanih zadataća. Također, spominje četiri osnovna obilježja odnosa bolesnika i liječnika: podršku, toleranciju, manipulaciju nagradama i odbijanje reciprociteta. Podrškom Parsons smatra uzajamno poštovanje, iz kojeg proizlazi liječnikovo nastojanje da izlječi bolesnika i bolesnikovo nastojanje da se izlječi. Tolerancija se odnosi na dopuštanje bolesniku da pokaže svoje osjećaje i želje u većoj mjeri nego bi se to dopušталo zdravoj osobi. Pod manipulacijom nagradama misli se na liječnikove „nagrade“ bolesniku, odnosno pohvale koje slijede ako je bolesnikovo ponašanje sukladno preporukama i doprinosi njegovom izlječenju. Odbijanje reciprociteta koristi liječnik, kako bi održao distancu i objektivno zaključio o bolesnikovim osjećajima.

Michael Balint u knjizi *The doctor, his patient, and the illness* iz 1957. godine iznosi svoje viđenje odnosa bolesnika i liječnika. Koristeći se podatcima sakupljenima tijekom seminara s liječnicima opće medicine, dolazi do zaključka da je uloga liječnika mnogo veća od samog propisivanja terapije. Uzvisuje edukativnu ulogu liječnika te navodi kako je sama osoba liječnika lijek, pogotovo kod liječenja različitih psihosomatskih bolesti gdje je odnos liječnika i bolesnika od osobite važnosti. Iako se ovaj model bavi prilično naprednim shvaćanjem uloge liječnika, prema nekim mišljenjima (5) njegove metode nisu bile dovoljno znanstvene i utemeljene na dokazima te je njegova teorija više misaona, umjetnička, temeljena na

njegovom osobnom stavu i viđenju problema u odnosu liječnika i zahtjevnih bolesnika. Također, zanemaruje autonomiju bolesnika, što je prepreka njegovom provođenju u izvornom obliku u današnjici (2). Ipak, svojim radom mnogo je pridonio podizanju svijesti o važnosti razvoja odnosa liječnika i bolesnika. Također, Michael Balint je utemeljitelj poznatih Balintovih grupa, izvorno zamišljenih da omoguće londonskim liječnicima opće medicine istraživanje teških interakcija s bolesnicima u obliku prezentacija i rasprave. Danas se grupe organiziraju diljem svijeta za liječnike svih specijalnosti, a najčešće obuhvaćaju skupinu između šest i dvanaest liječnika i jednog ili dva voditelja. Grupa se sastaje jednom ili dvaput mjesečno, a sastanak obuhvaća prikaz pojedinačnih slučajeva sa naglaskom na probleme u interakciji s bolesnikom, nakon čega slijedi rasprava tijekom koje se potiče izražavanje misli, osjećaja i subjektivnih reakcija sudionika koje je prezentacija izazvala. Važno je da se prezentacije i rasprave odvijaju bez uzimanja bilješki i pripreme, kako bi se naglasili osobni doživljaji i isplivali eventualni nesvjesni stavori (6).

Szasz i Hollender naglasak stavljuju na utjecaj novonastale situacije, odnosno bolesti na odnos između liječnika i bolesnika, pri čemu je taj kontekst ključna odrednica prirode tog odnosa. Razlikuju tri oblika odnosa: **aktivno-pasivnu, odnos usmjerene suradnje i formu zajedničkog sudjelovanja**. Aktivno-pasivni model najstariji je, a komunikacija ni interakcija zapravo ne postoje, jer se bolesnik nalazi u stanju potpune bespomoćnosti (teške tjelesne ozljede, poremećeno stanje svijesti) te nije sposoban ni na koji način aktivno sudjelovati u tijeku liječenja. Model usmjerene suradnje karakterističan je za akutna zbivanja, podrazumijeva da je bolesnik svjestan svoje situacije i sposoban shvatiti postupak liječenja i pridržavati se propisane terapije i savjeta. Ipak, polazi se od shvaćanja kako je

liječnik u položaju moći, jer posjeduje medicinsko znanje koje bolesnik nema. Odnos je stoga paternalistički, učiteljski, a bolesnik se nalazi u ovisnom položaju, bez mogućnosti suodlučivanja. Nasuprot tomu stoji model uzajamnog sudjelovanja, karakterističan za bolesti kroničnog tijeka. On podrazumijeva da je odnos bolesnika i liječnika ravnopravan, oboje zadržavaju svoju neovisnost, komunikacija je na višoj razini i zauzima mnogo bitnije mjesto jer se liječenje temelji na zajedničkom dogovoru, koji podrazumijeva da su obje strane zadovoljne dogovorenim rješenjem. Osim toga, terapija je podložna promjenama jer se stanje bolesnika može uvelike mijenjati u vremenu (1,5,6).

Sedamdesetih godina 20. stoljeća prepoznato je da kvaliteta komunikacije liječnika i bolesnika, ali i među članovima medicinskog tima, utječe na kvalitetu zdravstvene skrbi i krajnji ishod liječenja. To saznanje potaknulo je cijeli niz istraživanja i radova na modelima unaprjeđenja komunikacijskih vještina i odnosa liječnik-bolesnik (2). Jedan od najvažnijih modela svakako je i onaj koji su predložili Ezakiel J. Emanuel i Linda L. Emanuel. Prema njihovom gledištu, odnos liječnika i bolesnika temelji se na shvaćanju ciljeva interakcije, liječnikovih obveza, uloge vrijednosti bolesnika te bolesnikove autonomije. Razlikuju četiri oblika odnosa: **paternalistički, informativni, interpretativni i dogovorni**. Paternalistički pristup temelji se na starim običajima u medicini, prema kojima je liječnik u ulozi zaštitnika bolesnika, koji posjeduje znanje i iskustvo prema kojemu određuje dijagnozu i liječenje. Od bolesnika se očekuje da liječenje prihvati, ili ako ga iz bilo kojeg razloga odluči odbiti, trebao bi to napraviti uz poštovanje i obrazloženje. Bolesnik je u podređenom položaju, a njegova autonomija može biti narušena napetošću između želje za izborom i straha od bolesti. U informativnom modelu, liječnik nakon dijagnoze objašnjava bolesniku prirodu

njegove bolesti i mogućnosti liječenja nakon čega mu prepušta izbor načina liječenja. Kod takvog pristupa, autonomija bolesnika je održana, ali ona nadjačava liječničku ekspertizu te postavlja bolesnika u ulogu donositelja medicinskih odluka, a liječnika u ulogu tehničkog izvršitelja. Uloge su slične i u interpretativnom modelu, osim što bolesnikove vrijednosti nisu fiksne, već ih liječnik nastoji oblikovati savjetovanjem i pomaganjem u odlučivanju o najboljem izboru liječenja. On je ovdje u ulozi savjetnika. Nапослјетку, u dogovornom modelu, liječnik osim što iznosi informacije i savjete bolesniku, on s njim ulazi i u raspravu nakon koje kao zaključak izlazi konsenzus o najboljem pristupu liječenju, oko kojeg se slažu i liječnik i bolesnik. Rasprava čini novu razinu odnosa, i stavlja liječnika u ulogu učitelja/prijatelja (9).

Sva ta razmatranja godinama dovela su do povećanja svijesti o važnosti prava bolesnika u odnosu bolesnika i liječnika, kao i o presudnoj ulozi komunikacije u ostvarivanju tih prava. Današnje društvo je demokratsko, važnost osobne slobode raste, a razvoj znanosti i medicine nikada nije bio brži. Za liječnika nije dovoljno da dobro raspolaže tehničkim aspektima liječenja već i da razumije ljudsku prirodu. Bolesnik se stoga ne smije doživljavati kao skupina simptoma i oštećenih organa, već kao živuće biće ispunjen brigom, nadom i očekivanjima traži pomoći i olakšanje tegoba (10). Stoga je tradicionalni paternalistički pristup zastario i neprovediv te je trenutno najšire prihvaćen model suradnog partnerstva. U prvom planu je educirana autonomija bolesnika i odgovornost podržana djelovanjem u interesu bolesnika, gdje je liječnikova uloga edukacija i vođenje, uz prikladno iskorištavanje društvenih resursa. Cilj je stvaranje partnerskog odnosa temeljenog na povjerenju i dubljoj povezanosti te samim time i educiranog bolesnika, koji će posljedično prakticirati bolje zdravstvene navike.

Osnovni elementi su jasna profesionalna informacija temeljena na činjenicama koju pruža zdravstveni djelatnik i pristanak koji daje bolesnik. Naravno, bolesnik zadržava i pravo biti neinformiran. Također, u slučajevima u kojima bolesnik nije u stanju dati pristanak (duševna bolest, poremećena svijest) ili ako se radi o djetetu, liječnik je dužan tražiti pristanak zakonskog skrbnika koji na sebe preuzima odgovornost, osim u jasno definiranim slučajevima u kojima bi život bolesnika bio ugrožen čekanjem, pa je liječniku dopušteno samostalno donijeti odluku (2). Također, važno je spomenuti i koncept medicine orijentirane prema osobi. Takav pristup vidljiv je još kod starih civilizacija (stara Grčka, Kina), gdje se u filozofskom shvaćanju liječenja naglašavao holistički pristup, odnosno shvaćanje osobe, njezinog zdravlja i bolesti kao cjeline. Takav je pristup tijekom godina usvajanja novih spoznaja, razvoja znanosti i fragmentacije medicine gotovo potpuno zamijenjen znanstvenim pristupom, kojim se na bolesnika gledalo kroz prizmu bolesti koju treba izlječiti, bez uzimanja u obzir šireg konteksta. Ipak, holistički je koncept izražen i u samoj definiciji zdravlja Svjetske zdravstvene organizacije iz 1946. godine, te se danas smatra da je jedini ispravan pristup bolesniku nerazdvojivom trijadom kliničke skrbi, etike i znanosti, pri čemu je središte bolesniku kao cjelovita osoba, koja prosuđuje i komunicira, reagira emocijama, samosvjesna je, može pomicati na različite načine te ima potrebu očuvati osobnost i identitet (1,8,20).

KOMUNIKACIJA: VERBALNA I NEVERBALNA

Komuniciranje se može definirati kao proces stvaranja značenja između dvije ili više osoba, odnosno detaljnije, „dinamičan proces namjernog ili nemamjernog davanja, prenošenja i primanja poruka između dvije i više osoba

na verbalan ili neverbalan način - uključujući i uporabu simbola“ (12). Paul Watzlawick je u svojoj poznatoj knjizi *Pragmatics of Human Communication* iznio pet glavnih aksioma ljudske komunikacije:

1. Nije moguće ne komunicirati,
2. Svaka komunikacija sastoji se od sadržajnog i odnosnog aspekta,
3. Narav odnosa uvjetovana je interpretacijom ponašanja komunikatora,
4. Komunikacija može biti verbalna i neverbalna,
5. Komunikacija može biti simetrična ili komplementarna.

Komunikacija se uvijek odvija prigodom susreta najmanje dvoje ljudi, iako ona ne mora biti verbalna, pa se čak i odbijanje komunikacije smatra komunikacijom (12). Iako govori općenito o međuljudskoj komunikaciji, Watzlawickova teorija sasvim se lako može primijeniti na komunikaciju u medicini. U navedenim aksiomima vidljivo je naglašena važnost odnosa, interpretacije ponašanja i neverbalnog dijela komunikacije. Budući da se verbalnom komunikacijom prenosi glavnina informacija, značenje neverbalne komunikacije često se zanemaruje u svakodnevnom životu, iako je zapravo veći dio svakodnevnih interakcija na neverbalnoj razini (13). Neverbalna komunikacija definira se kao način kojim ljudi komuniciraju bez riječi, bilo namjerno (svjesno), bilo nemamjerno. Neverbalnu komunikaciju karakteriziraju neverbalni znakovi čiji skup i određeni poredak čini neverbalno ponašanje. Neverbalni znakovi mogu se podijeliti na statične i dinamične, pri čemu u statične spadaju udaljenost tijela, međusobni položaj, stav tijela i tjelesni kontakt, dok se u dinamične ubrajanju izraz lica, kretnje (geste) i kontakt očima (2). Također, potrebno je razlikovati neverbalno ponašanje nevezano uz govor, kao što su zurenje, kimanje, geste, pokreti, tonus mišića i neverbalno ponašanje vezano uz govor, kao

ton glasa i dinamika izražavanja (3). Neverbalna komunikacija rabi se kao važna nadopuna ili naglašavanje verbalne komunikacije, odražavanje osobina ličnosti, pokazivanje stavova, izražavanje emocija ili čak kao zamjena za verbalnu komunikaciju. Sama verbalna komunikacija može uzrokovati probleme u razumijevanju, primjerice primjenom pogrešnih riječi, prekomjernom uporabom medicinskog žargona ili dvomislenih i neodređenih izraza (2). Primjerice, kod bolesnika oboljelih od shizofrenije, velik dio problema povezanih s komunikacijom leži u generaliziranom deficitu neverbalne komunikacije, koji uključuje smanjenu socijalnu percepciju i gestikulaciju (14).

Važnost neverbalne komunikacije često je u medicini i više zanemarivana nego u svakodnevnom životu, što je i razumljivo budući da je, kao što je prethodno spomenuto, osnova komunikacije u medicini informacija. Ipak, brojna istraživanja podsjećaju upravo na ulogu neverbalne komunikacije u komunikaciji s bolesnikom i njegovom obitelji. To pokazuje i velika metaanaliza (15) koja je obuhvaćala 26 opažajnih studija koje su se bavile vezom između neverbalne komunikacije kliničara i bolesnika za vrijeme normalnih kliničkih interakcija i klinički relevantnih ishoda. Prema rezultatima, u većini studija pokazala se znatna povezanost između topline pristupa liječnika i spremnosti na slušanje i zadovoljstva bolesnika liječenjem. Također, negativno ponašanje medicinskih sestara pokazalo je povezanost s manjim zadovoljstvom bolesnika. Iako autori smatraju kako je potrebno provesti dodatna istraživanja kako bi stekli potpuniji dojam o utjecaju kvalitete neverbalne komunikacije na mentalno i fizičko zdravlje bolesnika, ipak je jasan zaključak o važnosti topline pristupa na ukupno zadovoljstvo bolesnika liječenjem, a doživljaj topline uglavnom je povezan s obrascima neverbalne komunikacije.

Istraživanje provedeno 2002. godine (16) uključivalo je promatranje fizioterapeuta i njihovih

bolesnika, a imalo je za cilj pokazati vezu između neverbalnih obrazaca ponašanja terapeuta i učinkovitosti terapije. U prvom dijelu studije, 11 terapeuta snimano je video kamерom za vrijeme obavljanja programa vježbi sa 48 bolesnika. Svi su bolesnici bili u dobi iznad 75 godina i sličnog zdravstvenog stanja. Nijeme snimke kasnije su prikazane neutralnim sucima, koji su prema unaprijed utvrđenom sistemu ocjenjivali neverbalno ponašanje terapeuta te je praćen napredak bolesnika u fizičkom, kognitivnom i psihološkom smislu neposredno nakon otpusta i nakon 3 mjeseca od otpusta iz bolnice. Distancirano ponašanje terapeuta (bez osmijeha, pogled neusmjeren na bolesnika) snažno je koreliralo sa znatnim kratkoročnim i dugoročnim smanjenjem fizičkih i kognitivnih funkcija bolesnika. Uočena je čak i povezanost pojedinačnih neverbalnih znakova sa specifičnim učinkom, primjerice mrštenje i kimanje glavom povezano je s boljim napretkom u obavljanju svakodnevnih aktivnosti, osmješivanje s dugoročnim napretkom u pokretljivosti, dok je slijeganje ramenima povezano sa smanjenjem pokretljivosti za vrijeme trajanja hospitalizacije.

U opažajnom istraživanju koje se bavilo utjecajem kvalitete neverbalne komunikacije na povjerenje bolesnica oboljelih od raka dojke (17), autori su se fokusirali na tri komponente neverbalne komunikacije onkologa: stav tijela, osmijeh i kontakt očima. Prema rezultatima istraživanja, stav tijela i osmijeh nisu bili u vezi s količinom povjerenja bolesnica koliko se očekivalo, iako su liječnici koji su zadržavali nagnuti stav odavali dojam veće kompetentnosti, dok su zbog osmijeha liječnici djelovali više prijateljski. Međutim, veća količina kontakta očima znatno je utjecala na razvoj povjerenja bolesnica. Taj je učinak bio posebno primjetan kod bolesnica nižeg obrazovanja. Posebna važnost takvog opažanja očita je u današnjici, kada je gledanje u računalni ekran sastavni dio većine sastanaka bolesnika i liječnika.

Iako je prilično nezahvalno istraživati utjecaj neverbalne komunikacije na ishod liječenja i zadovoljstvo bolesnika zdravstvenom zaštitom, iz navedenih se primjera ipak može zaključiti o važnosti neverbalnog dijela komunikacije u izgradnji odnosa liječnika s bolesnikom.

MEDICINSKI INTERVJU

Medicinski intervju je ključni moment u komunikaciji bolesnika i liječnika. On je ključna stavka na putu do dijagnoze bolesti, a dokazano je da pomaže u postavljanju konačne dijagnoze u oko 75 % slučajeva (18). Mnoge studije pokazale su da kvaliteta komunikacije u toku konzultacije, kako za vrijeme uzimanja anamneze, tako i prilikom rasprave o mogućnostima dalnjeg postupanja utječe na krajnje rezultate liječenja, uključujući rješavanje simptoma, tjelesne funkcije, fiziološke parametre (krvni tlak, razina glukoze u krvi), kontrolu boli i emocionalno zdravlje (19). Iako primarno služi za prikupljanje informacija, medicinski intervju mnogo je kompleksniji proces, jer omogućava uspostavu odnosa bolesnika i liječnika. On je privatna i intimna interakcija između liječnika i bolesnika, tijekom koje liječnik saznaje detalje bolesnikove bolesti, ali i pojedinosti iz samog bolesnikovog života. Tijekom intervjeta bolesnik se često otvara, pri čemu na površinu isplivaju njegovi problemi i osjećaji. Ako bolesnik zaključi da liječnik površno, nezainteresirano i statistički hladno komunicira te da ga njegovo zdravstveno i emocionalno stanje samo formalno, a u biti malo ili uopće ne zanima, neće mu se povjeriti i reći istinu (20). Važno je da liječnik bolesnika doživljava kao osobu, briga za bolesnika podrazumijeva shvaćanje njegove bolesti u širem kontekstu, uvezši u obzir njegovo životno okruženje te međudjelovanje bioloških, psiholoških i socijalnih čimbenika koji dovode do bolesti (2).

Liječnik bi trebao u svakome trenutku imati kontrolu nad razgovorom, ali ne u smislu da vodi razgovor, već da se nastoji prilagoditi bolesniku i omogućiti mu ugodno okružje pri čemu ipak ne smije doći do uzimanja manjkave anamneze. **Intervju usmjeren liječniku** (strukturirani, direktivni) sastoji se od postavljanja niza usmjerenih pitanja, pri čemu liječnik vodi glavnu riječ u cilju postavljanja dijagnoze. Ovakav pristup ne omogućava uspostavu kvalitetnog odnosa povjerenja s bolesnikom. S druge strane, **bolesniku usmjeren intervju** (nestukturirani, nedirektivni) prepusta bolesniku da iznese svoje viđenje bolesti, započinje pričom i opisom tegoba, dok je liječnikova uloga usmjeravanje. Ovdje je potreban oprez, jer bolesnici su često skloni samostalno zaključivati o podrijetlu svojih simptoma, a priče mogu biti kaotične i neobično strukturirane, pa je vrlo lako izgubiti fokus sa stvarnog problema (21). Iz tog je razloga znatno zahtjevniji za liječnika, ali omogućuje izgradnju mnogo kvalitetnijeg odnosa i povjerenja. Ipak, postoje situacije kod kojih je ovakav pristup nepovoljan, primjerice ako je bolesnikovo zdravlje izrazito ugroženo, ako bolesnikovo intelektualno stanje ne dozvoljava takvu vrstu komunikacije ili naprsto ako se bolesnik u takvom razgovoru ne osjeća ugodno. Intervju se pred kraj usmjerava liječniku kako bi dobio važne podatke koje bolesnik nije sam naveo (2).

Vještine uzimanja kvalitetne anamneze i vještine izgradnje odnosa u mnogočemu se isprepleću. Kvalitetan moderan pristup bolesniku nezamisliv je bez elemenata jednog i drugog. Međutim, kako je upravo u moderno vrijeme zbog naglog razvoja medicine i znanosti medicina postajala sve više orijentirana prema bolesti umjesto prema bolesniku (22), važno je da liječnika da nastoji usvojiti i zadržati određene vještine kao što su zadržavanje pažnje, empatija, poštovanje i razvoj partnerskog odnosa. Srdačnost i dojam pozornosti postižu se uvelike

neverbalnim znakovima, kao što su kontakt očima, mimika i naginjanje tijela. Važno je da verbalni izražaj bude u skladu s neverbalnim, kako poruka ne bi bila zbumujuća za bolesnika (2).

Jedna od temeljnih liječničkih kvaliteta je empatija, odnosno umijeće slušanja kompletног bolesnikovog izričaja (riječi, osjećaja i neverbalnih znakova) i davanje do znanja da ga se zaista razumije (21). Također, ako je potrebno, liječnik može primijeniti zrcaljenje, čime daje do znanja bolesniku da ga razumije i daje mu legitimitet, odnosno shvaća bolesnikove osjećaje i reakcije i opravdava ih u kontekstu što može ohrabriti bolesnika i potaknuti ga na daljnje izlaganje (2). Isto tako, bitno za razvoj povjerenja je da bolesnik osjeti liječnikovo poštovanje kao i iskrenost.

Poštovanje znači da liječnik cijeni bolesnikove želje i uvjerenja bez obzira na svoj osobni stav te vidi bolesnikovo ponašanje kao legitimnu adaptaciju s obzirom na njegovu bolest ili životne okolnosti. Neki bolesnici mogu imati neprimjerene navike ili sklonosti, kao pušenje ili sklonost konzumaciji prevelikih količina alkohola, pa čak i antagonističko ponašanje prema liječniku, u obliku upornog odbijanja liječenja ili agresivnog ponašanja. Moguća je i druga krajnost pa tako postoje bolesnici koji uporno navode simptome za koje nema nikakvog klinički potvrđenog dokaza. Kod takvih slučajeva za liječnika je vrlo važno ostati nepristran, odvojiti vlastite osjećaje koji bi se mogli naći na putu racionalnoj prosudbi, jer za bilo koju emociju koju bolesnik pokazuje, uključujući i bijes, on ima opravdani razlog, barem gledano iz njegove perspektive. Takve osjećaje i reakcije liječnik bi trebao prihvati kao dio cjeline koji čine osobu, a ne odbaciti kao prijetnju uspješnom liječenju ili napad na liječnikov ego. S druge strane, iskrenost je važna u bolesnikovom doživljaju liječnika, a podrazumijeva da se liječnik predstavlja kao ono što jest, u osobnom i profesionalnom smislu. Dakle, od liječnika se očekuje da pokaže

svoje emocije i određene stavove, ali nikako da prijeđe profesionalnu barijeru. Važno je da i bolesnik liječnika doživi kao osobu, a ne kao stroj za uzimanje anamneze. Naravno, u pokazivanju emocija liječnik kao profesionalac treba biti odmijeren, pogotovo kada se radi o negativnim emocijama prema bolesniku, kada bi njihovo iskreno iskazivanje bilo kontraproduktivno (2).

Navedene vještine iznimno su bitne, jer jedino njihovim svladavanjem liječnik može pravilno pristupiti bolesniku i razviti s njime partnerski odnos. Kao što je već spomenuto, danas se smatra da je partnerski odnos utemeljen na obostranom povjerenju nešto čemu bi se trebalo težiti. Ipak, treba uzeti u obzir i individualnost svakog pojedinog bolesnika pa se tako treba prilagoditi količini informacija i razini odlučivanja koju je bolesnik spreman primiti. Također, iako je konačna odluka na bolesniku, liječnikova je dužnost izraziti svoje mišljenje, dati savjet ili ponuditi vodstvo, jer na taj način bolesnik osjeća potporu, a liječnik ispunjava svoju profesionalnu dužnost (2). Nekoliko raddova kao zaključak je iznjeljeno da većina bolesnika želi biti potpuno informirana i aktivno sudjelovati u postupku razmatranja i vaganja svih mogućnosti, ali vrlo mali dio i u odlučivanju o tehničkim aspektima zdravstvene zaštite. Naime, bolesnike zanimaju informacije koje se tiču njihove koristi, odnosno koje izravnu utječu na njihovo izlječenje i tijek liječenja, ali odluke koji će specifični test ili terapija dovesti do razrješenja problema radije većim dijelom prepuštaju liječniku (23). Stoga je preporedljivo da se liječnici u razgovoru ponajprije usredotoče na ukupne ciljeve, a manje na tehničke aspekte liječenja (24). Dakle, nekoliko je osnovnih stavki koje moraju biti zadovoljene kako bi medicinski intervju bio uspješan: i bolesnik i liječnik moraju sudjelovati, bolesnik i liječnik dijeli informacije koje uključuju medicinsko znanje, korist, zabrinutost i ciljeve, pri čemu oboje izražavaju mišljenje i želje te

naposljetu dolaze do konačnog plana s kojim se oboje slažu (2).

Još se jedno bitno pitanje nameće u razmišljanju o medicinskom intervjuu, a to je njegov završetak. Kako se konzultacija primiče kraj, sadržaj razgovora sve se više pomiče iz sadašnjosti u budućnost. Ovdje su bitne vještine sažimanja, pojašnjavanja i izražavanja potpore (2). Završna faza modela medicinskog intervjuja *Calgary-Cambridge* govori upravo o završetku konzultacija, a kao vrlo bitne stavke navodi završnu provjera i „*safety netting*“. Potonje postavlja uvjete kojima se liječnik ograničuje od potencijalnih nepredvidivih okolnosti. Liječnik je dužan educirati bolesnika kako da se ponaša ako dođe do razvoja neočekivanih okolnosti ili novih simptoma, kao i gdje i kako da potraži pomoć. Ova je stavka posebno bitna u situacijama kada liječnik nema mnogo dostupnih informacija ili je u nemogućnosti dovoljno brzo obaviti potrebne pretrage, stoga je dobro bolesnika ohrabriti primjerice mogućnošću kasnijih telefonskih konzultacija. Završna provjera uključuje brzo ponovno prolaženje kroz dogovorene planove, a to je i posljednja prilika da bolesnik postavi bilo kakvo pitanje u svrhu razjašnjenja stvari koje su možda promakle u dotadašnjem razgovoru. Također, treba misliti i na sklonost bolesnika da spominjanje problema koji ih najviše muče, pogotovo ako se radi o osjetljivijim temama, ostave za sam kraj. Ako se to dogodi, neminovan je produžetak razgovora i vraćanje na neku od prethodnih faza, što prekida učinkovit kraj (21). Takav događaj može biti prilično neugodan i frustrirajući, pogotovo ako je informacija od kliničkog značenja, jer se često dogodi da ne ostane više dovoljno vremena za diskusiju o novom problemu. Stoga na takvu mogućnost uvijek treba računati (2).

Sve navedene vještine i preporuke, koje obuhvaćaju potrebne dijelove intervjuja kao i komunikacijske vještine potrebne za vođenje kvalitetne konzultacije, obuhvaćene su u već

spomenutom vodiču medicinskim intervjuom *Calgary-Cambridge* (*Calgary-Cambridge consultation guide*). Taj vodič dio je modela koji je rezultat dugogodišnjih međunarodnih npora, a sažetak je programa edukacije i pruža temelj za evaluaciju vještina. Vodič *Calgary-Cambridge* pomaže u strukturiranju podučavanja u programima temeljenim na vještinama, a obuhvaća strukturu samog programa poduke, popis poželjnih vještina, opseg komunikacijskog programa i temeljen je na dokazima u praksi (2). Postoje mnoge metode, smjernice i prijedlozi za programe podučavanja vještina vođenja medicinskog intervjuja. Mnoge se studije bave procjenom učinkovitosti tih metoda, a najboljima su se pokazale radionice u malim grupama koje uključuju „igre uloga“ i razgovore sa stvarnim bolesnicima koje su najšire primjenjivane i najbolje ispitane, ali i programi koji uključuju gledanje snimljenih intervjuja i raspravu. Ipak, konačan sud o učinkovitosti pojedinih metoda edukacije u ovome je trenutku teško donijeti. Potrebno je provesti dodatne ciljane studije, jer mnoge nisu donijele valjan zaključak, a rezultati su prilično heterogeni zbog velikih različitosti u metodama procjene napretka (25).

Izrađeno je također i nekoliko testova kojima je cilj ocijeniti kvalitetu liječnikovih komunikacijskih vještina za vrijeme intervjuja, od kojih je možda najpoznatiji *Global Consultation Rating Scale (GCRS)*. To je instrument kojim se može ocijeniti učinkovitost komunikacije tijekom cijelog trajanja konzultacije, a temelji se na vodiču za medicinski intervju *Calgary-Cambridge*. Test ispunjava educirani ocjenjivač, a sastoji se od 12 dijelova, koji pokrivaju sve dijelove intervjuja, od početka do završnih riječi. Za svaku stavku, ocjenjivač upisuje ocjenu od 0 do 2, pri čemu je 0 neodrađeno/loše, 1 prolazno i 2 dobro. Na kraju se bodovi zbrajaju, pa je ukupno moguće ostvariti minimalno 0 i maksimalno 24 boda. Istraživanja (26) su pokazala da je taj sustav ocjenjivanja prilično

dobar, ako svaku konzultaciju istodobno ocjenjuju najmanje dva, a najbolje tri nezavisna evaluatora.

KOMUNIKACIJA UNUTAR TIMA I INTERDISCIPLINARNA SURADNJA

Razvijene komunikacijske vještine svakako su potrebne u svakodnevnoj suradnji s kolegama (liječnicima, medicinskim sestrama i drugim medicinskim i nemedicinskim osobljem). Među bolničkim osobljem najvažnije je postići razumijevanje situacije, odnosno trenutnog stanja u kojemu se bolesnik nalazi i vjerojatnog dalnjeg razvoja situacije. U multidisciplinskom kontekstu pružanja skrbi, struktura, dosljednost i ponovljivost komunikacije omogućit će zajedničko razumijevanje bolesnika i plana postupanja, što u konačnici dovodi do većeg zadovoljstva bolesnika i povoljnijeg ishoda (27). Svaki zdravstveni djelatnik, bez obzira na položaj, specijalnost i prirodu posla koji obavlja, čini nezamjenjivi dio cjeline i jasno je da jedino zajedničkom suradnjom mogu postići maksimalnu ukupnu učinkovitost. U studiji (28) koja je obuhvaćala niz razgovora sa zdravstvenim djelatnicima u jednoj američkoj bolnici, utvrđeno je da se liječnici, medicinske sestre i tehničari većinu vremena ponašaju kao odvojeni pružatelji zdravstvene njegе i vrlo malo međusobno komuniciraju, pri čemu su medicinski tehničari posebno izdvojeni iz komunikacije. Stoga su u svrhu poboljšanja interdisciplinske suradnje na razini zdravstvene ustanove dosad predloženi mnogi organizacijski modeli i preporuke, poput modela SIBR (*Structured interdisciplinary bedside rounds*), koji je utemeljio Jason Stein. Taj i slični modeli potiču česta okupljanja interdisciplinskih timova, koji uključuju zdravstvene djelatnike, ali i bolesnika i obitelj u svrhu razmjene informacija i kao priliku za postavljanje pitanja i pojašnjenja. Zajednički cilj je jednoствarnom edukacijom i smjernicama potaknu-

ti zdravstvene djelatnike na suradnju čestim sastancima koji bi trebali uključivati sve djelatnike koji su uključeni u skrb o bolesniku. To se može postići, ovisno o modelu, čestim zajedničkim sastancima, uključivanjem više profesija u kliničku vizitu ili sastancima „kraj postelje“ koji mogu uključivati i bolesnikovu pratinju (29). Istraživanja su pokazala da takav pristup povećava svijest osoblja o problemu, učinkovitost liječenja i zadovoljstvo bolesnika liječenjem (26,28). Također, postoji mogućnost da je primjenom čestih sastanaka, koji povećavaju količinu i kvalitetu komunikacije među osobljem, moguće smanjiti učestalost medicinskih grešaka. To je osobito važno, jer po nekim procjenama medicinske pogreške osmi su najčešći uzrok smrti u SAD-u (30), a mnoge studije pokazale su kako je za znatan udio liječničkih pogrešaka (do 15 %) odgovorna upravo loša komunikacija između zdravstvenih djelatnika. Kao ključni odjeli gdje je uspješna komunikacija od posebne važnosti prepoznati su odjeli intenzivne njegе, hitni prijam i operacijske dvorane. Iako je u spomenutim studijama bilo teško izravno provjeriti i dokazati utjecaj grešaka u komunikacijskom kanalu na ishod liječenja, neupitno je da je većina rezultirala tenzijama unutar tima, vremenskoj odgodi ili proceduralnim pogreškama (31).

Kao primjer odjela u kojem je komunikacija na više razina od posebne važnosti često se navodi hitni prijam. Liječnik hitne medicine mora u kratkom roku ostvariti uspješnu komunikaciju sa svojim bolesnikom, što često može biti veoma teško, ali i s bolesnikovom pratinjom, odnosno obitelji. Također, mora dobro komunicirati unutar svog tima, kao i s ostalim bolničkim odjelima i drugim zdravstvenim djelatnicima ako je potrebno bolesnika uputiti na daljnju obradu. Drugim riječima, pred liječnikom je izazov komunikacije s više javnosti: unutarnjom koja predstavlja njegovu radnu okolinu te vanjskom koja obuhvaća bolesnike i njihovu okolinu, ostale zdravstvene

djelatnike, ali i druge službe i profesije (policija, mediji). S obzirom na prirodu posla, važnost učinkovitosti komunikacije je jasna, jer loša komunikacija može uzrokovati niz medicinskih, etičkih i pravnih problema, a kada se tomu pridoda kompleksan popis sugovornika lako se može zaključiti da je liječnicima s razvijenim komunikacijskim vještinama uvelike olakšano snalaženje u svakodnevnom radu (2). Jedna studija (32) bavila se analizom izvješća o pogreškama u prehospitalnoj hitnoj medicini u Njemačkoj u razdoblju između 2005. i 2015. godine. Analizirano je 845 izvješća od kojih je 247 dovedeno u vezu s greškom u komunikaciji. Kao greške navode se nedijeljenje informacija i prijedloga, pogrešno razumijevanje, greške u medikaciji, nesporazum s dispečerom, manjkava komunikacija između dviju osoba i druge. Iz navedenih podataka jasno je da manjkava komunikacija lako može voditi ugrožavanju sigurnosti bolesnika. Međuljudski odnosi među različitim profesijama pokazali su se iznimno bitnima u održavanju učinkovite komunikacije. Predanost poslu zdravstvenih profesionalaca mnogo je veća i njihove frustracije smanjene ako su njihova mišljenja uvažena od strane kolega. Tradicionalni hijerarhijski poredak trebao bi biti zanemaren do određene mjere u svrhu poboljšanja ishoda liječenja za koje su potrebne vještine rješavanja problema, ali i koordiniran rad. Dokazano je da kolegijalnost između članova tima pridonosi pozitivnom ishodu liječenja (33). Problem hijerarhijskog odnosa je najvidljiviji u odnosu medicinskih sestara i liječnika, koji tradicionalno stavlja medicinske sestre u podređeni položaj, u kojem one praktički nemaju pravo glasa ni odlučivanja, već služe samo kao izvršitelji liječničkih zapovjedi. U novije se vrijeme taj odnos znatno mijenja pa tako današnji pristup postavlja medicinske sestre kao ravнопravne članove tima jer je njihov doprinos u liječenju i njezi bolesnika svakako nezamjenjiv, a njihova edukacija pokriva široki spektar teorijskih i praktičnih znanja, što je pogotovo

vidljivo u hitnoj medicini. U današnje doba mnogo se radi upravo na ukidanju segregacije i striktne podjele poslova te se nastoji primjenom različitih strategija poboljšanjem komunikacijskih stilova i tehnika upravljanja srušiti komunikacijsku barijeru i smanjiti broj sukoba (33). S druge strane, na razvoju komunikacijskih vještina u odnosu među samim liječnicima prilično se malo radi, iako je brza, točna i učinkovita komunikacija od iznimne važnosti u hitnoj medicini. Velik udio telefonske komunikacije jedna je od najvećih prepoznatih barijera. Komunikacija telefonom vrlo je problematična, ponajprije jer joj nedostaje veliki dio neverbalnog segmenta te je poruka koja se prenosi nepotpuna. Također, ona je često ovisna o vanjskim utjecajima, kao što je pozadinska buka ili ometanje treće osobe, pa je zbog toga greška u komunikacijskom kanalu mnogo češća (33).

Mnogo je pozornosti do sada obraćano proučavanju komunikacije među članovima tima za vrijeme kirurškog zahvata, jer je dokazano da su greške u komunikaciji česti uzrok medicinske pogreške (34). Jedno je istraživanje (35) uključivalo praćenje niza kirurških zahvata od educiranih promatrača. Od 421 zabilježenog komunikacijskog događaja, 129 ih je ocijenjeno neuspješnim (oko 30 %), od kojih je trećina rezultirala događajima vidljivima promatraču. Primijećeno je nekoliko glavnih razloga neuspjeha u komunikaciji: komunikacija se dogodila prekasno da bi imala svrhu, sadržaj nije bio kompletan ili točan, ključne osobe su bile isključene ili je predmet rasprave ostao neriješen do stanja hitnosti. Iako iz istraživanja nije vidljiv direktni utjecaj učinkovitosti komunikacije na ishod liječenja, ipak je jasno da neučinkovita komunikacija pridonosi nastanku liječničke pogreške, što i druge studije potvrđuju (36). Kao metoda izbjegavanja pogrešaka u posljednje se vrijeme koristi **sigurnosni kontrolni popis**. Mnogi radovi (37) bavili su se upravo proučavanjem njegovog utjecaja na

smanjenje mogućnosti liječničke greške. Dokazano je da je očekivani učinak postignut, ali također se pokazalo da korištenje kontrolnih popisa poboljšava i komunikaciju i timski rad, promoviranjem direktnе verbalne komunikacije i interakcije. Također, smatra se da korištenje kontrolnog popisa osigurava zajedničko shvaćanje bolesnika, zahvata i rizika te potiče svakog člana tima da izrazi svoje zabrinutosti u vezi zahvata neposredno prije njegovog početka. Ipak, iako je kontrolni popis standardiziran i pouzdan alat, treba imati na umu da ga treba koristiti adekvatno i u prikladno vrijeme kako bi ispunio svoju svrhu.

SPECIFIČNOSTI KOMUNIKACIJE S ODREĐENIM SKUPINAMA

Svaki je bolesnik individuum, sa svojim jedinstvenim sklopom karakternih osobina, osjećaja, stavova i životnih navika koji čine njegovu osobnost. Ipak, postoje skupine bolesnika koje iz različitih razloga zahtijevaju poseban pristup, bilo zbog postojanja određenih barijera, bilo zbog samih uvjeta rada i prirode bolesti. To su djeca i stariji ljudi, kronični bolesnici, onkološki bolesnici, umirući, psihijatrijski bolesnici, gluhi ili slijepi, bolesnici na odjelima intenzivne njege, ali i bolesnici u hitnom prijamu.

Kod bolesnika starije dobi često su prisutni fizički, kognitivni i psihološki čimbenici vezani uz njihovu dob. U prvom redu, stariji bolesnici često boluju od više bolesti, koje obuhvaćaju nekoliko organskih sustava i zahtijevaju više različitih terapija, što čini njihovo zdravstveno stanje komplikiranim. Samim time pred liječnika je postavljen zadatak objašnjavanja komplikiranog terapijskog režima, a o načinu na koji liječnik pristupa bolesniku može ovisiti i njegovo prisjećanje uputa i pridržavanje propisane terapije (38). Tjelesni znakovi starenja, kao što su slabljenje sluha i vida i narušene kognitivne sposobnosti mogu biti barijera u

uspješnoj komunikaciji liječnika s bolesnikom, što povećava potrebu za detaljnim i pažljivim pojašnjavanjem. Također, treba misliti i na neke psihološke barijere koje često proizlaze iz međugeneracijskih razlika. Stariji bolesnici skloni su pasivnosti, često iz poštovanja prema liječniku, što može biti problem ako ih to sprječava da postave pitanja u trenutku kada je potrebno pojašnjavanje. Isto tako, stariji bolesnici teže se otvaraju prilikom razgovora o osjetljivim osobnim temama (16). S druge strane, problem je često i u doživljaju starijih bolesnika od strane liječnika, koji mijenjaju komunikacijski pristup te govore suviše pokroviteljski i pojednostavljeno, vodeći se generalizacijom i stereotipima koji prikazuju osobe starije dobi kao nesposobne i ovisne (39). Istraživanja koja su osamdesetih i devedesetih godina 20. stoljeća provodili Greene, Adelman, Charon, Friedmann i Hoffman pokazala su kako liječnici postupaju s manje poštovanja, strpljenja i podrške prema starijim bolesnicima u odnosu na njihovo postupanje prema mlađima. Također, primijetili su kako liječnici iniciraju većinu tema razgovora za vrijeme medicinskog intervjua sa starijim bolesnicima te da su manje skloni odgovaranju na teme koje započinju stariji bolesnici (16).

Kao primjer očite komunikacijske barijere jasno se nameće otežana komunikacija s osobama oštećenog sluha. Gluhe i nagluhe osobe imaju djelomično promijenjenu mogućnost korištenja zdravstvene skrbi, značajne teškoće u komunikaciji s liječnikom, često pogrešno razumiju objašnjenje svoje bolesti ili preporučenih postupaka (40,41). U komunikaciji s gluhim/nagluhim osobama nailazi se na mnoge probleme i zapreke kao što su jezično prilagođavanje, potreba za poštivanjem inteligencije i mogućnošću širenja informacija. Glavni je problem gluhih/nagluhih osoba komunikacija s „čujućim svijetom“. Vrlo je bitno da se gluhe/nagluhe osobe ne diskriminira zbog njihovog invaliditeta, odnosno oni imaju pravo na infor-

miranost i informirani pristanak i uvažavaju pravo autonomnog izbora. Nedopustivo je da odluke umjesto njih donosi obitelj ili pratnja koja čuje, a da s gluhom/nagluhom osobom uopće ne stupi u kontakt. Razumljivo je da je na putu do uspješnog razumijevanja moguće naići na cijeli niz prepreka. Na prvom mjestu većina zdravstvenih djelatnika jednostavno nema sposobnost komuniciranja koja je potrebna za objašnjavanje određenog postupka. U takvim slučajevima nužno je uključivanje komunikacijskog stručnjaka ili prevoditelja da bi se osigurala adekvatna informiranost i uvažila prava bolesnika (40,41).

U posljednje vrijeme rasprava o smrti i umiranju našla se u okviru kurikuluma medicinskih fakulteta. Ipak, u programima većine svjetskih medicinskih fakulteta vrlo je malo vremena predviđeno za raspravu o smrti kao neizbjegnom ishodu mnogih bolesti i stanja. U jednom istraživanju provedenom 2000. godine u Ujedinjenom Kraljevstvu, srednji broj nastavnih sati posvećenih raspravi o smrti bio je tek 20, od kojih se većina svodila na predavanja, s vrlo malo ili ništa praktičnog rada i pravog susreta s bolesnikom. Smatra se da studentima medicine nedostaje susreta s umirućim bolesnicima pri kojima bi mogli bolje razumjeti specifičnosti situacije u kojoj se takvi bolesnici nalaze pa samim time u budućnosti biti spremni na komunikaciju s njima (42). Ispravno priopćavanje loših vijesti vrlo je važna vještina koju bi svaki liječnik trebao usvojiti. Bilo da se radi o teškoj dijagnozi, priopćenju smrti bolesnika rodbini ili priopćenje vrlo loše prognoze, takve su situacije uvijek stresne i osjetljive za liječnika i za sugovornika. Razgovor o takvim temama uvijek je težak, pogotovo ako je postojao dugi odnos i suradnja s bolesnikom, a ciljevi njege su se naglo promijenili. Važno je da se takav razgovor obavi na vrijeme, bez odgode, jer mnogo odluka o daljnjoj terapiji i planiranje ovisi o prognozi. Istraživanja su pokazala da je većini bolesnika bitnija kvaliteta posljednjih

dana ili tjedana života od samog produžetka njegovog trajanja (43), a jedno veliko kohortno istraživanje (44) koje se bavilo komunikacijom o prognozi s bolesnicima oboljelima od karcinoma, pokazalo je da je kod bolesnika s kojima se kasno započinjala diskusija o njezi pri kraju života puno veća vjerojatnost primanja agresivne terapije neposredno prije smrti. Iz tog se razloga preporučuje da se o prognozi diskutira kada je bolesnik dobro, primjerice u razdoblju kada ne prima kemoterapiju, kako bi mogao na vrijeme raspolagati sa svim informacijama koje bi mogle utjecati na njegove odluke i razgovorom podijeliti s liječnikom svoje stavove, želje i prioritete, a sve u svrhu donošenja zajedničke odluke o dalnjem postupanju. U osnovi, može se reći da postoji nekoliko osnovnih principa u komunikaciji s teškim i umirućim bolesnicima (45):

- Bolesnici žele istinu o svojoj dijagnozi
- Bolesnicima se ne šteti razgovorom o temi završetka života
- Tjeskoba je normalna i kod bolesnika i kod liječnika tijekom takvih razgovora
- Bolesnici mogu imati druge ciljeve i prioritete od produženja života
- Shvaćanje bolesnikovih ciljeva i prioriteta omogućava pružanje kvalitetnije skrbi

Kao što je već navedeno u okviru rasprave o važnosti interdisciplinarne suradnje, hitni prijam je mjesto na kojem je uspješna komunikacija izuzetno važna, kako među kolegama lijećnicima, tako i u odnosu liječnik – bolesnik. Jedno istraživanje (46) koje se bavilo pritužbama bolesnika, provedenom na hitnom prijemu bolnice u Melbourneu u Australiji, pokazalo je da je gotovo 32 % pritužbi usmjereno izravno na komunikaciju (grubost, nepristojnost), gotovo jednak koliko i za nepravilno liječenje odnosno pogrešnu dijagnozu ili pogrešno liječenje (33,4 %); 11,9 % pritužbi odnosilo se na odgodu liječenja. Također, najveći broj pritužbi dolazio je od strane vrlo starih ili vrlo mladih

bolesnika, kao i onih kojima engleski jezik nije materinji. Drugo istraživanje (47), provedeno u SAD-u, bavilo se samom kvalitetom liječničkog pristupa na uzorku od 93 susreta liječnika i bolesnika u hitnoj službi. Pokazalo se da iako većina liječnika ima tendenciju započinjanja s otvorenim pitanjem, samo je 20 % bolesnika završilo svoje izlaganje problema bez prekidanja. Također, prosječno vrijeme susreta bilo je svega nešto više od 7 minuta, dijagnoza je bila objašnjena u 65 % slučajeva, a samo je 16 % bolesnika bilo upitano imaju li pitanja ili nedoumica. Iz ova dva primjera može se zaključiti da je komunikacija s bolesnicima u hitnom prijemu pretežno štura i često je zakinuta čak i za razmjenu važnih zdravstvenih podataka. Oba rada navode kao zaključak potrebu za dodatnom edukacijom liječnika. Učinkovitijom komunikacijom definitivno bi se povećalo zadovoljstvo bolesnika, a da se naslutiti da bi se moglo izbjegći i mnogo krivih dijagnoza.

S druge strane, u jedinicama intenzivne njene vladaju drugačiji uvjeti. Naime, izazovi komunikacije koji se ovdje nalaze vezani su uglavnom za stanje bolesnika, koji su često promijenjene svijesti ili spojeni na mehaničku ventilaciju. U tim uvjetima komunikacija je često otežana ili nemoguća. Kako velik dio njege bolesnika obavljaju medicinske sestre, one se tako i najčešće susreću s navedenim problemima pa se mnogo istraživanja bavi upravo njihovom komunikacijom s bolesnicima. Jedan članak (48) ukazuje na to da se medicinske sestre često nalaze u ulozi „prevoditelja“, odnosno objašnjavanja liječnikovih riječi bolesnicima i obitelji. Također, autori smatraju da se medicinske sestre često nalaze u nepovoljnem položaju, jer se nalaze u etičkoj dilemi u slučajevima kada se ne slažu s liječnikovim mišljenjem, kada se nameće pitanje je li tu dilemu ispravno podijeliti s bolesnikom i obitelji. Drugo istraživanje bavilo se problemom komunikacije bolesnika s endotrahealnim tubusom tijekom postoperacijskog oporavka nakon

kardiokirurškog zahvata i utjecaj edukacije iz komunikacijskih vještina na učinkovitost komunikacije medicinskih sestara s bolesnicima (49). Budući da je bolesnicima onemogućen govor, s godinama je osmišljeno nekoliko alata koji omogućuju sporazumijevanje (*Augmentative and alternative communication*), koje se kreću u rasponu od jednostavne olovke i papira pa sve do posebnih elektroničkih pomagala. Iako je provedeno na malom uzorku i u jednoj bolnici, rezultati su bili pozitivni što ukazuje da bi rad na unaprjeđenju komunikacijskih vještina u slučajevima kada je klasična komunikacija s bolesnicima onemogućena mogao imati učinka. To je iznimno važan podatak, ako se uzme u obzir da je broj bolesnika u jedinicama intenzivne skrbi kojima je onemogućen govor prema nekim procjenama veći od 2,7 milijuna godišnje u SAD-u (50).

STRATEGIJE UNAPRJEĐENJA KOMUNIKACIJSKIH VJEŠTINA

Kako je sedamdesetih godina prošlog stoljeća znanstveno dokazano da kvaliteta komunikacije liječnika s bolesnikom i članovima medicinskog tima utječe na kvalitetu zdravstvene skrbi i krajnji ishod liječenja, to je saznanje potaknulo cijeli niz istraživanja i radova na modelima unaprjeđenja komunikacijskih vještina liječnika, a pogotovo komunikacije liječnika i bolesnika. Iz dosadašnjih razmatranja jasno je da razvijene komunikacijske vještine nisu dodatna, neobvezna kvaliteta liječnika, već obvezno znanje s kojim bi svaki liječnik trebao raspolagati. U modernom svijetu, nažalost, dugogodišnje kliničko iskustvo loše utječe na razvoj komunikacijskih vještina, pa zapravo iskusni liječnici pokazuju tendenciju razvoja loših komunikacijskih navika (2). Zbog toga se danas smatra da bi se učenju komunikacijskih vještina trebalo pristupati što ranije, već na prvim godinama studija (51), a liječnik bi trebao nadopunjavati znanje i vještine tijekom

kom cijelog svog radnog vijeka. Mnogo istraživanja dokazalo je uspješnost programa učenja komunikacijskih vještina kod studenata medicine, stomatologije, sestrinstva, mladih doktora i specijalista (52). U zapadnim zemljama edukacijski programi o komunikaciji već dugi niz godina čine sastavni dio studija medicine, a ocjena komunikacijskih vještina sastavni je dio vrednovanja na završnim i državnim ispituima te pri odabiru specijalizacije. Programi komunikacije su objedinjeni u smislene cjeline, a iste ključne vještine podučavaju se na svim razinama (2).

Postoji više različitih pristupa učenju komunikacijskih vještina, koji mogu uključivati predavanja, seminare i praktični rad, rad u malim grupama s naglaskom na diskusiju, pa i naprednije metode kao igranje uloga ili stvarne vježbe s pravim ili simuliranim bolesnikom (53). Programi mogu biti namijenjeni studenima ili liječnicima u svrhu edukacije ili usavršavanja. Ipak, zajedničko svim pristupima je okvirno slaganje oko ciljeva edukacije. Svi se temelje na dokazima, odnosno obuhvaćaju uvježbavanje onih vještina za koje je dokazano da dovode do promjene u kliničkoj praksi. Također, program edukacije mora obuhvatiti tri područja: vještine, stavove i pojedine medicinske probleme, s tim da se polazi od toga da su ključne vještine (*core skills*) od fundamentalne važnosti, te najviše pozornosti treba obratiti njihovom savladavanju. Na taj način stvara se čvrsti temelj za daljnje učenje i usavršavanje te ostavlja slobodan prostor za svladavanje specifičnih problema kao što su priopćavanje loše vijesti, rad s ovisnicima ili razumijevanje snažnih emocija (2). Komunikacijske vještine Jonathan Silverman (54) dijeli na sljedeće:

- Vještine povezane sa sadržajem (*content skills*) – osnovne informacije vezane uz temu diskusije, sadržaj pitanja i odgovora
- Procesne vještine (*process skills*) – načini komunikacije s bolesnikom, način uzimanja anamneze i pružanja informacija, ver-

balne i neverbalne vještine koje se koriste, uspostavljanje odnosa s bolesnikom, sposobnost organiziranja i strukturiranja komunikacije

305

- Perceptualne vještine (*perceptual skills*) – unutrašnje vještine donošenja odluka, rješavanja problema i kliničkog prosuđivanja, stavovi, mogućnost suosjećanja, poštovanja, fleksibilnost

Navedene vještine Silverman smatra povezanim i neodvojivom cjelinom te se ne mogu promatrati izolirano. Same sadržajne vještine uglavnom su dobro pokrivenе većinom kurikuluma medicinskih fakulteta, kao i dobar dio perceptualnih, a smisao učenja komunikacijskih vještina je shvaćanje kako svladati procesne vještine te interaktivno povezati sve tri skupine.

Većina pristupa učenju komunikacijskih vještina objedinjuje kognitivne, emocionalne i bihevioralne komponente, s općim ciljem promoviranja samosvijesti kod pružatelja zdravstvene zaštite. Smatra se da su programi koji se temelje na usvajanju vještina učinkovitiji od programa temeljenih na stavovima i specifičnim zadacima. Fundamentalne vještine kao i vještine potrebne u specifičnim područjima (npr. komunikacija s onkološkim bolesnicima) uglavnom su definirane, a pritom se misli na vještine kao što su postavljanje otvorenih pitanja, psihosocijalnu procjenu, demonstraciju empatije i druge. Također, kao vrlo korisni ocijenjeni su pristupi koji uključuju uvježbavanje usvojenih vještina igrom uloga, koja često uključuje simuliranog bolesnika, odnosno glumca ili educiranog liječnika, pri čemu polaznici imaju priliku okušati se u interakciji koja nalikuje stvarnoj situaciji, ali u „sigurnom okružju“ i bez potencijalnog uznemiravanja pravih bolesnika, a istodobno voditelji mogu ocijeniti napredak polaznika i skrenuti pozornost na potencijalne pogreške u pristupu kako bi se moglo raditi na njihovom sprječavanju. Tečajevi su osim u različitim metodološkim,

dostupni i u različitim organizacijskim oblicima, pa tako mogu biti inkorporirani u kurikulum medicinskih fakulteta ili zamišljeni kao samostalne radionice u trajanju od tri do pet dana. Idealna duljina programa još je uvijek predmet rasprave, ali smatra se da su programi duljeg trajanja učinkovitiji (55). Također, razvijene su metode procjene usvajanja komunikacijskih vještina, kao što je SEGUE okvir koji se koristi u zemljama Sjeverne Amerike. Radи se o katalogu vještina sastavljenom na osnovi godina istraživačkog rada, a svrha mu je olakšati podučavanje i evaluaciju komunikacijskih vještina. Standardizirani upitnik sadrži niz da/ne pitanja, koja pokrivaju sve dijelove susreta liječnika i bolesnika, od početka i problema do kraja i rješenja. Na pitanja odgovara promatrač neposredno nakon promatranog susreta liječnika ili studenta s bolesnikom i procjenjuje je li ispitanik pokazao uspješno vladanje svim ključnim komunikacijskim vještinama. Osim spomenutog, postoje i mnogi drugi instrumenti (*Arizona Clinical Interview Rating Scale, Bayer Institute for Health Care Communication E4 Model, Calgary-Cambridge Observation Guide i drugi*), a svima je svrha procijeniti komunikacijske vještine u medicini orientiranoj osobi, kako bi se one mogle učiti i proučavati u svrhu boljštka bolesnika i pružatelja zdravstvene zaštite (56).

Kao primjer opsežnog i dobro isplaniranog sustava učenja komunikacijskih vještina može poslužiti primjer kurikuluma jednog belgijskog medicinskog fakulteta (51). Naime, studenti se ondje od prve godine studija pripremaju za buduće kontakte s bolesnicima te se od samog početka studija radi na razvoju komunikacijskih vještina, pri čemu se u početku savladava teorijski okvir, kasnije učenje modela konzultacija i napisnjetu vježbe na primjerima stvarnih situacija. Krajem svake godine studija, procjenjuje se svladavanje potrebnih vještina od dva ispita. Na prvoj godini studija se radionicama u malim grupama, igrom

uloga, slušanjem nemedicinskih životnih priča uz diskusiju i dijeljenjem emocija nastoji potaknuti razvoj empatije i razumijevanje osjećaja. Na drugoj godini svakom studentu dodijeli se obitelj s novorođenim djetetom, a zadatak je nekoliko puta u godini posjetiti obitelj i razgovorom doživjeti njihove emocije, eventualne novonastale teškoće i prilagodbu na promjene navika. Nakon svakog posjeta sakuplja se grupa te se dijeli i uspoređuju dojmovi. Na trećoj godini studija studenti uče osnovni model medicinske konzultacije. Uči se pravim interakcijama slušati bolesnikovu priču s naglaskom na njegove želje, očekivanja i zabrinutosti. Posjeti obitelji se nastavljaju, a svaki student dužan je otici i u nekoliko kućnih posjeta osobama različite dobi, kako bi detaljnim intervjuum spoznali specifičnosti tema koje okupiraju određenu dob (umiranje i smrt, seksualnost, karijera). Svaki posjet opet je popraćen sa stankom male grupe studenata i diskusijom. Tada završava dodiplomski studij, i studenti već vladaju osnovnim komunikacijskim vještinama. Svrha daljnog učenja na diplomskom studiju je stjecanje temelja za davanje podrške i stvaranje partnerskog odnosa s budućim bolesnicima i shvaćanje važnosti zajedničkog donošenja odluka. Tijekom prvih triju godina diplomskog studija studenti i dalje posjećuju dodijeljenu obitelj i prate rast i razvoj djeteta koji u svakoj fazi donosi nove potrebe za prilagodbama. Osim toga, sudjeluju u radionicama u kabinetima vještina, koje uključuju igre uloga i simuliranog bolesnika, a prolaze se zahtjevne situacije kao što su rad s nesudržljivim bolesnikom, agresivnim bolesnikom, bolesnicima drugih kultura, a pažnja se obraća specifičnim komunikacijskim principima izazovima kao što su klinička procjena, postavljanje dijagnoze, pregovaranje i dogovaranje oko terapije i dijagnoze. Prolazi se i suočavanje sa specifičnim situacijama kao priopćavanje loših vijesti, razgovor s roditeljima i djecom, pripremanje bolesnika za operaciju i život s kroničnom bolešću. Na posljednjoj, četvrtoj godini

diplomskog studija studenti obavljaju staž u ordinacijama obiteljske medicine, tijekom kojih za zadatku imaju snimati nekoliko svojih razgovora s pravim bolesnicima, koji se kasnije pregledavaju i diskutiraju u malim grupama. Također, dužni su pohađati teorijski program u trajanju od 8 tjedana, koji obuhvaća susret sa simuliranim bolesnikom jednom tjedno, s potpunim uzimanjem anamneze, fizikalnim pregledom, diskusijom o opcijama liječenja i ispunjavanjem podataka. Takav pristup omogućava kontinuitet edukacije, a svaki susret sa simuliranim bolesnikom popraćen je okupljanjem male grupe pod vodstvom nastavnika. Svake godine procjenjuje se stupanj usvojenosti novih znanja i vještina svakog studenta praktičnim ispitom kliničkih vještina (objektivni strukturirani klinički ispit – OSKI), koji obuhvaća nekoliko postaja sa zadatcima, a suočavanje sa svakim zadatkom promatra ispitivač i ocjenjuje uspješnost svakog pojedinog elementa. Na taj način nastoji se što objektivnije procijeniti usvojene vještine (57).

Vrlo sličan sustav uveden je 2011. godine i na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu, u sklopu kolegija „Temelji liječničkog umijeća“. Nastava se izvodi longitudinalno, tijekom cijelog trajanja studija, a cilj je omogućiti studentu stjecanje komunikacijskih i kliničkih vještina. Student prve godine upoznaje osnove komunikacijskih vještina (osnove umijeća interpersonalne komunikacije). Na drugoj godini usvajaju se vještine komunikacije u razgovoru liječnika i bolesnika (medicinski intervju). Nakon upoznavanja s konceptom informiranog pristanka i osobitosti komunikacije u timskom radu koje se podučavaju na trećoj godini, na višim godinama studija studente se upoznaje s osobitosti komunikacije vezane uz specifične kliničke situacije, kao što su priopćavanje loše vijesti na četvrtoj godini, komunikacija s bolesnim djetetom i roditeljima bolesnog djeteta na petoj godini studija. Na posljednjoj godini ponavljaju se stečena znanja i vještine,

definiraju se osobitosti profesionalne komunikacije, komunikacijske prepreke i upoznaju se pravila komunikacije s drugim sektorima, medijima. Provjera znanja obavlja se na kraju svake akademske godine, nakon završetka nastave, također objektivnim strukturiranim kliničkim ispitom (OSKI) (58).

ZAKLJUČAK

Nemoguće je zamisliti suvremeno poimanje medicine i zdravstvene zaštite bez koncepata kao što su medicina orijentirana prema osobi i informirani pristanak. Paternalistički pristup bolesniku stvar je davne prošlosti, a zamjenjuje ga pristup temeljen na suradnom partnerstvu između bolesnika i liječnika kojim se izgrađuje odnos zasnovan na povjerenju, iskrenosti i uzajamnom poštivanju. Komunikacijske vještine su jedne od fundamentalnih liječničkih vještina, gotovo jednako važne kao i kliničko prosuđivanje i samo znanje. Već od prvog susreta ispravnom se komunikacijom može zadobiti povjerenje bolesnika koji će se u tako ostvarenom odnosu osjećati sigurno i njegovo ukupno zadovoljstvo liječenjem bit će veće. Također, komunikacijske vještine ključna su sastavnica uspješnog uzimanja anamneze prilikom medicinskog intervjuja. Dobro poznавanje komunikacijskih vještina tako omogućava i uspješnije liječenje te utječe na smanjenje učestalosti grešaka i tužbi. Ipak, mnoga istraživanja pokazala su da je poznавanje komunikacijskih vještina među liječnicima prilično oskudno, što rezultira neučinkovitom komunikacijom koja šteti i liječnicima, a ponajprije bolesnicima. Stoga se u zapadnim zemljama već dugi niz godina provode detaljno razrađeni programi edukacije u svrhu razvoja komunikacijskih vještina već na samom početku studija medicine kojima je cilj provoditi kontinuirano usavršavanje liječnika tijekom njihovog cijelog radnog vijeka, a odnedavno se slični programi uvode i u Republici Hrvatskoj.

Iako su se mnoga istraživanja bavila procjenom učinkovitosti navedenih programa, ipak je takav pristup edukaciji u većini zemalja svijeta još u povođima, pa je potrebno još mnogo

znanstvenog rada i usavršavanja metoda kako bi se pronašao najučinkovitiji način usavršavanja znanja i vještina učinkovite komunikacije u svakodnevnu medicinsku praksu.

LITERATURA

1. Simpson M, Buckman R, Stewart M i sur. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ* 1991; 303: 1385-7.
2. Đorđević V, Braš M, ur. Komunikacija u medicini – čovjek je čovjeku lijek. Zagreb: Medicinska naklada, 2011.
3. Mast MS. On the importance of nonverbal communication in the physician-patient interaction. *Patient Educ Couns* 2007; 67(3 SPEC. ISS.): 315-8.
4. Parsons T. The Social System. New York: The Free Press, 1951.
5. Sowerby P. Balint reassessed: the doctor, his patient, and the illness: a reappraisal. *J R Coll Gen Pract* 1977; 27: 583-9.
6. Van Roy K, Vanheule S, Debaere V, Inslegers R, Meganck R, Degand J. A Lacanian view on Balint group meetings: a qualitative analysis of two case presentations. *BMC Fam Pract* 2014; 15: 49.
7. Chipidza FE, Wallwork RS, Stern TA. Impact of the Doctor-Patient Relationship. *Prim Care Companion CNS Disord* 2015; 17: 10.4088/PCC.15f01840.
8. Szasz TS, Hollender MH. The basic models of the Doctor-Patient relationship. *AMA Arch Intern Med* 1956; 97: 585-92.
9. Emanuel EJ. Four Models of the Physician-Patient Relationship. *JAMA* 1992; 267: 2221-6.
10. Kaba R, Sooriakumaran P. The evolution of the doctor-patient relationship. *Int J Surg* 2007; 5: 57-65.
11. Entwistle VA, Watt IS. Treating Patients as Persons: A Capabilities Approach to Support Delivery of Person-Centered Care. *Am J Bioeth* 2013; 13: 29-39.
12. Sorta-Bilajac I, Sorta J. Primjena teorije komunikacije Paula Watzlawicka na praksi komuniciranja u medicini i zdravstvu. *JAHR* 2013; 4: 583-90.
13. Riess H, Kraft-Todd G. E.M.P.A.T.H.Y: A Tool to Enhance Nonverbal Communication Between Clinicians and Their Patients. *Acad Med* 2014; 89: 1108-12.
14. Walther S, Stegmayer K, Sulzbacher J i sur. Nonverbal Social Communication and Gesture Control in Schizophrenia. *Schizophr Bull* 2015; 41: 338-45.
15. Henry SG, Fuhrel-Forbis A, Rogers MAM, Eggly S. Association between nonverbal communication during clinical interactions and outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Patient Educ Couns* 2012; 86: 297-315.
16. Ambady N, Koo J, Rosenthal R, Winograd CH. Physical therapists' nonverbal communication predicts geriatric patients' health outcomes. *Psychol Aging* 2002; 17: 443-52.
17. Hillen MA, de Haes HCJM, van Tienhoven G i sur. All eyes on the patient: the influence of oncologists' nonverbal communication on breast cancer patients' trust. *Breast Cancer Res Treat* 2015; 153: 161-71.
18. Ramani S. Promoting the art of history taking. *Med Teach* 2004; 26: 374-6.
19. Stewart M. Effective physician-patient communication and health outcomes: A review. *CMAJ* 1995; 152: 1423-33.
20. Štifanić M. Loša komunikacija i druge liječničke pogreške. *JAHR* 2013; 4: 293-327.
21. Coulehan JL, Block MR. The Medical Interview: Mastering Skills for Clinical Practice. 4 izd. Philadelphia: FA Davis, 2001.
22. Braš M, Đorđević V, Milićić D. Komunikacija liječnika i bolesnika. *Medix* 2011; 92: 38-43.
23. Deber RB. Physicians in health care management: 7. The patient-physician partnership: Changing roles and the desire for information. *CMAJ* 1994; 151: 171-6.
24. Quill TE, Brody H. Physician Recommendations and Patient Autonomy: Finding a Balance between Physician Power and Patient Choice. *Ann Intern Med* 1996; 125: 763-9.
25. Keifenheim KE, Teufel M, IPJ i sur. Teaching history taking to medical students: a systematic review. *BMC Med Educ* 2015; 15: 159.
26. Burt J, Abel G, Elmore N i sur. Assessing communication quality of consultations in primary care: initial reliability of the Global Consultation Rating Scale, based on the Calgary-Cambridge Guide to the Medical Interview. *BMJ Open* 2014; 4: e004339.
27. Townsend-Gervis M, Cornell P, Vardaman JM. Interdisciplinary rounds and structured communication reduce re-admissions and improve some patient outcomes. *West J Nurs Res* 2014; 36: 917-28.
28. Lancaster G, Kolakowsky-Hayner S, Kovach J, Greer-Williams N. Interdisciplinary communication and collaboration among physicians, nurses, and unlicensed assistive personnel. *J Nurs Scholarsh* 2015; 47: 275-84.
29. Gausvik C, Lautar A, Miller L, Pallerla H, Schlaudecker J. Structured nursing communication on interdisciplinary acute care teams improves perceptions of safety, efficiency, understanding of care plan and teamwork as well as job satisfaction. *J Multidiscip Health* 2015; 8: 33-7.
30. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, ur. To err is human: building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press, 2000.
31. Alvarez G, Coiera E. Interdisciplinary communication: An uncharted source of medical error? *J Crit Care* 2006; 21: 236-42.
32. Hohenstein C, Fleischmann T, Rupp P, Hempel D, Wilk S, Winning J. German critical incident reporting system database of prehospital emergency medicine: Analysis of reported communication and medication errors between 2005 – 2015. *World J Emerg Med* 2016; 7: 90-6.
33. O'Mara K. Communication and Conflict Resolution in Emergency Medicine. *Emerg Med Clin North Am* 1999; 17: 451-9.



34. Greenberg CC, Regenbogen SE, Studdert DM i sur. Patterns of Communication Breakdowns Resulting in Injury to Surgical Patients. *J Am Coll Surg* 2007; 204: 533-40.
35. Lingard L, Espin S, Whyte S i sur. Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. *Qual Saf Health Care* 2004; 13: 330-4.
36. Nagpal K, Vats A, Lamb B i sur. Information transfer and communication in surgery: a systematic review. *Ann Surg* 2010; 252: 225-39.
37. Russ S, Rout S, Sevdalis N, Moorthy K, Darzi A, Vincent C. Do safety checklists improve teamwork and communication in the operating room? A systematic review. *Ann Surg* 2013; 258: 856-71.
38. Levinson W. Physician-patient communication. A key to malpractice prevention. *JAMA* 2015; 272: 1619-20.
39. Alderman RD, Greene MG, Charon R, Friedmann E. The content of physician and elderly patient interaction in the medical primary care encounter. *Communication Res* 1992; 19: 370-80.
40. Meador HE, Zazove P. Health Care Interactions with Deaf Culture. *J Am Board Fam Med* 2005; 18: 218-22.
41. Gutman V. Ethical reasoning and mental health services with deaf clients. *J Deaf Stud Deaf Educ* 2005; 10: 171-83.
42. Field D, Wee B. Preparation for palliative care: Teaching about death, dying and bereavement in UK medical schools 2000-2001. *Med Educ* 2002; 36: 561-7.
43. Sleeman KE. End-of-life communication: Let's talk about death. *J R Coll Physicians Edinb* 2013; 43: 197-9.
44. Mack JW, Cronin A, Keating NL i sur. Associations between end-of-life discussion characteristics and care received near death: A prospective cohort study. *J Clin Oncol* 2012; 30: 4387-95.
45. Bernacki RE, Block SD. Communication About Serious Illness Care Goals. *JAMA Intern Med* 2014; 174: 1994-2003.
46. Taylor DM, Wolfe R, Cameron PA. Complaints from emergency department patients largely result from treatment and communication problems. *Emerg Med* 2002; 14: 43-9.
47. Rhodes KV, He T. Resuscitating the Physician-Patient Relationship : Emergency Department Communication in an Academic Medical Center. *Ann Emerg Med* 2004; 44: 2-7.
48. Angelica MD, Fong Y. Communication by Nurses in the Intensive Care Unit: Qualitative Analysis of Domains of Patient-Centered Care. *Am J Crit Care* 2012; 21: 410-18.
49. Happ M-B, Tate JA, Garrett KL i sur. Effect of a multi-level intervention on nurse-patient communication in the intensive care unit: Results of the SPEACS trial. *J Heart Lung* 2014; 43: 89-98.
50. Happ MB, Garrett K, Thomas DD i sur. Nurse-Patient Communication Interactions in the Intensive Care Unit. *AJCC* 2012; 20: 1-21.
51. Deveugele M, Derese A, De Maesschalck S, Willems S, Van Driel M, De Maeseneer J. Teaching communication skills to medical students, a challenge in the curriculum? *Patient Educ Couns* 2005; 58(3 SPEC. ISS.): 265-70.
52. Aspegren K. BEME Guide No. 2: Teaching and learning communication skills in medicine - a review with quality grading of articles. *Med Teach* 1999; 21: 563-70.
53. Benbassat J, Baumal R. A step-wise role playing approach for teaching patient counseling skills to medical students. *Patient Educ Couns* 2002; 46: 147-52.
54. Silverman J, Kurtz SM, Draper J. Skills for Communicating with Patients, 3 izd. Boca Raton: CRC Press, 2013
55. Moore PM, Rivera Mercado S, Grez Artigues M, Lawrie TA. Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. *Cochrane database Syst Rev* 2013;3:CD003751
56. Makoul G. The SEGUE Framework for teaching and assessing communication skills. *Patient Educ Couns* 2001; 45: 23-34.
57. Harden RM, Stevenson M, Downie WW, Wilson GM. Assessment of clinical competence using objective structured examination. *BMJ* 1975; 1: 447-51.
58. Temelji lječničkog umijeća [Internet]. Pristupljeno 27.5.2016. Dostupno na: <http://www.mef.unizg.hr/o-nama/ustroj/vijeca-predmeta/temelji-ljecnickog-umijeca/>

Anksiozni poremećaji u djece i adolescenata

/ Anxiety disorders in children and adolescents

Mihajela Poljak, Dražen Begić¹

KBC Zagreb, Zavod za nefrologiju, arterijsku hipertenziju, dijalizu i transplantaciju bubrega i ¹Klinika za psihijatriju, Zagreb, Hrvatska

Zagreb University Hospital Centre, Department of Nephrology, Arterial Hypertension and Kidney Transplantation and ¹Department of Psychiatry, Zagreb, Croatia

Izmjenjena verzija diplomskog rada M. Poljak na Studiju sestrinstva

Anksiozni poremećaji pripadaju među najčešće mentalne poremećaje u dječjoj i adolescentnoj dobi. Temeljno obilježje ovih poremećaja je razvojno neprimjerena razina anksioznosti i strahova koji ometaju normalno funkcioniranje djeteta. Važno je dječje strahove promatrati u kontekstu razvojnih procesa. Prevalencija anksioznih poremećaja kod djece kreće se od 10 % do 20 %. Zastupljeni su u oba spola, iako se češće javljaju kod djevojčica i to nakon šeste godine života. Pravodobno otkrivanje i lijeчењe dječje anksioznosti može smanjiti negativni utjecaj koji ovi poremećaji ostavljaju na daljni razvoj te na školsko, obiteljsko i socijalno funkcioniranje djece i mlađih. Često dolaze u komorbiditetu s ostalim psihijatrijskim poremećajima, ali i drugim anksioznim poremećajima. Manifestiraju se čitavim spektrom najrazličitijih promjena emocionalnim, kognitivnim, bihevioralnim i tjelesnim simptomima. Multifaktorske su etiologije, nastaju djelovanjem različitih biologičkih, genetskih, psiholoških i socijalnih čimbenika. U liječenju anksioznih poremećaja najbolje rezultate daje kombinirani tretman koji se temelji na kognitivno-bihevioralnoj terapiji (KBT) i farmakoterapiji. Kognitivna terapija otkriva i mijenja negativne automatske misli, pogrešna bazična vjerovanja, prepostavke i iskrivljena mišljenja. Bihevioralne tehnike imaju za cilj promjenu ponašanja. U novije vrijeme uvodi se i terapija temeljena na usredotočenoj svjesnosti (engl. *mindfulness based therapy*). Od lijekova najčešće se primjenjuju selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina koji su prva linija terapije i dokazano su najučinkovitiji kod anksioznih poremećaja. Prognoze su najbolje ako se tretmanom krene što prije te osim samog djeteta u planiranje i provođenje terapijskog tretmana uključe roditelji odnosno skrbnici djeteta.

/ *Anxiety disorders are one of the most common mental disorders when it comes to children and adolescents. The core feature of these disorders is a level of anxiety and fears that is not appropriate for that stage of development of a child which leads to anxiety disorders having a significant impact on disrupting daily activities of a child. It is important to monitor children's fears within the context of their development. Estimations show that approximately 10 to 20 % of all children develop some kind of anxiety disorders. They are present in children of both sexes, although some anxiety disorders have been shown to be more frequent in girls. Anxiety disorders can be diagnosed after the age of six. Early discovery and proper treatment can significantly help with the possible negative effects these disorders have on social and family life as well as on a child's performance in school. Anxiety disorders are conditions comorbid with other psychiatric disorders and other anxiety disorders. Anxiety is manifested in the form of bodily, psychological, cognitive and behavioural changes. When it comes to etiology, a variety of factors are present, with the causes of anxiety disorders still not fully known, but both psychiatric and general medical factors are involved. Clinical studies, as well as every-day practice, have shown that utilization of cognitive-behavioural therapy (CBT) combined with prescription medication yields the most effective results. Cognitive therapy bases its approach on identifying and replacing negative thinking patterns and behaviours with positive*

ones, while behavioural techniques aim to change behavioural patterns in children with anxiety disorders. Nowadays, mindfulness-based cognitive therapy is also used to treat anxiety. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) are the first choice when it comes to medication therapy as they have been repeatedly to be the most effective treatment choice for anxiety disorders. When diagnosed early and using proper treatment, anxiety disorders can be reduced to a minimum as not to cause any damage to the child's life. It is crucial for the success of the treatment for parents or guardians to be heavily involved in all stages of treatment of the disorder, from planning to practicing techniques proposed by the physician.

311

ADRESA ZA DOPISIVANJE:

Mihajela Poljak
Radobojski bregi 95
49 232 Radoboj, Hrvatska
E-pošta: mihajela.poljak@hotmail.com

KLJUČNE RIJEČI / KEY WORDS:

anksioznost / anxiety
anksiozni poremećaji / anxiety disorders
strah / fears
djeca i adolescenti / children and adolescents
usredotočena svjesnost / mindfulness

UVOD

Anksioznost (tjeskoba, strepnja, strah, panika, uznemirenost, zabrinutost) je iskustvo u razvoju ličnosti koje iskusi svaka osoba tijekom razvoja. Ona je osnovna ljudska emocija koja je normalna reakcija na opasnost i važna je za očuvanje integriteta organizma (1). Postoje dvije vrste anksioznosti: normalna (fiziološka) i patološka anksioznost. Fiziološka anksioznost ima adaptivnu funkciju na nove ili ugrožavajuće situacije. Određeni stupanj anksioznosti poželjan je zbog motivacije osobe na produktivnije ponašanje. Važno je naučiti kako ju kontrolirati. Patološka anksioznost obilježena je strahom bez prisustva vanjskog ugrožavajućeg objekta. Kod anksioznosti objekt je nepoznat, traje dugo, kroničnog je tijeka, dok je u strahu objekt poznat, opasnost dolazi izvana, kratko traje i akutnog je tijeka (2).

Strah i zabrinutost imaju kliničko značenje, ako su razvojno neprimjereni. Strahovi i anksioznost dio su djetetova razvoja, a velik broj djece doživljava intenzivnu uznemirenost zbog svojih strahova. Kod novorođenčadi naj-

češći strahovi su od glasnih zvukova, dok je dojenačko razdoblje obilježeno strahom od imaginarnih bića i mraka. Od pete do šeste godine djeca osjećaju strah vezano uz fizičke događaje (npr. ozljede ili otmica), a kasnije strah od prirodnih pojava (npr. oluja). Školska djeca brinu o uspjehu u školi, bihevioralnim kompetencijama, odbijanju od strane vršnjaka, zdravlju i bolestima. U adolescenata se javlja anksioznost vezana uz socijalne situacije i kompetencije (3). Mlađa djeca i djevojčice doživljavaju veći broj strahova od adolescenata i dječaka (4). Kada strah i anksioznost značajno utječu na funkcioniranje djeteta, ometaju normalan psihosocijalni razvoj te dovode do teškoća u školskom, socijalnom i obiteljskom okruženju govori se o anksioznom poremećaju (1).

Anksiozni poremećaji najčešći su psihijatrijski poremećaji u dječjoj i adolescentnoj dobi. Njihove se posljedice vide na djetetu, obitelji i okolini. Multifaktorske su etiologije i heterogene kliničke slike. Često dolaze u komorbiditetu s ostalim psihijatrijskim poremećajima. Utječu na školski uspjeh djeteta. Anksioznost

je prevladavajuća u svim anksioznim poremećajima, a manifestira se čitavim spektrom najrazličitijih promjena emocionalnim, kognitivnim, bihevioralnim i tjelesnim simptomima. Rano otkrivanje i kontrola anksioznosti mogu pomoći u smanjivanju potrebe za opsežnim medicinskim pretragama i obradama. Liječenje djece s anksioznošću srednje jačine započinje psihoterapijom. Kombinacija psihoterapije i farmakoterapije potrebna je kod djece s umjerenom do jakom anksioznošću te kada se liječi komorbiditetni poremećaj ili kada postoji djelomični odgovor na samu psihoterapiju. Anksioznost koja se pravodobno ne prepozna i ne liječi može imati kronične posljedice, epi-zodično se javljati dalje u životu ili utjecati na razvoj ostalih komorbiditetnih poremećaja.

EPIDEMIOLOGIJA

Podatci o zastupljenosti anksioznih poremećaja u djece i adolescenata su različiti. Dodatni faktori koji otežavaju uvid u adekvatnu zastupljenost ovih poremećaja su dijagnostička preklapanja i komorbiditet. Prevalencija anksioznih poremećaja u dječjoj dobi i adolescenciji veća je od bilo kojeg drugog mentalnog poremećaja i kreće se od 10 % do 20 %. Zastupljeni su u oba spola, ali su češći kod djevojčica nakon šeste godine, a odnos između djevojčica i dječaka iznosi 2:1 (1). Specifične fobije, postrumački stresni poremećaj (PTSP) i panični poremećaj češće se javljaju kod djevojčica (5). Opsesivno-kompulzivni poremećaj (OKP) se češće javlja kod dječaka. Podatci se razlikuju s obzirom na vrstu anksioznog poremećaja. Weiss i Last (6) navode da se kod mlađe djece s obzirom na razvoj i strukturu češće javlja separacijski anksiozni poremećaj (od 2 % do 12 % djece ima simptome, podjednako dječaci i djevojčice), 3 % do 12 % ima generalizirani anksiozni poremećaj (GAP). Socijalne fobije se pojavljuju u 1 % djece, a specifične fobije u 3,3 %. Najrjeđe se pojavljuju simptomi

opsesivno-kompulzivnog poremećaja (u oko 1,9 % djece) i panični poremećaji (0,7 %) (7). Generalizirani anksiozni poremećaj, opsesivno-kompulzivni poremećaj i specifične fobije javljaju se s podjednakom učestalošću u doba djetinjstva i adolescencije, a kod adolescenata socijalna fobija i panični poremećaj (1).

ETIOLOGIJA

Anksiozni poremećaji kod djece i adolescenata nastaju kao rezultat interakcije različitih biologičkih, psiholoških i socijalnih čimbenika (1).

Genetski čimbenici

Brojna istraživanja uključuju genetske aspekte povezane s anksioznim poremećajima. Dokazana je veća učestalost anksioznih poremećaja u pojedinim obiteljima. Studije obitelji i blizanaca pokazuju da genetski faktori igraju ključnu ulogu u etiologiji paničnog poremećaja, uz koji se povezuje povećana transmisija serotonina (5).

Nasljeđuje se predispozicija anksioznom reagiranju u stresogenim životnim situacijama. Od pojedinih gena posebno je istraživan polimorfizam u promotorskoj regiji gena za serotonininski transporter (5HTT) koji uključuje 44bp inserciju ili deleciju. Osobe s GAP-om koje imaju kratki oblik toga gena pokazuju veću razinu neuroticizma, anksioznosti te izbjegavanje opasnosti. Polimorfizam VNTR (engl. *variable-number-tandem-repeat*) u drugom intronu 5HTT gena povezan je s većim rizikom za razvoj anksioznih poremećaja, uključujući OKP i GAP (1).

Neurotransmitorske teorije

Prema ovim teorijama anksiozni poremećaji nastaju zbog poremećaja u neuralnoj komunikaciji i dizbalansom ekscitacijskih i inhibicijskih neurotransmitorskih sustava. Još uvijek

nije poznato u kojoj mjeri neurobiološki faktori utječu na razvoj poremećaja. Spominje se hipoteza o pomaku senzitivnosti benzodiazepinskih receptora te o povećanom stvaranju anksioznih tvari, odnosno smanjenju endogenih anksiolitičkih tvari u mozgu (1).

Bitnu ulogu ima disfunkcija u području *locus coeruleus* i noradrenergičkih struktura poznata kao teorija lažnog alarma, ali i *nucleus raphe* i serotoninergičnih struktura (gdje se ostvaruje terapijski učinak selektivnih inhibitora ponovne pohrane serotoninina). Patogenezi anksioznosti doprinose funkcionalne i strukturne promjene u strijatumu, limbičkom sustavu i paralimbičkim regijama (amigdala, orbitofrontalni korteks, anteriorni cingularni korteks) (1). Ove poremećaje karakterizira preosjetljivost i hiperaktivnost amigdale koja je povezana s aktivacijom osi hipotalamus-hipofiza-nadbubrežna žljezda te uzrokuje porast razine hormona i pojavu tjelesnih simptoma anksioznosti (2).

Iako neurobiološka podloga anksioznih poremećaja još uvijek nije dovoljno razjašnjena može se zaključiti da su za njihov nastanak odgovorne poremećene funkcije neurotransmitorskih (dopamin, noradrenalin, serotonin, gama-amino maslačna kiselina – GABA, glutamat, acetilkolin) i neuroendokrinih sustava (os hipotalamus-hipofiza-nadbubrežna žljezda) koji sudjeluju u kontroli raspoloženja, emocija i kognicije te ponašanja. Klinički je zanimljivo naglasiti da se abnormalne funkcije mozga, posebno hiperaktivacija amigdale smanjuju s uspješnim tretmanom KBT-a ili lijekovima (8).

Psihoanalitičke teorije

Postoji nekoliko psihoanalitičkih teorija anksioznosti (1). To su:

1. Teorija o transformaciji libida u anksioznoštiti (neiskorištena seksualna energija),
2. Signalna teorija anksioznosti (upozorenje na nesvesne impulse i opasnosti),

3. Teorija o porodajnoj traumi kao prototipu anksioznosti,
4. Separacijska teorija anksioznosti.

313

Prema psihoanalitičkim teorijama najvažniju ulogu u nastanku anksioznosti ima nesvesni intrapsihički konflikt koji je povezan s neprihvatljivim seksualnim ili agresivnim impulsima. Anksioznost je posljedica nerazriješenih nesvesnih konflikata. Prema prvim tumačenjima anksioznost je rezultat neadekvatnog rasterećenja libida odnosno energije seksualnog nagona. Dolazi do pretvorbe libidinozne energije u somatske simptome anksioznosti, a da pritom ne sudjeluju psihički mehanizmi, što S. Freud naziva aktualna neuroza, za razliku od psihoneuroze. Bez obzira je li abnormalna akumulacija libida unutar psihe rezultat vanjskih prepreka rasterećenju ili su razlog unutarnje prepreke kao što su nesvesni konflikti ili inhibicije koje se odnose na seksualno zadovoljenje, rezultat je isti. Dolazi do anksioznosti. Takvo tumačenje vrijedilo je do objavljivanja Freudove monografije „Inhibicija, simptom i anksioznost“ (iz 1926.) gdje se daje novo i konačno viđenje. Freud smatra da je anksioznost središnji problem neuroze i obrazlaže novu teoriju anksioznosti. Ova teorija zadržava isto vjerovanje kao i prva da anksioznost ima biološku, urođenu osnovu, ali je nadopunjuje shvaćanjem da ljudski organizam ima urođenu sposobnost reagiranja sa psihičkim i fizičkim manifestacijama ili anksioznošću (9).

Anksioznost pripada egu i djeluje kao signal koji ga upozorava na unutarnju opasnost koja dolazi iz intrapsihičkih sukoba između instinkтивnih poriva *ida* (neurotska tjeskoba), zabrana *superega* (tjeskoba zbog savjesti) i zahtjeva vanjske okoline (tjeskoba pred realnom situacijom) (10). Kada dolazi do prijetnje intrapsihičkoj ravnoteži, anksioznost djeluje kao signal egu (signalna anksioznost) da aktivira obrambene mehanizme. To su potiskivanje, projekcija i reaktivna formacija (11). Funkcija

ega je ovladavanje nadolazećih podražaja ili njihovo učinkovito rasterećenje.

Psihoanalitički teoretičari nakon Freuda, kao što su M. Klein i J. Flesher (1955) smatraju da u nastanku anksioznosti veliku ulogu imaju agresivni porivi i preedipska dinamika (12).

Harry S. Sullivan smatra da se anksioznost prenosi od skrbnika, najčešće majke te naglašava važnost ranog odnosa majka-dijete. U svojoj interpersonalnoj teoriji ističe potrebu za intimnošću kao najvažnijoj socijalnoj potrebi.

John Bowlby postavlja separacijsku teoriju anksioznosti prema kojoj predviđa da će rana sigurnost privrženosti pozitivno utjecati na kasniji psihosocijalni razvoj. Bowlby je vjerovao da privrženost funkcioniра od „kolijevke do groba“. Na temelju njegovih radova o privrženosti i separaciji predloženo je tumačenje da je privrženost dojenčeta kod životinja i ljudi prema majci genetski programiran i biološki određen, a ne samo naučeni odgovor (12).

Bihevioralne teorije

Bihevioralno tumačenje temelji se na teorija učenja. One uključuju klasično uvjetovanje (kondicioniranje), operantno uvjetovanje i učenje modeliranjem. Ljudsko ponašanje može se naučiti na jedan od načina, a svako ponašanje bez obzira je li prilagođeno ili nepriлагodljivo, posljedica je istih osnovnih načela stjecanja i održavanja ponašanja. Bihevioralne teorije naglašavaju važnost hipersenzibilizacije i kondicioniranja kada prilikom neugodnog, traumatskog iskustva dolazi do vezivanja straha i anksioznosti na prethodno neutralne stimulanse (2). Dijete koje doživi neugodno iskustvo svaki idući puta u istoj situaciji osjeća neugodu. Takvo neodgovarajuće ponašanje širi se po principu generalizacije podražaja. Na kraju neutralni podražaj sam dovodi do reakcije. Operantno uvjetovanje (naziva se i instrumentalno učenje) temelji se na povezanosti ponašanja i posljedica. Ponašanje koje ima za

rezultat pozitivne posljedice će se ponavljati, a ono ponašanje koje izaziva negativne će se prorijediti. Važna komponenta ovog učenja jest potkrepljivanje odgovora koje omogućuje osobi da izbjegne uvjetovane štetne podražaje (11). Anksioznost je snažan pokretač, svako ponašanje koje je umanjuje ili uklanja, bit će potkrijepljeno. Ono može biti pozitivno (kada povećava vjeratnost pojave određenog odgovora u prisustvu određenog događaja) i negativno (povećava vjeratnost za neki odgovor u odsutstvu određenog događaja) (2).

Modeliranje je učenje po modelu. Temelji se na promatranju i imitaciji drugih osoba koje reagiraju s boli, anksioznosću ili nekim drugim oblikom neprilagođenog ponašanja. Negativni afektivni odgovor rezultat je ovog učenja.

Dvofaktorska teorija anksioznosti koju je stvorio O. H. Mowrer kombinacija je klasičnog i operantnog uvjetovanja. Anksiozni bolesnik klasičnim uvjetovanjem reagira na neutralan podražaj koji postaje uvjetovani podražaj te dovodi do straha. Operantnim uvjetovanjem uči kako izbjegći taj uvjetovani podražaj (2).

Kognitivne teorije

Prema ovim teorijama anksiozni poremećaji uzročno su povezani s negativnim mislima ili temeljnim uvjerenjima pacijenta o sebi i/ili svijetu (1). Osoba na jedinstven način doživljava okolinu i događaje oko nje. Taj vlastiti način poimanja svih iskustava i stvarnosti naziva se kognitivna shema (2). Promijenjeni kognitivni procesi koji uključuju negativne automatske misli, pogrešna bazična vjerovanja i kognitivne distorzije imaju važnu ulogu u stvaranju iskrivljene percepcije događaja i omogućuju nastanak psihičkog poremećaja. A. Ellis je zaslužan za ABC shemu koja također tako sudjeluje u nastanku psihičkih procesa, a temelji se na aktivirajućem događaju (A), vjerovanjima, percepcijama i interpretacijama događaja (B) te na reakcijama i posljedicama (C). Određeni događaj

izazove reakciju ovisno na načinu na koji je percipiran. Ako osoba kontrolira svoja vjerenja može utjecati na posljedice i mijenjati ih (2). Anksiozni poremećaji će dovesti do promjena u procesiranju informacija na trima razinama: perceptivnoj, interpretativnoj i razini pamćenja. Anksiozne osobe na perceptivnoj razini od svih podražaja odabiru one koji su prijetnja, na interpretativnoj nejasne će podražaje tumačiti kao opasne, dok će na razini pamćenja biti sklone upamćivanju i lakšem dosjećanju anksioznih situacija (2).

FAKTORI RIZIKA ZA RAZVOJ ANKSIOZNIH POREMEĆAJA

Kada se govori o rizičnim faktorima za razvoj anksioznih poremećaja u literaturi nalazimo na opće i specifične faktore koji su vezani uz određeni anksiozni poremećaj. Mnoge varijable se smatraju rizičnim faktorima kod anksioznih poremećaja:

Spol – ženski spol je rizičan faktor kod anksioznosti, javlja se dvostruko češće te se pojačava s dobi. Iznimka je opsesivno-kompulzivni poremećaj.

Edukacija – manja razina obrazovanja povezana je s višim razinama anksioznosti.

Financijska situacija – manji prihodi se povezuju s višom razinom anksioznosti.

Dob – u ranom djetinjstvu javljaju se fobije, OKP i separacijska anksioznost. Socijalna fobia i panični poremećaj po prvi puta se dijagnosticiraju tijekom adolescencije.

Osobine ličnosti – istraživanja su pokazala da su npr. jako stidljiva djeca često žrtve vršnjačkog nasilja zbog čega su u većem riziku da razviju neki od anksioznih poremećaja kasnije u životu. Djeca koja se teško nose s neizvjesnošću i/ili su često zabrinuta imaju veći rizik da razviju generalizirani anksiozni poremećaj. Temperamentni koncept bihevioralne inhibici-

je (13) objašnjava kako se javlja neprimjereni strah i udaljavanje od situacije ako je ona nepoznata. Djeca su sramežljiva i povučena kad se susreću sa strancima i osjećaju strah u nepoznatim situacijama. Bihevioralna inhibicija navodi se kao rizični faktor za razvoj anksioznih poremećaja, naglašavajući pri tome socijalnu fobiju (13).

Obiteljska povijest i dinamika – istraživanja dokazuju da se anksiozni poremećaji češće pojavljaju među bliskim srodnicima. Istraživači ističu da djeca mogu naučiti strahove i fobije, gledajući i oponašajući roditelje. U obiteljskim studijama nasljednost je očita. Kod jednog roditelja s anksioznosti rizik je značajan, a posebice je značajan ako oba roditelja boluju od anksioznog poremećaja (13).

Roditeljska ponašanja – nepoželjna roditeljska ponašanja koja karakteriziraju negativna afektivnost, odbacivanje, visoka razina kontrole i hiperprotekcije povezane su s razvojem anksioznih poremećaja kod djece. Roditelji s anksioznim poremećajem i njihova djeca koriste izbjegavanje kao način rješavanja problema te nagrađuju djetetovo izbjegavajuće ponašanje. Pretjerana protekcija je rizik za anksiozne poremećaje, ali ne i depresiju, dok odbijanje od strane roditelja ima suprotan učinak (13).

Socijalni faktori – prema istraživanjima u posljednjih dvadesetak godina sve je više djece i mladih u kojih se javljaju anksiozni poremećaji. Ovo se može povezati s ubrzanim načinom života, smanjenom društvenosti, otuđenjem od bliskih prijatelja.

Iskustva u djetinjstvu – većina epidemioloških studija nalazi poveznicu između štetnih iskustava u djetinjstvu (npr. gubitak roditelja, rastava, zlostavljanje i zanemarivanje djeteta) uz pojavu psihičkih poremećaja.

Traumatski događaji mogu biti okidač za razvoj anksioznih poremećaja, osobito u pojedinca koji su im podložni zbog genetskih, psiholoških i bio-

kemijskih osobitosti. Izloženost traumatskom iskustvu u djetinjstvu (zlostavljanje, zanemaranje, prijetnje i sl.) utječe na razvoj simptoma PTSP-a. Različiti oblici fobija (strah od zmaja, psa, pauka i sl.) mogu nastati kao posljedica traumatskog iskustva. Studija koja je proučavala vezu između gubitka roditelja prije 17 godina i anksioznosti u ženskih blizanaca pokazala je da postoji povećan rizik za razvoj GAP-a kao posljedica razdvojenosti od roditelja (13).

Zdravstveno stanje – brojna istraživanja i medicinska praksa pokazala su kako neka medicinska stanja mogu značajno povećati rizik od paničnog poremećaja. Nakon ozbiljnih kirurških zahvata često se razvije anksiozni poremećaj kao reakcija na životno ugrožavajuću situaciju.

Anksiozna osjetljivost

U posljednje vrijeme istraživači se služe jednim novijim konstruktom koji ulazi u rizične faktore. Anksiozna osjetljivost (engl. *anxiety sensitivity*) se definira kao strah od javljanja anksioznih simptoma i tjelesnih senzacija povezanih s anksioznošću, a koji proizlazi iz vjerovanja da anksioznost i tjelesne senzacije mogu imati negativne tjelesne, psihološke i socijalne posljedice (4). Novija istraživanja naglašavaju specifičnu fenomenologiju anksiozne osjetljivosti u djetinjstvu i adolescenciji te istražuju neke aspekte pojavnosti i specifičnosti anksiozne osjetljivosti i psihosomatskih simptoma u toj populaciji. U suvremenim istraživanjima na ovom području dokazano je da različite tjelesne bolesti mogu predstavljati psihološku ranjivost za razvoj različitih simptoma psihopatologije, a osobito za intenzivnije doživljavanje anksioznosti. Dosadašnji rezultati pokazuju da bez obzira koliko i koje simptome djeca doživljavaju, njihova interpretacija i osjet boli u značajnoj su mjeri povezani s anksioznom osjetljivosti. Anksiozna osjetljivost pokazala se kao dobar prediktor tzv. in-

teroceptivnog straha, tj. straha od tjelesnih senzacija za vrijeme nekih tjelesnih npora ili zdravstvenih tegoba. Kod djece povišena razina anksiozne osjetljivosti može otežati kliničku procjenu i donošenje pravilne dijagnoze te je stoga sastavni dio procjene tjelesnih tegoba kompletna medicinska obrada (14). Tom obradom bi se isključilo da prisutnost tjelesnih simptoma koje dijete navodi nije posljedica neke bolesti ili se radi o djetetu koje izrazito neugodno reagira i katastrofično interpretira i uobičajene tjelesne reakcije. U slučaju da se radi o djetetu koje boluje od neke bolesti ova kve kognitivne interpretacije mogu značajno utjecati na oporavak i opće zdravstveno stanje. Djeca koja imaju visoku razinu anksiozne osjetljivosti doživljavaju iste razine боли značajno intenzivnije u usporedbi s djecom koja imaju prosječne ili niske razine anksiozne osjetljivosti. Neobjašnjive vrtoglavice, nesvjetlice, osjećaj nesigurnosti odnosno simptomi anksiozne osjetljivosti mogu dobro poslužiti u objašnjavanju poremećaja somatizacije jer u podjednakoj mjeri karakteriziraju i anksiozne osobe i osobe s poremećajem somatizacije. Takvo razmatranje navodi da se somatski aspekt anksiozne osjetljivosti može promatrati u širem kontekstu kognitivne interpretacije tjelesnih simptoma, a posebno tzv. tjelesne svjesnosti ili anksioznog tijela (4).

Pojavom konstrukta anksiozne osjetljivosti naglašava se koliko je etiologija svakog anksioznog poremećaja složena i specifična, te da manifestno slična simptomatika može biti rezultat različitih razvojnih putova. Istraživanja dokazuju značajnu povezanost između anksiozne osjetljivosti i paničnih poremećaja te mogućnost prevencije ranom identifikacijom simptoma anksiozne osjetljivosti. Pokazalo se da je kognitivno-bihevioralnom terapijom moguće smanjiti simptome anksiozne osjetljivosti te na taj način, posredno djelovati na smanjenje intenziteta i učestalosti paničnog poremećaja (4).

Osnovna karakteristika anksioznih poremećaja kod djece i adolescenata je neprimjerena razina anksioznosti koja razvojno ne pripada toj dobi i značajno ometa funkcioniranje djeteta. Manifestira se čitavim spektrom najrazličitijih promjena emocionalnim, kognitivnim, bihevioralnim i tjelesnim simptomima. Djeca često iznose tjelesne simptome u odsustvu tjelesne bolesti što se kasnije utvrđi medicinskom obradom. Kod djece sa separacijskim anksioznim poremećajem karakteristično je žaljenje na glavobolju, mučninu, grlobolju, bolove u trbuhi i to najčešće prije odlaska u vrtić ili školu. Istraživanje koje je uključivalo djecu s ponavljanim bolovima u trbuhi (opisane kao tri epizode bolova u trbuhi koji ometaju funkcioniranje djeteta tijekom 3 mjeseca, a nisu organski uvjetovani) u 79 % je utvrdilo anksiozni poremećaj (kod 43 % separacijski anksiozni poremećaj, kod 31 % GAP, a kod 21 % i socijalnu fobiju) (1).

Istraživanja različitih psiholoških fenomena u djece i adolescenata, kao i dijagnostika mentalnih poremećaja ponekad može biti vrlo težak i zahtjevan zadatak. Fenomenologija psiholoških konstrukata u djetinjstvu i adolescenciji je puno složenija i manje jasna nego u odrasloj dobi. Klinička slika često nije dovoljno jasna te se nailazi na tzv. polisimptomatske kliničke slike i komorbiditet i to čak u situacijama kada se dijete žali samo na jedan, dominantan problem.

Anksiozni poremećaji se dijagnosticiraju kada su subjektivno doživljeni osjećaji anksioznosti koji udovoljavaju kriterijima suvremenih klasifikacija duševnih poremećaja i bolesti (DSM-5 i MKB-10). U procjeni simptoma i razvoja anksioznih poremećaja u djece liječnik mora prepoznati ključne dijagnostičke kriterije koji bi se mogli različito prezentirati kod djece (za razliku od odraslih). DSM-IV to potvrđuje te za svaki poremećaj dodaje neka svojstva koja

se mogu drukčije prezentirati u djece i adolescenata. S iznimkom od separacijske anksioznosti, svi se anksiozni poremećaji u DSM-IV grupiraju zajedno bez obzira na dob u kojoj se javljaju, dok se separacijska anksioznost definira kao manifestirajuća prije odrasle dobi. Zato su za većinu anksioznih poremećaja, razlike između dijagnostičkih kriterija za djecu i odrasle, ako ih ima, dane unutar istog seta kriterija. Detaljnije, npr. prag u DSM-IV za dijagnozu generaliziranog anksioznog poremećaja je niži u djece nego odraslih (1 umjesto 3 od ukupno 6 simptoma). Kod fobija, djeca ne moraju prepoznati svoju anksioznost kao pretjeranu ili nerazumnu, ali duljina mora biti najmanje 6 mjeseci kod osoba ispod 18 godina (13). Postoji mali broj smjernica u dijagnostičkim sistemima u vezi razvojno-prikladnog određivanja anksioznih poremećaja kako bi se ustanovilo kome je potrebno liječenje.

Razvoj i očitovanje anksioznosti kod djece je različitih i varijabilnih oblika te je put do same dijagnoze dugačak uz redoviti timski rad i ostalih stručnjaka (psiholog, socijalni radnik, logoped) osim psihijatra. Dijagnoza se postavlja s obzirom na simptome anksioznosti povezano s pojedinim poremećajem. Procjena obuhvaća utvrđivanje o kojem se anksioznom poremećaju radi, učestalost javljanja simptoma, težinu simptoma i teškoće funkcioniranja u školi, obitelji, s vršnjacima i okolinom (1).

Dijete najčešće prvi puta dolazi kod stručnjaka u pratnji roditelja ili skrbnika. Okolina je ta koja prva zamijećuje smetnje i promjene kod djeteta. Dijagnoza uključuje uzimanje heteroanamneze, odnosno dobivanje iscrpnih podataka od roditelja o dotadašnjem razvoju djeteta kao i o smetnjama zbog kojih dolaze. Anamneza uključuje podatke o karakteru smetnji, njihovom intenzitetu, duljini trajanja, odražavanju na funkcioniranje djeteta, kao i o mogućim neposrednim razlozima koji su mogli dovesti do pogoršanja stanja. Mnogi roditelji probleme svoje djece doživljavaju kao vlastiti

neuspjeh ili krivnju te je moguće umanjivanje poteškoća djeteta ili iskriviljivanje podataka. Pri uzimanju anamneze pruža se mogućnost uvida u roditeljsku ličnost kao i u obiteljsku dinamiku. Osim podataka dobivenih od roditelja neophodno je obaviti individualni intervju s djetetom s obzirom da djeca pred roditeljima minimiziraju svoje simptome. Kontakt mora biti prilagođen uzrastu djeteta, a osim verbalne komunikacije često je potrebno upotrijebiti i druge djeci prilagođene metode kao što je crtež i igra. Za postavljanje dijagnoze obično nije dovoljna jednokratna anamneza te su potrebni učestali kontakti koji su priprema za terapiju. Obrada djeteta uključuje defektološko-logopedsku anamnezu i psihologisko testiranje radi dobivanja cjelovite slike kao i eventualnog razlikovanja primarne od sekundarne anksioznosti. Procjena mlađe djece uglavnom je zahtjevija te je potrebno prikupljanje informacija iz više izvora kako bi se razlikovala normalna anksioznost, od supkliničke i patološke. Ova procjena uključuje iskaze roditelja i učitelja. U starije djece, dijagnostičke odluke se značajnije mogu temeljiti na iskazu djece. U svrhu isključivanja organskih promjena nužno je učiniti cjelokupnu pedijatrijsku obradu.

Iako su psihički poremećaji teško mjerljivi, psihijatrija kao i svaka druga znanost pokušava biti egzaktna, tj. mjerljiva. To uključuje razvoj i usavršavanje raznih metoda pomoći kojih se može točno i objektivno izmjeriti pojedina ponašanja ili poremećaje, iako su psihički poremećaji i simptomi teško mjerljivi (15). Uz potrebe objektivizacije aktualnog kliničkog stanja, klinički instrumenti za procjenu anksioznosti omogućuju razlikovanje simptoma anksioznosti, procjenu njihovog intenziteta i praćenja tijekom liječenja (16). Takvi dijagnostički alati uključuju ljestvice i upitnike. Ljestvice kliničke simptome prevode u brojčane podatke pogodne za statističku obradu. Razlikuju se ocjenjivačke ljestvice kada je ocjenjivač stručnjak te samoocjenske ljestvi-

ce (ocjenjivač je sam ispitanik). Samoocjenske ljestvice su jeftinije za primjenu, subjektivne su, ali kod ispitanika s teškom psihopatologijom i slabim uvidom u vlastito stanje bolje je upotrijebiti ocjenjivačke ljestvice. Kod mlađe djece teškoće u komuniciranju i razumijevanju emocionalnih stanja često se odražavaju u slabijim psihometrijskim rezultatima. Anksiozni poremećaji u djece ne mogu se jednostavno procijeniti putem standardnih upitnika i intervjua koji su preuzeti iz dijagnostike u odraslih. Upotreba posebno strukturiranih i standardiziranih upitnika za djecu i adolescenete pridonijela je većoj pouzdanosti i validnosti anksioznih dijagnoza u djece i adolescenata u zadnja 2 desetljeća. Takvi instrumenti imaju prednost pred simptomskim ljestvicama jer omogućavaju bolji uvid u razgraničenje prolaznih supkliničkih manifestacija anksioznosti od anksioznih poremećaja (13).

Cjelovita dijagnostička slika dobiva se kada dijagnostički alati i rezultati dobiveni na ljestvicama uključuju intervju s djetetom i roditeljima ili skrbnicima.

Neki od instrumenata za utvrđivanje anksioznosti su Beckov upitnik anksioznosti (*Beck Anxiety Inventory*, BAI), Ljestvica strahova i anksioznosti za djecu i adolescente (SKAD-62), Intervju za dijagnostiku poremećaja u djetinjstvu i adolescenciji (IDP), Protokoli za kliničku procjenu u neuropsihijatriji (*Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry*, SCAN), Registar socijalne fobije i anksioznosti (*Social Phobia and Anxiety Inventory*, SPAI).

Diferencijalna dijagnoza

Simptomi anksioznosti mogu biti prisutni i kod drugih psihičkih poremećaja ili uzrokovani različitim tjelesnim stanjima, uporabom psihootaktivnih tvari ili lijekova (1). Ostali psihički poremećaji kod kojih se mogu javiti simptomi anksioznosti su depresija, ADHD, Aspergerov sindrom, bipolarni poremećaj, teškoće uče-

nja, zloporaba droge te psihotični poremećaj. Tjelesne bolesti uključuju hipertireoidizam, astmu, migrenu, epilepsiju, hipoglikemiju, feokromocitom i kardijalne arritmije. Nuspojave lijekova često imaju anksiozne simptome. Od lijekova u obzir dolaze steroidi, antipsihotici, antidepresivi te antihistaminici. Potrebno je isključiti nagli prekid uzimanja anksiolitika, uzimanje droga, apstinencijski alkoholni sindrom te kofeinsku intoksikaciju (17). Potrebno je učiniti rutinske laboratorijske pretrage, EEG, EKG, ispitati funkciju štitnjače, učiniti toksikološke nalaze i CT mozga, kako bi se isključili navedeni poremećaji i bolesti. Anksiozne poremećaje potrebno je razlikovati od normalne razvojno primjerene anksioznosti koja je tipična za određena razvojna razdoblja.

Komorbiditet

Vrlo često osoba s jednim oblikom anksioznog poremećaja ispunjava dijagnostičke kriterije za drugi takav poremećaj. Tada se govori o komorbiditetu. Prema istraživanjima učestalost komorbidnih poremećaja kod anksioznih poremećaja manja je u općoj populaciji djece (39 %) i adolescenata (14 %) nego u kliničkim populacijama (50 %). Djeca i adolescenti češće traže pomoć zbog teškoća u svakodnevnom funkcioniranju zbog simptoma različitih psihičkih poremećaja (1).

Anksiozni poremećaji se često javljaju zajedno s drugim anksioznim poremećajima, naročito kod djevojčica. Socijalna fobija ima najveći stopu komorbidnih anksioznih poremećaja. Uz SAP često se javlja specifična fobija, a kod GAP-a i socijalne fobije često se javljaju poremećaji raspoloženja (1).

Nakon anksioznih poremećaja depresija je drugi najčešći entitet koji se javlja s anksioznim poremećajima. Učestalost depresije osam je puta veća kod djece koja imaju anksiozni poremećaj od one koje ga nemaju. Dokazana je povezanost GAP-a i depresije kod dje-

ce i adolescenata koja se nastavlja i u odrasloj dobi. Ta djeca imaju više anksioznih simptoma i teškoća u funkcioniranju od djece koja imaju samo GAP.

Oko 20 % djece s anksioznim poremećajem ispunjava kriterij za neki od poremećaja ponašanja. Kod hiperaktivnog poremećaja oko 30 % djece ima komorbiditetni anksiozni poremećaj (1).

KLASIFIKACIJA ANKSIOZNIH POREMEĆAJA

Separacijski anksiozni poremećaj

Prema DSM-5 klasifikaciji separacijski anksiozni poremećaj (SAP) definira se kao „razvojno neprimjerena i pretjerana anksioznost vezana uz odvajanje od kuće ili osoba za koje je dijete vezano“. Iz definicije proizlazi da je glavno kliničko obilježje pretjerana briga oko gubitka ili trajnog odvajanja od osoba za koje je dijete vezano. Dolazi do ponavljajuće nelagode i/ili ponavljajućih tjelesnih simptoma u situacijama kada se samo predviđa odvajanje (bol u trbuhi, glavobolja, povraćanje, starija djeca se žale na kardiovaskularne probleme kao što su palpitacije, vrtoglavica i osjećaj padanja u nesvijest). Simptomi mogu izazvati intenzivnu nelagodu i bitno utjecati na kvalitetu života djeteta. Mogu se javiti noćne more s temom separacije, odbijanje djeteta da spava samo bez osobe za koju je vezano, odbijanje odlaska u školu. S druge strane postoje djeca koja žele ići u školu i pokazuju dobre adaptivne vještine, ali pokazuju veliku nelagodu kad moraju napustiti dom. Simptomi mogu smanjiti dječje akademске uspjehe, socijalne i obiteljske aktivnosti. Djeca se osjećaju poniženo, često su u strahu što dovodi do niskog samopouzdanja.

Prema DSM-IV i DSM-5 klasifikaciji za dijagnozu SAP-a smetnje moraju trajati najmanje četiri tjedna i prouzročiti klinički značajne teškoće u školskom, socijalnom i obiteljskom

funkcioniranju. Najčešće se dijagnosticiraju poslije šeste godine. U dijagnostičkim kriterijima (DSM-IV) postavljena je donja granica dobi jer je taj tip anksioznosti primjerena od 7. mjeseca do 6. godine. Na temelju toga separacijska anksioznost smatra se normalnom do šeste godine djetetova života. U DSM-5 ovaj poremećaj više nije vezan kao poremećaj koji nastupa u djetinjstvu, odnosno da bi se zadovoljio dijagnostički kriterij više se ne navodi dob nastupanja uvjeta.

Socijalna fobija/socijalni anksiozni poremećaj

Socijalna fobija se definira kao neprimjereni strah od izloženosti promatranju i kritičkoj procjeni drugih u različitim socijalnim situacijama i očekivanje da će rezultat takve procjene za osobu biti negativan. Dva su tipa socijalnog straha vezana za socijalnu anksioznost: strah od procjene drugih ljudi i anksioznost u socijalnim interakcijama. Prema DSM-5 jedan od dijagnostičkih kriterija je da djeca moraju doživljavati anksioznost i u odnosu s vršnjacima, a ne samo sa odraslima. Više se ne navodi da djeca moraju prepoznati svoj strah kao pretjeran i nerazuman, strah i anksioznost moraju biti izvan proporcija na stvarnu prijetnju. Javlja se kao strah od javnih nastupa, predavanja, izjava za TV, iznošenja osobnog mišljenja pred većim brojem ljudi, susreta za značajnim osobama, pokazivanja znanja i vještina na ispitu, za vrijeme obroka u nazočnosti drugih, pričanje u razredu, odlazak na druženja, pisanje na ploči, pričanje ispred figura autoriteta, igranje s drugom djecom. Dijete koje je prisiljeno biti u socijalno-fobičnoj situaciji doživljava jake simptome anksioznosti koji se manifestiraju kao crvenilo lica i vrata, mučnina, drhtanje i blokada govora. Takva situacija može dosegnuti razinu paničnog napadaja uz popratne kognitivne interpretacije. Djeca iskazuju anksioznost plakanjem, bijesom ili povlačenjem iz zastrašujućih socijalnih situacija. Kod adoles-

cenata se javlja anticipacijska anksioznost, odnosno strah od straha jer su uglavnom svjesni svoje anksioznosti i pratećih tjelesnih simptoma te dolazi do izbjegavajućeg ponašanja što se negativno odražava na kvalitetu života. U kasnijim godinama kod starijih adolescenata socijalna fobija može dovesti do poteškoća na radnom mjestu ili u ostvarivanju emocionalnih veza. Kod mlađih može prerasti u školsku fobiju i prekida školovanja. Školska fobija prema Wenaru definirana je kao neracionalna prestravljenost nekim aspektima školskih okolnosti, što je popraćeno fiziološkim simptomima anksioznosti ili panike kad polazak postane neizbjježan i dovodi do djelomične ili potpune nemogućnosti odlaska u školu (11).

Generalizirani anksiozni poremećaj

Generalizirani anksiozni poremećaj (GAP) karakterizira psisutnost pretjerane anksioznosti i zabrinutosti koje su prisutne većinu dana tijekom šest mjeseci u vezi s raznim događajima. Brige su usmjerene na buduće događaje, nepoznate situacije, vlastite sposobnosti ili odravljivanje drugih. Osoba ih ne može kontrolirati. Takva djeca postavljaju visoke ciljeve i standarde za vlastita postignuća i vrlo su samokritična. Često su napeta i odaju dojam da ih svaka situacija može dovesti do tjeskobe. Ako dođe do neuspjeha, razvijaju snažan osjećaj samoprijekora. Brige koje su karakteristične uz GAP postoje i u odsutnosti objektivnog razloga. Za razliku od specifične fobije kognitivne distorzije ovdje su trajne i nisu ograničene samo na određene situacije i podražaje. Takva djeca katastrofiraju ishod situacije, precjenjuju vjerojatnost negativnih ishoda i podcjenjuju vlastitu sposobnost suočavanja. Teško se opuštaju, često se žale na somatske simptome te pokazuju znakove autonomne hiperaktivnosti (znojenje, tahikardija, napetost u mišićima, pobuđenost). Generalizirani anksiozni poremećaj obično ima podmukao početak. Roditelji ne mogu točno odrediti početak, simptomi vremenom postaju

sve teži i ne mogu sve više tolerirati. Obično je to trenutak kada potraže pomoć. Za dijagnozu GAP-a potrebno je postojanje barem jednog pridruženog fiziološkog simptoma kao što su glavobolja, bol u trbuhi, smetnje spavanja, bolesti u mišićima i ekstremitetima, osjećaj nemira i napetosti, razdražljivost. Često je potrebna pedijatrijska obrada da bi se isključio tjelesni uzrok bola. Kod adolescenata, naročito djevojaka, često su prisutni i uznemirujući snovi. Kod mlađe djece uz GAP komorbiditetno se javlja ADHD i SAP, a kod starijih depresija i specifična fobija. Djeca s komorbidnim psihičkim poremećajem imaju više anksioznih simptoma i teškoća u svakodnevnom funkcioniranju.

Specifična fobija

Specifičnu fobiju se definira kao značajan i trajan strah koji je pretjeran i nerazuman te uzrokuje prisutnost ili očekivanje specifičnog objekta ili situacije (letenje, životinja, visina, krv i sl.). Izlaganje fobičnim podražajima provočira anksiozni odgovor koji može poprimiti oblik situacijski ograničenog ili situacijski predisponirajućeg paničnog napadaja. Kod djece se anksioznost manifestira napadajima bijesa, plakanjem, ukočenošću ili „priljepljenošću“ ili držanjem uz poznate osobe. Tjelesne manifestacije se očituju ubrzanim radom srca, znojenjem, hiperventilacijom i bolovima u trbuhi. Za dijagnozu kod osoba mlađih od 18 godina simptomi moraju trajati duže od 6 mjeseci i ometati svakodnevno funkcioniranje. Djeca svoj strah ne prepoznaju kao pretjeran i nerazuman, za razliku od odraslih sa specifičnom fobijom koji ga prepoznaju kao abnormalan i maladaptivan. Prema DSM-5 klasifikaciji specifične se fobije dijele u pet skupina ovisno o objektima ili situacijama koje provociraju strah. Vežu se uz životinje, prirodne katastrofe, krv-injekcije-ozljede, situacijske - liftovi, avioni, zatvoreni prostori i slično. Prema teoretičarima evolucije tih pet skupina odgovara evolucijskim opasnostima koje su upisane u genetski kod.

Panični poremećaj s agorafobijom ili bez nje

321

Panični poremećaj definiran je kao iskustvo neočekivanih paničnih napadaja praćenih stalnom zabrinutošću oko njihovih ponavljanja ili promjenom u ponašanju uzrokovanih napadima. Panični napadaji kod ovog poremećaja se javljaju spontano bez podražaja iz okoline. Predstavljaju kratkotrajno razdoblje intenzivnog straha ili nelagode koji karakterizira prisutnost najmanje četiri somatskih i/ili kognitivnih anksioznih simptoma. Mlađa djeca se žale na nelagodu i osjećaj da će biti bolesni bez specifičnih autonomnih simptoma ili kognitivnih distorzija. Kod adolescenata s paničnim napadajima javlja se drhtanje, vrtoglavica ili nesvjestica, lupanje srca, osjećaj nedostatka zraka i znojenje, depersonalizacija. Rijetko se javlja u mlađe djece, a učestalost se povećava u adolescenciji.

Agorafobia uključuje izbjegavanje mjesta ili situacija u kojima je bijeg nemogući ili otežavajući ili je pomoć teže dostupna (restorani, školske kantine, gužva, male prostorije, liftovi, parkovi, trgovački centri, biti sam u kući, prijevozna sredstva). Djeca mogu podnositi takve situacije ili mjesta uz prisutnost sigurne osobe, najčešće je to roditelj ili blizak prijatelj. Često traže prisutnost roditelja i u školi. Takva ponašanja u okviru paničnog poremećaja potrebno je razlikovati od SAP-a. Razliku čini što je u središtu dječjeg straha. Kod paničnog poremećaja strah je usmjeren na fizičke simptome paničnog napadaja i njihove posljedice, nije uvjetovan strahom od odvajanja od roditelja.

Opsesivno-kompulzivni poremećaj

DSM-5 uključuje novo poglavlje o opsesivno-kompulzivnom poremećaju (OKP). U skupini Opsesivno kompulzivni i srodnji poremećaji uz OKP uključuje dizmorofobiju, poremećaj skupljanja, trihotilomaniju i poremećaj gribanja kože. Opsesivno-kompulzivni poremećaj

karakterizira intenzivna anksioznost, ponavljajuće opsesije i/ili kompulzije.

Opsesije (lat. *obsessio* – opsjedanje, obuzetost nečim, opsjednutost) ponavljajuće su, neugodne ili neprikladne misli ili ideje koje oseba doživljava kao nametnute. Kompulzije (lat. *compulsio* – prisiljavanje, prisila) se definiraju kao ponavljajuće radnje ili psihičke aktivnosti koje se osoba osjeća prisiljeno raditi kao odgovor na opsesije ili da rigidno zadovolji pravila. Cilj je smanjenje psihičke napetosti. Simptomi OKP-a se razlikuju od prolaznih razvojno primjerenih rituala (nestaju do 9. godine) prema vrlo visokom intenzitetu nelagode koju dijete iskazuje ako se ritual prekine ili spriječi. Djeca mogu imati opsesije s temom straha od zaraze ili nečistoće, seksualnosti, religioznosti, agresivne predodžbe, ali i ponavljajućih intruzivnih i nametnutih pjesmica ili rime. Kompulzije mogu biti jednostavne ili složene, a predstavljaju rituale s ciljem smanjenja anksioznosti.

Prema DSM-5 za dijagnozu OKP-a ne zahtijeva se više da djeca prepoznaju opsesije i kompulzije kao iracionalne. Roditelji najčešće opažaju simptome kada oni počinju ometati normalno svakodnevno funkciranje djeteta ili obitelji (pretjerana usporenost u higijeni, dodirivanje ili slaganje vlastitih stvari, tapkanje i dodirivanja hrane prije jela, hodanje naprijed-nazad kroz vrata određeni broj puta). Takva ponašanja dovode do problema u socijalnom funkcioniranju, druženju s vršnjacima i pohađanju nastave. Kod 90 % djece vremenom dolazi do promjene sadržaja opsesija i kompulzija. Kod starije djece za razliku od mlađe rjeđe su opsesije bez kompulzija, dok su u djece između 6 i 8 godina učestaliji rituali bez kognitivnih opsesija. Početak poremećaja je između 10. i 12. godine, ali se može javiti i prije dobi od 7 godina. Kod dječaka se javlja ranije nego kod djevojčica. One imaju češće teži oblik poremećaja s više simptoma i poteškoća u funkcioniranju. Komorbidno sejavljaju i drugi anksionzi poremećaji (GAP, SAP, specifična fobija) i

depresija. Kod ranog početka često se javlja i ADHD. Oko 5-7 % mlađih s OKP-om ima Tourettev poremećaj.

Selektivni mutizam

DSM-IV klasificira selektivni mutizam kao poremećaj koji se po prvi puta dijagnosticira u dojenačkoj dobi, djetinjstvu ili adolescenciji. DSM-5 donosi veće promjene i selektivni mutizam razvrstava u opću kategoriju anksioznih poremećaja. Definiran je kao poremećaj u kojem djeca odbijaju govoriti u specifičnim situacijama uz zadržanu sposobnost govorenja u drugim okolnostima, npr. pričaju kod kuće odnosno u situacijama u kojima se osjećaju ugodno i sigurno. Najčešće se javlja u dječjoj dobi, najčešće u dobi između 4-8 godina te se češće javlja kod djevojčica nego kod dječaka. Prevalencija u općoj populaciji iznosi od 0,08 % do 1,9 %, te se jako rijetko javlja kod dvojajčnih blizanaca. Djeca razumiju što im se govoriti i mogu normalno komunicirati s roditeljima i bliskim osobama. Odbijaju govoriti najčešće u školi, vrtiću ili u situacijama u kojima se osjećaju uplašeno. Prema DSM-5 za dijagnozu smetnje trebaju trajati najmanje mjesec dana s time da je isključeno prvi mjesec dana u školi. Loš ishod poremećaja povezan je s multističkim ponašanjem, lošim obiteljskim okruženjem, psihičkom bolešću roditelja, prvočnim pogrešnim tumačenjima da se primarno radi o oštećenju sluha.

Posttraumatski stresni poremećaj

Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) prema DSM-5 pripada skupini Poremećaji povezani s traumom i stresorom. DSM-5 opisuje posttraumatski stresni poremećaj za djecu od šest godina i mlađe u novom poglavlju, za razliku od dijagnostičkih kriterija DSM-IV gdje su algoritmi za svu djecu jednaki, odnosno jednaki onima u odrasloj dobi. PTSP je psihički poremećaj koji može nastati nakon izloženosti ili

svjedočenju životno ugrožavajućim iskustvima. Karakterizira ga intenzivan strah, osjećaj užasa i bespomoćnosti zbog izloženosti intenzivnoj traumi. Vjerljivost da će se razviti PTSP ovisi o jačini i dužini izloženosti djeteta traumatskom događaju. Dolazi do značajnih promjena u ponašanju uključujući pretjeranu sramežljivost i odsutnost, pretjerane emocionalne reakcije, pobuđenost, kao i opsesivne misli o traumatskom događaju (u budnom stanju, ali i noćnim morama). Pacijenti često izbjegavaju situacije vezane uz traumatski događaj. PTSP je rizični faktor za kasniji razvoj psihičkih bolesti.

LIJEĆENJE

Tretman djece s blažim simptomima anksioznosti uključuje psihodukaciju i suportivnu psihoterapiju. Ako se radi o mlađem djetetu primjenjuje se terapija igrom kojom se djeca slobodno izražavaju na verbalni način, fizički ili samom igrom. Psihoterapija se uvodi ako su simptomi anksioznosti umjereni izraženi i ometaju normalno funkciranje djeteta. Postoje različite psihoterapijske tehnike, ali najviše je dokaza o učinkovitosti kognitivo-behavioralne terapije (KBT) u akutnoj fazi i dugotrajnom liječenju anksioznih poremećaja kod djece. Za teške simptome anksioznosti koji onemogućavaju funkciranje djeteta te uključivanje u psihoterapiju ili kod djelomičnog odgovora na psihotepiju indicirana je primjena psihofarmakološke terapije. U novije vrijeme uvodi se i terapija temeljena na usredotočenoj svjesnosti (engl. *mindfulness based therapy*).

Učinkoviti terapijski postupak trebao bi uključivati kontrolu anksioznosti, eliminaciju modela fobičkog izbjegavanja, povećanje socijalne i profesionalne učinkovitosti, porast kvalitete života i tretman komorbiditetnih poremećaja.

Odabir psihoterapijskog pristupa određuje se prema kliničkoj slici, ličnosti djeteta/ado-

lescenta te specifičnostima razvojne dobi u kojoj se dijete nalazi, tipu problema i načinu komunikacije. Najvažnije je pridobiti povjerenje djeteta i motivirati ga za sudjelovanje kao i samu obitelj. Djeca rijetko samostalno traže psihoterapijski pristup. Često budu upućeni od strane roditelja, učitelja ili liječnika obiteljske medicine. Često je potrebno raditi na promjeni prezahtjevne okoline. Tretman se sastoji od multimodalnog pristupa, koji uključuje smjernice za djecu i roditelje, zatim psihoterapiju, farmakoterapiju i obiteljske intervencije.

Farmakoterapija

Farmakoterapija nije prvi izbor u liječenju djece i adolescenata. Ponekad je neophodna uz psihoterapiju. Kombiniranje psihoterapije s farmakološkim tretmanom potrebno je kod djece s umjerenom do jakom anksioznošću, kada se liječi komorbiditetni poremećaj ili kada postoji djelomičan odgovor na samu psihoterapiju (1). Kod primjene farmakoterapije potrebno je poznavati biološke specifičnosti djece. Postoje mnoge razlike u farmakokineticima i farmakodinamici lijekova. Odabir i propisivanje lijekova koji se primjenjuju u liječenju primarno treba biti u području dječjeg i adolescentnog psihijatra. Često se javljaju nuspojave koje se ne javljaju u odraslih. Psihofarmakološka terapija se uvodi pojavitvijanjem teških simptoma anksioznosti koji narušavaju funkciranje djeteta.

Prvom linijom terapije za pedijatrijske anksiozne poremećaje smatraju se selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (SIPPS). Prema literaturi ne postoje jasno definirane smjernice za doziranje SIPPS-a kod anksioznih poremećaja u djece i adolescenata. Preporuka je da se liječenje započinje malim dozama uz obavezno praćenje bolesnika zbog mogućnosti nuspojava. Doza se postupno povećava do najmanje učinkovite doze te daljnje povećanje doze nakon 4 do 6 tjedana, ako se ne postigne

zadovoljavajući odgovor na terapiju. U istraživanjima kontroliranim placeboom kod djece i adolescenata uočeno je javljanje agresivnog i neprijateljskog ponašanja uz primjenu lijekova iz skupine SIPPS-a. Nuspojave mogu biti probavne smetnje (mučnina, povraćanje, proljev), nuspojave središnjeg živčanog sustava (glavobolja, nesanica) te poremećaji spolne funkcije. Simptomi su često blagi i privremeni. Manje česti simptomi koji se mogu javiti uključuju impulzivnost, agresiju i iritaciju. Potrebno je smanjiti dozu lijeka. Prije propisivanja lijekova iz skupine SIPPS-a potrebno je obratiti pažnju na povijest bipolarnog poremećaja u obitelji (3).

Istraživanja dokazuju da je za postizanje potpune i stabilne remisije najučinkovitija kombinacija SIPPS-a i KBT-a (1). Prilikom primjene SIPPSa s kraćim poluvremenom raspada (sertralin, fluvoksamin) nagli prekid terapije može dovesti do simptoma sustezanja koji se manifestiraju vrtoglavicom, nesanicom, mučninom, povraćanjem, mialgijom, umorom, konfuzijom, agitacijom, iritabilnošću.

Multicentrična studija (*Child/Adolescent Anxiety Multimodal Study, CAMS*) uspoređivala je učinkovitost placeboa, sertralina i KBT-a te kombinirano liječenje sertralinom i KBT-om u akutnom liječenju SAP-a, GAP-a i socijalne fobije kod mladih. Rezultati istraživanja navode da su najučinkovitije metode kombinacija SIPPS-a i KBT-a (3). SIPPS-i su prva linija izbora lijekova u ovoj dobroj skupini. *Food and Drug Administration (FDA)* izdala je upozorenje kada je riječ o korištenju antidepresiva u djece, uključujući i SIPPS, te zatražila da se na uputi za lijek istakne upozorenje „*black-box warning*“ o povećanom riziku za suicidalno ponašanje kod djece i adolescenata. Primjena antidepresiva nije kontraindicirana, potrebno je pažljivo praćenje bolesnika nakon početka terapije ili nakon povećanja doze. Za vrijeme korištenja antidepresiva potrebno je obratiti pozornost na potencijalne znakove pogoršanja poremećaja, uzrujanosti, suicidalnosti.

Sljedeći lijek izbora je venlafaksin. Preporučuje se tek nakon izostanka odgovora na jedan ili više SIPPS-a. Ima puno više nuspojava nego SIPPS-i. Može se javiti hipertenzija i suicidalno ponašanje.

Klonipramin, neselektivni inhibitor ponovne pohrane serotoninu ima veću učinkovitost od SIPPS-a u liječenju OKP-a. Zbog nuspojava i farmakokinetskih karakteristika ne pripada u prvu liniju terapije. Za korištenje ostalih psihofarmaka u liječenju anksioznih poremećaja nije dokazana učinkovitost. Triciklički antidepresivi se ne preporučaju kod djece i adolescenata zbog kardijalnih i antikolinergičkih nuspojava te mogućeg letalnog ishoda kod predoziranja (18).

Benzodiazepini se nisu pokazali učinkoviti u liječenju anksioznih poremećaja, ali se u kliničkoj praksi kratkotrajno koriste u kombinaciji sa SIPPS-om kada je potrebna brza reakcija teških simptoma anksioznosti. Benzodiazepine je potrebno pažljivo koristiti zbog mogućnosti razvoja ovisnosti o lijeku, pogotovo u mladih koji su već bili ovisni o lijekovima ili drogama. Kod mladih s paničnim poremećajima ne postoje studije terapije lijekovima. Kod liječenja, koriste se SIPPS-i kao prva linija, mogu se kombinirati s benzodiazepinom kod jačih napadaja panike (3).

Kognitivno-bihevioralna terapija

Kognitivno-bihevioralna terapija (KBT) pokazala se učinkovitom u tretmanu anksioznih poremećaja, ima empirijsku pozadinu te je popularan izbor za djecu s tim poremećajima. Kombinacija je kognitivne i bihevioralne terapije. Kognitivna terapija otkriva i mijenja negativne automatske misli, pogrešna bazična vjerovanja, pretpostavke i iskrivljena mišljenja. Temelj kognitivnih pristupa terapije je da disfunkcionalni i iskrivljeni načini mišljenja uzrokuju ili povećavaju disfunkcionalne emocije i ponašanja (19). Bihevioralne tehnike ima-

ju za cilj promjenu ponašanja. Zajedničkim snagama kognitivno-bihevioralne strategije omogućuju podržavajuću, edukacijsku i strukturiranu psihoterapiju usmjerenu na podučavanje novim obrascima ponašanja i stavovima kod djece koja koriste nezrele i neučinkovite obrasce. Naglašava kako djeca mogu koristiti proces mišljenja za restrukturiranje i rješavanje problema. KBT sadrži tri temeljne skupine metoda: terapija rješavanja problema (engl. *problem solving*), terapije temeljene na kognitivnoj restrukturaciji i terapija suočavanja (2). Kognitivno restrukturiranje podrazumijeva davanje uputa samome sebi, ističe važnost unutarnjeg monologa, potkrepljuje sustavno opažanje i dovodi do promjene ometajućih misli. Terapija rješavanja problema omogućuje više potencijalnih rješenja za neprimjerenе obrasce. Terapija suočavanja temelji se na imaginarnom i stvarnom izlaganju s postupnim suočavanjem s izazovnim situacijama (3). Kognitivno-bihevioralni pristup provodi se u tri stupnja: identifikacija automatskih negativnih misli u različitim životnim situacijama, modifikacija kognitivnih distorzija fokusiranjem iracionalnosti pacijentovih misli, stavljanje i stvaranje novih obrazaca te bihevioralni eksperimenti kojima se potvrđuje ispravnost novoga mišljenja. Kognitivno-bihevioralni pristup zahtijeva mentalne sposobnosti djeteta, primjenjuje se kada dijete postigne određeni stupanj zrelosti.

KBT kod djece s GAP-om djeluje na pretjerane brige i fiziološke znakove anksioznosti. Relaksacijske tehnike kao što su diafragmalno disanje i opuštanje mišića utječu na psihološke simptome anksioznosti. Kognitivno restrukturiranje pomaže djeci s GAP-om da identificiraju i upuste se u borbu sa stalnim brigama i anksioznim mislima u različitim situacijama. Rješavanje problema je izrazito korisno kod djece s GAP-om. Sistematsko desensitiziranje kod djece sa specifičnim fobijama uključuje relaksaciju, hijerarhiju strahova i kombinaciju

hijerarhije strahova s relaksacijskim tehnikama. Djeca sa separacijskim anksioznim poremećajem imaju pozitivan učinak od kognitivnog restrukturiranja koje im pomaže proučiti njihove anksiozne misli i pronaći rješenje za njih. KBT kod djece s paničnim poremećajem uključuju psihoeduksiju o psihološkim procesima koji vode do fizičkih osjeta, progresivno opuštanje mišića, disanje i relaksaciju, kognitivno suočavanje, i postepeno izlaganje situacijama u kojima se javlja određena fobia. Liječenje socijalne fobije kognitivno-bihevioralnim tretmanom temelji se na izlaganju djece situacijama koje prouzrokuju anksioznost tretmanom koji pridonosi boljem razvoju socijalnih vještina. Postoje dokazi koji podupisuju bihevioralne intervencije kod selektivnog mutizma kod multimodalnog psihosocijalnog tretmana. Okolina oko djeteta potiče se da ne govori u ime djeteta. Napor u neverbalnoj komunikaciji koje dijete ulaže treba biti pozitivno nagrađen i podupiran (potkrepljivanje pozitivnog ponašanja). Dijete se KBT tretmanom uči nositi s anksioznosću te vremenom dolazi do verbalne komunikacije koja isto tako treba biti nagrađena (3).

Edukacija i uključivanje roditelja u tretman može biti od ključne važnosti. Roditelje se potiče na aktivno sudjelovanje u planiranju i provođenju terapijskog tretmana. Roditelji u ulozi koterapeuta pomažu u provođenju i uvježbavanju terapijskog procesa i učenju novih vještina te njihovo aktivno provođenje u djetetovo svakodnevici. Bitna uloga roditelja je da potkrepljuju pozitivne obrasce ponašanja kod djeteta te da prate terapijski tretman i aktivno sudjeluju s terapeutom u planiranju daljnog tretmana s obzirom na povratnu informaciju o nedostatcima i uspješnosti u djetetovoj svakodnevnoj rutini. Potrebno je osim samog rada s djetetom, roditelje poticati da rade na vlasitoj samokontroli ljutnje i anksioznosti te kognitivnoj restrukturaciji negativnih automatskih misli.

Podržavajuća (suportivna) psihoterapija

Ovaj oblik psihoterapije posebno je koristan mladim osobama da se nose s emocionalnim previranjima potaknutim kriznom situacijom (19). Suportivna terapija pruža oslonac i sigurnost te djeluje umirujuće. Većina pacijenata osjeti popuštanje anksioznosti kada im se ponudi mogućnost da svoje poteškoće podijele s terapeutom. Ako je uzrok problema u vanjskoj okolini ona se nastoji promijeniti, odnosno utjecati na nju kako bi se smanjio stresni prisak. Time se postiže napredak u socijalnom funkcioniranju.

Obiteljska psihoterapija

Temeljno je načelo ove terapije pomoći obitelji odnosno njezinim članovima u boljem razumijevanju i razradi problema te pronalaženju rješenja koja ranije nisu mogli spoznati. Radi se na povećanju razumijevanja članova obitelji naravi samog poremećaja, a s tim i njihovu sposobnost primjerenog odgovora na bolesnog člana te adekvatnu potporu i poticanje pozitivnih obrazaca ponašanja.

Terapija igrom

Kreativnost je jedna od odlika u psihoterapijskom radu s djecom. Djeca možda posjeduju manje kvaliteta koji se smatraju poželjnim u terapiji, ali su ipak u prednosti zbog aktivnih snaga sazrijevanja te je u dječjoj i adolescentnoj psihijatriji jedan od najvećih napora da se iskoriste te snage, a umanje nepovoljni aspekti. Terapija igrom (engl. *play therapy*) doprinosi u radu s djecom i tretmanu anksioznosti. Utemeljena je na teorijskim postavkama Virginije Axline, Carla Rogersa, Donalda Winnicotta i Violet Oaklander. Njihovo učenje temelji se da su djeca od najranije dobi sposobna donositi odluke i preuzimati odgovornost u skladu s dobi i sposobnostima. Na taj način dijete postaje sretnije, zadovoljnije i sigurnije u sebe. Primjenjuje se kod mlađe djece,

cilj je stvoriti suportivni odnos s terapeutom koji doprinosi prevladavanju anksioznosti.

Dijete samostalno odabire što će i na koji način koristiti u igri. Terapeut ga prati i posvećuje mu potpunu pažnju. Stvara se sigurno okružje gdje terapeut omogućuje djetetu da se izrazi fizički, verbalno ili igrom. Takav proces omogućuje djetetu da se u potpunosti usmjeri na vlastite snage i pronađe nove načine ophodjenja emocijama i nove načine ponašanja. Terapeut može povremeno reflektirati djetetu ono što opaža zbog bolje kvalitete samog procesa (20). U terapiji igrom koriste se različiti mediji i tehnike. U literaturi se navode terapijsko pričanje, glazba, pokret, ples, dramatizacija, gлина i plastelin, crtanje, slikanje.

Terapija temeljena na usredotočenoj svjesnosti

Terapija temeljena na usredotočenoj svjesnosti (engl. *mindfulness based therapy*, MBT) primjenjena u školama, kliničkim i nekliničkim populacijama pokazuju pozitivne učinke na socioemocionalno, bihevioralno i fiziološko funkcioniranje mlađih. Istraživanja pokazuju značajne funkcionalne i strukturne promjene u prefrontalnom korteksu, orbitofrontalnom korteksu, insuli, amigdali koja ima ključnu ulogu u modulaciji odgovora na stres, cingularnom korteksu, temporoparijentalnoj regiji odnosno u područjima koja reguliraju pažnju, učenje, memoriju, regulaciju emocija. Veća emocionalna stabilnost i manja reaktivnost rezultat su primjene terapija utemeljenih na usredotočene svjesnosti. U nalazima EEG-a pronađena je povećana alfa i theta aktivnost što je povezano s poboljšanim kognitivnim procesima te otpuštanjem endorfina, serotonina i dopamina. Utječe na normalizaciju krvnog tlaka, pulsa i ritma disanja te potrošnje kisika te na smanjenje aktivnosti osovine hipotalamus-hipofiza-adrenalna žlijezda i razine kortizola, simpatičkog i parasympatičkog

sustava, reakcije upale u organizmu (snižena razina proinflamatornih citokina) koji reguliraju različite metaboličke funkcije i organske sisteme (probava, imunološki i kardiovaskularni sustav). Smanjenje razine stresa nakon vježbi usredotočene svjesnosti rezultira povećanjem produktivnosti i učinkovitosti osoba (21). Istraživanja su pokazala pozitivan učinak usredotočene svjesnosti u kliničkim skupinama djece i adolescenata na smanjenje anksioznosti, depresije, somatskih simptoma, simptoma postraumatskog stresnog poremećaja, problema pažnje, distractibilnosti, problema ponašanja, agresivnosti, impulzivnosti, zlostavljanja vršnjaka, isključenja iz škole te poboljšanje kognitivne inhibicije, samopouzdanja, socijalnih vještina, kognitivne fleksibilnosti, samoregulacije i raspoloženja. Takvi učinci povećavaju sposobnost djece za suočavanje sa stresom. Biegel i sur. su našli da kod adolescenata u ambulantnom psihiatrijskom tretmanu s različitim psihičkim poremećajima MBT dovodi do smanjenja anksioznosti, depresije i somatske nelagode uz poboljšanje samopoštovanja i sna (22).

Dobrobiti MBT-a još uvijek nisu prepoznate u medicini, pristupa im se s nepovjerenjem bez obzira na sve veće dokaze da su tehnikе učinkovite i dovode do poboljšanja simptoma depresije, anksioznih poremećaja, stresa i kvalitete života kod bolesnika s malignim i kardiovaskularnim bolestima, kroničnim somatskim bolestima, kroničnom boli. Otvorene, randomizirane kontrolirane kliničke studije i metaanalize potvrđuju učinkovitost MBT-a (21). Za socijalnu anksioznost studije navode bolju učinkovitost uobičajenih terapijskih postupaka naspram MBT.

Pojam usredotočena svjesnost (engl. *mindfulness*) odnosi se na stanje svijesti s pažnjom usmjerrenom prema vlastitim iskustvima koja uključuju misli, tjelesne senzacije i osjećaje ili prema okolini u sadašnjem trenutku bez prosudbe (22). Ona uključuje otvoreni pristup

životu onako kako se događa u svakom trenutku aspektima prihvatanja, namjerama, pozornosti, neprosuđivanja i otvorenosti. Suprotnost je tipu ruminativnog razmišljanja koje se redovito pojavljuje kod većine psihičkih problema i poremećaja koji su najčešći u populaciji (depresija, anksiozna stanja i strahovi, anksiozni poremećaji). Usredotočena svjesnost je namjerna. Kultiviranjem usredotočene svjesnosti osoba postaje svjesnija sadašnje realnosti i izbora koji je pred njom. Osoba postupa sa svjesnošću. Suprotno tome, ruminacije su često automatske reakcije na različite okidače. Dovode do negativnih emocija i negativnih misli s različitim tjelesnim senzacijama i nefunkcionalnim ponašanjem što sve povratno utječe i pojačava negativne misli. Svjesnost se može jednostavno definirati kao poseban način obraćanja pozornosti.

Njegovanje usredotočene svjesnosti postoji u tradiciji meditacije religija Istoka i Zapada više od 2500 godina. Intervencije i terapije temeljene na usredotočenoj svjesnosti uvedenu su u suvremenu medicinsku praksu krajem 1970-tih godina. John Kabat-Zin, profesor emeritus na Medicinskom sveučilištu Massachusetts, utežitelj je Klinike za redukciju stresa i posebnog odjela na Sveučilištu koje se bavi primjenom, edukacijom i istraživanjima na području usredotočene svjesnosti. Razvio je osmotjedni program za ublažavanje stresa i opuštanja (engl. *Mindfulness Based Stress Reduction*, MBSR) temeljen na usredotočenoj svjesnosti te prošireni MBCT, *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (23). Kognitivna terapija zasnovana na usredotočenoj svjesnosti (MBCT), terapija prihvatanjem i posvećenošću (ACT), integrativna bihevioralna terapija parova (ICBT), dijalektička bihevioralna terapija (DBT), metakognitivna terapija (MT), terapija usmjerena na sućut prema sebi i itd. samo su neke od terapija koje pripadaju *tretmanima trećeg vala* KBT-a za različite psihičke poremećaje i smetnje. Temelj svih tehnika je usredotočena svjesnost (engl. *mind-*

fulness). Naglasak je na prihvatanju i drugačijem odnošenju prema nepoželjnim mislima, emocijama, tjelesnim senzacijama (24,25).

Terapije temeljene na pristupu usredotočene svjesnosti uključuju različite tehnike i intervencije kao što su sjedeća meditacija, vježbe disanja, meditacija pokreta, usredotočena svjesnost slušanja i razmišljanja, metoda pregleda tijela (engl. *body scan*), različite metode u sva-kodnevnom životu kao što je jedenje s usredotočenom svjesnošću. Dječja radoznalost i spremnost na učenje čini ih otvorenim za usvajanje tehnika usredotočene svjesnosti. Kod primjene u djece i adolescenata potrebno je tehnike primjeniti u skladu s razvojnim karakteristikama i kognitivnim sposobnostima. Vježbe su jednostavnije, traju kraće, koristi se jezik prilagođen djeci i elementi igre, aktivnosti, kretanja, zabave, humora. Poželjno je uključiti roditelje ili skrbnike u samu praksu. Na iskustvenoj razini mogu osjetiti što je usredotočena svjesnost i koje su njezine dobrobiti kako bi i sami ojačali pozitivan model ponašanja (26).

U početku se primjenjuju vježbe usredotočene svjesnosti prema vanjskoj okolini, a zatim prema iskustvima u tijelu, a na kraju dolaze vježbe svjesnosti uma i meditacije. Vježbe mogu biti različite, a najčešće uključuju vježbe disanja, pokreta, osjetila, pregled tijela, različite metode meditacije koje mogu povećati sposobnost pažnje i svjesnosti. Kognitivna terapija temeljena na usredotočenoj svjesnosti za djecu (engl. *Mindfulness Based Stress Reduction for Children, MBSR-C*) uključuje skraćenu sjedeću meditaciju disanja i tijela za djecu, dodatne vježbe pokreta. Pomaže decentriranju odnosno odmaku od negativnih misli i/ili osjećaja. Namijenjena je poboljšanju emocionalne samoregulacije i socijalno-emocionalne otpornosti djece. Kabat-Zinn ističe da usredotočena svjesnost zbog gledanja na misli i osjećaje bez prosuđivanja i bez impulzivnog reagiranja omogućuje prihvatanje stresnih događaja u životu kao izazova, a ne kao prijetnji. Djeca i adolescenti postaju

sposobniji za suočavanje sa sadašnjim i budućim zahtjevnim životnim situacijama.

ZAKLJUČAK

Djetinjstvo i adolescentna dob su ključna rizična faza za razvoj simptoma anksioznosti koji variraju od blagih prolaznih simptoma pa sve do potpuno razvijene anksioznosti i istoimenih poremećaja. U današnje vrijeme čine jedne od najčešćih mentalnih poremećaja koji se povezuju s djetinjstvom i adolescencijom. Porast poremećaja povezan je i s lošim odnosima u obitelji, ekonomskim teškoćama i duševnim smetnjama roditelja. Unatoč suvremenim spoznajama o etiologiji i rizičnim faktorima kao i trendovima u liječenju, često djeca nisu pravodobno prepoznata i uključena u terapijski tretman. Rana identifikacija i efektivno liječenje dječje anksioznosti omogućuje minimalizirati negativni utjecaj na obrazovno, socijalno i obiteljsko funkcioniranje mlađih. Također, važno je istaknuti da se ranim otkrivanjem i nadzrom anksioznosti smanjuje daljnja potreba za velikim medicinskim pretragama i obradama te nuspojave farmakoterapije. Iako postoji mnogo dokaza o značenju kognitivno-bihevioralne terapije za anksiozne poremećaje, podaci koji se tiču tretmana lijekovima još uvijek nisu prisutni u zadovoljavajućem broju. Isto tako nisu poznati dugoročni učinci koje farmakološki tretman ima na razvoj mozga. U psihoterapijskom pristupu važno je da se svakom djetu pristupa individualno, a odabir tretmana treba prilagoditi ovisno o dobi, kognitivnom razvoju, rizičnim i zaštitnim čimbenicima, simptomima, preferencijama roditelja i djeteta za pojedini oblik liječenja. Način liječenja uključuje multimodalni pristup temeljen na psahoedukaciji roditelja i djeteta, psihoterapiji i farmakoterapiji. Psihoedukacija s roditeljima je veoma važna a uključuje edukaciju o poremećaju, simptomima, posljedicama i tretmanu, dok je dijete najvažnije motivirati za sam

tretman. Uz spomenute kognitivno-bihevioralne terapije i farmakoterapiju u novije vrijeme popularan izbor u prevenciji i liječenju imaju terapije temeljene na usredotočenoj svjesnosti (MBT) zbog pozitivnih učinaka na kognitivno, emocionalno, socijalno i obrazovno funkciranje djece. Dječja kreativnost, otvorenost i znatiželja doprinose usvajanju ovih tehnika.

Poremećaji iz ove skupine ostavljaju dugotrajne posljedice na mentalno zdravlje osobe. Ono je sastavni dio općeg zdravlja te je najvažniji resurs za pojedinca, obitelji i društvo u cjelini.

Ti poremećaji stigmatiziraju, izazivaju veliku subjektivnu patnju i uvelike smanjuju kvalitetu života oboljelih, obitelji i okoline. Zbrinjavaњe dovodi do ekonomskog opterećenja društva, ali i za samo dijete, čija je produktivnost izrazito smanjena, a najviše u društvenom i obrazovnom okruženju. Psihološka, biološka i socijalna disfunkcija su najveće opterećenje za osobu. Podloga za dobro mentalno zdravlje u najvećoj se mjeri oblikuje u prvim godinama života, a unaprjeđenje mentalnog zdravlja djece i mladih je ulaganje u budućnost.

LITERATURA

1. Boričević-Maršanić V. Anksiozni poremećaji djeće i adolescentne dobi. U: Dodig-Ćurković K, Boričević-Maršanić V, Benić D, Franić T, Grgić M i sur. Psihopatologija djeće i adolescentne dobi. Osijek: Svjetla grada, 2013.
2. Begić D. Psihopatologija. Treće, nepromjenjeno izdanje. Zagreb: Medicinska naklada, 2016.
3. Connoly S, Simpson D, Petty C. Anxiety Disorders. New York: Chelsea House, 2006.
4. Vulić-Prtorić A. Anksiozna osjetljivost: fenomenologija i teorije. Suvremena psihologija 2006; 9: 171-94.
5. Asbahr FR. Anxiety disorders in childhood and adolescence: clinical and neurobiological aspects. J Pediatr 2004; 80: 28-34.
6. Weiss DD, Last CG. Developmental variations in the prevalence and manifestation of anxiety disorders. U: Vasey MW, Dadds MR (eds). The developmental psychopathology of anxiety. New York: Oxford University Press, 2001.
7. Vulić-Prtorić A, Cifrek-Kolarić M. Istraživanja u razvojnoj psihologiji. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2011.
8. McClure E, Adler A, Monk C i sur.. fMRI predictors of treatment outcome in pediatric anxiety disorders. Psychopharmacology 2007; 191: 97-105.
9. Rudan V. Psihoanalitički koncept anksioznosti. Medix 2007; 17: 67-71.
10. Gregurek R, Braš M. Psihoterapija anksioznih poremećaja. Medix 2007; 71: 72-4.
11. Wenar C. Razvojna psihopatologija i psihiatrija: od dojenačke dobi do adolescencije. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2003.
12. Hollander S, Simeon D. Anksiozni poremećaji. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2006.
13. Beesdo K, Knappe S, Pine DS. Anxiety and Anxiety Disorder in Children and Adolescents: Developmental Issues and Implications for DSM-5. Psychiatr Clin North Am 2009; 32: 483-524.
14. Jokić-Begić N, Jurin T, Lauri Korajlija A. Factor Structure and Psychometric Properties of the Modified Childhood Anxiety Sensitivity Index in a Sample of Croatian Children and Adolescents. J Psychopathol Behav Assessment 2012; 34: 126-35.
15. Kralik K. Najčešće primjenjivani mjerni instrumenti u djece i adolescenata. U: Dodig-Ćurković K, Boričević-Maršanić V, Benić D, Franić T, Grgić M i sur. Psihopatologija djeće i adolescentne dobi. Osijek: Svjetla grada, 2013.
16. Bajs M, Janović Š, Štrkalj Ivezić S, Bajs M. Instrumenti u procjeni anksioznosti i anksioznih poremećaja. Medix 2007; 13: 75-8.
17. Nikolić S, Marangunić M i sur. Dječja i adolescentna psihiatrija. Zagreb: Školska knjiga, 2004.
18. Jakovljević M. Biološka terapija u psihiatriji. U: Begić D, Jukić V, Medved V, ur. Psihiatrija. Zagreb: Medicinska naklada, 2015.
19. Leahy RL, Holland SJ, McGinn LK. Planovi tretmana i intervencije za depresiju i anksiozne poremećaje. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2014.
20. Benić D. Psihoterapijski tretman djece i adolescenata. U: Dodig-Ćurković K, Boričević-Maršanić V, Benić D, Franić T, Grgić M i sur. Psihopatologija djeće i adolescentne dobi. Osijek: Svjetla grada, 2013.
21. Boričević-Maršanić V, Paradžik LJ, Zečević I, Karapetić-Boljan Lj. Usredotočena svjesnost – Mindfulness: Primjena u djece i adolescenata. Soc psihijat 2015; 43: 142-50.
22. Siegel GM, Brown KW, Shapiro SL, Schubert CA. Mindfulness-based stress reduction for the treatment of adolescent psychiatric outpatients: a randomized clinical trial. J Consult Clin Psychol 2009; 77: 855-66.
23. Kabat-Zinn J. Živjeti punim plućima: iskoristite mudrost tijela i umu kako biste se uhvatili u koštač sa stresom, bolom i bolešću. Zagreb: VBZ, 2006.
24. Barbarić D. Usredotočena svjesnost i 3. val kognitivno-bihevioralnih terapija.1. konferencija hrvatskog udruženja za bihevioralno-kognitivne terapije s međunarodnim sudjelovanjem, Zagreb, 2015.
25. Barbarić D, Markanović D. Učinci 8-tjednog tečaja mindfulnessa na izraženost općih psihopatoloških teškoća i stresa na poslu – preliminirani nalazi. Soc psihijat 2015; 43: 199-208.
26. Thompson M, Gauntlett-Gilbert J. Mindfulness with Children and Adolescents: effective clinical application. Clin Child Psychol Psychiatry 2008; 13: 395-407.

Zašto studenti ne traže pomoć? Barijere u traženju stručne pomoći kod studenata s psihičkim smetnjama

/ *Why don't students seek help? Barriers to seeking professional help by students with mental health issues*

Lana Bojanić, Ivan Gorski, Josip Razum

Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet, Odsjek za psihologiju, Zagreb, Hrvatska

University of Zagreb, Faculty of Humanities and Social Sciences, Department of Psychology, Zagreb, Croatia

Psihički poremećaji zahvaćaju značajan dio studentske populacije, no adekvatnu stručnu pomoć traži samo manji broj pojedinaca. Ovaj problem veoma je slabo istražen u Republici Hrvatskoj i ovo je istraživanje prvo toga tipa. Cilj je bio istražiti razloge zbog kojih studenti ne traže stručnu pomoć kada imaju psihičke smetnje. Istraživanje se sastojalo od dva dijela: kvalitativnog predistraživanja s dvije fokusne grupe i kvantitativnog istraživanja putem *online* upitnika na uzorku od N=645 studenata, od čega 76 % studentica i 24 % studenata u dobi od 18 do 27 godina. Rezultati pokazuju kako 32,8 % studenata ima klinički indikativne psihičke smetnje, od kojih je samo 23,6 % potražilo pomoć. Studenti kao glavne barijere koje su ih spriječile u traženju stručne pomoći ističu uvjerenje da njihovi problemi nisu dovoljno ozbiljni, oslanjanje na same sebe u rješavanju problema, nedostatak povjerenja u učinkovitost psiholoških tretmana te nepoznavanje mesta na kojima mogu potražiti besplatnu stručnu pomoć. Osobe muškog spola i osobe sklonije samostigmatizirajućim uvjerenjima iskazale su manje pozitivne stavove prema traženju stručne pomoći, dok povezanost između psihopatoloških teškoća i stavova prema traženju pomoći nije pronađena. Dobivena saznanja mogu se praktično primijeniti putem predočavanja razmjera ovog problema stručnoj i drugoj zainteresiranoj javnosti, kao i kreiranja odgovarajućih intervencija.

/ Even though mental health issues affect a great number of students, only a small number of them receive adequate professional help. This issue has not been sufficiently researched in Croatia, and this paper is the first to assess the matter. The goal was to examine the reasons that prevent students in Zagreb from seeking the professional help they need. The research consisted of two parts: a qualitative pilot study with two focus groups and a quantitative online study (n=645), with 76 % female and 24 % male students, aged from 18 to 27. The results show that 32.8 % of the students were clinically indicative of mental health issues, but only 23.6 % of them sought professional help. Students report that the main barriers which prevented them from seeking professional help were the following: the belief that their problems are not serious enough, the dependence on themselves to solve problems, the lack of confidence in the effectiveness of psychological treatments and the lack of knowledge about the places where they can seek free psychological help. The male students and those who were more prone to self-stigmatization had less positive attitudes towards seeking professional help. Additionally, no relationship was found between mental health issues and attitudes towards seeking help. The findings of this study could be applied by raising awareness of among all relevant stakeholders regarding this widespread problem, as well as by creating apt interventions.

UVOD

Psihički poremećaji nisu rijetkost u studentskoj populaciji, no adekvatna stručna pomoć pruža se vrlo malom broju pojedinaca, dok većina, kojoj je ona nužna, ostaje za nju zakinuta. Izostankom pomoći studentskoj populaciji društvo gubi najnadarenije pojedince i resurse koji su do tada uloženi u njihovo obrazovanje, što ovaj aktualni problem čini posebno relevantnim i zabrinjavajućim.

Prema rezultatima provedenih istraživanja (1,2), čak 75 % svih psihičkih poremećaja javlja se do 24. godine života, što studentsku populaciju čini posebno osjetljivom. Ukupna prevalencija psihičkih poremećaja u toj populaciji prema nekim istraživanjima doseže i do 25 % (3), pri čemu se posebno ističu depresivni poremećaji s prevalencijom između 4 % i 7 % te anksiozni poremećaji s prevalencijom od 14 % do 18 % (4). U studentskoj populaciji SAD-a psihički poremećaji su veća prijetnja dobrobiti i zdravlju osoba od bilo kojih drugih medicinskih stanja te čine gotovo 50 % svih medicinskih problema studenata (5). Sljedeći veliki problem jest samoubojstvo koje je u većini svjetskih zemalja drugi ili treći najčešći uzrok smrtnosti mlađih odraslih osoba (6), a u SAD-u je ono drugi najčešći uzrok smrtnosti studenata (7). Valja istaknuti da osoba poremećaje stečene u studentskoj dobi gotovo uvijek prenosi i u odraslu dob te da se ti poremećaji tijekom života nastavljaju manifestirati i prelaziti u kronično stanje (8). Psihički poremećaji koji se javljaju rano u životu negativno su povezani s nekim

važnim životnim ishodima, primjerice dostignutim stupnjem obrazovanja, zaposlenošću, produktivnošću (9), socijalnim odnosima (10) i smrtnošću (11). Drugim riječima, psihički poremećaji imaju veliku osobnu, socijalnu i ekonomsku cijenu za pojedinca, njegovu okolinu te, napisljeku, i zajednicu u cjelini. Postojeći tretmani za većinu psihičkih poremećaja su zbog desetljeća njihova razvoja i empirijskih provjera postali veoma učinkoviti, pogotovo ako se tretmanom započne što je ranije moguće (12). Unatoč tome što psihički poremećaji imaju loše kratkoročne i dugoročne posljedice za osobu, mali broj ljudi traži adekvatnu pomoć, što se naziva *uznemirujući paradoks* (13). Stručnu pomoć možemo definirati kao pomoć koju pružaju profesionalci u području mentalnog zdravlja, a to mogu biti psiholozi, psihijatri i drugi stručnjaci u javnom zdravstvenom ili privatnom sustavu. Prema rezultatima opsežnog američkog istraživanja *Healthy minds* (14), svega 36 % američkih studenata koji imaju neki problem u području mentalnog zdravlja je i primilo stručnu pomoć. Međutim, taj broj je značajno narastao od 1990-ih te raste i dalje (15).

Pojedina sveučilišta unutar Republike Hrvatske raspolažu podatcima o zastupljenosti psihičkih teškoća svojih studenata, kao i o radu studentskih savjetovališta. Istraživanje provedeno na Sveučilištu u Zagrebu navodi kako se većina studenta tijekom studija suočava s blažim i prolaznim smetnjama u obliku napetosti, tjeskobe i nesigurnosti, dok se oko četvrtine studenata suočava s dugotrajnim i ozbiljnijim psihičkim teškoćama (16). Istraživanje prove-

deno na Sveučilištu u Rijeci daje uvid u psihičko zdravlje studenata prve godine svih studija tog Sveučilišta te navodi da ih više od 20 % doživljava izražene anksiozne simptome, dok 17 % studenata doživljava značajne depresivne simptome (17). Na Sveučilištu u Rijeci provedeno je i istraživanje o učinkovitosti individualnih psiholoških tretmana u okviru Psihološkog savjetovališta kojim je utvrđeno da čak 92 % studenata sa značajnim psihološkim teškoćama postiže značajno poboljšanje ili oporavak (17).

Ako uzmemo u obzir prevalenciju psihopatoloških teškoća kod studenata koja se dobiva u istraživanjima u svijetu (3), kao i onu na Sveučilištima u Zagrebu (16) i Rijeci (17) te mali postotak studenata koji traže pomoći, možemo zaključiti da su razmjeri *uznemirujućeg paradoksa* (13) studenata koji, unatoč problemima, ne traže pomoći, izrazito veliki.

Barijere prema traženju stručne pomoći

Jedna od jednostavnijih i intuitivnijih konceptualizacija razloga zbog kojih studenti ne traže stručnu pomoć jesu barijere prema traženju pomoći. Barijere su razlozi koje studenti navode kao one koji su ih spriječili da potraže stručnu pomoć (18). U pregledu kvalitativnih i kvantitativnih studija o barijerama studenata (4) kao najznačajnija se istaknula stigma koju sa sobom nosi traženje stručne pomoći. Postoje dva tipa stigme: samostigmatizacija i javna stigmatizacija.

Samostigmatizacija je smanjenje samopoštovanja ili osjećaja vlastite vrijednosti do kojeg dolazi kada osoba percipira samu sebe kao socijalno nepoželjnu (13). U zapadnom, vrijednosno individualističkom društvu (19,20) kojem Hrvatska sve više pripada, veliki se naglasak stavlja na samostalno nošenje s vlastitim problemima. Ustrajanje na samostalnom nošenju s vlastitim problemima je često poželjno u kontekstu poboljšanja psihičkog zdravlja (21). Međutim, ako je osoba suočena s psihičkim po-

remećajima ili suicidalnom ideacijom, to može dovesti do katastrofalnih posljedica. Zbog prije spomenutog kulturnog pritiska, osobe s psihičkim teškoćama mogu svoje stanje pripisivati vlastitim nedostatcima kao što su slaba ličnost, manjkav karakter i slično (22). Budući da vjeruju kako bi traženje pomoći bio znak slabosti i nedostatka kompetencije, osobe u stanju velike emocionalne boli i/ili stresa ne traže pomoći ne bi li sačuvali pozitivnu sliku o sebi (13). Zaključak brojnih istraživanja koja su se bavila ovom problematikom jest da je samostigmatizacija negativno povezana s ponašanjem traženja pomoći (23). U istraživanju (22) na općoj populaciji 44 % ispitanih izjavilo je da bi osjećalo sram pri posjetu psihijatru, dok ih je 38 % izjavilo da bi se isto tako osjećalo pri traženju pomoći kod psihologa. Veća samostigmatizacija u studenata također dovodi do rjeđeg traženja pomoći, i institucionalno i izvaninstitucionalno, kao i do rjeđeg uzimanja prepisanih psihofarmaka (5).

Javna stigmatizacija kao posljedica traženja stručne pomoći definira se kao uobičajena reakcija društva prema osobama koje traže stručnu pomoć (24). Ova reakcija često je negativna i navodi ljude da izbjegavaju traženje stručne pomoći kako bi se zaštitili od kritike ili diskriminacije (5). Sudionici istraživanja (25) su osobu koja je potražila pomoć zbog simptoma depresije opisali kao emocionalno nestabilniju, nezanimljiviju i manje samopouzdanu od osobe koja pomoć nije potražila, kao i od osobe koja je pomoć potražila zbog fizičke boli. Ovakva percepcija pojedinaca koji traže pomoć od strane društva nužno djeluje na sliku o sebi i samopoštovanje onih koji se zbog vlastitih psihičkih teškoća nalaze u situaciji da im je pomoć potrebna. Tako rezultati brojnih istraživanja (24,26) ukazuju na povezanost javne stigmatizacije i samostigmatizacije i to na način da će osobe koje javnu stigmu traženja stručne pomoći percipiraju višom češće tu stigmu internalizirati, odnosno ako su suočeni s odlukom o traženju stručne pomoći za vlastite teškoće, pokazivat

će viši stupanj samostigmatizacije. Povezanost između javne stigmatizacije i traženja pomoći nije toliko jasna. S jedne strane, istraživanje Kesslera i sur. (27) navodi da svaka četvrta osoba koja je osjećala da joj je pomoć potrebna tu pomoć nije potražila zbog straha od osude drugih. S druge strane, istraživanje Golbersteina i sur. (28) na uzorku studenata pokazuje da nema povezanosti između percipirane javne stigmatizacije i traženja stručne pomoći u zadnjih godinu dana. Ipak, noviji podatci ukazuju kako stigma, unatoč tome što je važna barijera, ne može u potpunosti objasniti *uznemirujući paradoks* studenata koji ne traže pomoć. Tome u prilog su podatci iz američke studije *Healthy Minds* (14), koji pokazuju kako je veliki dio studenata koji nisu tražili pomoć zapravo osjećao nisku razinu javne stigmatizacije. Također, u istraživanjima se dobiva kako samostigmatizacija samostalno ne može objasniti mnogo varijance u ponašanju traženja pomoći (29). S pravom se u tom slučaju postavlja pitanje: Koje su druge relevantne barijere? Nekoliko istraživanja (29-31) kao najvažniju barijeru navodi uvjerenje studenata da sami mogu rješavati svoje probleme, odnosno oslanjanje na samog sebe (engl. *self-reliance*). Kao druga barijera prema traženju stručne pomoći ističe se nemogućnost prepoznavanja simptoma psihičkog poremećaja, odnosno osjećaj studenata da njihov problem kao takav nije dovoljno ozbiljan za traženje stručne pomoći (32). Barijera povezana s tim jest uvjerenje studenata da im stručna pomoć ne treba. U nedavno provedenom američkom istraživanju je dobiveno kako je samo 11 % studenata koji su to izjavili, a imali su psihičke smetnje, potražilo stručnu pomoć (14). U isto vrijeme, u skupini studenata s istom problematikom 50 % koji su smatrali da im stručna pomoć treba, tu je pomoć i potražilo. Kao treću vrstu barijera bitno je navesti one vezane uz terapeutu, odnosno nedostatak povjerenja u to da on ili ona neće drugim osobama pričati o klijentu. Studenti kao važnu barijeru ističu i manjak znanja o tome gdje mogu potražiti pomoć (32). Navedene ba-

rijere ističu važnost koncepta znanja o mentalnom zdravlju (engl. *mental health literacy*), koji se definira kao znanje o tome što psihičke bolesti jesu, kako ih prepoznati te poznavanje načina njihove prevencije i tretmana (33). Potreba za povećanjem razine znanja o mentalnom zdravlju, kao i povezanost tog koncepta s traženjem pomoći prepoznata je u zapadnom svijetu (34) te su osmišljene brojne intervencije usmjerene na edukaciju studenata. Također, ugledni autori u području istraživanja traženja stručne pomoći ističu važnost implementiranja takvih, opsežnijih intervencija umjesto korištenja isključivo onih tradicionalnih, usmjerenih samo na stigmu (28).

Stavovi prema traženju stručne pomoći

Proučavanje utjecaja stavova prema traženju stručne pomoći na stvarno traženje te vrste pomoći traje više od četiri desetljeća. Višestruko potvrđen nalaz jest da žene i mlađa populacija imaju pozitivnije stavove prema traženju stručne pomoći od muškaraca i starije populacije (35,36). To su potvrđila i istraživanja provedena u Republici Hrvatskoj na Riječkom i Zagrebačkom sveučilištu (37,38) prema kojima studentice imaju pozitivnije stavove prema traženju stručne pomoći od studenata. Studenti i studentice s pozitivnijim stavovima prema stručnoj pomoći češće se odlučuju na njezino traženje (37). Ipak, nalazi istraživanja o utjecaju stavova na traženje stručne pomoći nisu jednoznačni (36). Neka istraživanja dobivaju jasnu povezanost (40), druga je ne dobivaju (41), a neka prethodno iskustvo s pružateljima usluga stručne pomoći smatraju važnijim prediktorom od stavova (42). Smatra se da su manjkavosti mjernih instrumenata kojima se mjere stavovi osnovni razlog za takvu nedosljednost. Istraživači su tijekom povijesti stav prema traženju stručne pomoći konceptualizirali na različite načine čime su, zapravo, zahvaćali različite aspekte toga stava (36). Osim toga ističu kako se psihometrijskim obilježjima

tih instrumenata poklanjala nedovoljna pozornost. Instrument koji je uspio nadvladati navedene nedostatke, zbog čega je i korišten u ovom istraživanju, jest skraćena verzija Upitnika stavova prema traženju profesionalne stručne pomoći (engl. *Attitudes towards seeking professional psychological help: short form*), koji je i najkorišteniji instrument za mjerjenje stavova prema traženju stručne pomoći u svijetu (36).

CILJ ISTRAŽIVANJA

Cilj ovog istraživanja bio je istražiti razloge zbog kojih studenti ne traže stručnu pomoć kada imaju psihičke smetnje.

METODOLOGIJA

Metoda i postupak

Istraživanje je provedeno *on-line* metodom ankete u ožujku 2016. godine. Sudionicima su proslijedjeni upitnici putem društvenih mreža i elektroničke pošte. Navedeno je kako je cilj istraživanja otkriti razloge zbog kojih studenti ne traže stručnu pomoć. Naglašeno je kako je ispitivanje dobrovoljno i anonimno te da nema vremenskog ograničenja, a ispunjavanje traje oko deset minuta. Sudionici su u uputi također zamoljeni da što iskrenije odgovaraju na pitanja. Na samom početku, prilikom otvaranja upitnika na računalu, prikazana je uputa. Nakon toga su sudionici rješavali upitnik o psihopatološkim teškoćama (CORE-SF) te odgovarali na dvije dodatne čestice o samoubojstvu. Navedene čestice dodane su jer upitnik CORE-SF zahvaća samo razdoblje od proteklih tjedan dana, a moguće je da se osoba zbog različitih razloga u proteklih tjedan ili više dana osjeća bolje, iako joj je u proteklih godinu dana stručna pomoć bila potrebna. Također, moguće je da osoba ne postiže klinički indikativan rezultat na upitniku CORE-SF, ali je razmišljala o samoubojstvu ili ga pokušala, što je dovoljan razlog da potraži

stručnu pomoć. Zatim su upitani jesu li tražili stručnu pomoć u zadnjih godinu dana. Oni koji jesu, odgovarali su na pitanje o tome gdje su tražili pomoć i koliko su njome bili zadovoljni. Oni koji nisu tražili stručnu pomoć trebali su označiti razloge zbog kojih to nisu učinili. Nakon tih pitanja svi su sudionici odgovarali na upitnike javne stigme, samostigmatizacije te stavova prema traženju stručne pomoći. Sociodemografski podatci bili su posljednji upitnik koji su svi trebali ispuniti te im je pružena mogućnost dodavanja vlastitih komentara na istraživanje. Na kraju upitnika navedena su mjesto i telefonske linije na kojima studenti mogu potražiti besplatnu stručnu pomoć.

Mjerni instrumenti

CORE-SF (engl. *Clinical Outcome in Routine Evaluation – Short Form*; 44) sadrži 18 čestica na kojima sudionici procjenjuju koliko često su se osjećali na opisani način u proteklom tjednu (npr. *Osjećao/la sam se jako usamljeno i izolirano*). Na upitnik se odgovara na Likertovoj ljestvici od 0-nikada do 4-gotovo uvijek. Navedeni upitnik je skraćeni oblik originalnog upitnika CORE-OM. Rezultat na upitniku je izračunat kao ukupni prosječni rezultat (ukupni rezultat podjeljen s brojem čestica), pri čemu veći rezultat označava više psihopatoloških teškoća. Rezultat od 1,38 određen je kao kritičan u skladu s prethodnim istraživanjima (16). Navedeni rezultat kod muškaraca (osjetljivost = 90,67; specifičnost = 90,86) i kod žena (osjetljivost = 88,79; specifičnost = 86,4) rezultira najboljim razlikovanjem sudionika iz kliničke i nekliničke skupine (16). Rezultat iznad kritičnog se smatra klinički indikativnim, odnosno označava stupanj opće psihičke uznenirenosti koji bi zahtijevao stručnu pomoć (16). Mogući se raspon rezultata kreće od 0 do 4. U ovom istraživanju pouzdanost tipa unutarnje konzistencije iznosi $\alpha = 0,91$.

Upitnik barijera prema traženju stručne pomoći – ovaj upitnik sastoji se od 24 čestice koje su sudionici mogli označiti (engl. check-

list). Upitnik je konstruiran za potrebe ovog istraživanja. Čestice su osmišljene u skladu s istraživanjem Gulivera i sur. (32) i Eisenberga i sur. (29) te na temelju podataka prikupljenih tijekom predistraživanja metodom fokusnih grupa. Provedene su dvije fokusne grupe (N=13). Uzorak je bio prigodan, a sudjelovali su studenti Sveučilišta u Zagrebu. Fokusne grupe provedene su sa studentima od kojih su neki tražili stručnu pomoć, a neki nisu. Sudjelovalo je sedam ženskih osoba u dobi od 21 do 25 godina te šest muških osoba u dobi od 20 do 25 godina. Čestice su bile u obliku izjavnih rečenica, na primjer: *Nisam siguran jesu li moji problemi dovoljno ozbiljni.*

Upitnik javne stigme kod primanja stručne pomoći (engl. *The Stigma Scale for Receiving Psychological Help*, SSRPH; 44) sadrži pet čestica koje ukazuju na to koliko je stigmatizirajuće primanje stručne pomoći (npr. *Bilo bi dobro da osoba skriva od drugih da je bila kod psihologa.*). Odgovori na SSRPH su zabilježeni na Likertovoj ljestvici od 0 do 3. U ovom istraživanju pouzdanost tipa unutarnje konzistencije iznosi $\alpha = 0,75$.

Upitnik samostigmatizacije zbog traženja pomoći (engl. *The Self-Stigma of Seeking Help Scale*, SSOSH; 13) sadrži 10 čestica te mjeri subjektivno narušavanje samopoštovanja koje bi bilo posljedica traženja stručne pomoći, što je jedan od prvih pokazatelja samostigmatizirajućih procesa (45). Na sve tvrdnje se odgovara stupnjem slaganja na Likertovoj ljestvici od 1 do 5. U ovom istraživanju pouzdanost tipa unutarnje konzistencije iznosi $\alpha = 0,83$.

Upitnik stavova o traženju stručne pomoći (engl. *The Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help-Short Form*, ATSPPH-S, 40) je upitnik od 10 čestica koji je kraća verzija originalnog upitnika ATSPPH (40). Na sve tvrdnje se odgovara stupnjem slaganja na Likertovoj ljestvici 1 – 5. U ovom istraživanju pouzdanost tipa unutarnje konzistencije iznosi $\alpha = 0,73$.

Upitnik o socio-demografskim podatcima sadrži pitanja o spolu, dobi, godini studija, socioekonomskom statusu te veličini mjesta u kojem osoba živi.

Sudionici

U istraživanju su sudjelovali studenti iz Zagreba (N=645). Uzorak je bio prigodan, a sudjelovalo je 152 muškaraca i 493 žene u dobi od 18 do 27 godina. Ipak, s obzirom na činjenicu da uzorak relativno dobro aproksimira postotne udjele studenata na svim područjima studiranja, kao i studijskim godinama, možemo smatrati kako uzorak može dati relativno vjernu sliku stanja među studentima na Zagrebačkom sveučilištu. U tablici 1 prikazana je struktura uzorka studenata koji su sudjelovali u istraživanju prema godinama studija, a u tablici 2 prema područjima studiranja.

TABLICA 1. Struktura uzorka studenata (N=645) prema području studiranja

	N	%
Prirodne znanosti	121	18,8
Tehničke znanosti	110	17,1
Biomedicinske znanosti	88	13,6
Biotehničke znanosti	9	1,4
Društvene znanosti	159	24,7
Humanističke znanosti	125	19,4
Umjetnosti	27	4,2
Ostalo	6	0,9

TABLICA 2. Struktura uzorka studenata (N=645) prema godinama studija

Godina studija	N	%
1.	100	15,6
2.	129	20,1
3.	147	22,9
4.	114	17,8
5.	131	20,4
6.	20	3,1

Dobiveni podatci u glavnom istraživanju obrađeni su u računalnom programu SPSS, verzija 19. Utvrđeno je da razlike između studenata različitih vrsta fakulteta i godina studija ne postoje ni na jednom upitniku pa su u obradu uvršteni podatci svih sudsionika.

Učestalost psihičkih smetnji

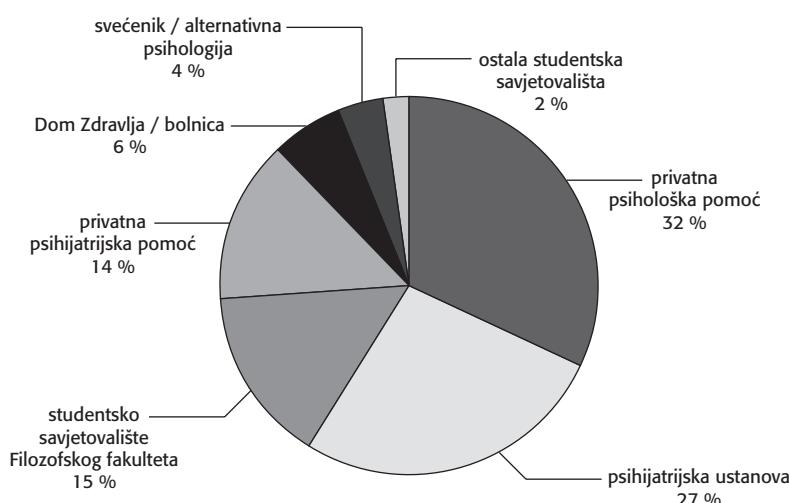
Sudsionici su odgovarali na upitnik CORE-SF kako bi se procijenilo imaju li psihičke smetnje koje se mogu smatrati klinički indikativnima. U ovom istraživanju 32,8 % studenata imalo je rezultat iznad granične vrijednosti. Rezultati muškaraca i žena na tom upitniku nisu se značajno razlikovali. O počinjenju samoubojstva u posljednjih godinu dana razmišljalo je 20,4 % studenata, a 1,1 % studenata ga je pokušalo učiniti. Sudionici koji su razmišljali o samoubojstvu i sudsionici koji su imali klinički indikativne psihičke smetnje grupirani su zajedno kao oni kojima je stručna pomoć potrebna.

Barijere kod traženja stručne pomoći

Od 259 studenata koji na trijažnom CORE-SF upitniku postižu rezultat koji je iznad granične vrijednosti, samo je 61 (23,6 %) potražio stručnu pomoć. Važno je naglasiti kako je 40 od 61

sudsionika bilo umjereno ili izrazito zadovoljno pruženom stručnom pomoći, a u sl. 1 vidi se gdje su potražili pomoć. Oni koji nisu potražili pomoć bili su zamoljeni da navedu razloge do nošenja takve odluke. U tablici 3 vidi se kako su studenti kojima je stručna pomoć bila potrebna odgovarali na pitanje zbog čega je nisu potražili.

Iz tablice 3 vidljivo je kako su najčešće barijere, odnosno razlozi zbog koji studenti nisu potražili stručnu pomoć: *Nisam siguran jesu li moji problemi dovoljno ozbiljni* (odabire 46 % studenata) i *Najradije sam rješavam svoje probleme* (odabire 42 % studenata). Također, nešto manje od trećine studenata odabire barijere: *Nisam siguran pomaže li stručna pomoć* i *Nemam vremena*. Nešto manje od četvrtine studenata nisu potražili pomoć jer: *Ne znaju gdje mogu potražiti stručnu pomoć*, a petina ih izjavljuje da: *Sumnjaju u kvalitetu usluga koje su ovdje dostupne te Misle da im ne treba stručna pomoć*. Tek oko 15 % ih nije potražilo pomoć, jer *Dobiva dovoljno podrške od drugih* (npr. od obitelji ili prijatelja). Po jednu desetinu studenata u traženju pomoći spriječio je strah da će njihovi podatci ostati zapisani u medicinskom kartonu ili fakultetskom dosjeu, kao i to da će zbog traženja stručne pomoći teže naći posao. Podjednaki broj ih nije tražio pomoć jer smatraju da psiholog neće čuvati njihove tajne.



SL. 1. Prikaz mesta na kojima su studenti potražili pomoć (N = 97).

TABLICA 3. Prikaz barijera kod traženja stručne pomoći prema učestalosti odabira na N = 645 studenata

337

Barijere	%	Barijere	%
Nisam siguran jesu li moji problemi dovoljno ozbiljni.	46,7	Strah me je da će moji podaci ostati zabilježeni u medicinskom kartonu.	13,2
Najradije sam rješavam svoje probleme.	42,0	Brine me što će drugi misliti o meni.	12,8
Nisam siguran pomaže li stručna pomoć.	31,1	Planiram potražiti stručnu pomoć.	12,8
Nemam vremena.	30,7	Brine me hoće li psiholog čuvati moje tajne.	10,5
Zbog finansijskih razloga.	28,0	Bojim se da će morati pitи lijekove.	9,7
Ne znam gdje mogu potražiti stručnu pomoć.	23,0	Bojim se da će netko obavijestiti moju obitelj.	9,7
Sumnjam u kvalitetu usluga koje su ovdje dostupne.	21,4	Bojim se da će moji podaci ostati zapisani u fakultetskom dosjeu.	9,7
Misljam da mi ne treba stručna pomoć.	20,2	Misljam da će zbog traženja stručne pomoći teže pronaći posao.	7,0
Problem će se riješiti sam od sebe.	19,1	Ne znam čemu služi stručna pomoć.	5,8
Dobivam dovoljno podrške od drugih (npr. od obitelji ili prijatelja).	14,8	Bojim se da psiholog neće biti dovoljno osjetljiv na moju seksualnu orijentaciju i/ili rodni identitet.	5,8
Bojim se da će otkriti nešto negativno o sebi.	13,2	Bojim se da će završiti u psihijatrijskoj ustanovi.	5,1
Misljam da nitko ne može razumjeti moje probleme.	13,2	Imao sam loša iskustva s traženjem stručne pomoći za svoje probleme.	3,9

Stav prema traženju stručne pomoći

U ovom istraživanju korištena je višestruka regresijska analiza kod koje su uzeti demografski pokazatelji (spol), CORE-SF, čestica razmišljanja o samoubojstvu te javna stigma i samo-stigmatizacija kao prediktori, a stav prema

traženju stručne pomoći kao kriterij. U tablici 5 mogu se vidjeti rezultati regresijske analize. U tablici 4 nalazi se korelacijska matrica varijabli.

Može se zaključiti da su spol i samostigmatizacija zbog traženja pomoći značajni prediktori

TABLICA 4. Korelacija varijabli u istraživanju razloga za izbjegavanje traženja stručne pomoći

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Upitnik stavova o traženju stručne pomoći	1	-0,09*	-0,47**	-0,30**	0,06	0,03	0,28**	-0,26**	-0,07
2. CORE-SF		1	0,17**	0,24**	-0,20**	-0,11**	0,03	-0,19**	0,43**
3. Upitnik samostigmatizacije zbog traženja stručne pomoći			1	0,53**	-0,02	-0,01	-0,13**	0,16**	0,05
4. Upitnik javne stigme kod primanja stručne pomoći				1	-0,02	-0,01	-0,08*	-0,04	0,13**
5. Na kojoj ste godini studija?					1	0,78**	0,07	-0,02	-0,13**
6. Dob (u godinama)						1	0,00	-0,06	-0,09*
7. Spol							1	-0,04	-0,06
8. Jeste li tražili stručnu pomoć u zadnjih godinu dana?								1	-0,24**
9. U posljednjih godinu dana sam razmišljao o samoubojstvu,									1

*, p<0,05; **, p<0,01,

TABLICA 5. Prikaz višestruke regresijske analize za kriterijsku varijablu stavova prema traženju psihološkog savjetovanja

Prediktori	beta
CORE-SF	0,002
U posljednjih godinu dana sam razmišljao o samoubojstvu.	-0,030
Upitnik samostigmatizacije zbog traženja pomoći	-0,417**
Upitnik javne stigme kod primanja stručne pomoći	-0,054
Spol	0,219**
Kriterij	
Upitnik stavova o traženju stručne pomoći	R=0,53** R ² =0,28

** - p<0,01

stavova prema traženju stručne pomoći, dok su javna stigma kod primanja stručne pomoći, razmišljanje o samoubojstvu u posljednjih godinu dana i rezultat na upitniku CORE-SF neznačajni. Spol i samostigmatizacija zbog traženja pomoći postižu ukupni multipli R od 0,53, objašnjavajući 28 % varijance stavova prema traženju stručne pomoći. Samostigmatizacija zbog traženja stručne pomoći ima najveći pojedinačni doprinos te će osobe s nižom stigmom imati bolje stavove prema stručnoj pomoći. Detaljnije, zbog smanjenja samostigmatizacija od jedne standardne devijacije, stavovi prema traženju stručne pomoći će se poboljšati za 0,42 standardnih devijacija. Bitno je naglasiti kako žene imaju pozitivnije stavove prema traženju pomoći nego muškarci.

RASPRAVA

Cilj istraživanja bio je utvrditi zbog čega studenți ne traže stručnu pomoć kada im je ona potrebna. Ustanovljeno je da ih 32,8 % izjavljuju stavu o klinički značajnom stupnju psihičke uznemirenosti, što je donekle slično prevalenciji dobivenoj u drugim istraživanjima (3), u kojima je ipak dobivena nešto niža prevalencija od 25 % studenata s psihičkim poremećajima. Ovaj je nalaz u skladu s nešto većom prevalencijom psihičkih poremećaja u hrvatskoj populaciji (16). Također, razliku možemo objasniti trenutkom u kojem su podatci pri-

kupljeni. Naime, naši su podatci prikupljeni u ožujku, odmah nakon studentskih rokova na fakultetima u Hrvatskoj koji su stresno i izazovno razdoblje za studentsku populaciju, što je moglo utjecati na povećanje incidencije psihičkih poremećaja te posljedično na povećanje procjene prevalencije u ovom istraživanju. Unatoč tome, podatak da trećina studenata u našem istraživanju ima klinički značajne potreškoće izuzetno je zabrinjavajući.

Prema dobivenim rezultatima samo je 23,6 % studenata od onih rizičnih potražilo stručnu pomoć što je manje nego u prethodnim istraživanjima provedenima u SAD-u u kojima se taj postotak kreće oko 36 % (14). Kada su pitanji za razlog zbog kojeg nisu potražili stručnu pomoć, studenti s psihičkim smetnjama koje se mogu smatrati klinički indikativnima najčešće su navodili kako nisu sigurni u ozbiljnost vlastitih problema. Ovaj nalaz ne iznenađuje budući da je jedna od češćih barijera u drugim istraživanjima upravo dvojba studenata je li njihov problem dovoljno ozbiljan da potraže stručnu pomoć (32). Znanje o psihičkom zdravlju uključuje prevenciju psihičkih bolesti, prepoznavanje psihičkih bolesti, poznavanje mjesto i načina liječenja te poznavanje tehnika kako pomoći sebi i drugima (33), a prepoznavanje određenih problema kao psihičkih bolesti istaknuto je kao najvažniji faktor za primanje stručne pomoći na vrijeme (32). Nadalje, tu barijeru navodi i većina onih osoba u našem

uzorku koje su pokušale samoubojstvo, što dodatno naglašava njenu važnost. Budući da gotovo pola sudionika s klinički indikativnim psihičkim smetnjama u našem istraživanju sumnja u ozbiljnost svojih problema, nameće se zaključak kako studentsku populaciju valja posebno educirati o simptomima psihičkih poremećaja te o razlici između normalne reakcije na stres i one koja zahtijeva stručnu pomoć. Vrlo mali broj studenata s klinički indikativnim smetnjama je potražio pomoć i barijera *Nisam siguran u ozbiljnost vlastitih problema* je uistinu bila označena kao najvažnija. Ipak, barijeru *Misljam da mi ne treba stručna pomoć* odabrao je nešto manji broj studenata. Taj bi se rezultat mogao objasniti time da studenti smatraju da im stručna pomoć treba, ali misle da je ona namijenjena samo osobama s veoma ozbiljnim problemima. Na taj način se može razjasniti ovaj prividni paradoks u rezultatima prema kojem gotovo polovica studenata izjavljuje da nisu potražili pomoć jer njihovi problemi nisu dovoljno ozbiljni, a istodobno ih tek petina izjavljuje kako smatraju da im stručna pomoć ne treba. Nakon sumnje u ozbiljnost vlastitih problema, drugi najčešći razlog zbog kojeg studenti nisu potražili pomoć je bila njihova preferencija da sami rješavaju svoje probleme, a njega je odabralo čak 42 % studenata koji su izveštavali o klinički značajnom stupnju psihičke uznenamirenosti. Treći razlog koji je navedene studente priječio da potraže stručnu pomoć bila je nesigurnost u učinkovitost pružanja stručne pomoći o čemu izveštava gotovo trećina njih. Ova je barijera slična onoj o sumnji u kvalitetu dostupnih usluga koju bira 21 % studenata iz navedene skupine. Budući da nesigurnost prema učinkovitosti dosad nije zabilježena u istraživanjima, zaključujemo da je vjerojatno riječ o nedostatnoj informiranosti studenata u Hrvatskoj o učinkovitosti stručne pomoći koja je najčešće vrlo visoka (17). Naredna tri najčešće navođena razloga tiču se okolnosti u kojima se studenti nalaze, a to su redom nedostatak

vremena, financija te informacija o tome gdje mogu potražiti stručnu pomoć. Budući da većina studenata ne raspolaže vlastitim novcem, bolje oglašavanje postojećih te otvaranje novih mjesta gdje je besplatna stručna pomoć dostupna trebao bi biti imperativ kako bi se ta barijera uklonila. Ohrabrujući podatak jest da relativno malen broj studenata s klinički indikativnim psihičkim smetnjama pomoć nije potražio iz straha da će njihovi podaci ostati zapisani u medicinskom kartonu (13 %), fakultetskom dosjeu (10 %) ili da će zbog toga imati problema pri nalaženju posla (7 %). Navedene barijere mogli bismo nazvati strahom od nedostatka anonimnosti koji se često pojavljivao u stranim istraživanjima (32). Ipak, ti postotci nisu zanemarivi te bi se trebalo raditi na osvještavanju činjenice da prema Zakonu o radu (46) nije dopušteno diskriminirati osobu zbog toga što ima psihički poremećaj, a pogotovo ne jer je tražila pomoć, a valja napomenuti i da poslodavac ne smije tražiti takve podatke od zaposlenika. Tek 3,9 % sudionika izjavljuje da ih je prethodno loše iskustvo sa stručnom pomoći navelo da ju za svoje trenutne probleme ne traži, što se poklapa s nalazom da je većina studenata u našem istraživanju koja je stručnu pomoć primila kvalitetom usluge umjereno do izrazito zadovoljna. Zadovoljstvo studenata pruženom stručnom pomoći nam ukazuje na neopravдан strah od neadekvatne stručne pomoći u Hrvatskoj.

Rezultati provedene regresijske analize ukazuju na to da su spol i samostigmatizacija bili značajni prediktori stavova prema traženju stručne pomoći, dok su se javna stigma, rezultat na upitniku CORE-SF i razmišljanje o samoubojstvu u proteklih godinu dana pokazali neznačajnima. Kao i u prethodnim istraživanjima (37) i u ovom žene iskazuju pozitivnije stavove prema traženju stručne pomoći. To je vjerojatno posljedica veće emocionalne otvorenosti žena, potvrđene u prijašnjim istraživanjima (36), kao i tradicionalne slike muškarca

kao osobe koja sve može sama i kojoj ne treba pomoći, što ukazuje na potrebu da se edukacija dodatno usmjeri na muškarce. Javna stigma se u našem regresijskom modelu nije pokazala statistički značajnim prediktorom stavova prema traženju stručne pomoći. Na prvi pogled se radi o neobičnom nalazu, no možemo primijetiti kako javna stigmatizacija u našem istraživanju samostalno ima značajnu korelaciju s ponašanjem traženja pomoći, a u regresijskom modelu njezin doprinos uvođenjem spola i samostigmatizacije kao prediktora postaje neznačajan. Također, Bathje i Pryor (24) samostigmatizaciju definiraju kao internaliziranu javnu stigmatizaciju te se izostanak značajne povezanosti može objasniti velikim preklapanjem konstrukata javne stigmatizacije i samostigmatizacije. Ovaj je nalaz u skladu i s istraživanjem *Healthy Minds* (14) kojim je utvrđeno kako velik broj studenata koji nije potražio stručnu pomoć zapravo ne percipira veliku javnu stigmę. Samostigmatizacija se pokazala najboljim prediktorom za stavove prema traženju stručne pomoći. Preciznije, smanjenjem samostigmatizacije za 1 standardnu devijaciju postiže se poboljšanje stavova prema traženju stručne pomoći za 0,42 standardnih devijacija, što je učinak koji je svakako relevantan. Povezanost samostigmatizacije i stavova prema traženju stručne pomoći više je puta potvrđena u drugim istraživanjima (23), a utvrđeno je i da negativniji stavovi potom dovode do smanjene vjerojatnosti samog ponašanja traženja pomoći (48), što naše rezultate čini posebno relevantnim. Oni ukazuju na potrebu za edukacijom čiji je cilj smanjenje samostigmatizacije pojedinca budući da je ona povezana sa stavovima prema traženju stručne pomoći. Posebno je zanimljiv nalaz da se povišeni rezultat na upitniku CORE-SF i razmišljanje o samoubojstvu u proteklih godinu dana nisu pokazali značajnim prediktorom stava. Drugim riječima, prisutnost klinički indikativnih simptoma nije bila povezana sa stavovima prema traženju stručne pomoći. To ukazuje na potrebu educiranja

svih studenata o važnosti i korisnosti stručne pomoći kako bi se promijenio stav prema njenom traženju. Smatramo da stavove treba mijenjati što ranije kako bi se minimalizirao njihov utjecaj na traženje stručne pomoći kod studenata koji su u posebno osjetljivoj dobi za prvu pojavu psihičkih poremećaja.

Metodološka ograničenja i smjernice za buduća istraživanja

Premda osmišljeno kako bi dalo odgovor na pitanja koja su proizašla iz opaženih nedostataka drugih istraživanja, i ovo istraživanje ima nekoliko nedostataka od kojih je najvažnije ono koje se odnosi na reprezentativnost uzorka. Naime, sudionici istraživanja su uglavnom bile žene. Također je moguće da su ovom istraživanju češće pristupale osobe kojima je tema traženja stručne pomoći bliža iz osobnog iskustva. Zbog toga dobivene rezultate ne možemo generalizirati na cijelokupnu populaciju studenata u Zagrebu. Sljedeće ograničenje ovog istraživanja za koje smatramo da ga je važno naglasiti je sama metodologija istraživanja. Istraživanje je provedeno putem interneta te se nameće pitanje ekvivalentnosti korištenih instrumenata u istraživanju. Iako vjerujemo da korišteni instrumenti mjere iste konstrukte kao i u klasičnim oblicima papir-olovka, ne možemo sa sigurnošću tvrditi da je tome uistinu tako. Nadalje, korištene su kraćeg oblika upitnika koji imaju manju unutarnju konzistenciju od duljih upitnika što smanjuje pouzdanost cijelokupnog istraživanja.

Navedena ograničenja ujedno sadržavaju i smjernice za buduća istraživanja. Postojećim podatcima trebalo bi pridružiti podatke dijela populacije koji nedostaje, a to su uglavnom muškarci. Ovo istraživanje je donekle rasvjetilo ovu važnu problematiku, ali je potrebno financirati pravu populacijsku studiju kako bi se točno utvrdili razmjeri problema te da bi se moglo pristupiti njegovom rješavanju.

Provedeno istraživanje je pokazalo da 32,8 % studenata u uzorku imaju psihičke smetnje koje izazivaju klinički značajan stupanj psihičke uznemirenosti. Od studenata za koje procjenjujemo da im treba stručna pomoć tražilo ju je svega 23,6 %. Studenti nisu sigurni jesu li njihovi problemi dovoljno ozbiljni te najradije sami rješavaju svoje probleme. Podcenjivanje problema vodi do toga da vlastito stanje ne doživljavaju dovoljno zabrinjavajućim, uvjeravajući se da je s njima sve u redu te zbog toga ne traže pomoć. Takvo se razmišljanje primjećuje i u ekstremnim situacijama, budući da većina osoba koje su pokušale samoubojstvo u proteklim godinu dana u našem uzorku, a nisu potražile pomoć, navodi istu barijeru.

Sklonost samostalnom rješavanju problema je loš izbor u situaciji kada je osoba suočena sa simptomima psihičkog poremećaja ili mislima o samoubojstvu te ozbiljna prepreka u traženju pomoći. Uočava se i još jedna važna barijera, a to je činjenica da gotovo trećina studenata kojima pomoć treba nije sigurna pomaže li stručna pomoć uopće. Također, njih gotovo četvrtina nije potražilo stručnu pomoć jer ne znaju gdje to mogu učiniti.

Daljnji razlozi mogli bi se nalaziti u pronađenoj povezanosti između samostigmatizacije i stavova prema traženju pomoći. Naime, studenti

koji imaju samostigmatizirajuća uvjerenja, odnosno koji se odlučuju ne potražiti pomoć kako ne bi narušili vlastitu sliku o sebi i smatrali se *slabićima*, imaju negativnije stavove prema traženju stručne pomoći. Muški sudionici imaju negativniji stav prema traženju stručne pomoći u odnosu na djevojke. Javna stigmatizacija se nije pokazala značajnim prediktorom stavova prema traženju pomoći, ali se može pretpostaviti kako studenti internaliziraju negativno mišljenje okoline o osobama koje traže stručnu pomoć te kako, shodno tome, taj dio varijance objašnjava samostigmatizacija. U istraživanju je dobiveno i kako ne postoji povezanost između količine psihopatoloških teškoća studenata i stavova prema traženju pomoći. Drugim riječima, stavovi prema traženju pomoći se ne mijenjaju samim time što osoba počinje razvijati simptome psihičkog poremećaja te je potrebno raditi na njihovom mijenjanju kod cijelokupne populacije studenata.

Rezultati ovog istraživanja jasno ukazuju na činjenicu da je problem studenata s psihičkim teškoćama koji ne traže pomoć široko rasprostranjen i relevantan. Potrebno je na njega usmjeriti pozornost javnosti, nadležnih institucija i kreatora javnih politika, a ovo istraživanje može tome na kvalitetan način pridonjeti. Nadalje, ono u obliku najvažnijih barijera prema traženju stručne pomoći nudi konkretnе smjernice za osmišljavanje intervencija.

LITERATURA

- Hunt J, Eisenberg D. Mental health problems and help-seeking behavior among college students. *J Adolesc Health* 2010; 46: 3-10.
- Kessler RC, Demler O, Frank RG i sur. Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *N Engl J Med* 2005; 352: 2515-23.
- Verger P, Combes JB, Kovess-Masfety V i sur. Psychological distress in first year university students: socioeconomic and academic stressors, mastery and social support in young men and women. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009; 44: 643-50.
- Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H, Brewer JL. A systematic review of help-seeking interventions for depression, anxiety and general psychological distress. *BMC Psychiatry* 2012; 12: 81.
- Eisenberg D, Golberstein E, Hunt J. Mental health and academic success in college. *B E J Economic Analysis Policy* 2009; 9: 40.
- World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization, 2009.
- Wilcox HC, Arria AM, Caldeira KM, Vincent KB, Pinchevsky GM, O'Grady KE. Prevalence and predictors of persistent suicide ideation, plans, and attempts during college. *J Affect Disord* 2010; 127: 287-94.
- Rutter M, Kim-Cohen J, Maughan B. Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life. *J Child Psychol Psychiatry* 2006; 47: 276-95.

9. Breslau J, Lane M, Sampson N, Kessler RC. Mental disorders and subsequent educational attainment in a US national sample. *J Psychiatr Res* 2008; 42: 708-16.
10. Kessler RC, Walters EE, Forthofer MS. The social consequences of psychiatric disorders, III: probability of marital stability. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 1092-6.
11. Ösby U, Brandt L, Correia N, Ekbom A, Sparén P. Excess mortality in bipolar and unipolar disorder in Sweden. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58: 844-50.
12. Ahn H, Wampold BE. Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *J Couns Psychol* 2001; 48: 251-7.
13. Vogel DL, Wade NG, Haake S. Measuring the self-stigma associated with seeking psychological help. *J Couns Psychol* 2006; 53: 325-37.
14. Eisenberg D, Hunt J, Speer N, Zivin K. Mental Health Service Utilization Among College Students in the United States. *J Nerv Ment Dis* 2011; 199: 301-8.
15. Mojtabai R. Americans' attitudes toward mental health treatment seeking: 1990-2003. *Psychiatr Serv* 2007; 58: 642-51.
16. Jokić-Begić N, Lauri Korajlija A, Jurin T, Evans C. Faktorska struktura, psihometrijske karakteristike i kritična vrijednost hrvatskoga prijevoda CORE-OM upitnika. *Psihologische teme* 2014; 23: 265-88.
17. Jakovčić I, Živčić-Bećirević I, Birovљević G. Uticajnost psihološkog savjetovanja studenata riječkog Sveučilišta. *Psihologische teme* 2015; 24: 495-516.
18. Czyz EK, Horwitz AG, Eisenberg D, Kramer A, King CA. Self-reported barriers to professional help seeking among college students at elevated risk for suicide. *J Am Coll Health* 2013; 61: 398-406.
19. Hofstede G. *Cultures and organizations*. London: McGraw-Hill, 1991.
20. Hofstede G. Dimensionalizing Cultures: The Hofstede Model in Context. *Online Readings in Psychology and Culture*. 2011; 2.
21. D'Zurilla TJ. Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention. New York: Springer, 1986.
22. Barney LJ, Griffiths KM, Jorm AF, Christensen H. Stigma about depression and its impact on help-seeking intentions. *Aust N Z J Psychiatry* 2006; 40: 51-4.
23. Cooper AE, Corrigan PW, Watson AC. Mental illness stigma and care seeking. *J Nerv Ment Dis* 2003; 191: 339-41.
24. Bathje G, Pryor J. The relationships of public and self-stigma to seeking mental health services. *J Ment Health Couns* 2011; 33: 161-76.
25. Ben-Porath DD. Stigmatization of individuals who receive psychotherapy: an interaction between help-seeking behavior and the presence of depression. *J Soc Clin Psychol* 2002; 21: 400-13.
26. Vogel DL, Wade NG, Hackler AH. Perceived public stigma and the willingness to seek counseling: The mediating roles of self-stigma and attitudes toward counseling. *J Couns Psychol* 2007; 54: 40-50.
27. Kessler RC, Berglund PA, Bruce ML i sur. The prevalence and correlates of untreated serious mental illness. *Health Serv Res* 2001; 36: 987-1007.
28. Golberstein E, Eisenberg D, Gollust SE. Perceived stigma and mental health care seeking. *Psychiatr Serv* 2008; 59: 392-9.
29. Eisenberg D, Gollust SE, Golberstein E, Hefner JL. Prevalence and correlates of depression, anxiety, and suicidality among university students. *Am J Orthopsychiatry*. 2007; 77: 534-42.
30. Sheffield JK, Fiorenza E, Sofronoff K. Adolescents' willingness to seek psychological help: Promoting and preventing factors. *J Youth Adolesc* 2004; 33: 495-507.
31. Kuhl J, Jarkon-Horlick L, Morrissey R. Measuring barriers to help-seeking behavior in adolescents. *J Youth Adolesc* 1997; 26: 637-50.
32. Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry* 2010; 10: 113.
33. Knifton L, Quinn N. *Public mental health: Global perspectives*. Maidenhead: Open University Press McGraw-Hill Education, 2013.
34. Reavley NJ, McCann TV, Jorm AF. Mental health literacy in higher education students. *Early Interv Psychiatry* 2012; 6: 45-52.
35. Addis ME, Mahalik JR. Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *Am Psychol* 2003; 58: 5-14.
36. Mackenzie CS, Gekoski WL, Knox VJ. Age, gender, and the underutilization of mental health services: the influence of help-seeking attitudes. *Aging Ment Health* 2006; 10: 574-82.
37. Jakovčić I, Živčić-Bećirević I. Stavovi studenata prema traženju stručne psihološke pomoći. *Soc psihijat* 2009; 37: 3-10.
38. Ostović, I., Težak, K., Tkalcćević, B., Lugomer Armano, G. Stavovi studenata Sveučilišta u Zagrebu prema korištenju psihološke pomoći. Rad izložen na XVIII. Danima psihologije u Zadru, 2012, 24.-26. svibnja.
39. Fischer EH, Farina A. Attitudes toward seeking professional psychological help: a shortened form and considerations for research. *J Coll Stud Dev* 1995; 36: 368-73.
40. Lefebvre J, Lesage A, Cyr M, Toupin J, Fournier L. Factors related to utilization of services for mental health reasons in Montreal, Canada. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998; 33: 291-8.
41. Elhai JD, Schweinle W, Anderson SM. Reliability and validity of the attitudes toward seeking professional psychological help scale-short form. *Psychiatry Res* 2008; 159: 320-9.
42. van de Vijver F, Tanzer NK. Bias and equivalence in cross-cultural assessment: an overview. *Rev Européenne Psychol appliquée* 2004; 54: 119-35.
43. Evans C, Mellor-Clark, J, Margison, F i sur. CORE: Clinical Outcomes in Routine Evaluation. *JMH* 2000; 9: 247-55.
44. Komiya N, Good GE, Sherrod NB. Emotional openness as a predictor of college students' attitudes toward seeking psychological help. *J Couns Psychol* 2000; 47: 138-43.
45. Corrigan PW, Calabrese JD. Strategies for assessing and diminishing self-stigma. U: Corrigan PW, ur. *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change*. Washington DC: American Psychological Association, 2005, 239-56.
46. Vlada Republike Hrvatske. Zakon o radu. Zagreb: Ministarstvo rada i mirovinskog sustava; 2014 [citirano 11.10.2016.]. Dostupno na: <http://www.zakon.hr/z307/Zakon-o-radu>.
47. Smith JP, Tran GQ, Thompson RD. Can the theory of planned behavior help explain men's psychological help-seeking? Evidence for a mediation effect and clinical implications. *Psychol Men Masculin* 2008; 9: 179-92.

Učestalost traženja psihijatrijske pomoći osoba starije životne dobi za vrijeme Domovinskog rata, mirnodopskog razdoblja i ekonomske krize

/ The frequency of psychiatric assistance requests of elderly persons during Homeland War, the peaceful period and the economic crisis

Marija Vučić Peitl, Pere Krmpotić*, Joško Prološčić, Fadil Habibović

Klinički bolnički centar Rijeka. Klinika za psihijatriju, Rijeka, Hrvatska
/ Rijeka University Hospital Center, Department of Psychiatry, Rijeka, Croatia

*Preuređeni dio istraživanja završnog rada preddiplomskog stručnog studija sestrinstva

Osobe starije životne dobi, prema klasifikaciji Svjetske zdravstvene organizacije, su sve osobe starije od 65 godina života. Te su osobe osjetljivije na utjecaj različitih stresora. Cilj nam je bio istražiti utjecaj društvenih stresora (Domovinski rat i ekonomska kriza) na javljanje duševnih poremećaja u osoba starije životne dobi. Analizirali smo učestalost dolazaka osoba starije životne dobi u Hitnu psihijatrijsku ambulantu KBC-a Rijeka u tri različita razdoblja: Domovinski rat, mirnodopska godina i godina ekonomske krize. Dobiveni rezultati ukazuju da su osobe starije životne dobi najčešće tražile psihijatrijsku pomoć u vrijeme ekonomske krize, a najmanje u vrijeme Domovinskog rata. Nema statistički značajne razlike u pokušajima suicida u sva tri ispitna razdoblja. U razdoblju Domovinskog rata kod svih osoba starije životne dobi koje su pokušale suicid prateća dijagnoza bila je iz skupine organskih psihičkih poremećaja i demencija, što je najčešća prateća dijagnoza i u mirnodopskom razdoblju i u vrijeme ekonomske krize. Stresor ekonomske krize koji dovodi do ekonomske nesigurnosti i neizvjesnosti, je jači stresni prediktor za duševne poremećaje u osoba starije životne dobi, nego izloženost ratnom stresu. Zaključujemo da bi rezultati ovog istraživanja mogli upućivati na potrebu jačanja prevencije psihičkih smetnji u osoba starije životne dobi u vrijeme ekonomske krize na način aktivnog uključivanja članova obitelji, obiteljskog liječnika, patronažne službe, socijalne skrbi, vjerskih i kulturnih zajednica, te drugih nadležnih institucija.

/ Persons of elderly age, according to the classification of the World Health Organization, are all persons older than 65 years of age, who are more vulnerable to the influence of different stresses. Our goal was to investigate the influence of different stresses, the Homeland War and the economic crisis, on the detection of mental disorders in persons of elderly age. Our results showed that persons of elderly age were most likely to request psychiatric assistance during the economic crisis, and least likely during the Homeland War. There was no statistically significant difference in suicide attempts between the three tested periods. In the period of Homeland War, all elderly persons that tried suicide, later received a diagnosis from the group of organic psychic disorders and disorders and dementia, which was the most common follow up diagnosis, both in peaceful periods and in the period of economic crisis. The stress of economic crisis brings economic unsafety and uncertainty, and represents a stronger stress factor for mental disturbances in persons of elderly age, than exposure to war stress. In conclusion, the results of this study could indicate the need to strengthen the prevention of psychic disturbances in persons of elderly age during an economic crisis by active inclusion of family members, the family doctor, home care services, social care, religious and cultural communities and other competent institutions.

ADRESA ZA DOPISIVANJE:

Doc. dr. sc. Marija Vučić Peitl, prim., dr. med.
Ludvetov breg 20
51 000 Rijeka, Hrvatska
E- pošta: marijavp@gmail.com

KLJUČNE RIJEČI / KEY WORDS:

osobe starije životne dobi / persons of elderly age
duševni poremećaji / mental disorders
društveni stresovi / social stresses

UVOD

Starenje je jedan od najvećih socijalnih, ekonomskih i zdravstvenih izazova 21. stoljeća, posebice u Europi koja je kontinent s najvećim udjelom osoba starijih od 65 godina u ukupnom stanovništvu. Razvitkom medicine i ostalih biomedicinskih znanstvenih disciplina, znanstvenici nisu došli ni danas u 21. stoljeću do adekvatnog termina za što dolazi do propadanja stanica čiji se rezultat očituje kao starenje. Prvi pokušaji da se znanstvenom metodom objasni proces starenja pojavili su se u 17. stoljeću, a jedan od prvih istraživača bio je Francis Bacon koji je tvrdio da se uzroci starenja mogu otkriti sustavnim opažanjem.

Zanimanje javnosti za procese starenja raslo je dojmljivijim povećanjem očekivane dužine života tijekom 20-og stoljeća te s porastom broja starijih osoba u populaciji (1).

Dob je važna varijabla u procesu starenja. Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji dob od 65 godina je prijelaz između produktivne i mirovinske dobi i smatra se granicom između mladosti i starosti. Navedena dobna granica određena je socijalnom politikom, a ne zbog toga što bi dob od 65 godina bila neka kritična točka u kojoj počinju fiziološki i psihički procesi starenja (1).

Svjetska zdravstvena organizacija definira da su osobe u dobi 60 do 75 godina starije osobe, dok su stare osobe u dobi od 76 do 90 godina, a vrlo stare su one iznad 90 godina. Vjerojatna maksimalna granica čovjekova života je

oko 120 godina. U razvijenim zemljama, oko polovica ljudi doživjava 75–80 godina života, dok je najveća stopa smrtnosti između 70–80 godina života.

Osim bioloških odrednica na proces starenja utječu i klimatološki i geografski uvjeti socijalno ekonomski status, koji direktno utječe na životni standard (2).

Psihologija starenja nalazi primjenu u mnogim oblicima svakodnevnog života: od radnog mjesta i obiteljskog života do socijalne politike. Napor znanstvenika i stručnjaka koji nastoje rasvijetliti proces starenja omogućuju produženje životnog vijeka, a time pridonose i povećanju kvalitete života u starosti (1).

Istraživanje pozitivnih aspekata starenja novijeg su datuma i o njima se često govori kao o pozitivnom, zdravom i uspješnom starenju. Zaštita zdravlja starijih postaje glavni pokazatelj napretka ili propusta u zaštiti zdravlja cjelokupnog pučanstva (1).

Sociološki aspekt sagledavanja problema starenja upozorava na velike socijalne probleme kao što su povećani izdatci za mirovinu i zdravstveno osiguranje koji bi mogli uzrokovati smanjenje izdataka za školovanje i dovesti do značajnih međugeneracijskih sukoba. Druga sociološka struja navodi prednosti poput smanjenja kriminala, sigurnijeg prometa (3).

U skladu sa svjetskim trendovima, a prema klasifikaciji UN-a, Hrvatska pripada četvrtoj skupini država Europe s vrlo starim stanovništvom. Prema popisu stanovništva iz 2011., u

našoj je zemlji bilo 17,7 posto građana starijih od 65 godina, dok je deset godina prije taj postotak iznosio 15,62 posto. Demografi u našoj zemlji do 2020. godine očekuju udio od 20 % stanovništva starijih od 65 godina. (3).

Početak treće životne dobi osjetljivo je razdoblje zbog niza novih situacija koje djeluju stresno, a najveći stresori su umirovljenje, odlazak zadnjeg djeteta i smrt supružnika, prijatelja. Današnja moderna obitelj izgubila je svoju osnovnu funkciju i time je prestala biti osnovni nositelj zaštite starijih što nužno postavlja pred društvenu zajednicu zahtjev za njenom intervencijom (4).

Empatičnost društva za rješavanje potreba starijih na niskoj je razini, a izraz „starost“ u suvremenom društvu ima negativno popratno značenje, stoga osiguranje sustavne brige pada na margine društvenog interesa (5).

Politika skrbi o osobama starije životne dobi u europskim zemljama sve više usmjerava k pružanju pomoći u kući, nastojeći starije osobe zadržati u njihovom domu te maksimalno odgađanje smještaja u institucije.

Sagledavajući činjenice u našoj zemlji zbog ne razvijenosti i zakržljalog sustava upravljanja sustavom skrbi za starije osobe i zbog nerazvijene mreže institucionalnih oblika skrbi uz nedovoljno finansijsku potporu udruženu s visokom stopom siromaštva RH se među europskim zemljama nalazi na začelju kolone kada je riječ o sustavnoj potpori i pomoći starijem stanovništvu (6).

Gerontopsihijatrija je posebna subspecijalistička grana psihijatrije koja se razvija posljednjih dvadesetak godina a bavi se prevencijom, dijagnosticiranjem i liječenjem psiholoških poremećaja u starijih osoba. Mnogi poremećaji starijih osoba ne mogu se svrstati u kategorije duševnih bolesti, stoga zahtijevaju pažljiviji tretman u odnosu na mlađu populaciju.

Podatci ukazuju da jedna trećina gerijatrijskih bolesnika ima dvije ili tri komorbidne bolesti,

a gotovo polovica uz duševnu bolest ima ili je prebolilo težu tjelesnu bolest (7).

Gerijatrijsku dob, uz fiziološke promjene u raznim organskim sustavima, prate i psihološke osobitosti. Najčešće prisutne karakteristike mnestičkih funkcija su opadanje sposobnosti pamćenja, sjećanja, organiziranja i planiranja. Oslabljena je koncentracija, pažnja i motivacija. U voljnoj sferi gubi se moć inicijacije, psihomotorika postaje neodgovarajuća pa je i realizacija voljnog proces slabija. Bilježe se promjene na nagonskom planu, pa je često smanjen i nagon za održavanje života, što tu životnu dob svrstava u rizičnu skupinu za suicide.

Novonastale promjene su komponenta težine o skrbi obitelji za stariju osobu budući da su promjene u ponašanju svakodnevne. Oštećenja mentalnog zdravlja u starosti uzrokovana su biološkim, organskim, psihološkim i socijalnim čimbenicima (8).

Psihičke poremećaje u gerijatrijskoj dobi klasificiramo prema bolestima kojima je tipični početak u starijoj dobi, dok drugu skupinu čine mentalne bolesti koje se manifestiraju u svim životnim dobima pa tako i u starijoj, kao što su poremećaji raspoloženja, poremećaj zbog uimanja psihoaktivne tvari, alkohol, shizofrenija kao i anksiozni poremećaji i depresija (7).

Depresija je složeni poremećaj zdravlja koji se može očitovati u promjenama svih psihičkih i mnogobrojnih tjelesnih funkcija i na taj način zadire u socijalno funkcioniranje bolesnika. Kao takva, depresija utječe na cijelokupni život oboljele osobe i izvor je duševnih i tjelesnih patnji bolesnika. Svojom simptomatomologijom predstavlja vrlo bolno iskustvo za osobu najčešće obitelji koje se skrbe za svog oboljelog člana. Depresija je najčešći psihički poremećaj u starosti, koji najviše zabrinjava zbog mogućnosti počinjenja suicida. Simptomi depresije često su odgovor na neugodne simptome tjelesne bolesti i duže vrijeme sigurno ometaju proces oporavka ili uspora-

vasju rehabilitaciju. Rizični faktori za razvoj depresije u starijoj životnoj dobi su: godine i spol, ranije psihijatrijske bolesti, kognitivno zatajivanje, srčani i moždani udar kao i postoperacijske komplikacije. Psihološke manifestacije depresije očituju se stanjima jake tuge, gubitkom interesa za okolinu, izbjegavanjem aktivnosti, osjećajem manje vrijednosti i gubitkom samopoštovanja, osjećajem krivnje. Somatske manifestacije depresije karakterizirane su gubitkom apetita, naglom promjenom tjelesne težine, osjećajem umora bez fizičkog napora, nesanicom, konstipacijom, psihogenom glavoboljom. Oboljeli osjećaju da im je limitiran svakodnevni život, a najčešći razlozi koji stvaraju depresiju su gubitak neovisnosti i kontrole, gubitak ili smanjenje pokretljivosti kao i gubitak uloge u svakodnevnom životu u obitelji ili široj okolini (9).

Demenciju karakterizira kronični, globalni, obično ireverzibilni gubitak kognicije. Demencija može nastati u bilo kojoj životnoj dobi, međutim ponajprije zahvaća stariju životnu dob. Statistički podatci ukazuju da je oko 5 % osoba zahvaćeno demencijom u dobi između 65 i 74 godine života te 40 % osoba starijih od 85 godina. Gubitak kratkoročnog pamćenja prvi je znak demencije. Motorni i drugi fokalni neurološki deficiti nastaju u različitim fazama bolesti. Najčešći tip demencija koje započinju u starijoj dobi su Alzheimerova demencija, dok je vaskularni tip demencije u korelaciji s cerebrovaskularnim bolestima. U ranom stadiju bolesti naznačena su oštećenja kratkoročne memorije, stoga učenje, pamćenje novih informacija postaje iznimno teško. Nastaju govorne teškoće, osobito s traženjem riječi, nastaju promjene raspoloženja i promjene ličnosti. U svakodnevnom funkciranju osobe imaju progresivne poteškoće prije svega u snalaženju u prostoru, zaboravljivosti vezanoj za odlaganje stvari, financijske i ekonomске poslove, smanjena je mogućnost apstraktnog mišljenja. Osobe često reagiraju razdražljivo, agresivno i neprijateljski prema najbližima. U

ovoj fazi demencije ne narušavaju se socijalni kontakti, a obitelj može zamijetiti da se osoba neobično ponaša te da je izražena emocionalna nestabilnost. U srednjoj fazi bolesti osobe ne mogu naučiti novu informaciju i ujedno se ne mogu sjetiti nedavno naučene informacije. Pamćenje ranijih događaja je smanjeno, ali nije u potpunosti izgubljeno. Osobe su u ovom stadiju izgubile osjećaj za vrijeme i prostor, ne mogu pronaći svoju spavaču sobu ili kupao-nicu. Osobe često znaju odlutati, a agresivni fizički ispadni su češći, a u kasnom stadiju bolesti osobe su potpuno ovisne o njezi i skrbi drugih, i najčešće su smještene u ustanovu za pružanje kvalitetne i stručne zdravstvene njegе (10).

Stres u starijoj životnoj dobi

Sve prisutan je stav u javnosti kako osobe starije životne dobi nisu pod stresom jer su do te dobi već riješile sve egzistencijalne i materijalne probleme. Međutim, stručnjacima je poznato da se osobe starije životne dobi i dalje suočavaju s nizom specifičnih stresnih situacija koje ta dob donosi. Promjene u ishrani u smislu prejedanja ili gubitak apetita mogu biti prouzrokovani prevelikim stresom. Zbog utjecaja stresa kod osoba starije životne dobi povećava se razdražljivost, tuga ili depresija. Prisutni su problemi pamćenja, češće zaboravljanje imena ili drugih uobičajenih stvari. Fizički znaci stresa karakterizirani su bolovima ili produžavanjem kroničnog stanja. Promjene ritma spavanja bilo da se radi o problemima s uspavljivanjem ili čestim buđenjem u toku noći također mogu ukazivati na značajnu razinu stresa, kojem su starije osobe izložene (11).

Rat kao društveni stresor

Rat je izvanredna situacija za gotovo sve ljudi i mobilizira svakog pojedinca da se s tom situacijom na neki način suoči putem razli-

čitih obrambenih mehanizama. Stariji ljudi su kao skupina najosjetljiviji zbog ratnih gubitaka. Osobe starije životne dobi sklonije su okretanju u prošlost, teže se mire s gubitcima za koje vjeruju da su nenadoknadi, povlače se, postaju dezorientirani, gube nadu, postaju apatični i depresivni. Uz sve navedeno stariji ljudi se moraju u ratu suočavati s očekivanim promjenama u socijalnim, kognitivnim i tjesenskim sposobnostima i s neočekivanim životnim promjenama izazvanima ratom (12).

Ekonomska kriza kao društveni stresor

Ekonomska kriza mijenja svijest pojedinca i društva tek kada dovede do socioekonomске deprivacije s posljedičnim poremećajem obiteljske kohezije, emocionalne ravnoteže i gubitka socijalne potpore. U vrijeme ekonomske krize očekuje se porast kriznih stanja i depresivnih poremećaja. Udruženo djelovanje navedenih čimbenika, uz biološku predispoziciju rezultira povećanim rizikom za suicidalno ponašanje u rizičnim skupinama u koje spadaju i osobe starije životne dobi (13).

CILJ

Cilj ovog istraživanja bio je analizirati postoje li razlike u učestalosti dolazaka osoba starije životne dobi (iznad 65 godina) u Hitnu psihijatrijsku ambulantu Klinike za psihijatriju Kliničkog bolničkog centra Rijeka (KBC) u tri različita razdoblja: tijekom 12 mjeseci u vrijeme Domovinskog rata, u vrijeme mirnodopskog razdoblja i u vrijeme ekonomske krize. Odabrana razdoblja izabrana su kako bi se analizirali utjecaji dvaju različitih faktora općeg društvenog stresa (rat i ekonomska kriza) u odnosu na razdoblje bez rata i ekonomske krize na učestalost dolazaka osoba starijih od 65 godina koji traže psihijatrijsku pomoć u Hitnoj psihijatrijskoj ambulanti. Nadalje smo analizirati učestalost pokušaja suicida i osoba sta-

rijih od 65 godina koji su pregledani u Hitnoj psihijatrijskoj ambulanti Klinike za psihijatriju KBC-a Rijeka u tri različita razdoblja.

ISPITANICI I METODE

Ispitanici

Ispitanici su bili sve osobe starije od 65 godina koje su pregledane u Hitnoj psihijatrijskoj ambulanti KBC-a Rijeka u tri različita razdoblja: jedna godina (lipanj 1994./lipanj 1995. god.) u vrijeme Domovinskog rata (DR), jedna mirnodopska godina (MG) od prosinca 2002. g. do prosinca 2003. g i jedna godina u vrijeme ekonomske krize (EK) od prosinca 2012. g. do prosinca 2013. g. Podatci su prikupljeni iz registra bolesnika Hitne psihijatrijske ambulante KBC-a Rijeka.

Metode

Prikupljeni podatci statistički su analizirani i prikazani kao apsolutne i postotne vrijednosti, te kao aritmetička sredina \pm standardna devijacija za varijablu dob. Za analizu statistički značajnih razlika varijabli izraženih u nominalnoj mjernoj ljestvici korišten je hi-kvadrat test, odnosno jednosmjerna analiza varijance za varijablu dob. Statistička značajnost određena je na $p<0,05$. Podatci su analizirani putem SPSS 16 (*Statistical Package for the Social Sciences, version 16.0., SPSS Inc, Chicago IL*) statističkog programa.

REZULTATI

Prema podatcima dobivenima iz registra Hitne psihijatrijske ambulante Klinike za psihijatriju, KBC Rijeka u prvom ispitivanom razdoblju (vrijeme Domovinskog rata - DR) učinjeno je 276 pregleda, u drugom ispitivanom razdoblju (mirnodopska godina - MG) 447 pregleda, a u trećem ispitivanom razdoblju (vrijeme eko-

nomske krize - EK) učinjeno je 595 pregleda osoba starijih od 65 godina u Hitnoj psihijatrijskoj ambulanti. Od ukupnog broja pregleda u prvom ispitivanom razdoblju (DR) pregledana je 221 osoba, pri čemu njih 36 ima dva ili više dolazaka na kliniku u ispitivanom razdoblju. U drugom ispitivanom razdoblju (MG) pregledano je 337 osoba od čega ih 72 ima dva ili više dolaska na Kliniku u istoj godini. Od 453 pregledane osobe u trećem ispitivanom razdoblju (EK), 96 osoba su imale dva ili više dolazaka u istoj godini (tablica 1.).

Iz tablice 1. vidljivo je da se većina pregleda odnosi na jedan dolazak unutar ispitivanih dvanaest mjeseci u tri razdoblja. Jedan dolazak u prvom ispitivanom razdoblju ima 83,7 % od ukupnog broja osoba, u drugom ispitivanom razdoblju 78,6 % osoba, a u trećem ispitivanom razdoblju 78,8 % osoba. Vidljiv je trend smanjenja jednog dolaska u korist osoba s recidivom tijekom godine.

U tablici 2. prikazane su deskriptivne vrijednosti za spol i dob pregledanih osoba starije životne dobi unutar ispitivanih razdoblja (DR, MG, i EK) te statističke razlike.

Iz tablice 2. vidljivo je da je tijekom svih triju ispitivanih razdoblja omjer pregledanih muškaraca i žena podjednak, 60:40 u korist žena, te nije dobivena statistički značajna razlika. Prosječna dob pregledanih osoba starije životne dobi povećava se tijekom godine, te je dobivena statistički značajna razlika ($F=22,208$; $P=0,000$).

Nadalje nas je zanimalo kakva je udruženost pokušaja suicida s psihijatrijskim poremećajima kod osoba starijih od 65 godina koje su zatražile pomoć u Hitnoj psihijatrijskoj ambulanti KBC-a Rijeka u tri različita razdoblja. Dodatno nas je zanimala i učestalost ostalih dijagnoza kod ispitanika koji imaju neku od dijagnoza samopovrjeđivanja (dg. X) što je prikazano u tablici 3.

TABLICA 1. Deskriptivni podaci za broj pregleda, broj osoba i broj dolazaka prema ispitivanim razdobljima (DR, MG i EK)

	Domovinski rat (DR)	Mirnodopska godina (MG)	Ekonomска kriza (EK)
Broj pregleda	276	477	595
Broj osoba	221	337	453
Broj dolazaka			
Jedan dolazak	185 (83,7 %)	265 (78,6 %)	357 (78,8 %)
Dva dolaska	26 (11,7 %)	50 (14,8 %)	66 (14,6 %)
Tri dolaska	7 (3,2 %)	14 (4,2 %)	19 (4,2 %)
Četiri ili više dolazaka	3 (1,4 %)	8 (2,4 %)	11 (2,4 %)

TABLICA 2. Sociodemografska obilježja osoba starijih od 65 godina pregledanih u Hitnoj psihijatrijskoj ambulanti KBC-a Rijeka u tri ispitivana razdoblja (DR, MG i EK)

	Domovinski rat (DR)	Mirnodopska godina (MG)	Ekonomska kriza (EK)	Statistička značajnost
	N=221	N=337	N=453	
Muški	89 (40,1 %)	133 (39,5 %)	185 (40,9 %)	$\chi^2=0,175$ $p=0,916$
Ženski	133 (59,9 %)	204 (60,5 %)	268 (59,12 %)	
Dob	$71,81 \pm 6,16$	$73,23 \pm 6,65$	$75,33 \pm 7,23$	$F=31,208$ $P=0,000$

TABLICA 3. Udruženost pokušaja suicida s pojedinim psihijatrijskim poremećajima u ispitivananim razdobljima (DR, MG, EK)

Dijagnoze prema MKB-10 klasifikaciji bolesti	Domovinski rat (DR)		Mirnodopska godina (MG)		Ekonomска kriza (EK)	
	N	%	N	%	N	%
Samo X	0	0	13	59,1	6	40,0
F00-F09	9	100	6	27,2	6	40,0
F10-F19	0	0	1	4,6	0	0
F20-F29	0	0	0	0	1	6,7
F30-F39	0	0	2	9,1	2	13,3
Ukupno	9	100	22	100	15	100

Iz tablice 3. vidljivo je da ukupno 46 ispitanika ima dijagnozu X (9 u razdoblju DR, 22 u razdoblju MG i 15 u razdoblju EK). Njih ukupno 27 (58,7 %) ima još jednu dijagnozu, a učestalost dijagnoza koje se javljaju uz dijagnozu X prikazano je u tablici 3. Vidljivo je da u prvom ispitivanom razdoblju sve osobe (100 %) koje imaju dijagnozu X imaju i prateću dijagnozu F00-F09 koja je najučestalija prateća dijagnoza u razdoblju MG (27,2 %) i u razdoblju EK (40,0 %). U drugom ispitivanom razdoblju 13 (59,1 %) osoba s dijagnozom X nema prateću dijagnozu, a u trećem razdoblju prateću dijagnozu nema ih 6 (40,0 %). Statistički značajna razlika dobivena je kod usporedbe dijagnoza F00-F09 između različitih razdoblja ($\chi^2=6,48$ $p>0,05$), dok za ostale dijagnoze značajnost statističke razlike nije izračunata, jer niti jedna skupina dijagnoza ne zadovoljava uvjet od minimalno $N=5$.

RASPRAVA

Osobe starije životne dobi su specifična, osjetljiva i ranjiva skupina, a njihov se udio u populaciji progresivno povećava. Starenje je puno više od tjelesnog procesa jer osjećaj strosti ovisi o socijalnim i osobnim događajima, kao i o tjelesnom stanju, a i drugim vanjskim čimbenicima (14). Zbog toga je i naš interes

bio ispitati utjecaj društvenih stresora, kao što je Domovinski rat i ekonomska kriza na pojavu psihičkih bolesti u tih osoba. Naime, vrlo je važno na vrijeme prepoznati i liječiti psihičke poremećaje kod osoba starije životne dobi kako bi se poboljšala njihova kvaliteta, budući je njihova zastupljenost u populaciji sve veća.

U ovom je radu analizirana učestalost psihiatrijskih dolazaka osoba starijih od 65 godina u Hitnu psihijatrijsku ambulantu Klinike za psihijatriju KBC-a Rijeka u tri različita razdoblja: jedna godina (svibanj 1994. do svibanj 1995. g. u vrijeme Domovinskog rata (DR), jedna mirnodopska godina (MG) od prosinca 20012 do prosinca 2013. g i jedna godina u vrijeme ekonomske krize (EK) od prosinca 2012. do prosinca 2013. g.

Godine su odabранe kako bismo ispitivali utjecaj dvaju različitih društvenih stresora, rata i ekonomske krize, na učestalost dolazaka osoba starijih od 65 godina koje su tražile psihijatrijsku pomoć u Hitnoj psihijatrijskoj ambulanti u odnosu na godinu bez utjecaja društvenih stresora.

Rezultati ovog istraživanja ukazuju na to da su osobe starije životne dobi najčešće tražile psihijatrijsku pomoć u vrijeme ekonomske krize, a najmanje za vrijeme Domovinskog rata.

Većina psihijatrijskih pregleda u sva tri ispitivana razdoblja odnosi se na jedan dolazak u tijeku jedne godine i iznosi oko 80 %. Vidljiv je trend smanjenja prvog pregleda u Hitnoj psihijatrijskoj ambulanti u korist osoba s više pregleda tijekom godine.

U razdoblju Domovinskog rata samo su tri osobe imale četiri i više dolazaka (1,4 %), dok se taj broj povećava i iznosi (2,4 %) od ukupnih dolazaka u mirnodopskom razdoblju i razdoblju ekonomske krize.

Dobiveni rezultati ovog istraživanja ukazuju da je ekonomska kriza jači stresni prediktor za psihičke smetnje kod osoba starije životne dobi budući da dovodi do socioekonomske deprivacije s posljedičnim poremećajem obiteljske kohezije, emocionalne ravnoteže i gubitka socijalne potpore, u odnosu na izloženost ratnom stresu kojem su osobe starije životne dobi u Primorsko goranskoj županiji bile indirektno izložene (djeca na ratištu, uz stalnu prisutnost medijske izloženosti izvještajima o ratnim zbijanjima).

Tijekom svih triju ispitivanih razdoblja omjer pregledanih muškaraca i žena bio je podjednak u omjeru 60:40 u korist žena, te nije dobivena statistički značajna razlika. Prosječna dob osoba starije životne dobi povećava se tijekom godina, te je dobivena statistički značajna razlika ($F=22,208$; $P=0,000$), što je i očekivano s obzirom na produženje životnog vijeka starije populacije.

Prema podatcima Svjetske zdravstvene organizacije za Hrvatsku 1997. god. najučestalija samoubojstva bila su u dobnoj skupini od 64 do 74 god., a najčešći uzrok bio je neliječena depresija (15).

Rezultati našeg istraživanja potvrđuju da je najveći broj pokušaja suicida osoba starije životne dobi, koje su zatražile pomoć u Hitnoj psihijatrijskoj ambulanti, bio u mirnodopskom razdoblju, ali nema statističke značajnosti u pokušajima suicida u sva tri ispitivana razdoblja.

Produljenjem životnog vijeka sve više starijih osoba podložno je razvoju depresije, te je depresija prepoznata kao najčešći duševni poremećaj u starosti, o čemu izvještavaju i rezultati drugih radova (16). Depresija pogoršava morbiditet, ali bitno utječe i na mortalitet osoba u smislu rizika za suicid te je dvostruko veći nego u osoba mlađe dobi.

Prevencija suicida glavni je cilj liječenja osoba starije životne dobi stoga je vrlo važno na vrijeme prepoznati depresiju kod starijih osoba, kako bi se što ranije započelo liječenje s dostupnim psihofarmacima uz psihosocijalni i psihoterapijski tretman (16). Nadalje smo u našem radu istraživali povezanost pokušaja suicida s određenim psihijatrijskim dijagnozama kod osoba starije životne dobi koje su zatražile pomoć u Hitnoj psihijatrijskoj ambulanti u tri ispitna razdoblja. Rezultati pokazuju da je 19 bolesnika imalo samo dijagnozu pokušaja suicida (13 u mirnodopskom razdoblju, a 6 u vrijeme ekonomske krize), a 27 ih ima još jednu psihijatrijsku dijagnozu. Vidljivo je da u prvom ispitivanom razdoblju sve osobe koje su pokušale suicid imaju dijagnozu iz kruga organskih psihičkih poremećaja i demencija, a koja je bila i najučestalija prateća dijagnoza i u mirnodopskom razdoblju, kao i u razdoblju ekonomske krize.

Statistički značajna razlika dobivena je pri usporedbi dijagnoza F00-F09. Mentalni poremećaji izazvani psihoaktivnim tvarima između različitih razdoblja ($hi\text{-kvadrat}=6,48$, $p>0,05$). Ovako dobiveni rezultati ne podudaraju se s nekim istraživanjima, kao npr. s rezultatima skupine autora koji ukazuju na povezanost pokušaja suicida kod osoba starijih od 70 godina, s velikim depresivnim poremećajem i blagom depresijom, dok se pokušaji suicida ne dovođe u vezu s demencijom (17). S druge strane, postoje radovi koji ukazuju na moguću povezanost pokušaja suicida i ranih demencija, te tako opisuju osobe starije životne dobi koje su učinile suicid i u kojih su *post mortem* u 5 %

slučajeva nađene organske promjene mozga karakteristične za blage demencije (18).

Zanimljivo je istaknuti kako u mirnodopskom razdoblju 13 osoba nema uz dijagnozu pokušaja suicida prateću dijagnozu, dok u vrijeme ekonomskih krize 6 ih nema prateću dijagnozu, što otvara pitanje mogućeg postojećeg depresivnog poremećaja koji kod dolaska u Hitnu psihijatrijsku ambulantu nije dijagnosticiran, a što bi bilo sukladno istraživanjima skupine autora koja na prvom mjestu kod osoba starije životne dobi navode razlog za pokušaj suicida veliku depresivnu epizodu (19).

U istraživanju koje je provedeno u multicentričnoj studiji u više od deset centara diljem Europe, o pokušajima suicida kod osoba starije životne dobi, navodi se da su pokušaji suicida češći kod samaca, udovaca, osamljenih i onih koji žive sami (20), dok skupina drugih istraživača ističe važnost određenih drugih čimbenika za pokušaj suicida kod osoba starijih od 65 godina, u američkoj populaciji, kao što su socijalna izolacija, prekomjerna konzumacija alkohola, nepokretnost, teške tjelesne bolesti u kojima osoba trpi jake bolove, i osobe u procesu žalovanja (16), što ostavlja mogućnost daljnog istraživanja i kod naših bolesnika.

Iako rezultati našeg rada ne ukazuju da je u vrijeme ekonomskih kriza bilo više pokušaja suicida u osoba starije životne dobi, nego u vrijeme Domovinskog rata i u mirnodopskom razdoblju, moramo uzeti u obzir rezultate više istraživanja koja su objavljena u preglednom članku skupine autora, koji navode da su socioekonomski faktori povezani sa suicidima osoba starije životne dobi, osobito muškaraca, dok su žene manje vulnerabilne, i to naročito one u gradskim sredinama. Zbog navedenog potrebna je pažljiva i brza procjena socioekonomskih faktora koji mogu biti precipitirajući za pokušaje suicida i sam suicid u osoba starije životne dobi (19).

ZAKLJUČCI

351

Rezultati ovog istraživanja ukazuju da su osobe starije životne dobi najčešće tražile psihijatrijsku pomoć u vrijeme ekonomskih kriza, a najmanje u vrijeme Domovinskog rata. Što se tiče spolne pripadnosti u sva tri ispitivana razdoblja nema statističke značajne razlike između muškaraca i žena, iako je u sva tri razdoblja bilo više pregledanih žena, nego muškaraca. Prosječna dob pregledanih osoba starije životne dobi povećava se u ispitivanim razdobljima, te je najniža u vrijeme Domovinskog rata, a najviša u vrijeme ekonomskih kriza. Nema statistički značajne razlike u pokušajima suicida u sva tri ispitivana razdoblja kod osoba starije životne dobi pregledanih u Hitnoj psihijatrijskoj ambulanti. U razdoblju Domovinskog rata kod svih osoba starije životne dobi koje su pokušale suicid prateća dijagnoza bila je iz skupine organskih psihičkih poremećaja i demencija, što je najčešća prateća dijagnoza i u mirnodopskom razdoblju i u vrijeme ekonomskih kriza. Pokušaji suicida kod osoba starije životne dobi u vrijeme Domovinskog rata i ekonomskih kriza nisu bili udruženi s poremećajima vezanima za psihoaktivne tvari. Stresori ekonomskih kriza koji dovode do ekonomskih nesigurnosti i neizvjesnosti u ljudi su jači stresni prediktor za psihičke smetnje kod osoba starije životne dobi, nego izloženost ratnom stresu.

Rezultati ovog istraživanja upućuju na potrebu jačanja prevencije psihičkih smetnji u osoba starije životne dobi u vrijeme ekonomskih kriza na način aktivnog uključivanja članova obitelji, obiteljskog liječnika, patronažne službe, socijalne skrbi, vjerskih i kulturnih zajednica, te drugih nadležnih institucija jer će se pružanjem adekvatne pomoći i skrbi umanjiti vulnerabilnost čime se umanjuje mogućnost razvoja psihičkih bolesti osoba starije životne dobi.

LITERATURA

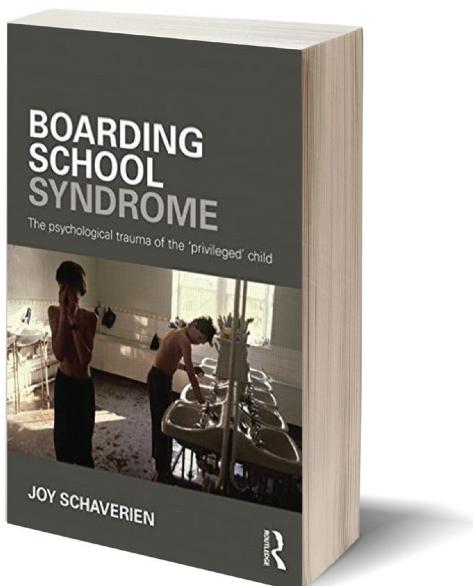
1. Tomek Roksandić S, Čulig J. Živjeti zdravo, aktivno produktivno starenje. Zagreb: Pliva d.o.o, 2005, 5-10.
2. Mimica N., Jukić Kušan M. Demencija - svjetski javnozdravstveni prioritet. U: Klepac N, Borovečki F, ur. Praktičan pristup bolesniku s demencijom. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, 2016, 1-7.
3. Strateški okvir za zdavlje Primorsko-Goranske županije. Briga za osobe treće životne dobi, Rijeka, 2005, 10-11.
4. Žganec N, Rusac S, Laklja M. Trendovi u skrbi za osobe starije životne dobi u Republici Hrvatskoj i u zemljama Europske unije. Pregledni znanstveni rad udk:364.65-053.9(497.5)
5. Belan I. Zablude o starenju. Narodni zdravstveni list 2014; 12.
6. Frančišković T, Moro Lj i sur. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada, 2004; 206-209.
7. Pernar M, Frančišković T. Psihološki razvoj čovjeka. Rijeka: Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci - Biblioteka „Izazovi u psihijatriji“. 2008., 105-109.
8. Akiskal SH. Mood Disorders: Clinical features. U: Kaplan & Sadock's, ur. Comprehensive Textbook of Psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005, 1611-52.
9. Small WG. Alzheimer's Disease and Other Demetias. U: Kaplan & Sadock's, ur. Comprehensive Textbook of Psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2005, 3687-93.
10. Cohen F. Measurement of coping. U: Kasl SV, Cooper CU, ur. Research methods in stress and health psychology. Chichester: John Wiley & Sons, 1995, 283-305.
11. Poredić D. Izloženost ratnim događajima i kvaliteta života starijih osoba u Kutini i Petrinji. UDK 364.65-053.9(497.5)*355.018(497.5). Dostupno na:<http://www.hrcak.srce.hr/file/5659> Pristupljeno 12.10.2016
12. Čatipović V, Novalić D. Utjecaj ekonomske krize na stopu samoubojstva na području Bjelovarsko-bilogorske županije. UDK:338.124.4:616.89-008.441.44(497.5-35). Dostupno na <http://www.hrcak.srce.hr/file/166495>
13. Tomljanović M. Mentalne bolesti u Primorsko-goranskoj županiji od 1995. do 2009. godine. Med flum 2013; 49: 76-84.
14. Tomek-Roksandić S i sur. Zaštita zdravljiva starijih osoba u Hrvatskoj - gerontološko javno zdravstveni menadžment. Gerontološki simpozij Zdravstveni prioriteti u brizi za osobe starije životne dobi. Zagreb: Nastavni zavod za javno zdravstvo, 2015.
15. Mimica N, Kušan Jukić M. Depresija u osoba starije životne dobi: specifičnosti kliničke slike i smjernice za liječenje, Medix 2013; 106: 213-18.
16. Wiktorsson S, Runeson B, Skoog I, Ostling S, Waern M. Attempted Suicid in the Elderly: Characteristic of Suicide Attempts 70 Years and Older and a General Population Comparison Group. Am J Geriatr Psychol 2010; 18: 56-67.
17. Lyness J.M, Conwell Y, Nelson JC. Suicide Attempts in Elderly Psychiatric Inpatients. J Am Geriatr Soc 1992; 40: 320-24.
18. Harwood D, Hawton K, Hope T, Jacoby R. Psychiatric disorder and personality factors associated with suicide in older people: A descriptive and case-control study. Int J Geriatr Psychol 2001; 16: 155-6.
19. Di Leo D, Padoani W, Scocco P i sur. Attempted and completed suicide in older subjects; results from the WHO/EURo multicentre study of suicidal behaviour. Int J Geriatr Psychol 2001; 16: 300-10.
20. Innamorati M, Tamburello A, Lester D, Rigucci S, Amore M. Socioeconomic Risk Factors in the Precipitation of Suicide in the Elderly. Open Geriatr Med J 2009; 2: 28-33.

Joy Schaverien

Boarding school syndrome: the psychological trauma of the „privileged“ child

/ Internatski sindrom: psihološka trauma „privilegiranog“ djeteta

Routledge, London, 2015.



Psihoterapeutkinja, autorica mnogih stručnih knjiga i jungovska analitičarka Joy Schaverien (rođena 1943.) u svojem je dugogodišnjem terapijskom radu s odraslima koji su pohađali internatske škole u Engleskoj uvela novi stručni termin *Boarding school syndrome* („internatski sindrom“). Godine 2011. prezentirala ga je u časopisu *British Journal of Psychotherapy* i opisala ga kao „britansku formu zlostavljanja djece putem socijalne kontrole.“ Iako sama nije pohađala internat, od 90-ih je godina 20. stoljeća počela sustavno istraživati taj problem, posebice otkada je u analizi jednog odraslog pacijenta otkrila psihološke traume izazvane ranim odlaskom u internat.

U liječenju svojih bolesnika koji su prošli kalvariju nefleksibilnog internatskog sustava školovanja Schaverien je s nepokolebljivom pouzdanošću, empatijom i istančanim smisлом za psihodinamiku usmjeravala i rješavala njihove razvojne povrede i oštećenu sposobnost za uspostavu zdravih objektnih odnosa, što je zorno pokazala i u knjizi. Usto, autorica je knjige izvorno akademska slikarica te je svoj talent i kreativne sposobnosti vještoto prenijela i primjenila u psihoterapijskom radu s pacijentima te time još jedanput dokazala da u psihoterapiji itekako ima mjesta i za umjetnost.

Duboko razumijevajući patologiju selfa i objektnih odnosa svojih pacijenata koji su već kao sedmogodišnjaci podvrnuti odgoju u strogim internatima, Schaverien je opisala pukotine koje nastaju u njihovoј privrženosti, probleme s intimnošću i povjerenjem u druge, različite strategije preživljavanja poput disocijanja, potpunog maskiranja ili skrivanja osjećaja, što im je onemogućavalo življenje života punim plućima.

Pokušavajući dočarati čitatelju razmjere tog problema, autorica je u predgovoru navela korisne statističke podatke. Naime, 1987. godine 25 % djece školske dobi pohađalo je ukupno 500 britanskih internata (i privatnih i državnih), dok ih je prema izvještaju ICS-a (engl. *Independent School Council*) godine 2013. bilo

znatno manje: 13,1 %, što pretvoreno u brojeve iznosi gotovo 67 tisuća školaraca.

Uz kolegu Nicka Duffella, autora prve knjige *The making of them* o psihološkim posljedicama internatskog školovanja (prema kojoj je 1994. godine snimljen i istoimeni film), Schaverien je, poigravši se naslovom filma, osmisila i kontinuiranu subspecijalističku izobrazbu za psihoterapeute (*The un-making of them*) za tretiranje bivših polaznika internata (kako se sami nazivaju *boarding school survivors*) te njihovih obitelji. Ipak, o tom fenomenu pisalo se i desetljećima prije Schaverien i Duffella te su romani slične tematike, svrstavani u školski podžanr, imali mahom biografsku i didaktičku autorsku notu. Unatoč tomu, kao da je vladala sveopća kulturna amnezija povezana s tradicijom britanskih internatskih škola te su se priče o njima posve ignorirale. U tom je smislu autorica Schaverien zaključila da se takvo stanje ponavlja i danas u psihoterapijskim seansama: pacijenti – bivši polaznici internata – u uroti šutnje, prožeti osjećajem srama ne iznose svoja najbolnija sjećanja na školske dane duboko uvjereni da im nitko neće povjerovati, a psihoterapeuti često (ne)svjesno izostave ili previde važnost minucioznih detalja pacijentove prošlosti. Upravo zato ova knjiga ima veliku važnost u kidanju začaranog kruga šutnje, u razotkrivanju, imenovanju i analiziranju traumatskih iskustava svih koji su proživjeli i preživjeli internatski sustav školovanja.

Temu knjige autorica je razložila u četiri poglavlja napisana na 247 stranica. Knjiga sadržava i brojne ilustracije, ponajprije crteže koje su u psihoterapijskom procesu izradili autoričini pacijenti. Što se bibliografskih jedinica tiče, autorica se služila sa 167 literarnih navoda od kojih je trećina novijega datuma (od 2005. do 2015.) uz šest autocitata. Osim stručne psihologische i psihoterapijske literature autorica je rabila i recentne članke istraživačkog novinarstva iz dnevnih novina te snimljeni radijski i televizijski materijal produkcije BBC 4

nastao prema potresnim i dirljivim svjedočanstvima nekadašnje internatske djece.

Nakon uvodnog dijela u kojem nas ukratko upoznaje s novim psihopatološkim fenomenom tzv. internatskog sindroma, psihoterapeutkinja Joy Schaverien u prvom poglavlju znakovitog naslova „*U ime privilegija*“ (engl. *In the name of privilege*) obrađuje dramatičnu povijest internatskoga školskog sustava u Velikoj Britaniji. Tijekom psihopovijesne perspektive čitatelji saznaju da tradicija britanskih internata datira od prve škole *The Kings School* u Canterburyju, otvorene davne 598. godine. Budući da su ravnatelji internata bili slabo plaćeni, od 17. se stoljeća uvodi praksa dodatnog plaćanja usluga smještaja i hrane za učenike. Autorica navodi i mnogo drugih problema. Primjerice, u razredima je bilo premalo učitelja, uz prevelik broj učenika (od 70 do čak 140), što je značilo nekvalitetno obrazovanje i neadekvatan nadzor. I spavaonice su bile goleme s desetinama djece različite dobi u kojima su se u okrilju noći događala najsurovija zlostavljanja. Iz dostupnih povijesnih izvora autorica spominje da su se u Dulwichu u 18. stoljeću dječaci slali u internat već s tri ili četiri godine, iako je uobičajena praksa bila sa sedam. Sve do sredine 19. stoljeća u većini internata vladale su sveopća anarhija i brutalnost u kojima su stariji dječaci ubijali mlađe, navodili ih na rizična ponašanja, samoubojstvo ili seksualna zlostavljanja. Također, stariji su dječaci provodili ropsku stegu nad mlađima i svatko tko je bio visoko na ljestvici „vlasti“ imao je svojeg „roba“ (engl. *flag*), što je bilo gotovo institucionalizirano, poput standarda ponašanja (a zapravo institucionaliziranog standarda zlostavljanja), što je označavalo da dječak pripada višoj klasi. Ženski internati počeli su se otvarati tek u 19. stoljeću te su u skladu s viktorijanskim moralom ravnateljice (engl. *headmistresses*) vodile računa o brojnim detaljima koji su današnjemu modernom čovjeku nezamislivi. Djevojčice i djevojke nisu smjele

imati zrcala, morale su se moliti, prati, čitati i spavati na točno određene načine. O menstruaciji se nikada nije govorilo, svoja tijela nisu smjele gledati pa su se prale u manjim grupama ogrnute plahtama. Nisu im bile dopuštene ni „neuredne“ frizure, čak ni nepoćudne poze prilikom spavanja (primjerice spavanje raširenih nogu), što je sve upućivalo na suptilnu formu socijalne mizoginije, ali i na deprivaciju od intimnosti, ljubavi i tjelesnog kontakta.

U drugom poglavlju „Život u tuđini i iscjeljivanje“ (engl. *Exile and healing*) autorica opisuje specifičnu razvojnu traumu internatske djece preko Thea – oženjenog četrdesetogodišnjaka, oca troje djece, situiranog i uspješnog u profesijskom s nekolicinom muških prijatelja. U prikazu bolesnika autorica pomno prikazuje Theovo napredovanje kroz višegodišnji psihoterapijski proces, internatsku torturu kroz koju je prošao kao 8-godišnji dječak, strah za vlastiti život, svjedočenje zlostavljanju druge djece te vlastiti osjećaj zarobljeništva, bespomoćnosti i napuštenosti od majke, što je rezultiralo simptomima posttraumatskoga stresnog poremećaja. Reminiscirajući, Theo je iskoristio prošle događaje kako bi u terapijskom procesu razumio i eventualno promijenio sadašnje (osjećaj alieniranosti u obitelji, nepovjerenje u terapeutu, u svoju ženu i svijet oko sebe). Dječak koji je iznenadno izgubio sigurnu bazu, preosjetljiv na najmanji znak odbacivanja cijeli se život borio sa stalnim osjećajem opreza i nepovjerenja prema drugima. Njegova terapeutkinja, autorica knjige, opisala je dva stanja njegova selfa: internatski self (engl. *boarding school self*) koji je bio potreban za Theovo puko preživljavanje te kućni self (engl. *home self*) - self nježnog i živog dječaka kakav je bio do polaska u internat. Dva aspekta njegova funkcioniranja stalno su se sukobljavala pa je onaj prvi self branio Theu da plače, da gleda, da osjeća, čak i da se katkada miče. Theo je ovim riječima opisao svoju rascijepljenošć koju je osjećao kao dječak u internatu: „Kao da smo bili dva ja:

ja i moj mlađi brat, kojega sam morao ubiti jer je previše osjećao.“ Internatski self prozvao je „kontrolorom“ jer ga je anestezirao, ali mu je i spašavao život u školskom okružju, no u odrasloj dobi sabotirao život kočeći emocije.

Amneziju, tugovanje, osjećaj napuštenosti i čežnju za domom dječaka i djevojčica iz internatskih škola autorica je razložila u trećem poglavlju „Razbijene privrženosti: skrivena trauma“ (engl. *Broken attachments: a hidden trauma*). Amneziji daje središnje značenje u razumijevanju i tretiranju traume internatske djece, koju mlađi školarci često konvertiraju u tjelesne simptome. U daljnjoj analizi autorica Schaverien tzv. internatski sindrom izjednacava s disocijativnim poremećajem pri čemu obrambeni mehanizmi stvaraju rascjep te se traumatski događaji mogu gotovo potpuno zaboraviti, a osoba može biti posve funkcionalna u svakodnevnom životu. Sve do trenutka iznimnog stresa, kada se traumatsko iskustvo ponovo može reaktivirati manifestirajući se različitim, za pacijenta često neobjasnivim, *acting outima*. Osjećaj zatočenosti u internatu združen je sa željom i fantazijama o bijegu, a rana separacija potiče dječju čežnju za idealnom majkom. Budući da su dječaci i djevojčice iz internata iskusili premalo prave bliskosti, u odrasloj dobi svoje ljubavne partnere tretiraju slično: nadajući se da će pronaći idealni ljubavni objekt, istodobno ga ocrnuju kao nepouzdani i nesigurani.

U posljednjem poglavlju autorica naglašava kompleksna pitanja tjelesnog selfa (engl. *The boarding school body*) opisujući običaje (ili kako sama kaže: tiraniju) jedenja, tuširanja, spavanja, razvoja ljubavnih odnosa i ulaska internatske djece i mlađih u različite seksualne aktivnosti. Mjesta jedenja, održavanja higijene i spavanja u internatu mjesta su najsnažnijih podsjetnika o gubitku sigurne baze školaraca. Autorica naglašava da su to prostori gdje djeca nemaju privatnosti i u kojima nema mogućnosti potpunog opuštanja, a kamoli sanjarenja.

Hrana postaje samo sredstvom preživljavanja (a ne uživanja), a jedenje bučan, kaotičan, kompetitivan, ubrzan i visokouznamirujući događaj. Internatska hrana školarcima postaje strana jer je u svakom pogledu drukčija od kućne, simbol je i povrede osobnih granica jer je još donedavno postojala stroga zabrana odlaska od stola dok se sve s tanjura ne pojede. Iako je većina internatske djece stalno tjelesno gladna hrane, neadekvatne i strane porcije hrane potiču stalnu želju za njom i djeca ju počinju samo „konzumirati“. Autorica nadalje objašnjava da takva situacija povećava njihovu emocionalnu glad za izgubljenim domom i pojačava nezadovoljenu dječju čežnju za ljubavlju i nježnošću. No, i tu se događa slično: glad i pohlepa za ljubavlju, kao i za hranom, rezultira još jačim nepovjerenjem, osjećajem izdanosti i napuštenosti.

Knjiga autorice Schaverien iznimno je seriozno stručno štivo s brojnim kliničkim primjerima jer dokumentira, oštro kritizira i zapravo dovodi u pitanje višestoljetnu tradiciju i praksu britanskog internatskog školovanja. Tradiciju koja je temeljena ponajprije na maskulinom principu prema kojem se u stilu viktorijanskih običaja odbacuje sve što je povezano s emocijama, poput pokazivanja osobina vulnerabilnosti ili slabosti. Također, razotkriva najteže forme zlostavljanja djece koje su prikazivane kao legitimne odgojne me-

tode izvorno zamišljene za poticanje socijalne odgovornosti i brige starijih školaraca prema najmlađima (engl. *fagging system*), do snobovštine koja se mogla prepoznati u njegovaju ekskluzivnog etosa škole ili čak stila govoru i naglaska kao specifičnoga subliminalnog markera kojim su se bivši polaznici internata u britanskom društvu mogli lako međusobno prepoznati.

Dr. Joy Schaverien ovim je djelom osim psihoterapijskog dijaloga približila i umjetnički senzibilitet pacijenata s tzv. internatskim sindromom, koji se inače veoma rijetko mogu vidjeti u javnosti. Bogata crtačka produkcija prikazana u knjizi bila je pravi odraz psihodinamske situacije uklopljene u sveobuhvatnu sliku pacijenta. Gdje je verbalizacija osujećena, likovni izraz postaje jedna od kreativnih mogućnosti razotkrivanja. Baš zato su crteži dali još jedan pečat autentičnosti terapijskog procesa, a reprezentativni simboli na slikama snažna su i necenzurirana poruka, istinsko zrcalo opisanog vremena i specifičnoga školskog okružja. Svojim integrativnim pristupom Joy Schaverien omogućila je čitateljima dodatni uvid u pacijentovu psihičku aktivnost, a pacijentu održavanje svoje ekspresivne sposobnosti, svojega pravog selfa i ponovo pronađenoga ljudskog dostojanstva.

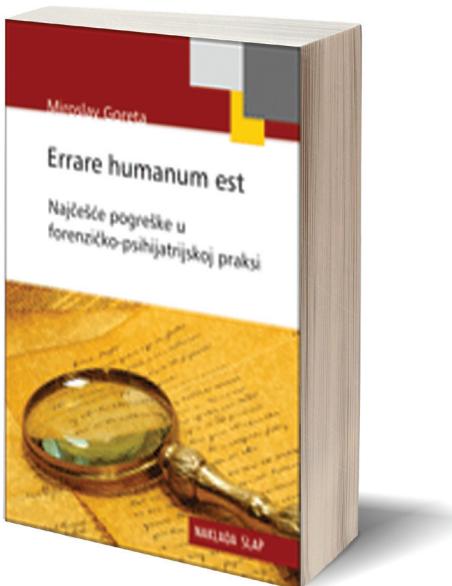
ALEKSANDRA MINDOLJEVIĆ DRAKULIĆ

Miroslav Goreta

Errare humanum est – najčešće pogreške u forenzičko-psihijatrijskoj praksi

/ *Errare humanum est – the most frequent errors in forensic-psychiatric practice*

Naklada Slap, Jastrebarsko, 2015.



U izdanju renomirane Naklade Slap (iz Jastrebarskog) krajem 2015. objavljena je najnovija knjiga Miroslava Gorete. Riječ je o knjizi pod naslovom „**Errare humanum est – najčešće pogreške u forenzičko-psihijatrijskoj praksi**“. Ovo je osma Goretina samostalna knjiga - do sada je objavio sedam samostalnih knjiga (*Forensic Psychiatry, Psychoanalysis and Criminal Law*, 2004., *Koncept smanjene ubrojivosti u supranacionalnom kaznenom pravu (psihijatrijski pristup)*, 2008., *Primjena fizičke sile u psihijatrijskom tretmanu*, 2009., *Profesionalna odgovornost psihijatra*, 2010., *Psihijatrijska vještačenja povrede duševnog integriteta kao oblika neimovinske*

štete, dva izdanja: prvo izdanje 2008. i II. izmijenjeno i dopunjeno izdanje, 2011., *Načelo razmjernosti u psihijatrijskoj teoriji i praksi*, 2012. i *Psihijatrijski kriteriji pri povredi duševnog integriteta*, 2015. – dvije je knjige objavio i na engleskom), 13 knjiga u kojima je koautor i suurednik (*Forenzičko psihijatrijske aktualnosti*, 1984., *Smisao življenja i pojava samoubojstva*, 1993., *Psihijatrija i zakon*, 1998., *Bibliografija publiciranih radova suradnika Psihijatrijske bolnice Vrapče 1879.-1999.*, *Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama - ideje, norme, implementacija, evaluacija*, 2000., *Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama s komentarom i prilozima*, 2001., *Psihijatrijska vještačenja, Zbirka ekspertiza, Knjiga prva: Kazneno pravo*, 2004. *Zbornik sažetaka magisterija, doktorata i radova objavljenih u časopisima indeksiranim u bibliografskim bazama podataka zaposlenika Psihijatrijske bolnice Vrapče*, 2004., *Psihijatrijska vještačenja, zbirka ekspertiza, knjiga druga: Građansko pravo*, 2006., *Psihijatrijsko vještačenje ovisnika o drogama i kockanju*, 2012., *Psihijatrijska vještačenja – Knjiga treća: Novi doprinosi, kontroverze, perspektive*, 2015., *Social Character and the Fall of Communism*, 1993. *Habits of Balkan Heart*, 1993.) i jednu brošuru (*Psihijatrijska bolnica Vrapče 1879-2004. hram čovječnosti – uvijek u službi svojih pacijenata*, 2004.). Njegovo se ime, dakle, nalazi na koricama 21 knjige.

Ova Goretina knjiga, s obzirom na pristup problemu koji obrađuje, a još više s obzirom na samu temu, mogla bi se označiti neobičnom, osebujnom i nesvakidašnjom. U prvi bi se mah moglo pomisliti, s obzirom da govori o stručnim (ali i etičkim) greškama na koje nailazi kao vještak od kojega se traži „drugo“ vještačenje („nadvještačenje“), a koje su počinili kolege psihijatri u prethodnom vještačenju, da se Goreta „obraćunava“ s neistomišljenicima i konkurentima. Za tu asocijaciju bolji poznavatelji Goretinog rada našli bi osnovu u njegovim višegodišnjim usmenim (na raznim stručnim i edukacijskim skupovima, ali i užim „debatnim klubovima“) upozoravanjima na problem nedovoljne stručne osposobljenosti, česte površnosti, ali i neetičnosti pojedinih vještaka. Očekivali bi zato „obračun“ s grešnicima. No, ništa od toga. Nema tu polemičkih tonova (jer Goreta zna da ako se u polemika kaže riječ više, a onda ta riječ stvara otpor koji postaje prepreka ispravljanju grešaka). Goreta polazi od naslova svoje knjige (ili joj naslov daje s obzirom na sadrža i pristup?) te kaže da je ljudski grijesiti (*Errare humanum est*). A da bi one koji grijese i sve druge ohra-brio na ispravak vlastitih grešaka kao moto knjige navodi misao Johna M. Templetona „*tko rijetko grijesi, rijetko nešto i otkriva*“. Dakle, grijesimo (ta ispravit ćemo greške), jer ćemo tako i otkrivati.

A Goreta otkriva i podastire nam na razmatranje mnoge greške na koje je našao u sudsko-psihijatrijskim ekspertizama. One su različite po uzrocima i posljedicama. Uočio je, kaže, da te pogreške i zablude nerijetko dovode i do ozbiljnih kršenja profesionalnih i etičkih standarda. Zato je, još prije desetak godina, odlučio popisati greške na koje nailazi te ih s odgovarajućim objašnjenjima i komentari-ma objaviti u posebnoj knjizi. Cilj mu je, kako kaže, knjigom razviti svijest kako se „svima nama (dakle i njemu – ne izuzima on sebe kao bezgrešnoga!) takve pogreške događaju znatno

češće nego što smo toga svjesni i da stoga stalno trebamo dodatno *raditi na sebi* i na ovom očito vrlo zanemarenom području“.

Interesantna je i ujedno vrlo praktična Goretina metodologija pristupa uređenju materijala (popisa grešaka) koji je sakupio za objavljanje. Knjigu je, naime, „radi što lakšeg snalaženja u traženju određenog pojma“ priredio kao „abecedno strukturirani rječnik/priročnik“. No, ovdje se, umjesto „dva-tri sinonima - i nekoliko kratkih natuknica - na mnogim mjestima nudi i znatno šira pojašnjenja, a mjestimično i relativno opsežnije članke“. Objasnjavajući u predgovoru „glavni metodološko-didaktički postupak“ koji je primijenio kaže da je „konkretna ilustracija pojedine pogreške vezana uz neku konkretnu profesionalnu situaciju koja počinje *apsolutno netočnom ili većim dijelom netočnom* tvrdnjom, a koja se potom pobija točnim odgovorom (s prepostavkom da bi upravo takva ilustracija s očiglednim „sudarom“ dviju suprotstavljenih tvrdnji mogla biti bolje zapamćena od standardnih „nekonfliktnih“ objašnjenja). Uvodne - netočne ili većim dijelom netočne - tvrdnje najvećim su dijelom (uz minimalne modifikacije) preuzete iz različitih, bilo kliničkih, bilo forenzičkih dokumenata, a samo su u manjem broju kreirane kao kompilacija sličnih stavova iz nekoliko različitih dokumenata ili literarnih izvora“.

Navodi, opisuje, komentira, konfrontira, ispravlja i objašnjava Goreta u ovoj knjizi 72 „netočne ili većim dijelom netočne tvrdnje“. Posvećuje im u pravilu karticu-dvije teksta. Međutim, u situacijama kada osjeti da je to potrebno, zna problem elaborirati i na desetak i više stranica (npr. pojam „alkoholemija – razina alkohola kao kriterij za ocjenu ubrojivosti“, ili pojmovi „duševna smetnja – pojmovno određene“, „mediji“...).

Ova je knjiga, koja je namijenjena ne samo forenzičkim psihijatrima, nego i svima onima koji se susreću sa psihijatrijskim vještačenjima (liječnicima, liječnicima na specijalizaciji

iz psihijatrije i subspecijalizaciji iz forenzičke psihijatrije – kojima je Goreta, kao i svojim kolegama u „Vrapču“, uputio niz „poslanica“ na istu temu, psihijatrima, psiholozima, socijalnim pedagozima, socijalnim radnicima, súcima, odvjetnicima i drugima) izrazito slojevita. Ta slojevitost, koja se možda prvim listanjem i čitanjem i ne uočava, jest na neki način i kontroverzna. S jedne strane osvjetjava mnoge psihijatrijske, pravne i jezične teorijske postavke i to u praktičnom kontekstu svake od tih pojedinih disciplina, a s druge jednostavan je priručnik za svakodnevnu upotrebu. Pristup pisanju, a onda i korištenju knjige, istovremeno je jednostavno-banalan i duboko-slojevit. Osnovni se cilj knjige - detekcija i popis grešaka koje se javljaju u sudsko-psihijatrijskim ekspertizama i nalozima suda za vještačenje, osvjetljavanje ovih grešaka i njihovo ispravljanje - postiže jednostavnim pristupom, ali slojevitim objašnjenjima. Nigdje Goreta ne kaže „ovo je pogrešno, a ovo je ispravno“, nego daktički, minijaturnim, gotovo virtuoznim, raspravama, dokazuje zbog čega je nešto pogrešno i što je i zašto nešto ispravno. Autor se ove

knjige prepoznaće ne samo kao veliki forenzički psihijatar, nego i izvrstan poznavatelj jezika. Upozoravajući i ispravljujući greške nastale na jezičnoj osnovi, a da na to izravno i ne upozorava, posebno će razveseliti jezične sladokusce.

Knjiga je ovo koju na svom radnom stolu treba imati svaki hrvatski psihijatar vještak, a u ladici, kako bi mu bila pri ruci, svaki sudac i odvjetnik koji u svom radu traži i interpretira forenzičko psihijatrijske ekspertize. Ona će ostati svjedokom vremena, ne zato što upućuje na greške, nego zato što te greške ispravlja. Ostat će svjedokom vremena i zato što će svjedočiti o tome kakve je forenzičke psihijatre, praktičare i teoretičare Hrvatska imala početkom 21. stoljeća.

I na kraju. Ljudski je griješiti, ali je ljudski upozoravati na greške i biti spremni ispraviti ih. A, ispravljujući greške učimo! Parafrazirajući moto ove knjige neka bude rečeno „tko često grijesi, često nešto i otkriva“. Sačuvaj nas, Bože, onih koji nikada ne grijese.

VLADO JUKIĆ

Koliko će nam pomoći smjernice?

/ How much will Guidelines help us?

ADRESA ZA DOPISIVANJE:

Prim. dr. sc. Branimir Margetić
Neuropsihijatrijska bolnica „Dr. Ivan Barbot“
Jelengradská 1,
44317 Popovača
Email: branimir.margetic@zg.t-com.hr

Dana 28. listopada 2016. u KB Vrapče održan je simpozij posvećen propisivanju psihofarmaka a kojem je neposredni povod, kako se čini, bila sve češća praksa određivanja novčanih kazni liječnicima i bolnicama od strane Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO) zbog nepoštovanja „smjernica u liječenju“. Prema tome, „pravni okvir“ kažnjavanja je temeljen na inzistiranju da se lijekovi propisuju samo za točno određene indikacije i/ili inzistiranju na određenom redoslijedu primjene lijekova za određene indikacije ako je odgovor izostao kod davanja prethodnog lijeka. Ovakva praksa je vjerojatno potaknuta uvjerenjem da će se na taj način značajnije smanjiti troškovi liječenja psihijatrijskih bolesnika.

Osnovne poruke skupa su bile da potrebe kliničke prakse nisu u skladu s onim što se naziva „smjernice HZZO-a“, te da stručna društva što prije trebaju izraditi „klinički relevantne smjernice“ a da se u međuvremenu do izrade novih smjernica moli prestanak kažnjavanja.

U potpunosti se slažem da je nužno potrebno napraviti smjernice i iste, što je više moguće, uskladiti s trenutnim znanjima. S druge strane, situacija je zbog cijelog niza razloga izrazito kontroverzna i u tom smislu želim dodati nekoliko komentara.

1. Zadnjih godina cijeli niz provjerenih, starih i redom jeftinijih antipsihotika i antidepresiva „ispadaju iz upotrebe“. Sigurno je da je potreba za njima, uz pojavu novih i profilom nuzdjevanja sigurnijih lijekova, smanjena. S druge strane, mogu se naći i podatci da se najteži oblici depresije još uvijek najbolje liječe „prastarim triciklicima“. S tim u vezi ima „svijetlih primjera“. Prije, vjerujem, nekih 5-7 godina s tržišta su nestale ampule promazina koje je proizvodila Pliva pod nazivom Prazine i vrlo brzo su zamijenjene s ampulama istog osnovnog sadržaja pod drugim nazivom. Cijena ovog drugog preparata je višestruko veća. Ono što je jasno je da cijeli niz relativno jeftinih lijekova više nije dostupan a da su mogući razlozi tome njihova cijena.
2. Dok za neke supstance postoji cijeli niz paralela, moguće je navesti i suprotne primjere. Znači da nešto što bi prema dostupnoj literaturi bilo nužno za liječenje učestalog poremećaja nikada nije niti bilo moguće propisati na račun HZZO-a, tj. na račun onih koji plaćaju zdravstvenu zaštitu. Na primjer, ADHD se „smatra prisutnim u svakom razredu“, smatra se dominantno nasljednim poremećajem, a farmakoterapija prva je „prva linija obrane“. To da kod

nas osnovni lijekovi za ADHD „nisu na listi“ onemogućava primjereno liječenje ovakvih bolesnika je činjenica, osim ako netko ne smatra da je liječenje stotina ili tisuća ovakvih bolesnika moguće provesti „iz okvira proračuna zdravstvene ustanove“ u kojoj je lijek preporučen.

3. Izjednačavati racionalnu praksu s krutim pridržavanjem za preporuke u smjernicama, a sve izvan smjernica proglašavati nepravilnim načinom propisivanja je često vrlo upitno, a ponekad, smatram, potpuno pogrešno. Na primjer, smjernice za primjenu antipsihotika kod shizofrenije uglavnom ne prepoznaju da je shizofrenija u biti grupa poremećaja pri čemu se simplex forma, katatona forma ili paranoidna forma „razlikuju ko' nebo od zemlje“. Nakon 25 godina staža u psihijatrijskoj bolnici, nisam u stanju kazati zašto bih, u današnje vrijeme, ja ili bilo tko s liječenjem simplex forme trebao započeti haloperidolom ili nekim drugim klasičnim antipsihotikom. Kod davanja ovog lijeka katatonoj formi prije bi očekivao pogoršanje nego poboljšanje i sigurno ga ne bih dao.

Ono što želim kazati je da smjernice jesu i trebaju biti samo putokaz u liječenju, pri čemu ništa ne može zamijeniti specifična znanja i kliničko iskustvo liječnika.

4. Nakon 15-tak godina rada na odjelu za forenzičnu psihijatriju želim naglasiti neke osobitosti „forenzične psihofarmakologije“ tj. tretmana agresivnih bolesnika. Nasilje nije dijagnoza, već kompleksno ponašanje prisutno i u normalnoj populaciji i povezano s cijelim nizom različitih čimbenika. Ukratko, niti jedna dijagnoza ne objašnjava pojavu nasilja samog po sebi, ali je isto češće povezano s cijelim nizom psihijatrijskih poremećaja. Liječenje psihijatrijskog poremećaja kod kojeg postoji i nasilje nema za cilj samo liječenje poremećaja, već i zaštitu okoline bolesnika; kako osoblja na odjelima

tako i članova obitelji i šire okoline. Stoga liječenje nasilnog bolesnika nema samo medicinski značaj, već i socijalni i pravni i ekonomski itd. Kakvo je stanje u našim psihijatrijskim bolnicama danas u odnosu na prije 20-30 godina mogu komentirati samo na temelju vlastitog dojma i razgovora s kolegama iz različitih ustanova. Na primjer, najčešći razlozi sputavanja shizofrenih bolesnika su agresija prema okolini, a studije kazuju da su najčešći objekti napada članovi osoblja. Evidentno je da se sputavanje danas znatno manje koristi nego prije. Logična pretpostavka je da su tome „pripomogli novi lijekovi“ te da zbog toga vjerojatno manji broj osoblja treba ići na bolovanje.

U okvirima forenzične psihijatrije najčešće se susrećemo s nasilnim psihičkim bolesnicima kod kojih je nasilje, bez obzira na neposredan motiv, češće povezano s rezistencijom na tretman. Kod takvih bolesnika se češće, i kod nas i u svijetu, daju visoke doze lijekova i češća je polipragmazija. Međutim, „znanstveni dokazi“ o korisnosti ovakve prakse su manjkavi. Između ostalog, razlozi manjkavosti su povezani s činjenicom da se ponekad radi o toliko poremećenim osobama da nisu sposobne dati informirani pristanak za sudjelovanje u studiji ili o etičkim dvojbama pri čemu bi se netko tko je počinio s psihopatologijom povezano najteže kažnjivo djelo trebao tijekom studije dobivati placebo. Kako god, studije ukazuju da je spomenuti način propisivanja lijekova češći kod liječnika s dužim kliničkim iskustvom.

Smjernice su nužne, treba ih napraviti za što veći broj poremećaja i kontinuirano uskladiti s najnovijim spoznajama. Međutim, ovdje mi se nameću dva pitanja. Prvo je, ima li HZZO obvezu uskladiti „svoje smjernice“ sa smjernicama koje bi u dobledno vrijeme napravila stručna tijela?

Drugo se pitanje odnosi na činjenicu da smjernice, bez obzira na njihovu složenost, ne mogu predvidjeti sve realne situacije. Prema tome, što napraviti u onim složenijim situacijama kad smjernice ne pomažu? „Okrenuti glavu“, ili očekivati kažnjavanje liječnika i ustanova?

Osobno nemam dvojbi da racionalna farmakoterapija uključuje i promišljanja o cijenama korištenih lijekova. To bi značilo, na primjer, da je za mene krajnje upitno (dugotrajno) propisivanje neke skupe terapije bez jasnih dokaza o njenoj značajnoj superiornosti u odnosu na neku drugu terapiju.

Međutim, sama mogućnost kažnjavanja liječnika jer je nekoga liječio, pomogao bolesniku (ponekad jeftinom) racionalnom terapijom koju „prepoznaju svi psihijatrijski udžbenici“, ili zato što je valjalo pomoći u nekom kompleksnijem slučaju, za mene je neprihvatljiva pa ako hoćete i uvredljiva.

S obzirom na sve gore navedeno, mišljenja sam da nove smjernice tek dijelom mogu riješiti problem i da nisu samo liječnici ti koji bi trebali racionalizirati svoje ponašanje.

BRANIMIR MARGETIĆ

Samosvojnost i osjećaj pripadnosti

/ Self-confidence and the feeling of affiliation

U POVODU...

Od 30. rujna do 1. listopada 2016. u zagrebačkom hotelu „Sheraton“ održan je 22. Međunarodni kongres Europske asocijacije za psihoterapiju (EAP), psihoterapeuta gotovo svih suvremenih lječidbenih pravaca. Kongres je privukao oko 200 sudionika, od toga pedesetak stranaca. Na Kongresu, koji je bio vrhunski edukativan, provokativan, informativan i inspirativan, čuli su se izvrsni i izvorni referati o najrecentnijim problematikama psiholoških klijenata i psihiatrijskih pacijenata, prikazima na uobičajeno visokoj razini prezentacije. Bila je obuhvaćena gotovo cijelokupna tematika suvremene psihoterapije, također i uz razna multidimenzionalna, poli- i kros-disciplinarna i pluriperspektivna područja kurentnog liječenja psihologičkim tehnikama i metodama.

Lokalni organizator bio je Savez psihoterapijskih udruga Hrvatske (SPUH). Suorganizatori su bili Hrvatski studiji Sveučilišta u Zagrebu. Predsjednica programskog odbora bila je dr. sc. Irena Bezić. Osam je sponzora pomoglo organizaciju.

Duša ovog Kongresa bio je predsjednik organizacijskog odbora prim. dr. Jadran Morović (DGIPH), gestalt terapeut, predsjednik SPUH-a. Izvrsna organizacija na čelu s dr. Morovićem zadovoljila je prestižne potrebe svih sudionika. Konsekutivno prevodenje sa službenog jezika – engleskog – osiguralo je spoznaje onima s poznanjem ostalih jezika.

Kongres je organiziran u 30 usmenih izlaganja, 4 plenarna predavanja, 4 okrugla stola,

2 oralne prezentacije uz diskusiju, 11 prikaza slučajeva, 18 radionica i 19 postera, 6 malih grupa i jednu veliku, predstavljanje knjiga i časopisa „Psihoterapija“ te 15 paralelnih događanja. Knjiga sa 140 sažetaka na engleskom jeziku ostaje trajan materijalni i duhovni spomenik ovom značajnom znanstveno-stručnom skupu.

Među sudionicima bio je psihoterapijska legenda prof. Graham Barnes, vrhunski edukator, koji je u Zagrebu, Puli i drugdje godina odgajao mnoge od nas psihoterapeuta u geštaltu, transakcijskoj analizi, kibernetskoj, egzistencijalnoj, hipnoterapiji i drugim psihoterapijskim smjerovima. Svaki je ugledni predavač prije svog referata bio predstavljen *out-line*-om svoje ekselentne biografije.

Kongres je održan pod univerzalnom sintagmom, motom i sloganom *Autonomy and a Sense of Belonging* (Autonomija i osjećaj pripadnosti), te je u tom znaku i smislu bila posvećena i intonirana većina predavanja i radionica.

Autonomija i osjećaj pripadnosti – vrlo je značajna tema u ovim promjenljivim vremenima u Europi i teško je pitanje kako najbolje skrbiti za tisuće migranata koji bježe iz ratom razorenih zemalja i traže upravo to – samosvojnost i osjećaj pripadnosti. Upravo se tome i teži u EAP-u. Radi se sve kako bi psihoterapija postala priznata kao neovisna djelatnost, uz njenu istodobnu autonomiju, ali i pripadnost zdravstvenim djelatnostima. I dok se nastoji usaglasiti kvalitetne standarde izobrazbe, mora se imati na umu različitost puteva kojima se mora proći kako bi se postalo psihoterapeu-

timu. Postavljaju se mnoga pitanja: kako biti uključiv i istodobno zadržati visoke standarde; nalaziti načine da se prihvate različitosti. Popis je dugačak – naglasila je u pozdravnoj riječi prilikom otvaranja Kongresa Celia Scanlan, predsjednica EAPa.

Prim. Jadran Morović kaže: „Toliko je mogućih kontradiktornosti u shvaćanju naziva autonomnost i osjećaj pripadnosti u psihoterapiji, psihoterapijskom odnosu, razumijevanju psihoterapijskog postupka, u potrebi korisnika i svih nas... Dugogodišnje učenje psihoterapije, proces postajanja psihoterapeutom nas vodi

od edukacije, preko individualne terapije i supervizije, a na kraju nam daje užitak u radu s klijentima. Kongresi kao ovaj donose mogućnost – uz druženje i upoznavanje kolegica i kolega i njihovog rada stalno učimo, spoznajemo i usavršavamo vlastite vještine za rad proširujući našu svjesnost.“

Ostvarila se Jadranova nada da je Kongres ispunio naša očekivanja i stvorio priliku da ste knemo nove spoznaje za naš rad.

LJUBOMIR RADOVANČEVIĆ i
VESNA LECHER-ŠVARC

Kongresi u 2017. godini

/ Congresses in 2017

5th Child and Family Behavioral Health Conference

Abu Dhabi, 12. – 14. siječnja 2017.

Treating Schizophrenia Conference

London, 18. – 19. siječnja 2017.

American Psychoanalytic Association National Meeting

New York, 18. – 22. siječnja 2017.

Pediatric Psychopharmacology Update Institute

San Francisco, 20. – 21. siječnja 2017.

31th Annual International Conference on Child and Family Maltreatment

San Diego, 31. siječnja – 3. veljače 2017.

19th Congress of the European Society for Sexual Medicine

Nica, 2. – 4. veljače 2017.

30th British Neuropsychiatry Association Annual General Meeting

London, 22. – 24. veljače 2017.

54th American College of Psychiatrists Annual Meeting

Scottsdale, 22. – 26. veljače 2017.

National Conference Dementias

Adelaide, 23. – 24. veljače 2017.

Treating the Addictions

Boston, 3. – 4. ožujka 2017.

2nd International Brain Stimulation Conference

Barcelona, 5. – 8. ožujka 2017.

6th Annual International Conference on Cognitive and Behavioral Psychology

Singapur, 6. – 7. ožujka 2017.

7th World Congress on Women's Mental Health

Dublin, 6. – 9. ožujka 2017.

28th Annual Meeting American Neuropsychiatric Association

Atlanta, 8. – 11. ožujka 2017.

ECNP Workshop for Junior Scientist in Europe

Nica, 9. – 12. ožujka 2017.

ECNP Seminar

Marija Bistrica, 23. – 25. ožujka 2017.

International Convention of Psychological Science

Beč, 23. – 25. ožujka 2017.

19th International Neuroscience Winter Conference

Sölden, 26. – 30. ožujka 2017.

6th European Conference on Clinical Neuroimaging

Rim, 27. – 28. ožujka 2017.

American Academy of Clinical Psychiatry Psychiatry Update

Chicago, 30. ožujka – 1. travnja 2017.

V International Congress of Dual Disorders

Madrid, 30. ožujka – 2. travnja 2017.

25th European Congress of Psychiatry

Firenca, 1. – 4. travnja 2017.

- ECNP School of Child and Adolescent Neuropsychopharmacology**
Venecija, 2. – 7. travnja 2017.
- 14. hrvatski psihijatrijski dani, Opatija**
5. – 7. travnja 2017.
- 23. dani Ramira i Zorana Bujasa**
Zagreb, 6. – 8. travnja 2017.
- 2nd Biennial EPATH Conference**
Beograd, 6. – 8. travnja 2017.
- Anxiety and Depression Association of America Annual Conference**
San Francisco, 6. – 9. travnja 2017.
- 13th International Conference on Psychiatry „Controversies in Diagnosis and Treatment in Psychiatry; Professional Experiences“**
Jeddah, 13. – 15. travnja 2017.
- 18th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry**
Firena, 19. – 22. travnja 2017.
- 24rd International Symposium about Current Issues and Controversies in Psychiatry**
Barcelona, 20. – 22. travnja 2017.
- 6th World Congress on ADHD**
Vancouver, 20. – 23. travnja 2017.
- 16th World Congress on Psychiatry and Psychological Syndromes**
Las Vegas, 24. – 25. travnja 2017.
- 32nd International Conference of Alzheimer's Disease International**
Kyoto, 26. – 29. travnja 2017.
- 19th Annual Conference of the International Society for Bipolar Disorders**
Washington, 4. – 7. svibnja 2017.
- 11th Organization for the Study of Sex Differences Annual Meeting**
Montreal, 15. – 18. svibnja 2017.
- 24th Annual International „Stress and Behavior“ Neuroscience and Biopsychiatry Conference**
St. Petersburg, 16. – 19. svibnja 2017.
- Annual International Conference of the Association of Psychology and Psychiatry for Adults and Children**
Atena, 16. – 19. svibnja 2017.
- Hrvatski kongres psihosomatske medicine i psihoterapije: Psihološko u medicini 21. stoljeća**
Rab, 18. – 20. svibnja 2017.
- 61st American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry Annual Meeting**
San Diego, 18. – 20. svibnja 2017.
- 170th Annual Meeting of the American Psychiatric Association**
San Diego, 20. – 24. svibnja 2017.
- 57th International Neuropsychiatric Congress**
Pula, 24. – 27. svibnja 2017.
- VIII hrvatski kongres o psihofarmakoterapiji**
Lovran, 25. – 27. svibnja 2017.
- American Society of Clinical Psychopharmacology Annual Meeting**
Miami Beach, 29. svibnja – 2. lipnja 2017.
- 15th Conference of European Society for Traumatic Stress Studies**
Odense, 2. – 4. lipnja 2017.
- Annual Convention of the Canadian Psychological Association**
Toronto, 8. – 10. lipnja 2017.
- International Conference of Eating Disorders**
Prag, 8. – 10. lipnja 2017.
- 106th American Psychoanalytic Association Annual Meeting**
Austin, 9. – 11. lipnja 2017.

<p>World Congress on Brain, Behavior and Emotions Porto Allegre, 14. – 17. lipnja 2017.</p> <p>3rd Congress of the European Academy of Neurology Amsterdam, 24. – 27. lipnja 2017.</p> <p>ECNP School of Neuropsychopharmacology Oxford, 25. – 30. lipnja 2017.</p> <p>Royal College of Psychiatrist International Congress Edinburg, 26. – 29. lipnja 2017.</p> <p>38th STAR Conference Hong Kong, 5. – 7. srpnja 2017.</p> <p>Alzheimer's Asociatin International Conference London, 16. – 20. srpnja 2017.</p> <p>8th World Congress for Psychotherapy Pariz, 24. – 28. srpnja 2017.</p> <p>124th Annual Convention of the American Psychological Association Washington, 3. – 6. kolovoza 2017.</p> <p>30th ECNP Annual Congress Pariz, 2. – 5. rujna 2017.</p> <p>46th European Association of Behavioural and Cognitive Therapies Annual Congress Istanbul, 13. – 16. rujna 2017.</p> <p>6th European Conference on Schizophrenia Research Berlin, 14. – 16. rujna 2017.</p>	<p>World Sleep joint congress of WSH and WASM Prag, 7. – 11. listopada 2017.</p> <p>17th WPA World Congress of Psychiatry „Psychiatry of the 21st Century: Context, Controversies and Commitment“ Berlin, 8. – 12. listopada 2017.</p> <p>7th International Conference on Alzheimer's Disease & Dementia Rim, 16. – 18. listopada 2017.</p> <p>American Psychiatric Association The Mental Health Services Conference New Orleans, 19. – 22. listopada 2017.</p> <p>5th International Congress of Person Centered Medicine: Cancer and Person Centered Medicine Zagreb, 23. – 25. listopada 2017.</p> <p>ECNP Workshop on Clinical Research Methods Barcelona, 8. – 10. studenog 2017.</p> <p>25. godišnja konferencija hrvatskih psihologa Zadar, 8. – 11. studenog 2017.</p> <p>33rd International Society for Traumatic Stress Studies Annual Meeting Chicago, 9. – 11. studenog 2017.</p>	<p>367</p>
--	---	-------------------

PREDMETNO I AUTORSKO KAZALO

ZA VOLUMEN 44/2016.

PREDMETNO KAZALO

- Adolescencija – spolne razlike u nezadovoljstvu tijelom i strategijama promjene tjelesnog izgleda 219
- Adolescencija rana – uloga razumijevanja emocija u razvoju simptoma depresivnosti i anksioznosti 46
- Alzheimerova bolest – učestalost anksioznih i depresivnih simptoma kod obiteljskih i profesionalnih njegovatelja koji skrbe o oboljelima 93
- Anksiozni poremećaji u djece i adolescenata 310
- Anksioznost depresivnost – uloga razumijevanja emocija u razvoju simptoma u ranoj adolescenciji 46
- Anksioznost i stres – Konferencija međunarodnog udruženja za istraživanje (STAR) - vijest 251
- Beta verzija MKB-11 poglavlja o mentalnim i ponašajnim poremećajima – vijest 86
- Bihevioralni pristup problemima ponašanja osoba s intelektualnim teškoćama i razvojnim poremećajima 140
- Bolnica Vrapče kao učilište 259
- Depresija, anksioznost i fobija – pojavnost u studentskoj populaciji Medicinskog i Pravnog fakulteta u Osijeku 120
- Depresivni poremećaj – kognitivni i metakognitivni procesi 185
- Depresivnost i anksioznost – uloga razumijevanja emocija u razvoju simptoma u ranoj adolescenciji 46
- Domovinski rat, mirnodopsko razdoblje i ekonomska kriza – učestalost traženja psihijatrijske pomoći osoba starije životne dobi 343
- Emocije – uloga razumijevanja u razvoju simptoma depresivnosti i anksioznosti u ranoj adolescenciji 46
- Errare humanum est – najčešće pogreške u forenzičko-psihijatrijskoj praksi – prikaz knjige M. Gorete 357
- Filmska tribina *Film i psihijatrija* u Klinici za psihijatriju Vrapče – film kao edukacijsko sredstvo 64
- Hortikultura terapijska i terapijski vrtovi kao intervencija u zdravstvu 14
- Humor u medicini i djelovanje klaunova-doktora 22
- Intimna veza i kvaliteta veze – atribucija partnerovog ponašanja (na engl.) 283
- Internatski sindrom: psihološka trauma privilegiranog djeteta – prikaz knjige Joy Schverien 353
- Karl Jaspers – opća psihopatologija PK 83
- Klaunovi-doktori - uloga humora u medicini i djelovanje klaunova-doktora 22
- Klinička smrt – psihološki aspekti iskustva kliničke smrti 208
- Kognitivne sposobnosti – mogućnost razlikovanja kategorija psihičkih poremećaja ponašanja na različitim testovima, upitnicima ličnosti i projektivnim tehnikama 32
- Komunikacijske vještine u medicini 291
- Konferencija Međunarodnog udruženja za istraživanje stresa i anksioznosti – vijest 251
- Kongresi u 2017. godini 365
- Medicina – komunikacijske vještine 291
- Medicina – uloga humora i djelovanje klaunova-doktora 22
- MKB 11 poglavlje o mentalnim i ponašajnim poremećajima – beta verzija (prijevod) – vijest 86
- Nasilje – socijalni, biološki i psihodinamski aspekti 196
- Neurokognitivni deficit – uloga kod shizofrenije – istraživanja i klinička praksa 3
- Njegovatelji obiteljski i profesionalni koji skrbe o oboljelima od Alzheimerove bolesti – učestalost anksioznih i depresivnih simptoma 93

370

- Ponašanje – bihevioralni pristup problemima osoba s intelektualnim teškoćama i razvojnim poremećajima 140
- Ponašanje partnerovo – atribucija u intimnoj vezi i kvalitetu veze (na engl.) 283
- Psihički poremećaj i poremećaji ponašanja – mogućnost razlikovanja kategorija na različitim testovima kognitivnih sposobnosti, upitnicima ličnosti i projektivnim tehnikama 32
- Psihijatrijska pomoć – učestalost traženja osoba starije životne dobi za vrijeme Domovinskog rata, mirnodopskog razdoblja i ekonomske krize 343
- Psihijatrijski pacijenti – izložbe 59
- Psihičke smetnje kod studenata – barijere u traženju stručne pomoći 330
- Psihoanaliza – granice i povrede granica – prikaz knjige 247
- Psihopatologija opća – Karl Jaspers – prikaz knjige 83
- Psihoterapija psihoanalitička i grupna analitička u svakodnevnoj kliničkoj praksi 234
- Samostigmatizacija, percepcija diskriminacije i socijalne mreže kod oboljelih od shizofrenije – povezanost 105
- Samosvojnost i osjećaj pripadnosti – vijest 363
- Shizofrenija – povezanost između samostigmatizacije, percepcije diskriminacije i socijalne mreže kod oboljelih 105
- Shizofrenija – uloga neurokognitivnih deficitova – istraživanja i klinička praksa 3
- Smjernice – koliko će nam pomoći? – pismo Uredniku 360
- Spol – razlike u nezadovoljstvu tijelom i strategijama promjene tjelesnog izgleda u adolescenciji 219
- Starija životna dob – učestalost traženja psihiatrijске pomoći za vrijeme Domovinskog rata, mirnodopskog razdoblja i ekonomske krize 343
- Stres i anksioznost – konferencija Međunarodnog udruženja za istraživanje (STAR) – vijest 251
- STAR (Međunarodno udruženje za istraživanje stresa i anksioznosti) – konferencija – vijest 251
- Studenti – zašto ne traže pomoći? Barijere u traženju stručne pomoći kod studenata s psihičkim smetnjama 330
- Terapijski vrtovi i terapijska hortikultura kao intervencija u zdravstvu 14
- Toxoplasma gondii* u psihiatrijskim poremećajima 152
- Vrapče – bolnica Vrapče kao ustanova u kojoj se njeđuje umjetnost 173
- Zdravstvo – terapijski vrtovi i terapijska hortikultura kao intervencija 14

AUTORSKO KAZALO

Akrap L. 3

Begić D. 83, 310

Begovac B. 234

Bojanić L. 330

Bolanča Erak M. 234

Boričević Maršanić V. 22

Braš M. 291

Bucci P. V 86

Degmečić D- 120

Dujmović J. 14

Đorđević V. 291

Ercég I. 219

Franić T. 22

Gorski I. 330

Grgić V. 234



- Habibović F. 343
 Ivezić S. 105
 Jakšić N. 3
 Javornik S. 22
 Jokić-Begić N. 32, 251
 Jukić V. 64, 173, 259, 357
- Kalebić Jakupčević K. 185
 Kamenov Ž. 283
 Karapetrić Bolfan Lj. 22
 Keleminić D. 291
 Keleuva S. 208
 Kovačević D. 32
 Kovačić Petrović Z. 93
 Krmpotić P. 343
 Krznarić T. 283
 Kušan Jukić M. 130
 Kuterovac Jagodić G. 219
- Lecher-Švarc V. 363
 Lenz V. 120
 Lisak N. 140
 Lucijanić D. 130
 Marčinko D. 196
 Margetić B. 360
 Mimica N. 130
 Mindoljević Drakulić A. 208, 247, 353
 Mohorić T. 46
 Mužinić L. 105
- Nedić M. 196
 Pavelić Tremac A. 32
 Pavić A. 140
 Poljak M. 310
 Postružin L. 196
 Prološčić J. 343
 Radovančević Lj. 363
 Razum J. 330
 Repovečki S. 93
- Sesar M. A. 105
 Stošić J. 140
 Sviben M. 152
 Sviben R. 32
- Šagud M. 152
 Šandrk E. 152
 Šarić M. 234
 Šekuljica D. 46
 Štalekar V. 59
- Takšić V. 46
 Verzotti Z. 234
 Vinković M. 120
 Vlatković S. 152
 Vučić Peitl M. 343
 Vukić Z. 22
- Zečević I. 22
 Zubić D. 105
 Živčić-Bećirević I. 185

Upute autorima

Časopis *Socijalna psihijatrija* objavljuje znanstvene, stručne i pregleđne radove, prikaze bolesnika, lijekova i metoda, osvrte, novosti, prikaze knjiga, pisma uredništvu i druge priloge iz područja socijalne psihijatrije i srodnih struka, uz uvjet da već nisu objavljeni u drugim časopisima ili knjigama.

Iznimno redakcija može prihvati i drugu vrstu rada (prigodni rad, rad iz povijesti strike i sl.) ako ga ocjeni korisnim za čitateljstvo.

Radovi se tiskaju na hrvatskom ili engleskom jeziku.

Oprema rukopisa

Rad i svi prilozi dostavljaju se isključivo u elektroničkom obliku. Regularna duljina teksta iznosi do najviše 20 kartica (1 kartica sadrži 1800 znakova s razmacima). Tekstove treba pisati u Wordu, kontinuirano, istim fontom – onim koji je postavljen za stil Normal, bez isticanja unutar teksta, osim riječi koje trebaju biti u boldu ili italicu. Naslove pisati istim fontom kao osnovni tekst (stil Normal), u zaseban redak, a hijerarhiju naslova označiti brojevima (npr. 1., 1.1., 1.1.1. itd.). Brojevi se ne moraju zadržati u radu, ali su putokaz za veličinu odnosno važnost (hijerarhiju) naslova.

Znanstveni i stručni radovi sadrže ove dijelove: uvod, cilj rada, metode, rezultati, rasprava i zaključci.

Uvod je kratak i jasan prikaz problema; u njemu se kratko spominju radovi onih autora koji su u izravnoj vezi s istraživanjem što ga rad prikazuje.

Cilj je kratak opis cilja i svrhe istraživanja.

Metode se prikazuju tako da se čitatelju omogući ponavljanje opisana istraživanja. Metode poznate iz literature ne opisuju se, već se navode izvorni literaturni podaci. Ako se navode lijekovi, rabe se njihova generička imena (u zagradi se može navesti njihovo tvorničko ime).

Rezultate treba iznijeti jasno i logično. Značajnost rezultata treba prikazati statistički. Svi mjerni rezultati navode se u SI jedinicama.

Rasprava je završni dio rada u kojemu se opisuju i tumače rezultati te uspoređuju s postojećim spoznajama na tom području.

Zaključci moraju odgovoriti postavljenom cilju rada.

Početna stranica rada sadrži: naslov rada, puna imena i prezimena autora, ustanovu u kojoj je rad napravljen te adresu prvoga autora, preko kojeg će se obavljati korespondencija. Ako su autori iz različitih ustanova, treba ih sve navesti.

Sažetak treba sadržavati do 200 riječi. U sažetu treba navesti temu i svrhu rada, metodologiju, glavne rezultate i kratak zaključak. Ispod sažetka treba napisati 2 do 5 ključnih riječi koje su bitne za brzu identifikacijsku klasifikaciju sadržaja rada. Sažetak treba napisati na hrvatskom i engleskom jeziku.

Tablice treba formatirati unutar Word-dokumenta na mjestu na kojem se pojavljuju, na način da se i unutar osnovnog teksta označi poziv na tablicu –ako se tablica daje u formatu slike (tj. nije izrađena u Wordu), za nju vrijede upute kao za slike.

Slike treba priložiti kao posebni dokument u .tiff ili .jpg (.jpeg) formatu, minimalne rezolucije 300 dpi. Uz broj, svaka slika treba imati legendu, a svaka tablica naslov. Reprodukciju slike i tablica iz drugih izvora treba popratiti dopuštanjem njihova autora i izdavača.

U tekstu se literaturni podatak navodi arapskim brojem u zagradi. Popis literature piše se na posebnom papiru, rednim brojevima prema redoslijedu kojim se citat pojavljuje u tekstu. Literatura se citira prema Vancouverskom stilu:

a) rad

Skrzypinska D, Szmigelska B. What links schizophrenia and dreaming? Common phenomenological and neurobiological features of schizophrenia and REM sleep. Arch Psych Psychoth 2013; 2:29-35.

b) poglavje u knjizi

Millon T. A Brief History of Psychopathology. In: Blaney PH, Millon T. (eds.) Oxford Textbook of Psychopathology. New York: Oxford University Press, 2009.

c) knjiga

Kring AM, Johnson SL, Davison GC, Neale JM. Abnormal Psychology. New York: Wiley, 2013.

Radovi se šalju na adresu Uredništva (socijalna.psихijatrija@kbc-zagreb.hr). Urednički odbor šalje prispjeli rad na anonimnu recenziju. Ako recenzent(i) predlože promjene ili dopune rada, kopija recenzije dostavlja se autoru radi ispravaka. Odluku o tiskanju ispravljenog rada donosi Uredništvo.

Redoslijed objavljivanja radova određuje Uredništvo. Prvi autor dobiva probni otisak rada na korekturu. Korigirani otisak treba vratiti na adresu Uredništva u roku od tri dana.

Objavljeni članci predstavljaju stavove i mišljenja autora koji preuzimaju punu odgovornost za sadržaj rada i točnost svih navedenih literaturnih podataka. Objavljeni materijal može biti reproduciran samo uz pismenu suglasnost Uredništva i Izdavača.

Instructions to authors

The journal *Socijalna psihijatrija* publishes scientific and professional papers, editorials, reviews, case reports, reports on drugs and methods of treatment, news and book reviews, letters to the editor, and other contributions in the field of social psychiatry and related professions, provided they have not been published or submitted for publication elsewhere.

Exceptionally, the Editorial Board may accept other forms of contributions if considered useful for the readers (special occasion papers, papers on the history of the profession, etc.).

The papers are published in Croatian or English.

Manuscript preparation

Manuscripts including figures and tables should be submitted in electronic form. Normally, manuscripts should be no longer than 20 standard pages (one standard page is 1800 keystrokes – characters with spaces). Texts should be written in Microsoft Word, in a continuous font and style: the one set under the Normal style, with no additional font effects used other than words that should be in bold or italic. Titles should be written in the same font as the rest of the text (Normal style) in a separate row, and title hierarchy should be shown using numbers (e.g. 1., 1.1., 1.1.1. etc.). These numbers need not be kept in the published article, but serve to indicate the proper size i.e. importance (hierarchy) of the titles.

Original scientific and professional papers should be arranged into sections as follows: Introduction, Aim, Methods, Results, Discussion, and Conclusion(s).

In the Introduction, studies directly related to the present study should be briefly described.

Aim should briefly describe the aim(s) and purpose of the study.

Methods should be presented so as to allow for the reader to replicate them without further explanation. Methods known from the literature need not be described but should simply be referred to by their generic names (trade names should be given in parentheses).

Results should be presented clearly and logically. Significance of the results should be expressed statistically. All measurement results should be listed in SI units.

Discussion is the final part of the paper in which the results are more extensively described and interpreted in the context of relevant literature reports and the state of the art in the field.

Conclusions should contain the answer to the issue stated in the Aim.

The title page should contain: the title of the article, full first and second names of all authors, the institution where the study was conducted, and the address of the corresponding author. If authors have different affiliations, all should be listed.

The article should contain a Summary not exceeding 200 words, briefly describing the topic and aim, the methods, main results, and conclusion. The summary should be followed by 2-5 key words for easy identification and classification of the contents of the article. The summary should be submitted in both Croatian and English, regardless of the language used in the text.

Tables should be placed in the Word document where they are to appear in the published article, and should be cited in the text – if the table is submitted as an image (i.e. it is not constructed in Microsoft Word), the same instructions as for figures apply.

Figures should be submitted as separate image files in .tiff or .jpg format, with a minimum resolution of 300 dpi. Every figure should have a number and caption, and every table should have a title. Reproduction of figures and tables from other sources should be accompanied by a full reference and authorization by their authors and publisher.

The list of references should be written on a separate page, numbered with Arabic numerals according to the first appearance in the text. The Vancouver style should be followed (see examples below).

a) Journal article

Skrzypieńska D, Szmigelska B. What links schizophrenia and dreaming? Common phenomenological and neurobiological features of schizophrenia and REM sleep. *Arch Psych Psychoth* 2013; 2:29-35.

b) Book chapter

Millon T. A Brief History of Psychopathology. In: Blaney PH, Millon T. (eds.) *Oxford Textbook of Psychopathology*. New York: Oxford University Press, 2009.

c) Book

Kring AM, Johnson SL, Davison GC, Neale JM. *Abnormal Psychology*. New York: Wiley, 2013.

Manuscripts should be sent to the address of the Editorial Board (socijalna.psихijatrija@kbc-zagreb.hr). The Editorial Board sends manuscripts for anonymous review. If the reviewer(s) suggest amendments or changes to the paper, a copy of the reviewer's opinion is sent to the author for appropriate corrections. The decision whether to publish the corrected manuscript lies with the Editorial Board.

The sequence in which articles will be published in the journal is set by the Editorial Board.

Galley proofs are sent to the first/corresponding author for correction and should be sent back to the technical editor within three days.

Published articles represent the opinions and positions of the authors, who take full responsibility for their contents and the accuracy of all references. Published materials can be used only with written permission of the Editorial Board and the Publisher.