

SADRŽAJ / CONTENTS

- UVODNA RIJEČ
/ INTRODUCTORY
ADDRESS
- 3 K. Dodig Ćurković, T. Franić, V. Boričević Maršanić
1. hrvatski kongres o mentalnom zdravlju djece i mladih
/ First Croatian Congress on Mental Health of Children and Adolescents
- PREGLEDI
/ REVIEWS
- 4 B. Rešetar
Prava djece s invaliditetom – prava djece s problemima mentalnog zdravlja
/ The rights of disabled children – the rights of children with mental health problems
- 16 D. Kocijan Hercigonja, V. Hercigonja Novković, M. Flander
Mijenja li se psihopatologija kod djece i mladih?
/ Does psychopathology in children and youth change?
- 22 F. McNicolas
Suicide in Europe: an on-going public health concern
/ Samoubojstvo u Europi: stalan javnozdravstveni problem
- 30 K. Schmeck, S. Schlüter-Müller
Early detection and intervention for borderline personality disorder in adolescence
/ Rano otkrivanje i intervencija kod graničnog poremećaja ličnosti u adolescenciji
- 36 J. Jurman, V. Boričević Maršanić, Lj. Paradžik, Lj. Karapetrić Bolfan, S. Javornik
Ovisnost o internetu i video igrama
/ Internet and video games addiction
- 43 V. Boričević Maršanić, Lj. Karapetrić Bolfan, G. Buljan Flander, V. Grgić
„Vidjeti sebe izvana, a druge iznutra“ – mentalizacija u djece i adolescenata i tretman temeljen na mentalizaciji za adolescente
Mentalization in children and adolescents, and treatment based on mentalization for adolescents
- STRUČNI RADOVI
/ PROFESSIONAL
PAPERS
- 57 Lj. Tirić Čihoratić
Jesu li naša savjetovišta dovoljno vidljiva – Savjetovište za poteškoće učenja i prilagodbe pri Centru za mlade Nastavnog zavoda za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“
/ Are our counselling centers visible enough? – Counselling center for learning and adjustments difficulties at the Department for School and Adolescent Medicine, Institute for Public Health „Dr. Andrija Štampar“
- 63 A. Hadžić
Lokalna zajednica u službi mentalnog zdravlja djece i mladih – primjer Petrinjskog savjetovišta za djecu, adolescente i obitelj
/ Local community in the service of mental health of children and youth – example of Petrinja Counseling Center for Children, Adolescents and Family
- 71 **UPUTE AUTORIMA / INSTRUCTIONS TO AUTHORS**

1. hrvatski kongres o mentalnom zdravlju djece i mladih

Ovaj tematski broj „Socijalne psihijatrije“ nastao je povodom 1. hrvatskog kongresa o mentalnom zdravlju djece i mladih s međunarodnim sudjelovanjem. Kongres je pod visokim pokroviteljstvom Predsjednice Republike Hrvatske Kolinde Grabar-Kitarović održan u Zagrebu 28.-29. listopada 2016. Ostali pokrovitelji Kongresa bili su Grad Zagreb, Ministarstvo zdravstva i Ministarstvo socijalne politike i mladih.

Skup je organiziralo Hrvatsko društvo za mentalno zdravlje djece i adolescenata Hrvatskog liječničkog zbora. Suorganizatori su bili Psihijatrijska bolnica za djecu i mladež Zagreb, KBC Osijek, KBC Split i Poliklinika za zaštitu djece grada Zagreba.

Organizacija i održavanje Kongresa je u skladu s ciljevima Društva kao što su: povezivanje dječjih i adolescentnih psihijatara i drugih stručnjaka koji rade u području mentalnog zdravlja djece i adolescenata radi stručnog i znanstvenog usavršavanja u okviru biopsihosocijalnog pristupa mentalnog zdravlja djece i mladih te načela multifaktorijalnosti etiologije i multimodalnosti u liječenju poremećaja mentalnog djece i adolescenata.

Teme Kongresa su bile raznovrsne: Razvoj u djetinjstvu i adolescenciji, Psihopatologija dječje dobi, Psihopatologija školske dobi, Psihopatologija adolescencije, Neurorazvojni poremećaji, Zlostavljanje i zanemarivanje djece i mladih, Roditeljstvo, obitelj i mentalno zdravlje djece, Suvremeni mediji i mentalno zdravlje

djece i mladih, Djeca i mladi u riziku, Psihoterapija djece i adolescenata, Psihofarmakologija djece i adolescenata, Forenzika i pravni aspekti, Multidisciplinarni rad u zaštiti mentalnog zdravlja djece i mladih, Organizacija službi za zaštitu mentalnog zdravlja djece i mladih, Izaзови socijalne zaštite djece i mladih s problemima mentalnog zdravlja, Školovanje djece i mladih s problemima mentalnog zdravlja.

Predavanja su održali ugledni akademski predavači iz zemlje i inozemstva, ali i stručnjaci s terena, iz svakodnevnog rudnika dječjeg mentalnog zdravlja, prepušteni sami sebi, svom entuzijazmu i energiji.

Iznimna posjećenost Kongresa, te raznovrsnost predavača i publike ukazuju na svojevrsnu „glad“ i potrebu za diseminacijom najnovijih znanstvenih saznanja i primjera dobre prakse iz svih navedenih područja i šire.

Entuzijazam nekih od njih se produljio i izvan kongresnih predavanja u obliku proširenih radova koji se nalaze pred Vama s ciljem da se bar dio kongresnih priopćenja još više čuje među profesionalnim i širim čitateljstvom.

Zahvaljujemo njima i Uredničkom odboru časopisa na prilici da to i ostvarimo.

U ime Hrvatskog društva za mentalno zdravlje djece i adolescenata te Uredničkog tima

Doc. dr. sc. Katarina Dodig Ćurković

Doc. dr. sc. Tomislav Franić

Prim. dr. sc. Vlatka Boričević Maršanić

Prava djece s invaliditetom – prava djece s problemima mentalnog zdravlja

/ The Rights of Children with Disabilities – the Rights of Children with Problems of Mental Health

Branka Rešetar

Sveučilište u Osijeku, Pravni fakultet, Katedra za obiteljsko pravo, Osijek, Hrvatska

/ University of Osijek, Faculty of Law, Chair of Family Law, Osijek, Croatia

Najugroženiji pojedinci u društvu su djeca i osobe s invaliditetom kojima je potrebna posebna zaštita društva. Kad se ove dvije kategorije osoba spoje u jednu govorimo o najranjivijoj skupini društva - djeci s invaliditetom. Djeca s invaliditetom se u (međunarodno) pravnoj terminologiji definiraju kao djeca s tjelesnim i psihičkim poteškoćama u razvoju, kojima se Ustavom RH i Konvencijom o pravima djeteta jamči pravo na dostojanstven život u uvjetima koji razvijaju djetetovu samostalnost i aktivno sudjelovanje u zajednici, te na posebnu njegu, pomoć i zaštitu, kako od strane roditelja tako i od strane države. Djeca s poteškoćama u razvoju posebno uživaju pravo na školovanje, zdravstvenu njegu i rehabilitaciju u svrhu društvene integracije i individualnog razvoja. Jednako se tako Konvencijom o pravima osoba s invaliditetom djeci s poteškoćama u razvoju jamči posebna zaštita, sva ljudska prava i temeljne slobode jednako kao i svakom drugom djetetu. Dužnost je svake države koja je potpisala navedene međunarodne ugovore, pa tako i RH, ispuniti preuzete obveze. Ovaj rad prikazuje temeljna prava koja su djeci s poteškoćama u razvoju zajamčena na međunarodnoj i nacionalnoj razini, ocjene međunarodnih institucija o ostvarivanju ovih prava u RH.

/ The most vulnerable individuals in society are children and people with disabilities who need special protection from the society. When these two categories are merged together, we are talking about the most vulnerable groups in society – children with disabilities. In the (international) legal terminology, children with disabilities are defined as children with physical and mental disabilities, to which the Constitution of the Republic of Croatia and the Convention on the Rights of the Child guarantees the right to a decent life, in conditions that develop the child's independence and active participation in the community, and special care, assistance and protection, both by parents and by the state. Children with developmental disabilities have the right to education, health care and rehabilitation for the purpose of social integration and individual development, like all others.

Likewise, the „Convention on the Rights of Persons with Disabilities“ guarantees special protection of all human rights and fundamental freedoms to children with disabilities as well as any other child.

It is the duty of every country that has signed the international agreements, including the Republic of Croatia, to fulfil their commitments. This work presents fundamental rights which children with disabilities are guaranteed at the international and national level, assessments of international institutions on the exercise of these rights in the Republic of Croatia.

ADRESA ZA DOPISIVANJE:

Izv. prof. dr. sc. Branka Rešetar
Katedra za obiteljsko pravo
Pravni fakultet u Osijeku
Stjepana Radića 13
31 000 Osijek, Hrvatska
E-pošta: branka.resetar@pravos.hr

KLJUČNE RIJEČI / KEY WORDS:

Djeca / *Children*
Invaliditet / *Disability*
Duševne smetnje / *Mental disability*
Pravo / *Law*
Zaštita / *The right to protection*
Inkluzija / *Inclusion*
Obrazovanje / *Education*

UVOD

Globalni podatci Odbora za prava djece pokazuju da je 500-650 milijuna osoba s invaliditetom, od kojih se procjenjuje da se 10 % (oko 150 milijuna) odnosi na djecu, pri čemu više od 80 % djece s invaliditetom žive u zemljama u razvoju (1). Prema novijim podacima UNICEF-a iz 2013. godine 93 milijuna djece ili svako dvadeseto dijete u dobi do četrnaest godina u svijetu živi s nekim oblikom umjerene ili teže teškoće u razvoju (2). U Hrvatski registar osoba s invaliditetom upisano je 510.274 osoba (tj. 12 % od ukupnog broja stanovnika), od čega se 6,5 % odnosi na djecu u dobi od 0 do 18 godina (tj. 34.037 djece s invaliditetom) (2).

Djeca s invaliditetom su nesporno najranjiviji članovi društva, kojima je nužna višestruka pravna zaštita u svim sferama života. S jedne strane djeca su sama po sebi ranjiva zbog svoje dobi, nesposobnosti skrbiti se o sebi, fizičke i psihičke nerazvijenosti, te emocionalne i obrazovne nezrelosti, što ih čini potpuno ili djelomično ovisnima o odraslim osobama (3). S druge strane istraživanja pokazuju da se gotovo sva prava djece s invaliditetom krše znatno češće za razliku od kršenja prava njihovih zdravih vršnjaka. Tako djeca s invaliditetom češće od svojih zdravih vršnjaka žive u institucijama, odvojeno od svojih roditelja i obitelji, gdje češće obolijevaju i umiru, više su izložena nasilju, zanemarivanju i zlostavljanju, češće

doživljavaju tjelesne povrede i žrtve su prometnih nezgoda, a izostanak osnovnog i srednjoškolskog obrazovanja je također češći, što im umanjuje izgleda za zapošljavanje, te povećava rizike za siromaštvo. Djeca i odrasle osobe izložene siromaštvu u povećanom su riziku od psihosocijalnih i emocionalnih poteškoća koje utječu na pothranjenost, slabo zdravlje i nestimulativno okruženje, pa se često ističe kako je siromaštvo istovremeno posljedica i uzrok invaliditeta (2)!

Za proučavanje prava djece s invaliditetom, kako u međunarodnom tako i u nacionalnom kontekstu, već na prvi pogled nailazimo na neujednačene pravne termine: tjelesno i duševno oštećeno dijete, dijete s teškoćama u duševnom i tjelesnom razvoju, dijete s duševnim smetnjama, dijete s teškim oštećenjem zdravlja, dijete s teškoćama u razvoju i dijete s invaliditetom (u službenim tekstovima na engleskom jeziku koristi se izraz „*children with disabilities*“, što u hrvatskom prijevodu znači „djeca s invaliditetom“) (2-6). Uzimajući u obzir suvremenu globalno prihvaćenu međunarodnopravnu definiciju osoba (djece) s invaliditetom prema kojoj je riječ o „*osobama koje imaju dugotrajna tjelesna, mentalna, intelektualna ili osjetilna oštećenja ...*“, u ovom će se radu koristiti izraz prava djece s invaliditetom kojoj kategoriji pripadaju i djeca s problemima mentalnog zdravlja (članak 1. Konvencije o pravima osoba s invaliditetom: „Osobe s inva-

6 liditytom su one osobe koje imaju dugotrajna tjelesna, mentalna, intelektualna ili osjetilna oštećenja, koja u međudjelovanju s različitim preprekama mogu sprečavati njihovo puno i učinkovito sudjelovanje u društvu na ravnopravnoj osnovi s drugima“) (6).

Cilj je ovoga rada upoznati se s povijesno-pravnim razvojem specifične međunarodnopravne zaštite prava djece s invaliditetom, prikazati najviše pravne izvore prava djece s invaliditetom i recentnu međunarodnu ocjenu stanja njihovih prava u Republici Hrvatskoj te zaključno istaknuti međunarodne obveze u pogledu zaštite prava djece s invaliditetom, koje je Republika Hrvatska dužna ispuniti (7).

Razvoj međunarodnopravne zaštite djece s invaliditetom

Premda je UN Konvencija o pravima djeteta, stupivši na snagu 2. 9. 1990. godine, bila prvi međunarodni dokument koji je izričito regulirao prava djece s invaliditetom, povrede njihovih prava nastavile su se i dalje događati u godinama koje su slijedile. Međutim, povrede njihovih prava su većinom ostajale prikrivene u usporedbi s povredama prava djece bez invaliditeta zbog čega se djeca s invaliditetom često nazivaju „nevidljivom djecom“, a njihova prava „nevidljivim pravima.“ Razlog tome je i povijesna percepcija općenito osoba s invaliditetom kao objekata milosrđa i primatelja socijalnih usluga, a ne kao osoba koje uživaju sva prava jednako kao i sve druge osobe. Kad se radi o djeci s invaliditetom, ovakav je pristup još izraženiji (u hrvatskoj literaturi termin „nevidljiva djeca“) (8,9).

Godine 1994. UN-ov Odbor za ekonomska, socijalna i kulturalna prava je u Općem komentaru (br. 5) o osobama s invaliditetom konstatirao da se ozbiljne posljedice diskriminacije osoba s invaliditetom najbolje vide u području obrazovanja, zapošljavanja, stanovanja, prava na kulturu te pristupa javnim servisima. Iste

godine je UN prvi put imenovao Posebnog izvjestitelja za osobe s invaliditetom čija je obveza nadzirati provedbu Standarda za izjednačavanje mogućnosti osoba s invaliditetom i promicanje prava osoba s invaliditetom u svijetu. Nekoliko godina kasnije, 6. 10. 1997. godine, Odbor za prava djece je intenzivno raspravljao o pravima djece s invaliditetom te usvojio niz preporuka temeljem kojih je 2006. godine donesen Opći komentar o pravima djece s invaliditetom, u kojem će se tumačenje prava djece s invaliditetom prema UN Konvenciji o pravima djece uskladiti s UN Konvencijom o pravima osoba s invaliditetom (1).

Ovome je prethodila analiza izvješća država stranaka UN Konvencija o pravima djeteta, u kojoj je Odbor za prava djece sistematizirao informacije o povredama prava djece s invaliditetom, koje se u svijetu kreću od blažih oblika povreda poput isključivanja djece iz postupaka donošenja odluka koje se odnose na njih, do vrlo teških povreda prava djece s invaliditetom uključujući i ubijanje djece s invaliditetom u nerazvijenim zemljama. Jedan od zaključaka odnosio se na siromaštvo kako djece s invaliditetom tako i njihovih obitelji, što je često kako uzrok, tako i posljedica invaliditeta. Odbor za prava djece je naglasio kako djeca s invaliditetom za potpuno ostvarivanje svojih prava imaju ozbiljne poteškoće koje su uzrokovane svladavanjem različitih ograničenja, pri čemu se ove poteškoće ne odnose na invaliditet sam po sebi, već na kombinaciju svakodnevnih ograničenja u društvu, kulturi, promjeni stajališta i fizičkim ograničenjima s kojima se suočavaju (1).

Nakon trideset godina aktivizma za prava osoba s invaliditetom i više od tri godine intenzivnog pregovaranja, UN je 2006. godine donio Konvenciju o pravima osoba s invaliditetom koja je u okvirima opće zaštite prava osoba s invaliditetom pokušala ispraviti i nadopuniti nedostatke UN Konvencije o pravima djeteta u području zaštite prava djece s invalidite-

tom. Proces donošenja UN Konvencije o pravima osoba s invaliditetom bio je obilježen sudjelovanjem osoba s invaliditetom, te niza organizacija koje štite njihova prava, kao i međunarodne organizacije *Save the children* čiji je cilj bio pojačati u javnosti vidljivost djece s invaliditetom, kao i njihovu poziciju nositelja prava, a ne objekata milosrđa i klijenata socijalnih usluga (8).

Temeljni koncept izrade Konvencije o pravima osoba s invaliditetom bila je promjena paradigme u definiranju osoba s invaliditetom, na način da osobe (i djeca) s invaliditetom više nisu objekt milosrđa i socijalni slučajevi, već odrasli ljudi, odnosno djeca koja imaju pravo uživati sva ljudska, odnosno dječja prava. Umjesto tradicionalnog fokusiranja na zdravstvene probleme osobe s invaliditetom, suvremeni međunarodnopravni pristup osobama s invaliditetom fokusira se na ljudska prava inzistirajući na njihovoj potpunoj uključenosti i participaciji u društvu. Drugim riječima, suvremeni društveni koncept definiranja osoba s invaliditetom ne vidi problem u tjelesnim, osjetilnim, intelektualnim ili drugim poteškoćama medicinske naravi, već u svakoj prepreci koja osobe (djecu) s invaliditetom ograničava u uživanju temeljnih ljudskih prava na jednakoj osnovi kao i svaka druga odrasla osoba ili dijete. Suvremeno društvo osobe (djecu) s invaliditetom ne smije percipirati kao pacijente, već kao osobe koje imaju sva ljudska prava koja često ne mogu ostvariti zbog ograničenja na koja nailaze u društvu i okolini u kojoj žive (8,10-12).

U kontekstu hrvatske pravne literature Milas Klarić navedenu promjenu paradigme u pristupu osobama s invaliditetom opisuje kao potpunu uključenost osoba s invaliditetom u društvo različitosti umjesto njihove diskriminacije zbog različitosti, ističući da osobe s invaliditetom u društvu moraju sudjelovati ravnopravno kao punopravni članovi društva. Cilj ovakvog pristupa jest shvaćanje invalidi-

teta kao dijela ljudske raznolikosti, a zadaća je međunarodnih instrumenata jamčiti ostvarivanje prava osoba s invaliditetom s ciljem suzbijanja stereotipa, predrasuda i štetnih postupaka prema njima (7).

Opisane recentne promjene u pristupu pravima odraslih osoba s invaliditetom odražavaju se i na promjene u pristupu djece s invaliditetom u različitim pravnim izvorima, koji će biti prikazani i analizirani u narednom poglavlju.

Ustavnopravni i međunarodnopravni izvori pravne zaštite djece s invaliditetom

Pravni sustav jedne države definira se kao ukupnost normi i akata koji su razvrstani prema kriteriju pravne snage. Sistematizacija u pravnom sustavu je hijerarhijske prirode koja podsjeća na piramidu na čijem su vrhu ustav i zakoni, a ispod njih slijede ostali akti (npr. pravilnici, odluke i naputci ministarstava i slično). Sukladno hijerarhiji pravnih propisa niže pravne norme moraju biti sadržajno usklađene s višim pravnim normama što se izražava u temeljnom pravnom načelu ustavnosti i zakonitosti (13).

Međunarodni ugovori koje je Republika Hrvatska potpisala i potvrdila dio su unutarnjeg pravnog poretka Republike Hrvatske, a po pravnoj su snazi iznad zakona (2).

U kontekstu teme ovog rada o pravima djece s invaliditetom to znači da svaki akt kojim se uređuju prava ili postupanja prema djeci (s invaliditetom) moraju biti u skladu s normama Ustava i međunarodnih ugovora koji su po svojoj pravnoj snazi iznad njih (primjerice, svi zakoni, pravilnici, upravne odluke ministarstava, lokalnih tijela ili ravnateljstava u Republici Hrvatskoj koji uređuju područje odgoja i obrazovanja, zdravstva, zaštite pacijenata, zaštite osoba s duševnim smetnjama, zaštite osoba s invaliditetom, obiteljskih odnosa, socijalne skrbi, kulture, sporta, pravosuđa i dr. moraju biti u skladu s pravima djece s invaliditetom

8 koja se jamče Ustavom, UN Konvencijom o pravima djece i UN Konvencijom o pravima osoba s invaliditetom).

Nakon uvodnog upoznavanja s hijerarhijom pravnih normi i značenjem načela zakonitosti i ustavnosti prikazat ćemo ustavnopravne (Ustav RH) i međunarodnopravne izvore prava djece s invaliditetom u Republici Hrvatskoj (UN Konvencijom o pravima djece i UN Konvencijom o pravima osoba s invaliditetom).

Ustav Republike Hrvatske

Ustavnopravna zaštita djeci s invaliditetom jamči se odredbom prema kojoj „*tjelesno i duševno oštećeno i socijalno zapušteno dijete ima pravo na osobitu njegu, obrazovanje i skrb*“ (2).

Ovo ustavnopravno jamstvo sadržano je u dijelu Ustava kojim se uređuju socijalna prava koja su temelj socijalne države koja počiva na načelu socijalne sigurnosti, osiguranju građana od ekonomske propasti, socijalnoj pravdi i socijalnim mogućnostima. Autori hrvatskog ustavnog prava se u komentarima ove ustavne odredbe pozivaju na zakon kojim se uređuju pitanja socijalne skrbi (14,15). Međutim, kako Zakon o socijalnoj skrbi primarno uređuje pitanje pružanja pomoći socijalno ugroženim osobama, kao i osobama u nepovoljnim osobnim ili obiteljskim odnosima, u današnjim okolnostima je moguće propitkivati usklađenost navedenog ustavnopravnog tumačenja sa suvremenim međunarodnopravnim pristupom pravima djece s invaliditetom prema UN Konvenciji o pravima djeteta i UN Konvenciji o pravima osoba s invaliditetom (16).

Prava djece s invaliditetom u UN Konvenciji o pravima djece

Dvije ključne odredbe UN Konvencije o pravima djece odnose se na prava djece s invaliditetom: a) pravo djece s invaliditetom ne biti

diskriminirana na bilo koji način u ostvarivanju svih dječjih prava (čl. 2.) i b) pravo djece s invaliditetom na ispunjen i dostojan život u uvjetima koji mu jamče dostojanstvo, promiču samopouzdanje i olakšavaju aktivno sudjelovanje u zajednici (čl. 23.).

Države potpisnice UN Konvencije o pravima djece su se obvezale poduzeti mjere kojima će se prevenirati svaki oblik diskriminacije djece temeljem invaliditeta. Analize i istraživanja su pokazali da djeca s invaliditetom u mnogim slučajevima doživljavaju višestruku diskriminaciju zbog kombinacije faktora koja ih čini još ranjivijima, poput djevojčica s invaliditetom ili djece s invaliditetom u ruralnim sredinama. Diskriminacija djece s invaliditetom se događa u različitim aspektima njihovog života i razvoja: diskriminacija u društvu, stigma koja dovodi do marginaliziranosti i isključenosti iz društva, izloženost psihičkom i fizičkom nasilju. Upravo takva diskriminacija dovodi do izostanka redovnog obrazovanja djece s invaliditetom, a potom i izostanka zaposlenja. Društvena stigma, strahovi, prezaštićenost, negativan pristup, predrasude, zablude o djeci s invaliditetom prisutni su u mnogim sredinama zbog čega ova djeca često bivaju potpuno isključena iz društva i otuđena od svojih vršnjaka (1).

Stoga Odbor za prava djece nalaže svim državama članicama: 1. da preveniraju i eliminiraju sve oblike diskriminacije djece s invaliditetom i da izričito zabrane diskriminaciju djece zbog invaliditeta ustavom ili zakonom; 2. da predvide učinkovita pravna sredstva u slučaju kršenja prava djece s invaliditetom tako da djeca, njihovi roditelji ili druge osobe koje skrb o djeci budu upoznati s pravnim sredstvima i 3. da različitim edukativnim kampanjama pojačaju javnu svijest o pravima djece s invaliditetom s ciljem prevencije i eliminacije njihove diskriminacije u društvu. Odbor za prava djece ujedno nalaže državama članicama da posebnu pozornost obrate zaštiti djevojčica s

invaliditetom imajući u vidu njihovu pojačanu ranjivost (1).

Druga ključna odredba u odnosu na prava djece s invaliditetom sadržana je u članku 23. stavak 1. UN Konvencije o pravima djece kojom se djeci s invaliditetom jamči pravo na ispunjen i dostojan život u uvjetima koji mu osiguravaju dostojanstvo, promiču samopouzdanje i olakšavaju aktivno sudjelovanje u zajednici. Cilj ove odredbe jest potpuno uključivanje djece s invaliditetom u društvo i to primarno u području obrazovanja i zdravlja.

Nadalje, istom odredbom članka 23. stavak 2. UN Konvencije o pravima djece sve države potpisnice, pa tako i Republika Hrvatska, priznaju djetetu s invaliditetom pravo na posebnu skrb te mu jamče (kao i osobama koje skrbe o djetetu) da će poticati i osiguravati pomoć primjerenu zdravlju djeteta i okolnostima u kojima dijete živi s roditeljima ili drugim osobama koje o njemu skrbe, ako se takva pomoć zahtijeva, i u skladu s raspoloživim sredstvima države.

Pomoć koju država jamči djetetu s invaliditetom kao i onima koji o djetetu skrbe temeljem članka 23. stavak 3. Konvencije o pravima djeteta trebala bi biti besplatna, te osmišljena tako da djetetu osigura učinkoviti pristup obrazovanju, strukovnoj izobrazbi, zdravstvenim i rehabilitacijskim uslugama, pripremi za zapošljavanje i mogućnostima rasonode, na način koji mu omogućuje puno uključivanje u zajednicu i osobni razvoj, uključujući njegov kulturni i duhovni napredak.

Odbor za prava djece stoga nalaže državam članicama: 1. da pružaju stručnu pomoć i potporu djeci s invaliditetom te osobama koje o njima skrbe i to po mogućnosti besplatno i 2. da omoguće djeci s invaliditetom slobodan pristup obrazovanju, strukovnoj izobrazbi, zdravstvenim i rehabilitacijskim uslugama, pripremi za zapošljavanje i mogućnostima rasonode (1).

U pogledu navedenih prava djeteta s invaliditetom iz članka 23. UN Konvencije o pravima

djeteta, kritičari ističu problem pristupa kakav je prevladavao u vrijeme njezinog donošenja. Na djecu s invaliditetom gledalo se kao na djecu s posebnim potrebama i korisnike socijalnih usluga, a ne kao subjekte - nositelje temeljnih ljudskih prava (prava svakog djeteta). Osim toga općenito se socijalna država i socijalna prava shvaćaju kao prekomjerni teret za većinu država, pa tako i socijalna prava djece s invaliditetom iz članka 23. Konvencije o pravima djeteta, koja se djeci jamče „*ovisno o raspoloživim sredstvima*“ (8).

Drugi problem u ostvarivanju prava djece s invaliditetom u praksi odnosi se na odbijanje roditelja tražiti pomoć i potporu na koju dijete ima pravo, jer prije svega odbijaju svrstavanje svog djeteta u skupinu djece s invaliditetom zbog čega u nerazvijenim zemljama mnoga djeca s invaliditetom nisu ni registrirana, pa ostaju zaključana u kućama kao „nevidljiva djeca“ kojima je onemogućeno ostvarivati svoja prava (8). Napokon, paradoksnost je da je poseban problem u ostvarivanju prava djece s invaliditetom prema UN Konvenciji o pravima djece, upravo načelo zabrane diskriminacije. Naime, načelo zabrane diskriminacije prema međunarodnom pravu iznimno dopušta različiti tretman određenih osoba temeljeći ga na kriterijima razmjernosti, objektivnosti i svrhe propisane zakonom. Ova iznimka od načela zabrane diskriminacije se na žalost najčešće koristi upravo kad se radi o djeci s invaliditetom dopuštajući ozakonjenje njihove diskriminacije i segregacije u društvu! Područja u kojima se različito postupanje prema djeci s invaliditetom opravdava iznimkom od načela zabrane diskriminacije su najčešće područje obrazovanja i sterilizacije djevojčica s invaliditetom na zahtjev njihovih roditelja ili skrbnika, dok istovremeno njihove vršnjakinje nisu izložene ovom invazivnom medicinskom postupku (8).

Ključan zaokret u pristupu pravima djece s invaliditetom donijela je UN Konvencija o pra-

vima osoba s invaliditetom prema kojoj djeca s invaliditetom u 21. stoljeću nisu više „*djeca s posebnim potrebama*“, već djeca s jednakim pravima kakva uživaju i njihovi zdravi vršnjaci.

Za razliku od UN Konvencije o pravima djeteta koja djeci s invaliditetom i njihovim roditeljima jamči ostvarivanje posebnih socijalnih prava i to „*ovisno o raspoloživim sredstvima*“ države, UN Konvencija o pravima osoba s invaliditetom izričito obvezuje države stranke (pa tako i Republiku Hrvatsku) da djeci s invaliditetom omogući uživanje svih ljudskih i dječjih prava jednako kao što ih uživaju i djeca bez invaliditeta (11,12).

Prava djece s invaliditetom u UN Konvenciji o pravima osoba s invaliditetom

Osobe s invaliditetom prema UN Konvenciji o pravima osoba s invaliditetom definiraju se kao osobe koje imaju dugotrajna tjelesna, mentalna, intelektualna ili osjetilna oštećenja, koja u međudjelovanju s različitim preprekama mogu sprječavati njihovo puno i učinkovito sudjelovanje u društvu na ravnopravnoj osnovi s drugim osobama (6).

Ova se definicija odnosi i na djecu s teškoćama u razvoju kojima se priznaje pravo da potpuno uživaju sva ljudska prava i temeljne slobode ravnopravno s drugom djecom i u skladu s Konvencijom o pravima djeteta (točka r. Preambule. Odredbe u kojima se koristi termin „*djeca s teškoćama u razvoju*“ su: članci 3,4,7,18, 23,24) (3).

Temeljni koncept prava osoba s invaliditetom temeljen je na društvenom odnosu prema njima, fokusirajući se na odnos između: a) konkretnog invaliditeta, odnosno zdravstvenog nedostatka, b) društva u kojem osoba živi i c) konteksta u kojem postoji prepreka u ostvarivanju određenog prava (8).

U tom smislu osobe s invaliditetom ne bi smjele pripadati određenoj skupini po pita-

nju ostvarivanja ljudskih prava, jer bi upravo takav pristup značio njihovu diskriminaciju i segregaciju, time više što primjerice prepreke u ostvarivanju temeljnih prava osoba s problemima mentalnog zdravlja mogu biti potpuno drugačije od prepreka u ostvarivanju temeljnih prava osobe koja je tjelesni invalid ili ima dijabetes. Stoga se ostvarivanje prava osoba s invaliditetom promatra u određenom kontekstu, a ne kao pravo određene grupacije ljudi (10).

Kao načela na kojima se temelji uključenost osoba s invaliditetom u društvo ravnopravno s drugim osobama uvodno se ističu načela jednakosti, dostojanstva, autonomije (sloboda izbora), neovisnosti, pristupačnosti i uključivosti.

Kad su u pitanju djeca s invaliditetom posebnu važnost ima načelo poštivanja sposobnosti razvoja djece s teškoćama u razvoju i poštivanje njihovog prava na očuvanje vlastitog identiteta (6).

Pristupačnost kao temeljno načelo jest ključni element za potpuno uključivanje osoba s invaliditetom u društvo, što se dalje elaborira u posebnoj odredbi kojom se država obvezuje ukloniti svaku prepreku, te poduzeti odgovarajuće mjere kako bi se osobama s invaliditetom osigurala pristupačnost svim javnim službama u urbanim i ruralnim sredinama. Na taj način država osigurava neovisnost i potpuno sudjelovanje osoba s invaliditetom u svim područjima života (6).

UN Konvencija o pravima osoba s invaliditetom obvezuje države članice na podizanje razine javne svijesti u svim segmentima društva o ravnopravnosti osoba s invaliditetom radi iskorjenjivanja stereotipa, predrasuda, štetnih postupaka prema djeci s invaliditetom, kao i podizanja javne svijesti o sposobnostima i doprinosu osoba s invaliditetom u društvu (u obitelji, odgojno obrazovnim ustanovama, kulturnim i sportskim ustanovama i društvima, zdravstvenim ustanovama i dr.). Pri tome se podizanje razine svijesti o ravnopravnosti

osoba s invaliditetom mora provoditi na svim obrazovnim razinama, počevši od djece u najranijoj životnoj dobi (6).

Prethodno istaknute uvodne odredbe odnose se na sve osobe s invaliditetom, pa tako i na djecu, pri čemu se UN Konvencija o pravima osoba s invaliditetom s nekoliko posebnih odredaba referira upravo na djecu s invaliditetom. To su odredbe u člancima **7., 23., 24., 25. i 28(b)** kojima se jamči opće pravo djece s teškoćama u razvoju na ravnopravnost s ostalom djecom, njihovo pravo na obitelj, na redovno obrazovanje, očuvanje zdravlja i primjereni životni standard.

Prije detaljnijeg prikaza prava djece s invaliditetom zajamčenih navedenim člancima UN Konvencije o pravima osoba s invaliditetom potrebno je napomenuti da se ovom Konvencijom i dalje reafirmiraju sva ostala temeljna prava djeteta iz UN Konvencije o pravima djeteta, poput prava na najbolji interes, prava na obitelj i obiteljske kontakte, ili prava na izražavanje mišljenja. Međutim, UN Konvencija o pravima osoba s invaliditetom pojedina važna prava djece nastavlja „brusiti“ temeljeći ih na promjeni općeg pristupa kako prema odraslim osobama s invaliditetom tako i prema djeci s invaliditetom (8).

Konvencijska odredba koja se eksplicitno odnosi na djecu s teškoćama u razvoju načelno obvezuje države članice (pa tako i Republiku Hrvatsku) da poduzme sve potrebne mjere kako bi se djeci s teškoćama u razvoju omogućilo potpuno ostvarivanje svih temeljnih ljudskih i dječjih prava ravnopravno s ostalom djecom, uključujući građanska, politička, ekonomska, socijalna i kulturna prava (6).

Uvažavajući višestruku diskriminaciju i ranjivost djevojčica s invaliditetom države članice su obavezne osigurati posebnu zaštitu i mjere osiguranja djevojčica s invaliditetom radi ostvarivanja ljudskih prava i sloboda zajamčenih ovom Konvencijom (6).

Pravo na poštivanje obitelji jamči se djeci s invaliditetom jednako kao i ostaloj djeci na način da se zabranjuje svaka diskriminacija u pogledu očuvanja njihove plodnosti, a poštivanjem prava na obiteljski život nastoji se spriječiti sakrivanje, napuštanje, zanemari vanje i segregaciju djece s invaliditetom. U tom smislu države članice su dužne poduzeti potrebne mjere kako djeca s teškoćama u razvoju ne bi temeljem invaliditeta bila izdvojena iz obitelji, a ako je to baš nužno, svako dijete se ima zbrinuti u široj obitelji, a ako ni to nije moguće mora se zbrinuti u obiteljskom okruženju šire zajednice (udomiteljskoj obitelji) (6).

Najbolje okruženje za dijete s invaliditetom je njegova obitelj, kojoj je nužno osigurati stručnu edukaciju, psihološku i materijalnu pomoć, čime se smanjuje stres roditelja u podizanju djeteta s invaliditetom, omogućava ostanak djeteta u obitelji, olakšava komunikacija članovima obitelji s djetetom, kao i nabavka potrebne medicinske opreme nužne za funkcioniranje djeteta u obitelji i izvan nje (1).

Kad ostanak djeteta s invaliditetom nije moguć u užoj obitelji, država je dužna osigurati skrb i njegovo odrastanje u široj obitelji ili drugoj obiteljskoj zajednici (udomiteljskoj obitelji) u kojoj su osobe koje skrbe o djetetu educirane za brigu o djetetu s invaliditetom. Smještaj djeteta s invaliditetom u instituciju je posljednja mjera koju su države dužne izbjegavati i prevenirati kad god je to moguće, a nikada koristiti kao sredstvo ograničavanja slobode i kretanja djeteta s invaliditetom. Uzimajući u obzir da su djeca s invaliditetom koja žive u institucijama vrlo često žrtve tjelesnog i psihičkog nasilja, seksualnog zlostavljanja i zanemarivanja, država je dužna osigurati specijalno educirano osoblje, postaviti stroge standarde rada, nadzora, evaluacije i olakšanu mogućnost pritužbi, dostupnu djeci s invaliditetom, a prije svega planirati povratak djece u vlastite ili udomiteljske obitelji (1).

Posebnu pozornost izaziva **pravo na obrazovanje** temeljem kojeg su države članice dužne osigurati inkluzivni obrazovni sustav u kojem će se svakom djetetu s invaliditetom osigurati individualna pomoć i potpora. Na taj se način djeci s invaliditetom osigurava okruženje koje im omogućava potpuni osobni, fizički, psihički i socijalni razvoj u skladu s njihovim potencijalima. U tom smislu države imaju izričitu obvezu osigurati djeci s invaliditetom besplatno i obvezno osnovno i srednjoškolsko obrazovanje, kao i svaku vrstu prikladne individualizirane pomoći u skladu s djetetovim invaliditetom (primjerice, gluhoj, nijemoj ili slijepoj djeci država dužna je osigurati prikladna sredstva) (6,17).

Obrazovanje djece s invaliditetom na ravnopravnoj osnovi zajedno s ostalom djecom od iznimne je važnosti za razvoj njihovog samopoštovanja i samostalnosti. Inkluzivno obrazovanje djece s invaliditetom zajedno s ostalim vršnjacima razvija osjećaj pripadnosti školi, vršnjacima i društvu. Stoga je već predškolsko i rano osnovnoškolsko obrazovanje od posebne važnosti za djecu s invaliditetom, jer su rano prepoznavanje i pravovremena stručna intervencija ključni u njihovom kasnijem razvoju. Stoga je država dužna osigurati redovno obrazovanje djece s invaliditetom primjereno svakom pojedinom djetetu uzimajući u obzir njegov invaliditet. To znači pravo na isključivo redovno školovanje, pravo na redovno školovanje uz dodatak specijalnog obrazovanja, stručnu pomoć u nastavi, dostupnost tehničkih pomagala, prilagođen kurikulum, educiranost nastavnika, kao i usku suradnju redovnih nastavnika, te stručnih pomoćnika i nastavnika u specijalnom dijelu obrazovanja (1).

Zaključno, inkluzija djeteta s invaliditetom ne znači samo njegovo jednostrano uključivanje u redovni obrazovni sustav, već sustavnu promjenu cjelokupnog pristupa redovnom obrazovnom sustavu djece s invaliditetom uvažujući djetetove posebnosti i individualne po-

trebe u zadnjem koraku konkretiziranja prava na obrazovanje.

Svaka država potpisnica UN Konvencije o pravima osoba s invaliditetom dužna je djeci s invaliditetom omogućiti uživanje najviših, ostvarivih **standarda tjelesnog i mentalnog zdravlja** bez diskriminacije na osnovi invaliditeta, uključujući dostupne i besplatne zdravstvene usluge i programe, kao i ranu identifikaciju i intervenciju, te dostupnost usluga kojima se smanjuje i prevenira daljnji invaliditet djeteta (6).

Temeljno ljudsko pravo svakog djeteta jest **pravo na očuvanje zdravlja**, stoga zdravstveni sustavi moraju biti usmjereni na rano otkrivanje invaliditeta, kao i ranu intervenciju. Zdravstveni djelatnici koji rade s djecom s invaliditetom moraju biti educirani, a njihov rad fokusiran na dijete. S obzirom da djeca s invaliditetom često imaju višestruke zdravstvene probleme idealan medicinski pristup djeci s invaliditetom trebao bi biti multidisciplinarni, uključujući suradnju neurologa, psihologa, psihijataru, ortopeda i psihoterapeuta. Posebna pažnja u području prava na zdravlje obraća se reproduktivnom zdravlju adolescenata s invaliditetom. Naglašava se problem prisilne sterilizacije djece s invaliditetom, posebno kad su u pitanju djevojke, što je ozbiljna povreda njihovog prava na tjelesni integritet, a rezultira dugoročno štetnim posljedicama za njihovo fizičko i mentalno zdravlje. Države potpisnice dužne su zabraniti prisilnu sterilizaciju djece pozivom na njihov invaliditet (1).

Djeca s invaliditetom i njihovi roditelji, odnosno osobe koje se brinu o njima imaju pravo na **odgovarajući životni standard** uključujući prehranu, odijevanje, stanovanje, kao i pravo na socijalnu zaštitu te pristup programima smanjenja siromaštva, posebno ističući ugroženost djevojaka s invaliditetom i uvažavajući učestalost siromaštva u obiteljima djece s invaliditetom (6).

Na kraju od osobite važnosti za razvoj djece UN Konvencija o pravima osoba s invaliditetom ujedno ističe pravo na sudjelovanje u kulturnom životu, pravo na igru, rekreaciju, zabavu i sport (u literaturi se posebno ističe pravo djece s invaliditetom na sportske aktivnosti zajedno s ostalom djecom. Naime, u praksi je pristup igri, razonodi i sportskim aktivnostim djeci s invaliditetom često ograničen te shvaćan kao dio terapije, premda je njihovo uključivanje u navedene aktivnosti s ostalim vršnjacima važno za inkluziju, socijalizaciju, stvaranje prijateljstava, razvijanje vještina i samopoštovanja djece s invaliditetom) (8).

Zaključno, cilj UN Konvencije o pravima osoba s invaliditetom nije bio stvoriti neka nova temeljna ljudska prava koja bi se odnosila na osobe i djecu s invaliditetom, već svjesni činjenice da mnoga temeljna prava zajamčena na međunarodnoj razini dugi niz godina, djeca s invaliditetom u stvarnosti nisu uživala, cilj je bio novim međunarodnopravnim mehanizmom stvoriti pravni okvir u kojem neće biti moguće odbiti njihovu realizaciju (8).

MEĐUNARODNA OCJENA STANJA O PRAVIMA DJECE S INVALIDITETOM U REPUBLICI HRVATSKOJ

UN-ov Odbor za prava osoba s invaliditetom je 17. 4. 2015. godine objavio Zaključne primjedbe o Inicijalnom izvješću Hrvatske u vezi s poštivanjem prava osoba s invaliditetom u Republici Hrvatskoj (18).

U području zaštite prava odraslih osoba s invaliditetom Odbor za prava osoba s invaliditetom je pozitivno ocijenio izradu Nacionalne strategije izjednačavanja mogućnosti osoba s invaliditetom 2007.-2015., Operativni plan de-institucionalizacije i transformacije domova socijalne skrbi u Republici Hrvatskoj 2014.-2016., Nacionalni program zaštite i promicanja

ljudskih prava 2008.-2011., u kojim dokumentima se planiralo provesti i određene mjere zaštite prava djece s invaliditetom.

Odbor za prava osoba s invaliditetom je istaknuo sljedeće probleme koji se odnose na kršenje prava djece s invaliditetom u Republici Hrvatskoj:

- Postojanje segregacije u obrazovanju i život djece s invaliditetom u institucijama koje se još uvijek ne smatraju oblikom diskriminacije
- Visoki postotak napuštene djece s invaliditetom koja žive u institucijama, izostanak pažnje i skrbi u području obrazovanja, zdravlja i rehabilitacije, izloženost nasilju i zlostavljanju, izostanak posebnih mjera u ruralnim područjima, te izostanak poštivanja prava djece na izražavanje mišljenja u postupcima donošenja odluka koje se tiču njihovih prava
- Prevladavanje medicinskog modela i modela milosrđa u masovnim medijima, te izostanak podizanja razine javne svijesti o pravima djece s invaliditetom
- Ukidanje novog Obiteljskog zakona od strane Ustavnog suda
- Prisilno zadržavanje i smještaj u ustanovama na osnovi invaliditeta, posebno kad se radi o mentalnim oštećenjima i intelektualnim poteškoćama
- Teška situacija u kojoj se nalazi značajan broj ustanova socijalne skrbi i psihijatrijskih ustanova u kojima su osobe s invaliditetom, prenapućenost i ponižavajući uvjeti života, nedovoljna zaštićenost od nasilja, te nedobrovoljno ili ponižavajućeg postupanja
- Nedostupnost redovnih usluga žrtvama nasilja koje su osobe s invaliditetom, a posebno su nezaštićene djevojčice i dječaci s invaliditetom
- Djeca s invaliditetom mogu biti sterilizirana na zahtjev roditelja ili skrbnika bez

njihovog slobodnog i informiranog pristanka, kao i podvrgnuti drugim medicinskim postupcima

- Veliki broj osoba s invaliditetom nema osnovnoškolsko obrazovanje, manje od 30 % ih je završilo srednju školu, izostanak radnji kojima bi se učenicima s invaliditetom osigurala razumna prilagodba u redovno obrazovnim ustanovama
- Mnogi dječaci i djevojčice s invaliditetom nemaju pristup uslugama rane intervencije, ističući posebno tešku situaciju za djecu s autizmom
- Neprikladan sustav prikupljanja statističkih podataka i informacija radi planiranja i pripreme strategija za realizaciju dužnosti Republike Hrvatske prema Konvenciji o pravima osoba s invaliditetom.

Odbor za prava osoba s invaliditetom predlaže Republici Hrvatskoj poduzimanje konkretnih mjera kojima bi se morali riješiti problemi prethodno istaknutih povrede prava djece s invaliditetom, a rezultat tih mjera i napredak u području poštivanja njihovih prava bit će ocijenjen najkasnije do 15. 9. 2021. godine.

ZAKLJUČNO O OBVEZAMA REPUBLIKE HRVATSKE U ZAŠTITI DJECE S INVALIDITETOM

Odnos države prema najranjivijim članovima društva kao što su djeca s invaliditetom pokazuje njezinu socijalnu osjetljivost, zrelost i vrijednosti koje je postavila kao ciljeve svojih politika.

Republika Hrvatska je potpisivanjem međunarodnih ugovora kojima se jamče temeljna ljudska prava i slobode djeci s invaliditetom (Konvencije o pravima djece i Konvencije o pravima osoba s invaliditetom) pokazala zrelost, odgovornost i pripadnost onim pravnim sustavima koji teže poštivanju najviših prav-

nih standarda u ovom osjetljivom pravnom području.

Preuzete obveze koje proizlaze iz potpisanih ugovora jasno su propisane, pa međunarodna tijela koja nadziru ispunjavanje preuzetih obveza predlažu načine na koje države članice, pa tako i Republika Hrvatska, mogu ispuniti preuzete obveze.

Republici Hrvatskoj Odbor za prava osoba s invaliditetom generalno sugerira sustavnu analizu postojećeg zakonodavstva radi usklađivanja s Konvencijom o pravima osoba s invaliditetom, kreiranje razumnog koncepta prilagodbe sustava u područjima obrazovanja, zdravstva, prometa i graditeljstva, te osiguravanje proračunskih sredstava u te svrhe.

Kao posebne preporuke između ostalog se ističu sljedeće međunarodne obveze Republike Hrvatske: zabrana isključivanja i segregacije djece s invaliditetom iz redovnog obrazovanja, jednaka zaštita djece s invaliditetom u legislativi i politici, deinstitucionalizacija djece s invaliditetom, donošenje i provedba strategije protiv napuštanja djece s invaliditetom, osiguravanje mjera stručne i financijske pomoći i potpore djeci i obiteljima djece s invaliditetom, edukacija svih tijela, javnih i privatnih stručnjaka koji rade s djecom s invaliditetom o njihovim pravima, zabrana sterilizacije dječaka i djevojčica bez osobnog i informiranog pristanka, uvođenje osobnih asistenata, osiguravanje komunikacijskih mehanizama za djecu s invaliditetom, njihovo inkluzivno obrazovanje djece, kao i pristupačnost obrazovnih ustanova.

Postojeće stanje stvari u zaštiti prava djece s invaliditetom prema ocjeni mjerodavnih međunarodnih tijela nije zadovoljavajuće, a je li namjera Republike Hrvatske prigodom preuzimanja međunarodnih obveza bila stvarna ili s „figom u džepu“ pokazat će nam vrijeme, nadajući se da smo u pripremnom razdoblju za poduzimanje konkretnih koraka prema humanijoj budućnosti.

1. UN Committee on the Rights of the Child (CRC), General comment No. 9 (2006): The rights of children with disabilities, 27 February 2007, CRC/C/GC/9, <http://www.refworld.org/docid/461b93f72.html>
2. Ustav Republike Hrvatske, Pročišćeni tekst, NN 56/90, 135/97, 8/98, 113/00, 124/00, 28/01, 41/01, 55/01, 76/10, 85/10, 05/14, <http://www.zakon.hr/z/94/Ustav-Republike-Hrvatske>
3. UN Konvencija o pravima djeteta (Službeni list SFRJ, br. 15/1990)
4. Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (NN 76/14)
5. Zakon o odgoju i obrazovanju u osnovnoj i srednjoj školi (NN 87/08, 86/09, 92/10, 105/10, 90/11, 5/12, 16/12, 86/12, 126/12, 94/13, 152/14)
6. Konvencija o pravima osoba s invaliditetom (NN 6/2007)
7. Milas Klarić I., Pravni status skrbnika kao jamstvo zaštite ljudskih prava odraslih osoba, Pravni fakultet u Zagrebu, Zagreb, 2010.
8. Sabatello M. Children with disabilities: A Critical Appraisal. U: Freeman M, ed. The Future of Children Rights. Leiden-Boston: Brill Nijhoff, 2014.
9. Bouillet D. Nevidljiva djeca – od prepoznavanja do inkluzije. UNICEF, 2014., http://www.unicef.hr/wpcontent/uploads/2015/09/Nevidljiva_djeca_publikacija.pdf
10. Wiesbrock A. Disability as a Form of Vulnerability. U: Ippolito F, Iglesias Sanchez I, ed. Protecting Vulnerable Groups. Oxford and Portland, Oregon; Hart Publishing, 2015.
11. Lansdown G. The new Disability Convention and the protection of children, Save the Children, 2006.
12. Willems JCM, ed. Children's Rights and Human Development. Antwerp-Oxford-Portland: Intersentia, 2010.
13. Vrban D. Država i pravo. Zagreb: Golden marketing, 2003.
14. Bačić A. Komentar Ustava RH. Split: Pravni fakultet Sveučilišta u Splitu, 2002.
15. Smerdel B. Ustavno pravo, Narodne novine, Zagreb, 2009.
16. Zakon o socijalnoj skrbi. Narodne novine 157/13, 152/14, 99/15, 52/16.
17. Fortin J. Children's Rights and the Developing Law. Third Edition. Cambridge: Cambridge University Press, 2011.
18. Zaključne primjedbe o Inicijalnom izvješću Hrvatske u vezi s poštivanjem prava osoba s invaliditetom u Republici Hrvatskoj, http://www.mspm.hr/UserDocImages/zgrbac/Zakljucne_primjedbe_o_Inicijalnom_izvjescu_Hrvatske.pdf

Mijenja li se psihopatologija kod djece i mladih?

/ Does psychopathology in children and youth change?

Dubravka Kocijan Hercigonja, Vesna Hercigonja Novković, Mia Flander

Poliklinika Kocijan-Hercigonja, Zagreb, Hrvatska

/ Clinic Kocijan Hercigonja, Zagreb, Croatia

Na pitanje mijenja li se psihopatologija kod djece i mladih veliki broj stručnjaka za mentalno zdravlje, roditelja i nastavnika odgovorio bi pozitivno, ali uz različita objašnjenja. Najčešći razlozi, prema brojnim ispitivanjima su: promjena obiteljskih odnosa, sve veći utjecaj okruženja i medija, povećani pritisak i očekivanja od mladih uz izostanak odgovarajuće podrške, kvalitetnija dijagnostika koja omogućuje profesionalcima bolji uvid u etiologiju problema i dr.

Ispitivanja usmjerena na prevalenciju pojedinih oblika ponašanja ukazuju na porast kako anksioznih tako i depresivnih poremećaja, ali u odnosu na temeljnu edukaciju procjenitelja naglasak se daje na različite etiološke faktore. Brojna ispitivanja usmjerena prema etiologiji psihotičnih poremećaja ukazuju na različitosti vezane u odnosu na procjenitelje. Analiza postojećih klasifikacija ukazuje na promjene u pristupu. Veliki broj istraživača smatra da DSM ranije nije bio usmjeren na etiologiju, dok se prema prijedlogu DSM 5 mijenjaju kriteriji dijagnosticiranja što se reflektira i na procjene pojedinih dijagnostičkih skupina i terapijskih pristupa. Posebice se naglasak daje na deficit u kognitivnom kapacitetu koji počinje u razvojnem razdoblju, a smatra se da ima bitni utjecaj na razvoj mentalnih poremećaja. Promjena kliničke slike temeljem brojnih istraživanja ukazuju na nove spoznaje etiologije, posebice vezane uz funkcioniranje SŽS-a i povezanosti bioloških i psiholoških čimbenika, ali i promijenjenom dinamikom u obiteljskim odnosima te načinima školovanja što sve zahtijeva multidisciplinski pristup u dijagnostičkim procesima kao i daljnja istraživanja te povezanost kliničara i istraživača.

/ When asked whether psychopathology in children and youths is changing, a large number of mental health experts, parents and teachers would answer positively, but with different explanations. According to numerous studies, the most common reasons are: changes in family dynamics, the growing influence of mass media and our surroundings, increased pressure and expectations from young people without the adequate support, better quality of diagnostic methods which allows a better insight into the aetiology of a problem for professionals, etc.

Studies on the prevalence of certain types of behaviour are indicative of the increase of both anxious and depressive disorders, but different aetiological factors are stressed in accordance to the basic education of the interviewer. Numerous studies aimed at the aetiology of psychotic disorders point towards differences when taking interviewers into account.

The analysis of current classifications is indicative of changes in approach. A large number of researchers believe that DSM did not focus on aetiology previously, while DSM 5 made changes in diagnostic criteria, which, in turn, reflect on assessment of certain diagnostic groups and therapeutic approaches. Deficit in cognitive abilities beginning early in the developmental period are highlighted in particular, which is thought to be of great influence on mental disorder development. Change in the clinical picture due to numerous studies brings new revelations in aetiology to the forefront, especially connected to the functioning of the central nervous system and interconnectivity of biological and psychological factors, as well as the changes in the dynamics of family relations and models of education. All of this creates a need for an interdisciplinary approach in the diagnostic processes, as well as a need for further research and further collaboration between clinicians and researchers.

ADRESA ZA DOPISIVANJE:

Prof. dr. sc. Dubravka Kocijan Hercigonja
 Poliklinika Kocijan / Hercigonja
 Lipovečka 17
 10 000 Zagreb, Hrvatska
 E-pošta: kocijanhercigonja@inet.hr

KLJUČNE RIJEČI / KEYWORDS:

Psihopatologija / *Psychopathology*
 Specifičnosti procjene djece i adolescenata / *Specifics of assessing children and youth*
 Klasifikacija / *Classification*

UVOD

Na pitanje mijenja li se psihopatologija kod djece i mladih, velik broj stručnjaka, roditelja i nastavnika odgovorio bi pozitivno (1). Objašnjenja su vrlo različita zavisno o profesiji, kulturnim karakteristikama i stavovima društva (2). Najčešći razlozi prema brojnim ispitivanjima pokazuju da je promjena uzokovana brojnim čimbenicima. Prvi čimbenik su promjene obiteljskih odnosa (3). Utjecaj okruženja i medija također bitno utječe na promjene u psihopatologiji mladih (4). U posljednjih 100 godina seksualno sazrijevanje mladih počinje u sve ranijoj dobi, dok legalna neovisnost ovisi o državi i zakonu. U današnje vrijeme poslodavci traže sve obrazovanije radnike, tako da mladi sve više godina troše na obrazovanje i usavršavanje, što stvara dodatni pritisak na njih, kao i očekivanja, a u nekim slučajevima nemaju odgovarajuću podršku. Javno zdravstveni pristup u epidemiologiji utječe na pronalaženje novih pristupa u liječenju i prevenciji, a na što utječu i nove spoznaje o promjenama u psihopatologiji što je između ostalog, neophodna usklađenost s klasifikacijama (5). Za kvalitetniju dijagnostiku, neophodan je uvid u etiologiju (6).

JESU LI PROMJENE U PONAŠANJU MIT ILI REZULTAT PROMIJENJENIH SPOZNAJA ILI NOVIH POJAVA

Istraživanja za razdoblje 1990.-2010. ukazuju na mit da u modernom društvu postoji porast psihičkih poremećaja kod djece i mladih (7).

Prema procjeni autora isto je rezultat promjena načina života i promjena koje iz toga proizlaze (8,9). Prema istraživanjima problem leži u procjeni što su to mentalni poremećaji. Pod mentalne poremećaje ubraja se često psihološki distres povezan s nezaposlenošću i načinom života zbog nedostatka vremena, kraćeg spavanja, redukcije fizičkih aktivnosti i sl. (10-12). Način procjene temelji se na brojnim upitnicima, ali ne i analizi u odnosu s pacijentom i procjenom njegovog psihičkog funkcioniranja (13,14). Autori smatraju da su dobiveni rezultati refleksija loše procjene putem različitih upitnika i načina života. Nadalje, velik broj autora smatra da se dijagnoza postavlja temeljem ponašanja djece koja nisu patološka, već ponašanja koja su problem ograničenja i zabrana, problem vezan uz promjenu dinamike obitelji i načina školovanja, kao i problem edukacije i iskustva profesionalaca koji donose procjenu (15-18).

ŠTO NAM POKAZUJU ANALIZE DIJAGNOSTIČKOG I STATISTIČKOG PRIRUČNIKA ZA MENTALNE POREMEĆAJE (DSM) KLASIFIKACIJA?

Analiza postojećih klasifikacija ukazuje na promjene u pristupu od Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje DSM II do DSM V (19-20). U DSM II navode se stavovi da se mentalna bolest koristi za prikrivanje moralnih konflikata, kao i da je mentalna bolest primjer kojim društvo označava i kontrolira nekonformiste, sve do diskusije od strane gay

aktivista čija se kritika odnosila na postavljanje homoseksualnosti u mentalne poremećaje. U DSM II ipak se inkorporiralo i sociološko i biološko znanje, ali samo u tri kategorije mentalne retardacije (MR), organske promjene središnjeg živčanog sustava (SŽS) i alkoholizma (20).

U DSM III (21-22) javlja se multidimenzionalni pristup. DSM IV (23) postavlja višedimenzionalni sistem s dimenzijama koje obuhvaćaju klinički poremećaj, intelektualno oštećenje i poremećaj ličnosti. DSM V (24-26) sadrži široko revidirane dijagnoze, između ostalog da se standardne dijagnoze mogu primijeniti bez obzira na kulturu. Presječni kulturalni čimbenici su nevažni ili su samo značajni za prezentaciju specifičnih simptoma. Poseban naglasak se daje na deficit u kognitivnim kapacitetima koji počinje u razvojnog razdoblju i imaju bitan utjecaj na razvoj mentalnih poremećaja. Naglašene su i dimenzionalne mjere simptoma. Iako Međunarodna klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja (MKB-11) još nije objavljena, prema dostupnim informacijama trebala bi biti usklađena s DSM-V, za razliku od MKB-10 (27).

EPIDEMIOLOGIJA DJEČJE PSIHOPATOLOGIJE

Dječja psihijatrijska epidemiologija brzo se razvila od deskriptivnih, presječnih – sekvencijskih studija u 60-tim godinama 20. stoljeća do današnjih prospektivnih kohortnih studija koje otkrivaju etiološke mehanizme (28). Kako visoka očekivanja da će biološki čimbenici bolje objasniti dječje psihijatrijske probleme nisu zadovoljena, naglašena je potreba opreznog korištenja genetike, neuroznanosti i drugih molekularnih istraživanja kako bi se bolje razumjelo funkcioniranje mozga, odnosno povezanosti funkcioniranja mozga i maladaptivnog ponašanja (29-31).

Do 1960. studije su se temeljile na loše definiranim definicijama psihopatologije. Od

1960-1970. godina započinju istraživanja posebno standardiziranim instrumentima za procjenu ponašanja (32). Uključen je veći broj procjenjivača s više različitih metoda. U tom razdoblju raspravljalo se o utjecaju kulturalnih čimbenika, a često se kao primjer navodio problem djece s poremećajem hiperaktivnosti i deficita pažnje (ADHD), gdje su postojale znatne razlike između djece ruralnih i urbanih sredina. U razdoblju između 1970. i 1980. fokus je usmjeren na perinatalne poteškoće i refleksiju na kasniju psihopatologiju (33,34). U razdoblju 1980.-1990. godine cilj studija je istraživanje ranih bihevioralnih prediktora na kasnije antisocijalno i druge oblike ponašanja s posebnim usmjerenjem na istraživanje bližanaca (35,36). Između 1990.-2000. godine u istraživanja su uključeni bihevioralno kognitivni i biološki čimbenici (37). Studije nakon 2000. godine usmjerene su na prenatalno razdoblje s fokusom na ponašajni i kognitivni razvoj. Započinje razdoblje analize povezanosti prenatalnog razdoblja i različitih nepovoljnih izloženosti majke na rast fetusa i postnatalnog razvoja. Istraživane su posebice karakteristike novorođenčeta i njihovo povezivanje s kasnijim psihijatrijskim problemima. Naglašena je potreba dobrog poznavanja razvojnih karakteristika i njihovih refleksija na odnose sa okruženjem (28-39).

NOVE SPOZNAJE ILI NOVI POREMEĆAJI

Sve učestalije susrećemo se s traumatiziranom djecom zbog različitih traumatskih iskustava, posebice posljedica zlostavljanja. Postavlja se pitanje radi li se o traumi i problemima prepoznavanja unutar nedovoljno definiranih dijagnoza, kao što su poremećaji u ponašanju, emocionalni problemi u djetinjstvu, ili se radi o novim poremećajima (40).

Stavovi kliničara i istraživača razlikuju se te se porast zlostavljanja povezuje s promjenama u

obiteljskoj dinamici, ali i s boljim prepoznavanjem zbog jasno definiranih simptoma koji na to upućuju (41-42).

Sve učestalije susrećemo se s dijagnozom ADHD. Istraživanja ukazuju da se u nedovoljno definiranoj dijagnozi ADHD nalaze različiti etiološki čimbenici, od emocionalnih problema do neurorazvojnih odstupanja. Dijagnoza se postavlja na osnovi ponašanja, posebice u školi, ali uzroci su različiti, što je važno naglasiti jer zahtijevaju različite terapijske pristupe (43-46).

Velik broj istraživanja odnosi se na porast korištenja video igara kod mladih, što dovodi do tzv pojave tzv. „*electronic screen syndrome*“, a koji uključuje impulzivnost, promjene raspoloženja, promjene ritma spavanja, preosjetljivost i promjene u socijalnim odnosima (47-50). U odnosu na navedenu simptomatologiju i povezanost s video igrama postoje podjele između istraživača. Jedni smatraju da problemi u socijalnim odnosima, depresivnost i promjene raspoloženja dovode do vezanosti uz video igre, te da je opisano ponašanje uzrok, a ne posljedica. Druga skupina istraživača smatra da je takvo ponašanje posljedica opisanih aktivnosti (51,52). Poboljšanje dijagnostičkih metoda daje nove spoznaje o funkcioniranju mozga te pokazuju da djeca ovisna o video igrama imaju promjene u frontalnim dijelovima mozga, atrofiju sive supstancije, kao i promjene u području korpusa strijatuma i inzule čime se mogu objasniti opisani oblici ponašanja. Navode se i promjene u području korpusa kalozuma i povezivanju desne i lijeve hemisfere te refleksiji tog povezivanja na funkcioniranje (53-55).

Brojna istraživanja odnose se na upotrebu različitih sredstava ovisnosti kod sve mlađe populacije, kao i upotrebu novih sredstava poput Galaxy (56-57). Postoje i druge brojne dijagnostičke skupine koje se prema procjeni stručnjaka mijenjaju, kako u odnosu na kliničku sliku, tako i u reagiranju na tretman (psihotič-

na stanja, disocijativni poremećaj, pervazivni poremećaj i dr.) (59). Pitanja na koja profesionalci moraju odgovoriti su radi li se o novom poremećaju ili o novom pristupu i spoznajama povezanima s dijagnostičkim napretkom i edukacijom ili promjenom u društvu i očekivanjima od djece i adolescenata, koja dovode do promjena koje nazivamo poremećajem, a često se radi o neusklađenosti očekivanja društva, obitelji i škole te bioloških psiholoških razvojnih promjena (60-66).

ZAKLJUČAK

Na pitanje mijenja li se psihopatologija kod djece i mladih, analizirana su brojna istraživanja povezana s različitim teorijskim pristupima, dinamikom obiteljskih odnosa, promjenama u klasifikacijama, procjenama etiologije te procjenama kliničke slike. U ovisnosti o fokusu ispitivača, cilja istraživanja te primijenjenih metodologija dobiveni su različiti rezultati, a temeljem toga i različiti zaključci kao npr. promjene su rezultat načina življenja, neusklađenosti procjenitelja u odnosu na promjene, a ne promjene patologije pa do promjena u samim klasifikacijama. Važno je naglasiti da novi pristupi i spoznaje, a u odnosu na etiologiju, mijenjaju ranije stavove u odnosu na kliničku sliku, utjecaj privrženosti, radnih odnosa, traumatskih iskustava i dr. Posebno je važno naglasiti dobivene rezultate brojnih istraživanja koji ukazuju na povezanost psiholoških i bioloških čimbenika i to refleksijom, kako na kliničku sliku, tako i na preventivne i kurativne aktivnosti. Razlikovanja u pristupu vezana uz „*electronic screen syndrome*“, kao i druge oblike ovisnosti još uvijek ne daju jasne zaključke o etiologiji promjena. Važno je naglasiti potrebu daljnjih istraživanja, izbor i usuglašavanje metodologija, što će rezultirati pozitivnim implikacijama na kliničku sliku, kako u postupku dijagnostike, tako i liječenja, a posebice preventivnih aktivnosti.

LITERATURA

1. Dahl R, Harii A. Lessons from G. Stanley Hall: Connecting New Research in Biological Sciences to the Study of Adolescent Development. *J Res Adolescence* 2005; 15: 367-82.
2. Liu Y, Wikland K, Karlberg J. New reference for the age at childhood onset of growth and secular trend in the timing of puberty in Swedish. *Acta Paediatr* 2000; 89: 637-43.
3. Cohen P, Cohen J, Kasen S i sur. An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence--I. Age- and gender-specific prevalence. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discipl* 1993; 34: 851-67.
4. Collishaw S, Maughan B, Goodman R, Pickles A. Time trends in adolescent mental health. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discipl* 2004; 45: 1350-62.
5. Copeland W, Shanahan L, Costello E, Angold A. Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2009; 66: 764-72.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Press.
7. Baxter A, Scott K, Ferrari A, Norman R, Vos T, Whiteford H. Challenging the myth of an „epidemic“ of common mental disorders: trends in the global prevalence of anxiety and depression between 1990 and 2010. *Depression Anxiety* 2014; 31: 506-16.
8. Twenge JM. The age of anxiety? The birth cohort change in anxiety and neuroticism, 1952-1993. *J Pers Soc Psychol* 2000; 79: 1007-21.
9. Hagnell O, Lanke J, Rorsman B, Ojesjö L. Are we entering an age of melancholy? Depressive illnesses in a prospective epidemiological study over 25 years: the Lundby Study, Sweden. *Psychol Med* 1982; 12: 279-89.
10. Kramer M. The increasing prevalence of mental disorders: a pandemic threat. *Psychiatr Q* 1983; 55: 115-43.
11. Tick N, van der Ende J, Koot H, Verhulst F. 14-year changes in emotional and behavioral problems of very young Dutch children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007; 46: 1333-40.
12. Bhat MA, Rather TA. Socio-economic factors and mental health of young people in China: an elusive link with globalization. *Asian Soc Work Policy Rev* 2012; 6: 1-22.
13. Fichter M, Xepapadakos F, Quadflieg N, Georgopoulou E, Fthenakis W. A comparative study of psychopathology in Greek adolescents in Germany and in Greece in 1980 and 1998--18 years apart. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2004; 254: 27-35.
14. Collishaw S, Maughan B, Natarajan L, Pickles A. Trends in adolescent emotional problems in England: a comparison of two national cohorts twenty years apart. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discipl* 2010; 51: 885-94.
15. Jokela M, Batty GD, Kivimaki M. Ageing and the prevalence and treatment of mental health problems. *Psychol Med* 2013; 43: 2037-45.
16. Mair C, Roux AVD, Galea S. Are neighbourhood characteristics associated with depressive symptoms? A review of evidence. *J Epidemiol Community Health* 2008; 62: 940-6.
17. De Graaf R, tenHave M, van Gool C, van Dorsselaer S. Prevalence of mental disorders and trends from 1996 to 2009. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012; 47: 203-13.
18. Richter D, Berger K. Are mental disorders increasing? Update of a systematic review on repeated cross-sectional studies. *Psychiatr Prax* 2013; 40: 176-82.
19. Blashfield RK, Keeley JW, Flanagan EH, Miles SR. The cycle of classification DSM-I through DSM-5. *Annu Rev Clin Psychol* 2014; 10: 25-51.
20. Decker H. The making of the DSM-III: A diagnostic manual's conquest of American psychiatry. New York: Oxford Univ Press, 2013.
21. Hamilton S, Rothart M, Dawes R. Sex bias, diagnosis, and DSM-III. *Sex roles* 1986; 15: 269-74.
22. Morey LC, Ochoa ES. An investigation of adherence to diagnostic criteria: clinical diagnosis of the DSM-III personality disorders. *J Pers Disord* 1989; 3: 180-92.
23. Zimmerman M. Why are we rushing to publish DSM-IV? *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 1135-38.
24. Kupfer DJ, Regier DA. Neuroscience, clinical evidence, and the future of psychiatric classification in DSM-5. *Am J Psychiatry* 2011; 168: 672-74.
25. Remington R. Neurocognitive diagnostic challenges and the DSM-5: perspectives from the front lines of clinical practice. *Issues Mental Health Nurs* 2012; 33: 626-29.
26. Clarke DE, Narrow WE, Regier DA i sur. DSM-5 field trials in the United States and Canada, part I: study design, sampling strategy, implementation, and analytic approaches. *Am J Psychiatry* 2013; 170: 43-58.
27. Roberts M, Medina-Mora M, Reed G i sur. A global clinicians' map of mental disorders to improve ICD-11. *Int Rev Psychiatry* 2012; 24: 578-90.
28. Cuthbert BN, Kozak MJ. Constructing constructs for psychopathology: The NIMH research domain criteria. *J Abnorm Psychol* 2013; 122: 928-37.
29. Clark LA, Watson D, Reynolds S. Diagnosis and classification of psychopathology: Challenges to the current system and future directions. *Annu Rev Psychol* 1995; 46: 121-53.
30. Cuthbert BN, Insel TI. Toward precision medicine in psychiatry: The NIMH Research Domain Criteria project. *Neurobiol Ment Illnes* 2013; 4: 1020-32.
31. Hyman SE. Can neuroscience be intergrated into the DSM-V? *Nature Rev Neurosci* 2007; 8: 725-32.
32. Hyman SE. The diagnosis of mental disorders: The problem of reification. *Annu Rev Psychol* 2010; 6: 155-79.
33. Insel T, Cuthbert B, Garvey M i sur. Research domain criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders. *Am J Psychiatry* 2010; 167: 748-51.
34. Krueger RF, Markon KE. A dimensional-spectrum model of psychopathology. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68: 10-11.
35. Lanius R, Bluhm R, Lanius U, Pain C. A review of neuroimaging studies in PTSD: Heterogeneity of response to symptom provocation. *J Psychiatr Res* 2006; 40: 709-29.

36. Miller GA, Keller J. Psychology and neuroscience: Making peace. *Curr Directions Psychol Sci* 2000; 9: 212-15.
37. Phillips J, Frances A, Cerullo MA i sur. The six most common essential questions in psychiatric diagnosis: A pluralogue Pt. 1.: Conceptual and definitional issues in psychiatric diagnosis. *Philosophy, Ethics Humanities Med* 2012; 7(3).
38. Wakefield JC. The concept of mental disorder: Diagnostic implications of the harmful dysfunction analysis. *World Psychiatry* 2007; 6: 149-56.
39. WHO. *International Classification of Diseases*. Geneva: World Health Organisation, 2007,10.
40. Verhulst FC, Tiemeier H. Epidemiology of child psychopathology: major milestones. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2015; 24: 607-17.
41. Buljan Flander G, Selak Bagarić E, Španić AM. U: Hrabar D, ur. Prava djece, multidisciplinarni pristup: Zlostavljanje i zanemarivanje djece. Zagreb: Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 2016, 283-27.
42. Kocijan Hercigonja D, Hercigonja Novković V. U: Hrabar D, ur. Prava djece, multidisciplinarni pristup: Specifičnost psihotraume kod djece. Zagreb: Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 2016, 327-51.
43. Armstrong F. Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *J Clin Child Psychol* 1991; 20: 453.
44. Biederman, J. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Selective Overview. *Biol Psychiatry* 2005; 57: 1215-20.
45. Dodig-Čurković K, Grgić M, Radić J, Čurković M, Radić M, Pivac N, Mimica-Matanović S, Delalle M, Maršanić-Boričević V, Petek A, Benić D, Kovač V, Zebić P, Kralik K. U: Dodig-Čurković K, Kralik K, ur. Psihopatologija dječje i adolescentne dobi: Molekularna podloga ponašajnih i emocionalnih poremećaja u djece i adolescenata; neurobiologija ADHD-a. *Osijek: Svjetla grada*, 2013, 40-56.
46. Hercigonja Novković V. Objektivizacija simptoma hiperkinetskog poremećaja testom varijabli pažnje. (doktorski rad). Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, 2016.
47. Lin F, Yan Z, Yasong D i sur. Abnormal white matter integrity in adolescents with internet addiction disorder: A tract based spatial statistics study. *PLoS One* 2012; 7(1).
48. Wood RTA. Problems with the concept of video game „Addiction“: Some case study examples. *Int J Ment Health Addiction* 2008; 6: 169-78.
49. Buljan Flander G i Matešković D. Internet i djeca - zabava ili opasnost. Kako zdravo odrastati: Priručnik za roditelje u zdravlju i bolesti djeteta od rođenja do kraja puberteta. Zagreb: Medicinska naklada. 2012, 372-75.
50. Breznišćak T, Španić AM, Buljan Flander G. Predicting emotional difficulties among children based on compulsive Internet use and cyberbullying victimization. 37th STAR Conference – Book of Abstracts 2016; 206.
51. Buljan-Flander G, Kocijan-Hercigonja D. Zlostavljanje i zanemarivanje djece. Zagreb: Marko M d. o. o., 2003.
52. Buljan Flander G., Karlović A., Puhovski S., Čosić I., Hrpka, H. Dijete na internetu. Zagreb: Hrabri telefon-telefon za zlostavljanu i zanemarenu djecu, 2004.
53. Han D, Bolo N, Daniels M, Arenella L, Lyoo I, Renshaw P. Brain activity and desire for Internet video game play. *Comprehens Psychiatry* 2011; 52: 88-95.
54. Ko C, Liu G, Hsiao S i sur. Brain activities associated with gaming urge of online gaming addiction. *J Psychiatr Res* 2009; 43: 739-47.
55. Kühn S, Romanowski A, Schilling C i sur. The neural basis of video gaming. *Translational Psychiatry* 2011; 1e53.
56. Fearn V. Deaths related to drug poisoning in England and Wales from 1993 onwards, by cause of death, sex, age and substances involved in the death. *Statistical Bulletin* 2016.
57. FEWS. Annual report on the Home Office Forensic Early Warning System: A system to identify New Psychoactive Substances (NPS) in the UK. Home Office, 2015.
58. O'Brien M, Zinberg J, Bearden C i sur. Parent attitudes and parent adolescent interaction in families of youth at risk for psychosis and with recent-onset psychotic symptoms. *Early Intervention In Psychiatry* 2008; 2: 268-76.
59. Welham J, Isohanni M, Jones P, McGrath J. The antecedents of schizophrenia: a review of birth cohort studies. *Shizophr Bull* 2009; 35: 603-23.
60. Golding J, Pembrey M, Jones R, ALSPAC Study Team. ALSPAC-the Avon longitudinal study of parents and children: I study methodology. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2001; 15: 74-87.
61. Wasan A. Brain Biomarkers: Documenting functional processes and mechanisms of change in psychopathology. *Am Psychol Assoc* 2014; Convention Presentation.
62. Velders FP, Dielman G, Hernichs J i sur. Prenatal and postnatal psychological symptoms of parents and family functioning: the impact of child emotional and behavioural problems. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2011; 20: 341-50.
63. O'Brien MP, Zinberg JL, Bearden CE i sur. Parent attitudes and parent adolescent interaction in families of youth at risk for psychosis and with recent-onset psychotic symptoms. *Early Intervention Psychiatry* 2008; 2: 268-76.
64. Waller R, Gardner F, Dishion TJ, Shaw DS, Wilson MN. Validity of a brief measure of parental affective attitudes in high-risk preschoolers. *J Abnorm Child Psychol* 2012; 40: 945-55.
65. Dodig-Čurković K, Grgić M, Radić J, Čurković M, Radić M, Pivac N, Mimica-Matanović S, Delalle M, Maršanić-Boričević V, Petek A, Benić D, Kovač V, Zebić P, Kralik K. U: Dodig-Čurković K, Kralik K, ur. Psihopatologija dječje i adolescentne dobi. *Osijek: Svjetla grada*, 2013.
66. Achenbach TM, Rescorla LA, Ivanova MY. International epidemiology of child and adolescent psychopathology I: diagnoses, dimensions, and conceptual issues. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2012; 51: 1261-72.

Suicide in Europe: an on-going public health concern

/ Samoubojstvo u Europi: Stalni javno zdravstveni problem

Fiona McNicolas^{1,2,3}

¹Dept of Child & Adolescent Psychiatry, Lucena Clinic, Rathgar; ²Our Lady's Hospital for Sick Children, Crumlin, ³School of Medicine and Medical Science, Geary Institute, Belfield Campus, University College Dublin, Ireland

/ ¹Odjel za dječju i adolescentnu psihijatriju, Klinika Lucena, Rathgar, ²Bolnica Our Lady's for Sick Children, Crumlin, Irska, ³Medicinski fakultet, Geary Institute & Belfield Campus, Sveučilište u Dublinu, Dublin, Irska

Every 40 seconds, somewhere in the world someone dies by suicide, with certain groups such as youth and men being most at risk. Research abounds as to the risks and protective factors, but there is still a huge gap in our knowledge as to what leads one person to act on suicidal ideation and another to refrain. Risks factors vary by country, culture, gender and class, and represent a complex and potentially synergistic interplay between biological, psychological, social, environmental and personal factors. These will be discussed in this paper.

Many prevention programmes have been established, but no one intervention stands out. At a minimum, country-wide efforts raising awareness of suicide and deliberate self-harm, highlighting risk and protective factors and identifying and treating mental health problems early, particularly in youth, are essential. Targeted methods include public education and media campaigns, providing training for front-line staff in early recognition and, in the case of primary care clinicians, appropriate referrals for treatment of mental illness, generating policies on restricting easy access to lethal means or substances such as alcohol which disinhibit behaviour and reducing the stigma of, and promoting, help-seeking. These efforts should go some way towards slowing what might otherwise become a self-destructive epidemic. We all have a role to play.

/ Svakih 40 sekundi negdje na svijetu netko poćini samoubojstvo pri ćemu su određene skupine, poput mladih i muškaraca pod većim rizikom. Istraživanja ukazuju na brojne kako rizićne, tako i zaštitne ćimbenike, ali i dalje postoji veliki nedostatak u znanju što neku osobu vodi da djeluje prema svojim suicidalnim idejama, a drugu da se suzdrži od poćinjenja suicida. Rizićni ćimbenici variraju ovisno o drćzavi, kulturi, spolu, klasi i predstavljaju kompleksno, potencijalno sinergistićko mećudjelovanje bioloćkih, psiholoćkih, drušćvenih, okolišnih i osobnih ćinitelja o ćemu raspravlja ovaj ćlanak. Utemeljeni su mnogi preventivni programi, ali ni jedna intervencija se posebno ne istiće svojom većom ućinkovitošću. Potreban minimum treba ukljućivati: napore na nacionalnoj razini u podizanju svjesnosti o suicidu i namjernom samoozljećivanju, ukazivanje na rizićne i zaštitne ćimbenike, rano identificiranje i tretman problema duševnog zdravlja, osobito u mladih. Ciljane metode prevencije ukljućuju: javnu edukaciju i medijske kampanje, provoćenje edukacije i treninga strućnjaka prve linije u ranom prepoznavanju, u slućaju primarne zdravstvene skrbi adekvatno upućivanje na lijećenje mentalnih poremećaja, stvaranje politike restriktivnog pristupa smrtonosnim sredstvima ili supstancijama poput alkohola koji dezinhirira ponašanje, reduciranje stigme i promoviranje traženja pomoći. Sve bi ove aktivnosti trebalo smanjiti ono što bi u suprotnom moglo postati epidemija autodestruktivnog ponašanja. Svi mi u ovome imamo svoju ulogu.

ADRESA ZA DOPISIVANJE:

Fiona McNicholas, FRCPsych MD
 Dept of Child & Adolescent Psychiatry,
 Lucena Clinic, Rathgar
 Our Lady's Hospital for Sick Children,
 Crumlin
 School of Medicine and Medical Science
 Geary Institute, Belfield Campus
 University College Dublin, Ireland
 Email: fionamcn2008@gmail.com

KEY WORDS / KLJUČNE RIJEČI:

Suicide / Samoubojstvo
Europe / Europa
Prevention / Prevencija
Self-harm / Samoozljeđivanje

INTRODUCTION

The exact prevalence of suicide, that is the act of ending one's own life in a deliberate and self-initiated action, is difficult to ascertain. The World Health Organisation (WHO) has been collecting annual statistics on the numbers of suicides in different countries globally since 1948, reaching a peak of 74 countries in 1985, but with minimal data from South East Asia, eastern Mediterranean and Africa (2). More recently, since 1994, Eurostat has included death by suicide in their mortality data and over time have included most of the 28 countries in the European Union along with some candidate countries (3). However, both organisations recognise the limitations in the accuracy of data collected, in that registrations of suicide as a cause of death vary significantly between countries, cultures, religions and over time. Attempted suicides and deaths linked with unde-

termined intent are not included and available data always lags about 2-3 years behind.

When reported, rates are presented as a standardised rate per 100,000 inhabitants. WHO (2014) estimated a global rate of 11.4 per 100,000 with men (15.0) outnumbering women (8.0) (1). For that year, this was equivalent to 1.4% of all deaths worldwide, with proportionally higher rates (although not absolute numbers) in higher income countries (12.7 or 1.7%) than lower income countries (11.2/100,000 or 1.4%). Accepting limitations in the accuracy of data collected, there were huge variation between countries and continents, ranging from 17.1/100,000 in South East Asia to a low of 4.8/100,000 in the eastern Mediterranean (see Table 1). Even within Europe, there was almost a 20-fold difference between Lithuania's rate of 33.5/100,000, the highest global rate (4), and Azerbaijan's rate of 1.7/100,000, 88th (see Table 2).

TABLE 1: Suicide Mortality Rate (per 100,000 populations) by WHO region, 2012.

Global Average = 11.4	Regional Ranking	Regional Average	Outlier country	Suicide MR	Country ranking
South East Asia	1	17.1	Sri Lanka	29.2	4
Europe	2	13.8	Lithuania	33.5	3
Western Pacific	3	9.9	Korea	36.8	1
Americas	4	8.9	Guyana	34.8	2
Africa	5	7.0	Mozambique	17.3	<15th
Eastern Mediterranean	6	4.8	Sudan	11.5	<20th

Ref: World Health Statistics 2016 data visualizations dashboard. <http://apps.who.int/gho/data/node.sdg.3-4-viz-2?lang=en> Accessed Jan 3 2016.

TABLE 2: European Suicide Mortality Rate (per 100,000 populations) by WHO region, 2012 and worldwide country ranking*.

Country	Suicide MR	Ranking	Country	Suicide MR	Country Ranking
Lithuania	33.5	1	Germany	13.0	33
Hungary	25.4	5	Ireland	11.5	48
Russia Federation	22.3	3	Macedonia (FYROM)	7.3	64
Latvia	21.8	8	UK	7.0	62
Poland	20.5	25	Spain	7.0	53
Serbia	16.8	16	Italy	6.4	61
Croatia	16.5	17	Israel	6.2	67
France	15.8	18	Greece	4.9	78
Iceland	15.1	37	Armenia	3.3	86
Bosnia & Herzegovina	13.9	39	Azerbaijan	1.7	88

*Data of country ranking sourced from WHO data: <http://www.suicide.org/international-suicide-statistics.html>

TRENDS IN SUICIDE RATES

Suicide rates have risen dramatically worldwide since initial data collection, reaching a peak in the 1980s and followed by a decline in most countries. The reduction since the 1990s has been attributed to restriction of lethal means, tighter gun control laws, removal of carbon monoxide and introduction of natural gas, and blister packs of medication reducing impulsivity (5). The association between increased prescription rates of anti-depressant medication and the reduced suicide rate have led some researchers to suggest a beneficial effect from early identification and treatment of depression. (6,7, 8, 9). This is somewhat supported by the fact that in individuals with depression (by psychological autopsy) who took their own life, fewer of them were on anti-depressants than the depressed population norm (10). The concern, however, about anti-depressants inducing new onset suicidal thinking is at odds with this position (11,12) and has led to various regulatory standards (13,14). Strangely, and also reinforcing the complex nature between restrictive practices and suicide rates, although better firearm controls seem plausible

and evidenced (15,16), it is a fact that parents of depressed youth often do not follow these standards (17); in some countries there was evidence of method substitution (18) and in other countries in which there was no change in gun laws, a reduction in suicide rates was still present.

Rates of suicide appear to continue to increase in some countries, e.g. Lithuania, where the overall rate reported in 2015 was 33.7/100,000. Although rates have dropped in other countries in the former Soviet Union, they continue to share very high rates with Lithuania, (Kazakhstan–3rd ; Belarus–4th ; Russia–6th ; and Ukraine–8th) and have been linked to social, political and economic reforms after the collapse of the Soviet Union in 1991 (19). Rates among young Lithuanian men (15-19) have risen from 8.62/100,000 in 2011 to 21.38/100,000 in 2013, being among the highest in Europe, with Ireland having the second highest rate, both more than twice the EU average. Currently, suicide rates among Irish women are the highest of all EU countries, almost 2.5 times the EU average (2.09 per 100,000 compared to 0.84), with rates among Lithuanian women in second place (20).

The recent economic downturn in 2008 has been associated with a higher than expected suicide rate in all but one of 10 European countries studied between 2007 and 2009 (21). A longer time period (2000-2009) and larger study, using WHO available data from 27 European and 27 non-European countries also reported a roughly 5% increased rate, predominantly affecting working age men and in countries with higher levels of job loss (22). Men aged 15-24 were most adversely affected in European countries, and new EU member states also showed the highest increase (22). There was no change among European women, and a smaller increase (2.3%) in women living in the Americas (22). Counter to the evidence of increase in suicide rates linked with economic depression, the case in Ireland seems more confusing given an indication that suicide rates were highest at the height of Ireland's Celtic Tiger, a period of unprecedented economic expansion (1995-2008). This period was followed by a rapid economic downturn and a corresponding increase in unemployment levels, reaching a peak of 14% in 2011. The rate of suicide in Ireland rose from 11.2 per 100,000 in 1995, reaching a peak in 2001 (13.5 suicides) before declining almost every year to a new low of 9.7 per 100,000 in 2015 (23).

Similarly, suicide rates appear to increase with immigration. A large cohort (N= 250,000) of Finns, who immigrated to Sweden over an 11 year period, 1982-1992, were found to have almost double the rate (48.2/100,000) compared with both the Swedish or Finnish rate (24).

Individual countries need to examine suicide rates within differing age groups in order to effective target interventions where rates are highest.

The difference between rates and absolute numbers needs to be considered. Although rates of suicide increase exponentially with age across Europe, with older people being at

highest risk, given the larger number of individuals in younger cohorts the majority of suicide occurs in people under 50, most between the ages of 35-44 (25). Additionally, given the relative health of younger cohorts, suicide as a cause of death is much higher at a younger age in all countries, varying only by degrees. In 2014, suicide was globally the 2nd leading cause of death in youth aged 15-24 (WHO 2014), accounting for 15% of deaths in those aged 15-19 and 18% in those in their 20s (Eurostat: 2015, using 2012 data 26). It remains the leading cause of death in Irish men aged 15-24 (27). This can be compared to all age groups where suicide is the 10th leading cause of death (25). In Ireland, and in many other European countries, there is a bimodal relationship with age, with the highest rate or „first peak“ in the 19-24 year old group as well as another peak in old age. However, the relationship between age and risk is by no means clear, with some countries showing an increased risk with increasing age in both men and women (25/27 of the 62 countries examined), others a decreased risk, and others such as Ireland showing bimodal peaks (28,29). In 2011 in America, 56% of suicides occurred in middle-aged adults, with the highest rate in (typically white) middle-aged men (30).

Similarly, although suicide rates are higher in middle to upper income countries, given the populous nature of countries such as India and China, 30% of the world's suicides occur in these 2 countries (31).

RISKS ASSOCIATED WITH SUICIDE

The specific and different links between age and sex have been alluded to, with older age carrying a 6 times greater risk for completed suicides. In most countries, men are more at risk of suicide, possibly linked with their choice of more lethal methods of deliberate self-harm (DSH). Men typically use more vi-

olent and lethal methods than women, but this also differs by country and culture. International methods of suicide derived from the WHO mortality data base reveal hanging to be the most common method used by both sexes in most countries with the notable exceptions of the United States, Argentina, and men in Switzerland where firearm suicide predominated (32). In some countries, jumping, poisoning with pesticides or drowning featured prominently.

However, the ratio of men to women differs between countries, with Ireland and UK having a ratio of 4:1 but Poland a ratio of 8:1, equal to that of in Pakistan and India, and a lower ratio in China where more women die by suicide than men (31). This is attributed to preferred and fatal use of self-poisoning in rural China with Paraquat. Religion has also been linked in that much lower rates are reported in countries with strong religious beliefs: in countries with predominant Muslim beliefs, the average rate is 0.1/100,000; with predominantly Hindu (India) or Christian (Italy) beliefs the rates are 10/00,000, rising to 17.9 in countries such as Japan with Buddhist beliefs and a rate of 25.6 in China, which is predominantly atheist (31). Although these data are suggestive of a link, the data need to be interpreted with caution due to a realisation that suicide may be under reported where it is culturally taboo, and so the lower rates are more administrative than real. In China, consideration also needs to be given to factors associated with poorer access to medical care in vast rural areas and the ready presence of poisonous insecticides which are fatal in overdoses.

Previous suicidal ideation and engagement in deliberate self-harm, whether linked with social ideation or not, or occurring in the presence of a mental illness, is a very potent risk factor for suicide (34, 35). Identification and management of previous episodes of self-harm linked with suicidal ideation, present

in many and representing the most important risk factor for subsequent suicide, might change the outcome for the patient. Rates of DSH and suicide have now reached such an unacceptable level that both are being deemed by the World Health Organisation (WHO) as a major public health problem (1). The importance of competent and therapeutic assessment of DSH followed by appropriate management is in part derived from the fact that the vast majority (98% in one systematic review) of suicides have one or more psychiatric diagnosis, with depression (60%), schizophrenia, SUD and CD being among the most common (36). However, a psychiatric disorder may be a necessary but not a sufficient risk factor. Childhood sexual and physical abuse increases the risk, independent of a child's mental health problems, and is thought to be mediated via parental mental ill health, poor interpersonal relationships and social isolation. Personality factors such as poor coping and impulsivity leading to rash behaviours also contribute. In these situations having access to lethal means presents a huge risk, whether it is firearms, medication or other substances which increase disinhibition. Findings of reduced 5HT transporter receptors and receptor density from post-mortem studies implicate dysregulation of the serotonin system, along with the finding that low levels of CSF HIAA in depressed adults predicted completed suicide, might explain the link between impulsivity and suicide (37).

Having already engaged in DSH increases the risk of suicide and is probably one of the most important predictors, particularly in adolescents. Those who engage in repeat acts (12-14% in the first year, and up to 50% within 3 years) are most at risk (38, 39). Hence the importance of taking each act of self-harm seriously, engaging in a therapeutic assessment, encouraging adherence to suggested treatment offered and paying especial attention to

the first 3 months, when the risk of repeat DSH is highest.

Both family environment and genetics play a role in the risk of suicide. A family history of either suicide or DSH increases the risk especially if maternal, compared with paternal (40). The presence of parental psychopathology, especially depression or substance misuse, has been linked with an increased rate in the offspring, and divorce or separation has an effect through this mechanism. The heritability is moderate, estimated at 0.43 with higher rates in biological than adoptive parents. Rates in monozygotic twins are higher than in dizygotic twins (41). The risk from first-degree relatives is also independent of psychiatry illness (42).

1-2% all suicides are due to contagion or „Copy Cat Suicides“, and sensational media reporting increases this risk especially in youth, given the prominence of peer influences and a need to fit in (43).

PREVENTION PROGRAMS

Given the high rates of suicide, it is appropriate that countries are now focussing on comprehensive integrated efforts to tackle this problem. To date, 28 countries are known to have a national strategy on the prevention of suicide (44), including Ireland (45). The goal of the first ever WHO led global Mental Health Action plan in 2013 was to reduce the rate of suicide by 10% by 2020 (46). Programmes need to be offered at all levels, providing support to the individuals and families, offering education and support for schools and community (47), monitoring and engaging with the media regarding sensitive reporting and providing adequate psycho-education. Health-care services need to incorporate suicide prevention as a core component and be responsive to needs of vulnerable individuals, ensure

on-going training of primary care clinicians to recognise and treat (or refer) individuals with mental health problems, especially depression and substance misuse. Given the high prevalence of DSH and suicidal thinking in our young people, universal programmes seem indicated but need to be balanced with additional targeted approaches to those most at risk, e.g. youth bereaved by family suicide. Restricting access to the means for suicide (fire arms, bulk medication) has been shown to be effective, as, if there is method substitution, it is often non-fatal.

Serious methodological issues exist both in the delivery and evaluation of suicide prevention programmes. The frequency of suicidal ideation and wide prevalence of risk factors make it difficult to target preventative programs effectively and efficiently. In screening programmes, a balance needs to be struck between over-loading a system with a high rate of false positives, thus using much needed resources, and correct identification of at-risk youth who might otherwise have taken their life. Training programmes, while often initially successful, need to be maintained in order to continue to have a beneficial effect (48). School-based screening or curriculum enhancement have shown some positive results, but are not clearly efficacious (49). The episodic nature of suicidal ideation makes identification difficult, as does the fact that many of the most at-risk youth may not be attending school. Optimising the ethos of the school in terms of mental health promotion, developing all school-positive mental health policies and reducing the stigma both of mental illness and treatment seeking, while not specific to suicide reduction, are all admirable general goals (49). Adolescents in general, and those with suicidal ideation, are notoriously difficult to engage, often drop out of therapy or stop taking medication prematurely, and so any programme needs to be adolescent

friendly, preferable designed with input from adolescents (50). Completed suicide is a rare event; therefore evaluating the outcome of community Suicide Prevention Programmes is difficult. The lack of RCT is also a limiting factor (51). A recent large systematic meta-analysis, while applauding prevention initiatives, concluded that no single strategy was clearly more efficacious than the next, and programmes should continue use a combination of evidence-based strategies both at the individual and population level (51). In the knowledge that improving young peoples' mental health is to be welcomed, the first goal should continue to be „do no harm“, followed by establishing associated improvement in general mental health and ensuring cost-effective delivery of care.

CONCLUSION

Despite some evidence that rates of suicide have decreased in certain countries in the last decade, there is no room for complacency. More effective and reliable data collection, coupled with the growth of research and academic centres in various countries, will facilitate the examination of the many complex factors linked with suicide in men and women of all ages and from all walks of life. Multiple and varied, formal and informal, targeted and universal, individual and organisational efforts towards suicide prevention have evolved but the vast majority remain untested, with no single intervention standing above the others. A combined multifaceted approach at the individual and community level is necessary.

REFERENCES

1. Preventing Suicide, A Global Imperative, WHO publication 2014. ISBN 978 92 4 156477 9
2. www.who.int/gho/mental_health/suicide_rates/en
3. ec.europa.eu/eurostat/statistics
4. World Health Statistics 2016 data visualizations dashboard. <http://apps.who.int/gho/data/node.sdg.3-4-viz-2?lang=en> Accessed Jan 3 2016.
5. Gould MS, Greenberg TE, Velting DM, Shaffer D. Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003; 42: 386-405.
6. Gunnell D, Ashby D. Antidepressants and suicide: what is the balance of benefit and harm. *BMJ* 2004; 329: 34-38.
7. Isacsson G. Suicide prevention—a medical breakthrough?. *Acta Psych Scand* 2000; 102: 113-17.
8. Nakagawa A, Grunebaum MF, Ellis SP et al. Association of suicide and antidepressant prescription rates in Japan, 1999-2003. *J Clin Psychiatry* 2007; 68: 908-16.
9. Hall WD, Mant A, Mitchell PB, Rendle VA, Hickie IB, McManus P. Association between antidepressant prescribing and suicide in Australia, 1991-2000: trend analysis. *BMJ* 2003; 326: 1008.
10. Isacsson G, Holmgren P, Druid H, Bergman U. The utilization of anti-depressants—a key issue in the prevention of suicide: an analysis of 5281 suicides in Sweden during the period 1992-1994. *Acta Psych Scand* 1997; 96: 94-100.
11. Healy D. Lines of evidence on the risks of suicide with selective serotonin reuptake inhibitors. *Psychother Psychosom* 2003; 72: 71-9.
12. Check E. Trial analysis questions—use of antidepressants in children. *Nature* 2004; 428: 682.
13. MHRA (2003). Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRIs): overview of regulatory status and CSM advice relating to major depressive disorder in children and adolescents including a summary of available safety and efficacy data. <http://www.mhra.gov.uk/home>
14. FDA Public Health Advisory Suicidality in children and adolescents being treated with antidepressant medications, 2007.
15. www.fda.gov/cder/drug/advisory/SSRI_SS200607
16. Kapusta ND, Etzersdorfer E, Krall C, Sonneck G. Firearm legislation reform in the European Union: impact on firearm availability, firearm suicide and homicide rates in Austria. *Br J Psychiatry* 2007; 191: 253-7.
17. Brent DA, Baugher M, Birmaher B et al. Compliance with recommendations to remove firearms in families participating in a clinical trial for adolescent depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39: 1220-6.
18. Loftin C, McDowall D, Wiersema B, Cottey TJ. Effects of restrictive licensing of handguns on homicide and suicide in the District of Columbia. *New Engl J Med* 1991; 325: 1615-20.
19. Caron J. Gun control and suicide: possible impact of Canadian legislation to ensure safe storage of firearms. *Arch Suicide Res* 2004; 8: 361-74.
20. Kölves K, Milner A, Várnik P. Suicide rates and socioeconomic factors in Eastern European countries after the collapse of the Soviet Union: trends between 1990 and 2008. *Social Health Illn* 2013; 35: 956-70.
21. WHO detailed European Mortality Rate Database 3 years averages 2009-2011.

22. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. *Lancet* 2011; 378: 124-5.
23. Chang SS, Stuckler D, Yip P, Gunnell D. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *BMJ* 2013; 347: f5239.
24. <http://nsrf.ie/statistics/suicide>
25. Henrik Mäkinen I, Wasserman D. Suicide mortality among immigrant Finnish Swedes. *Arch Suicide Res* 2003;7: 93-106.
26. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS) National Center for Injury Prevention and Control, CDC, 2011, 2013.
27. Being young in Europe today. www.igfse.pt/upload/docs/2015/Eurostat_BeingYoung.pdf
28. Births, Deaths, marriages, Central Statistics Office, Ireland. <http://www.cso.ie/en/releasesandpublications/ep/p-vs/vitalstatisticssecondquarter2016>
29. Shah A. The relationship between suicide rate and age: an analysis of multinational data from the World Health Organisation. *Int Psychogeriatr* 2007; 19: 1141-52.
30. Shah A. Suicide rates: age-associated trends and their correlates. *J Inj Violence Res* 2012; 4: 79-86.
31. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS). Available from <http://www.cdc.gov/injury/wisqars/index.html>.
32. World Health Organisation. Health Statistics and Information Systems (2012) Available from: www.WHO.int/healthinfo/statistics/mortality/en/index.html
33. Ajdacic-Gross V, Weiss MG, Ring M et al. Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database. www.who.int/bulletin/volumes/86/9/07-043489/en
34. Bertolote JM, Fleischmann A. A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidology* 2015; 7: 6-8.
35. Wilkinson P, Kelvin R, Roberts C, Dubicka B, Goodyer I. Clinical and psychosocial predictors of suicide attempts and non-suicidal self-injury in the Adolescent Depression Antidepressants and Psychotherapy Trial (ADAPT). *Am J Psychiatry* 2011; 168: 495-501.
36. Andover MS, Morris BW, Wren A, Bruzzese ME. The co-occurrence of non-suicidal self-injury and attempted suicide among adolescents: distinguishing risk factors and psychosocial correlates. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2012; 6: 1.
37. Bertolote JM, Fleischmann A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)* 2002; 1: 181-5.
38. Oquendo, MO, Sullivan, GM et al. *Am J Psychiatry*. PMC 2015: *Am J Psychiatry* 2014; 171: 1259-77.
39. Hawton K1, Saunders KE, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet* 2012; 2373-82.
40. Cassidy C, McNicholas F, Lennon R, Tobin B, Doherty M, Adamson N. Deliberate Self-Harm (DSH): a follow-up study of Irish children. *Irish Med J* 2009; 102: 102-4.
41. Lieb R, Bronisch T, Hofler M, Schreier A, Wittchen H. U: Maternal suicidality and risk of suicidality in offspring: Findings from a community study. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 1665-71.
42. Roy A, Segal NL, Centerwall BS, Robinette CD. Suicide in twins. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 29-32.
43. Petersen L, Sørensen TIA, Andersen PK, Mortensen PB, Hawton K. An Adoption Study of Siblings. Genetic and Familial Environmental Effects on Suicide. *PLoS ONE* 2013; 8: e77973.
44. Gould M, Jamieson P, Romer D. Media contagion and suicide among the young. *Am Behav Sci* 2003; 46: 1269-84.
45. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: WHO, 2014.
46. National Office for Suicide Prevention. Suicide in Ireland: A National Study. Departments of Public Health on Behalf of the Chief Executive Offices of the Health Boards: Dublin, 2001.
47. World Health Organization. Towards evidence-based suicide prevention programmes. www.wpro.who.int/mnh/TowardsEvidencebasedSPP.pdf
48. World Health Organization. Preventing suicide: A resource for teachers and other school staff. www.who.int/mental_health/media/en/62.pdf
49. Sikorski C, Luppá M, König HH, van den Bussche H, Riedel-Heller SG. Does GP training in depression care affect patient outcome? A systematic review and meta-analysis. *BMC Health Serv Res* 2012; 12: 10.
50. Gould MS, Greenberg TE, Velting DM, Shaffer D. Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003; 42: 386-405. 2012 Jan 10;12(1):1.
51. Thompson SJ, Bender K, Lantry J, Flynn PM. Treatment engagement: Building therapeutic alliance in home-based treatment with adolescents and their families. *Contemp Fam Ther* 2007; 29: 39-55.
52. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry* 2016; 3: 646-59.

Early detection and intervention for borderline personality disorder in adolescence

/ Rano otkrivanje i intervencija za granični poremećaj ličnosti u adolescenciji

Klaus Schmeck, Susanne Schlüter-Müller¹

Child and Adolescent Psychiatric Research Department, Psychiatric University Hospitals Basel, Basel, Switzerland

/ Odjel za psihijatrijska istraživanja djece i adolescenata, Klinika za psihijatriju, Basel, Švicarska

Personality disorders are patterns of maladaptive personality traits that have their onset in childhood or adolescence and have an impact on the individual throughout the life span. Borderline Personality Disorder (BPD) is a very severe but treatable mental disorder. Although BPD has its onset in adolescence and early adulthood, the diagnosis is often delayed. In most cases, specific treatment is only offered late in the course of the disorder and to relatively few individuals. Despite the scientific evidence for the validity of personality disorders in childhood and adolescence, many clinicians remain reluctant to use the diagnosis in young people.

/ Poremećaji ličnosti su obrasci maladaptivnih crta ličnosti koji svoj početak imaju u djetinjstvu ili adolescenciji i utječu na pojedinca tijekom cijelog života. Granični poremećaj ličnosti (GPL) je vrlo težak, ali izlječiv mentalni poremećaj. Iako GPL ima početak u adolescenciji i ranoj odrasloj dobi, dijagnoza se često postavlja kasno. U većini slučajeva specifični tretman se nudi kasno u tijeku poremećaja, a i to relativno malom broju pojedinaca. Unatoč znanstvenim dokazima za validnost dijagnoze poremećaja ličnosti u djetinjstvu i adolescenciji, dijagnosticiranje često ostaje tabu u ovim dobnim skupinama.

ADDRESS FOR CORRESPONDENCE:

Prof. Klaus Schmeck, MD MSc
Chair of Child and Adolescent Psychiatry
and Psychotherapy
University of Basel (UPK)/ Switzerland
Schanzenstr. 13
CH-4056 Basel, Switzerland
E-mail: klaus.schmeck@upkbs.ch

KEY WORDS / KLJUČNE RIJEČI:

Adolescence / Adolescencija
Personality disorder / Poremećaji ličnosti
DSM 5 / DSM 5
Early detection and intervention / Rana detekcija i intervencija

INTRODUCTION

Personality disorders (PDs) are defined as „an enduring pattern of inner experience and behavior that deviates markedly from the expectations of the individual’s culture“ (1). This disorder is expressed as the impairment of several aspects of personality, including identity, affect, cognition and social and personal relationships. PDs develop during childhood and adolescence and can have a lifelong course. They are manifested in typical form in early adulthood.

Both major classification systems enable a diagnosis prior to the age of 18 years. While the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV) required a minimum age of 16 years (exception: antisocial PD from 18 years), there is no age limit defined in DSM-5 (1). Instead, according to DSM-5’s general criteria of PDs, it is defined that expressions are not better understood as normal for an individual’s developmental stage“ (criterion G) (1). Diagnosis according to the International Classification of Diseases, 10th revision (2) is possible when the diagnostic criteria are fulfilled prior to the 18th birthday, and the symptomatology is already recognizably persistent, continuous and not situation-dependent. In the German Guidelines on PD (3) it is stated that PDs cannot reliably diagnosed before the age of 14. The Australian Guidelines (4) recommend that, after appropriate assessment, adolescents aged 12-18 years who meet the diagnostic criteria of a Borderline PD should get the diagnosis. The British NICE Guidelines on PD also offer best practice advice on the care of young people with BPD under the age of 18 (5). In comparison to adult populations, the stability of PDs in adolescence are on a similar level (6). Reliability and validity of BPD diagnoses in adolescence is comparable to that in adulthood (7).

In this paper we will focus on Borderline PD. In comparison with other forms of PD there is a huge increase in research examining Borderline PD in adolescents so that there is a

more solid empirical basis to rely on. Secondly, Sharp and co-workers (8) have demonstrated in a large sample of inpatients that Borderline PD can be seen as the core („g-factor“) of all personality pathology so that, in part, statements about Borderline PD should be representative of other forms of PDs.

RESISTANCE TO THE DIAGNOSIS OF BORDERLINE-PD IN YOUNG PEOPLE

There are some basic misunderstandings regarding the diagnosis of PD under the age of 18:

- Missunderstanding 1: Development only happens in childhood and adolescence and ends up with 18 years.

As it has become clear from many studies in developmental psychopathology, this is not the case, so we do not have to wait until the age of 18 for personality factors to become stable.

- Missunderstanding 2: PDs are not changeable as there are no effective treatment methods, so that the diagnosis of PD is a lifelong destiny.

A large number of longitudinal studies in adult populations suffering from PD have revealed that PD diagnoses are less stable than expected, even without treatment (9). Different therapeutic approaches like DBT, TFP, MBT or SFT have proven to be effective in treating BPD successfully.

- Missunderstanding 3: If a PD is treated successfully in an adolescent patient then this gives the evidence that the diagnosis was wrong.

Longitudinal studies have demonstrated that the presence of PD symptomatology in adolescence leads to major impairments in young adulthood if the disorder is not treated properly (10).

Beside those misunderstandings, there is the concern that a diagnosis of PD in childhood

and adolescence might lead to severe stigmatization later in life (11). This has to be taken as a serious concern as long as mental health professionals do not acknowledge the empirical facts about the changeability of the disorder in treated as well as in untreated populations (12). Thus, as informed mental health professionals, it is our duty to fight against these prejudices and the stigmatization of young people who are suffering severely.

DEVELOPMENT OF PERSONALITY AND PERSONALITY DISORDERS

The development of personality as well as personality disorders has to be understood from a life-span perspective where the foundations are set in childhood and adolescence (13, 14). Current concepts focus on transactional approaches that describe the constant interplay of constitutional and environmental factors. From the beginning, the individual plays an active role in this process. In contrast to widespread beliefs, the perception of adolescence as a phase of life where turmoil, i.e. constant troubles with oneself and others, is present in all adolescents, is not supported by developmental research (15). It is possible to distinguish adolescent crises, which are frequent in this age period and that are not associated with a higher load of mental problems, from identity diffusion which is seen as one of the core constructs of severe personality pathology (16). In the newly developed model of PD that was presented in DSM-5 Chapter III (1) the essential features of a personality disorder are defined as significant impairments in personality functioning manifesting in impairments in self-functioning (identity, self-direction) and impairments in interpersonal functioning (empathy, intimacy).

The period of adolescence is seen as a particularly vulnerable phase for the development of BPD (17), and in recent years BPD has been

described as a developmental disorder with onset in adolescence around age 13 (18, 19). The first symptoms of BPD can be already detected at an earlier age. In an English birth cohort (20), 6,330 11-year-old children were interviewed in respect to symptoms of Borderline psychopathology. These data were compared with 34,653 adults from an American community sample: 3.2% of the children (3.6 % girls, 2.8% boys) met DSM-IV criteria for BPD in comparison to 5.9% of the adult population (6.2% women, 5.6% men). Children and adults presented with very similar rates of chronic emptiness, physically self-damaging acts and stormy relationships. While children reported to be angry and moody more often than adults, other BPD symptoms like paranoia or dissociation, serious identity disturbance, impulsivity and frantic efforts to avoid abandonment were more common in adults. In comparison with boys, the 11-year-old girls showed more mood reactivity and symptoms of interpersonal dysfunction like unstable relationships or concerns of being abandoned, whereas boys described more engagement in physically self-destructive acts and impulsive behaviour.

Generally speaking, the first symptoms of BPD appear in late childhood, are clearly manifest in adolescence and have their peak in early adulthood.

The stability of PDs does not differ markedly between adolescents and adults, and is rather low when measured categorically. In a longitudinal study of Chanen et al. (21), a PD was rated at both times of measurement in 55% of the cases. Only in 14.6% of the cases, a PD that could be confirmed at baseline was no longer present at follow-up. In another 19.8% of the cases, a PD was rated only at the second measurement. In 74% of cases the rate of meeting criteria for a PD diagnosis at one or both times of measurement was high and comparable to findings in adult populations. The stability

was higher in girls compared to boys, and in severely disturbed inpatients compared with less disturbed outpatients. The highest dimensional stability was found in antisocial and schizoid symptoms (22).

LONG-TERM OUTCOME OF EARLY STARTING PD

Adolescents with early-onset personality disorders have a high risk of major impairments in adult life. Those impairments comprise educational and academic failure, a broad range of interpersonal difficulties as well as severe mental health problems in addition to PD. In the Children in the Community (CIC) Study, an epidemiological sample of 778 children and adolescents from New York State (23), 83% of patients with a PD diagnosis in adolescence suffered from adverse outcomes in early adulthood: 59% had any Axis I psychiatric disorder, 37% numerous difficulties in interpersonal relationships, 24% poor educational achievement (school failure), 42% serious acts of physical aggression toward others, and 14.5% had attempted suicide. Those associations remained significant after controlling statistically for co-occurring Axis I disorders or for corresponding problems during adolescence.

A 20-year longitudinal study on 736 adolescents (mean age at intake 13.7 years) (24) revealed that patients with comorbid Axis I and Axis II diagnoses had significantly poorer outcomes than those with Axis I disorders only. They explain these results with the hypothesis that the presence of personality pathology could interfere with normal maturation and socialization processes in adolescence. The explanations of Sharp and Fonagy (17) take the same direction: „From a developmental psychopathology perspective, the evidence is consistent with the assumption of a range of bidirectional aggravating interactive process-

es, whereby BPD symptoms increase and are increased by poor life adaptation at least in terms of social relationships, which in turn can generate, and be further worsened by, internalizing and externalizing disorders. To put it quite broadly, the profile of problems characteristic of BPD is likely to generate a negative, bidirectional interaction between the person and his/her social environment where the supportive, resilience enhancing properties of the social environment are negated, leaving the individual exceptionally vulnerable to both social and biological risk.“ (17).

Taking together the results from different epidemiological and longitudinal studies, the longitudinal outcome of BPD is very loaded: patients with BPD are persistently high users of health services who are constantly in psychiatric outpatient treatments over many years, interrupted by periods of inpatient treatment (25); 60%-70% of patients with borderline personality disorder make suicide attempts, the rate of completed suicide is between 8% and 10% (26, 27) and it is estimated that more than 30% of individuals who die by suicide previously suffered from PD (28). Patients with BPD show severe and persistent functional disability (29) as well as vocational and work problems like academic failure, lower levels of qualification and much higher unemployment rates (30). Individuals with higher levels of early adolescent BPD symptoms score consistently lower in role function, social function and life satisfaction (31).

THE SOCIETAL COSTS OF BPD

Borderline-PD causes enormous suffering in the patients and a high amount of burden for families, partners and children. Therefore it is, without any doubt, an ethical imperative to provide these patients with the best therapy that is available (32). But for a modern society it is not only an ethical question to establish

effective services for the treatment of patients with BPD, it is also reasonable from an economic point of view.

The prevalence of BPD in the general society is judged to be around 1-2%. Because of the enormous suffering of BPD patients, about 80% of them seek for therapeutic help. It is estimated that about 15% of all patients in psychiatric or psychotherapeutic hospitals in Germany fulfil the criteria of BPD, either as first or second diagnosis. Thus about 15% of all costs that are spent in Germany for the treatment of mental disorders are used for the care of BPD patients (about 3 billion €) (33); 90% of the total medical costs are due to inpatient treatment. While the disorder starts in childhood and adolescence, the first psychiatric inpatient treatment of a patient with BPD is on average around age 24. At this age the probability to be readmitted to a psychiatric hospital in the next ten years is about 80% (33).

If we do not look only at the medical costs, the picture gets even more dramatic, as the majority of costs assignable to BPD are due to indirect costs (mainly work-related disability). In the Netherlands, the total costs of BPD are estimated to be 2.2 billion € per annum, or 16,852 € per patient with BPD. Only 22% of these costs are directly related to healthcare (34). In another cost-of-illness study investigating the economic burden of BPD on society (35), the Human Capital Approach was used to estimate the value of all potentially lost production due to BPD. Productivity costs accounted for almost 42% of total costs, with the largest part due to work disability.

As a consequence of these results it has to be stated that the economic burden of BPD on society is completely underestimated. These costs are far higher than those that would be needed to establish effective treatment facilities for BPD patients.

EARLY DETECTION AND PREVENTION FOR BPD IS URGENTLY NEEDED

In this article, we have described how BPD leads to harmful outcomes and high individual and societal costs. A rational course of action would be to support every effort that is focused on early detection and prevention of such a harmful disorder. However, reality draws a different picture all over the world. The norm is to ignore the BPD diagnosis before the age of 18, which leads to a delay in adequate treatment. Not providing young patients with BPD with disorder-specific treatment approaches increases the probability of a chronic and harmful course of the disorder over the whole life-span. This comes along with enormous suffering as well as enormous costs.

In 2014, Andrew Chanen, Carla Sharp and Perry Hoffman started an initiative to change this situation. Together with other experts in early detection and prevention of BPD, they founded the Global Alliance for Prevention and Early Intervention for BPD (GAP) (36). The main goal of this GAP initiative is to support both clinical and research activities that help improve early detection and effective intervention for BPD. Moreover, a focus will be put on the intensive inclusion of families of young patients with BPD at all stages of assessment and intervention. Finally, the initiative wants to move away from the competition to find the „best“ treatment (the so-called „horse-race“ approach) to instead improving access to a variety of evidence-based treatments.

Detection, prevention and early intervention for borderline personality disorder should become a public health priority.

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.
2. WHO. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. (Dt. Übersetzung von H. Dilling, W. Mombour und M. H. Schmidt). Bern, Göttingen: Huber; 1993.
3. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (2011) AWMF S2-Leitlinie Psychiatrie: Persönlichkeitsstörungen. AWMF-Leitlinien-Register Nr. 038/015. http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-015m_01.pdf. Accessed June 6, 2013
4. National Health and Medical Research Council. Clinical Practice Guideline for the Management of Borderline Personality Disorder. Melbourne: National Health and Medical Research Council; 2012.
5. National Institute for Health and Clinical Excellence. Borderline personality disorder: treatment and management. Clinical guideline 78. Leicester and London: The British Psychological Society and the Royal College of Psychiatrists, 2009.
6. Schmeck K, Schlüter-Müller S. Verlauf und Prognose der schweren Persönlichkeitsstörungen. *Swiss Arch Neurol Psychiatry* 2012; 163: 166-70.
7. Fonagy P, Speranza M, Luyten P, Kaess M, Hessel C, Bohus M. ESCAP Expert Article: borderline personality disorder in adolescence: an expert research review with implications for clinical practice. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2015; 24: 1307-20.
8. Sharp C, Wright AGC, Fowler JC et al. The Structure of Personality Pathology: Both General („g“) and Specific („s“) Factors? *J Abnorm Psychol* 2015; 124: 387-98.
9. Hopwood CJ, Morey LC, Donnellan MB et al.. Ten year rank order stability of personality traits and disorders in a clinical sample. *J Personal* 2013; 81: 335-44.
10. Moran P, Romaniuk H, Coffey C et al. The influence of personality disorder on the future mental health and social adjustment of young adults: a population-based, longitudinal cohort study. *Lancet Psychiatry* 2016; 3: 636-45.
11. Schmid M, Schmeck K, Petermann F. Persönlichkeitsstörungen im Kindes- und Jugendalter? *Kindheit Entwicklung* 2008; 17: 190-202.
12. Aviram RB, Brodsky BS, Stanley B. Borderline personality disorder, stigma, and treatment implications. *Harv Rev Psychiatry* 2006; 14: 249-56.
13. Caspi A, Roberts BW, Shiner RL. Personality Development: Stability and Change. *Annu Rev Psychol* 2005; 56: 453-84.
14. Tackett JL, Balsis S, Oltmanns TF, Krueger RF. A unifying perspective on personality pathology across the life span: developmental considerations for the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Dev Psychopathol* 2009; 21: 687-713.
15. Cicchetti D, Rogosch FA. A developmental psychopathology perspective on adolescence. *J Consult Clin Psychol* 2002; 70: 6-20.
16. Foelsch P, Odom A, Arena H, Krischer M, Schmeck K, Schlüter-Müller S. Differenzierung zwischen Identitätskrise und Identitätsdiffusion und ihre Bedeutung für die Behandlung am Beispiel einer Kasuistik. *Praxis Kinderpsychol Kinderpsychiatrie* 2010; 59: 418-34.
17. Sharp C, Fonagy P. Practitioner Review: Borderline personality disorder in adolescence - recent conceptualization, intervention, and implications for clinical practice. *J Child Psychol Psychiatry* 2015; 56:1266-88.
18. Zanarini MC, Frankenburg FR, Khera GS, Bleichmar J. Treatment histories of borderline inpatients. *Comprehens Psychiatry* 2001; 42: 144-50.
19. Chanan AM, Kaess M. Developmental pathways to borderline personality disorder. *Curr Psychiatry Rep* 2012; 14: 45-53.
20. Zanarini MC, Horwood J, Wolke D, Waylen A, Fitzmaurice G, Grant BF. Prevalence of DSMIV borderline personality disorder in two community samples: 6,330 English 11-year-olds and 34,653 American adults. *J Pers Disord* 2011; 25: 607-19.
21. Chanan AM, Jackson HJ, McGorry PD, Allot KA, Clarkson V, Yuen HP. Two-year stability of personality disorder in older adolescent outpatients. *J Pers Disord* 2004; 18: 526-41.
22. Chanan AM, Jovev M, Jackson HJ. Adaptive functioning and psychiatric symptoms in adolescents with borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry*. 2007; 68: 297-306.
23. Cohen P, Crawford TN, Johnson JG, Kasen S. The children in the community study of developmental course of personality disorder. *J Pers Disord* 2005; 19: 466-86.
24. Crawford TN, Cohen P, First MB, Skodol AE, Johnson JG, Kasen S. Comorbid Axis I and Axis II disorders in early adolescence: outcomes 20 years later. *Arch Gen Psychiatry* 2008; 65: 641-8.
25. Horz S, Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G. Ten-year use of mental health services by patients with borderline personality disorder and with other axis II disorders. *Psychiatr Serv* 2010; 61: 612-6.
26. Black DW, Blum N, Pfohl B, Hale N. Suicidal behavior in borderline personality disorder: prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *J Pers Disord* 2004;18: 226-39.
27. Leichsenring F, Leibing E, Kruse J, New AS, Leweke F. Borderline personality disorder. *Lancet* 2011; 377: 74-84.
28. American Psychiatric Association: Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors. *Am J Psychiatry* 2003; 160.
29. Gunderson JG, Stout RL, McGlashan TH et al. Ten-year course of borderline personality disorder: psychopathology and function from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68: 827-37.
30. Sansone RA, Sansone LA. Employment in borderline personality disorder. *Innov Clin Neurosci* 2012; 9: 25-9.
31. Winograd G, Cohen P, Chen H. Adolescent borderline symptoms in the community: prognosis for functioning over 20 years. *J Child Psychol Psychiatry* 2008; 49: 933-41.
32. Bohus M, Schmahl C. Psychopathologie und Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Dtsch Arztebl* 2006; 103A: 3345-52.
33. Jerschke S, Meixner K, Richter H, Bohus M. Zur Behandlungsgeschichte und Versorgungssituation von Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Fortschr Neurol Psychiatrie* 1998; 66: 545-52.
34. van Asselt AD, Dirksen CD, Arntz A, Severens JL. The cost of borderline personality disorder: societal cost of illness in BPD-patients. *Eur Psychiatry* 2007; 22: 354-61.
35. van Asselt AD, Dirksen CD, Arntz A et al. Out-patient psychotherapy for borderline personality disorder: cost-effectiveness of schema-focused therapy v. transference-focused psychotherapy. *Br J Psychiatry* 2008; 192: 450-7.
36. Chanan A, Sharp C, Hoffman P and the Global Alliance for Prevention and Early Intervention for Borderline Personality Disorder (in press). Prevention and early intervention for borderline personality disorder: a novel public health priority. *World Psychiatry*.

Ovisnost o internetu i video igrama

/ Internet and Video Games Addiction

Joško Jurman¹, Vlatka Boričević Maršanić^{2,3}, Ljubica Paradžik², Ljiljana Karapetrić Bolfan², Svebor Javornik²

¹Hrvatsko udruženje za bihevioralno-kognitivne terapije, ²Psijhijatrijska bolnica za djecu i mladež, Zagreb, ³Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Medicinski fakultet, Osijek, Hrvatska

/Croatian Association for Behavioral-Cognitive Therapies, ¹Psychiatric Hospital for Children and Youth, Zagreb, ³Josip Juraj Strossmayer University of Osijek Medical School, Osijek, Croatia

Dok većina ljudi internet koristi bez značajnih teškoća za zdravlje, u određenog broja osoba dolazi do razvoja disfunkcionalne upotrebe interneta i prekomjernog igranja (*online*) igrica. Osobe s disfunkcionalnim korištenjem interneta pokazuju obrasce ponašanja koji ukazuju na moguću ovisnost o korištenju interneta što može negativno utjecati na njihove svakodnevne aktivnosti, međuljudske odnose i psihološku dobrobit. Simptomi pretjeranog korištenja, odnosno ovisnosti o internetu variraju u broju i frekvenciji, a sve je više dokaza da su psihološki i biološki mehanizmi u podlozi ove ovisnosti slični onima kod ovisnosti o psihoaktivnim supstancijama. Istraživanja pokazuju da se kod odraslih uz prekomjerno korištenje interneta veže niz problema mentalnog zdravlja i psihosocijalnog funkcioniranja kao što su apstinencijski sindrom, socijalno povlačenje, akademski neuspjeh, financijski problemi, gubitak posla, teškoće u braku i dr. Također, javljaju se i tjelesni problemi kao što su bol u leđima, naprezanje očiju i sindrom karpalnog kanala. Pretjerano i potencijalno ovisničko korištenje interneta među djecom i adolescentima u zadnje vrijeme pokazalo se kao rastući razlog za brigu. Klinički primjeri te rezultati istraživanja u vezu dovode ovisnost o internetu i igricama s razvojem i održavanjem depresije, socijalne anksioznosti te općenito negativnim utjecajem na mentalno zdravlje u toj populaciji. U liječenju ovisnosti o internetu primjenjuje se kognitivno-bihevioralni pristup kao tretman izbora, te u određenim slučajevima kombinacija psihofarmaka i obiteljskog savjetovanja.

/ While most people use the Internet without significant hardship to their health, particular people develop dysfunctional Internet use and excessive playing of (online) video games. People with dysfunctional Internet use show behaviour patterns that indicate possible Internet addiction, which can have a negative influence on their everyday activities, interpersonal relations and psychological well-being. Symptoms of Internet overuse and Internet addiction vary in number and frequency, and there are growing amounts of evidence that some psychological and biological mechanisms are in the background of this problem, similarly to those regarding substance abuse. Research show that among adults Internet overuse is associated with a series of mental health and psychosocial problems such as: abstinence syndrome, social withdrawal, academic failure, financial problems, marital problems, etc. Physical problems such as back pain, eyestrain and carpal tunnel syndrome are also present. Overuse and potentially addictive use of the Internet among children and adolescents recently proved to be a growing cause for concern. Clinical cases and research results connect Internet and gaming addiction with the development and maintenance of depression, social anxiety and generally negative impact on mental health in this population. In the treatment of Internet addiction, the cognitive-behavioural approach is applied as the treatment of choice, and in some cases a combination of psychopharmacological drugs and family counselling.

ADRESA ZA DOPISIVANJE:

Joško Jurman, mag. psych.
 Hrvatsko udruženje za bihevioralno-
 kognitivne terapije
 Šenoina 25
 10 000 Zagreb, Hrvatska
 Tel: 01/4827 795
 E-pošta: tajnistvo.kbt@gmail.com

KLJUČNE RIJEČI / KEY WORDS:

Ovisnost o internetu / *Internet addiction*
 Ovisnost o video igrama / *Video games addiction*
 Kognitivno-bihevioralna terapija / *Cognitive-
 behavioural therapy*
 Djeca i adolescenti / *Children and adolescents*

UVOD

Svjedoci smo ubrzanog razvoja modernih tehnologija i digitalizacije gotovo u svim aspektima života. Korištenje računala i interneta postala je nužnost u svakodnevnom životu, kako poslovnom tako i privatnom. Prema statističkom izvješću od 4,2 milijuna stanovnika Republike Hrvatske čak 3,167,838 ili 75 % stanovnika koristi internet po čemu se Hrvatska nalazi blizu prosjeka država članica EU u kojoj 79,3 % stanovništva koristi internet (1).

Pozitivne strane korištenja računalne tehnologije su bolja dostupnost i brži prijenos informacija, te lakši način komuniciranja. Iako je upotreba novih tehnologija pridonijela boljem životu i napretku, u nekim slučajevima prekomjerno vrijeme provedeno za računalom, pametnim telefonom ili sve prisutnijim tabletom može dovesti do problema funkcioniranja u svakodnevnom životu, slabije angažiranosti u rješavanju obiteljskih i poslovnih zadataka, loše komunikacije i interakcije s okolinom, poremećenih odnosa unutar obitelji što sve zajedno dovodi do socijalne izolacije. Jasno je uočljiv trend rasta problema povezanih s pretjeranim korištenjem interneta u cijelom svijetu.

Kako bi što bolje opisali ovaj fenomen osmišljeno je nekoliko naziva kao što su: „kompulzivna upotreba računala“, „problematično korištenje interneta“, „zavisnost o internetu“,

„internet ovisnost“ i „internetomanija“ (3). Prvi koji je upotrijebio naziv „ovisnost o internetu“ bio je Ivan Golberg, američki psihijatar iz savezne države New York.

Tijekom zadnjeg desetljeća, ovisnost o internetu je uočena kao novi i često neprepoznati klinički poremećaj koji utječe na mogućnost korisnika interneta da kontrolira svoje vrijeme provedeno na internetu (4). Time se pojavila i potreba uvrštavanja ove ovisnosti u službene međunarodne klasifikacije bolesti.

Djeca i adolescenti skloniji su zamijeniti aktivnosti iz stvarnog života s onima iz virtualne realnosti. Također, skloniji su koristiti internet kao oblik socijalizacije i moguće je da su manje svjesni problema koji se razvija kad korištenje interneta zauzme velik dio njihovog vremena te utječe na njihovo raspoloženje i ugrozi akademsko i socijalno funkcioniranje.

VRSTE OVISNOSTI O INTERNETU

Postoji nekoliko različitih vrsta ovisnosti o internetu, a razlikujemo ih s obzirom na aktivnost kojom je prilikom korištenja interneta korisnik najviše zaokupljen. Možemo razlikovati ovisnost o različitim društvenim mrežama (*Facebook, Twitter, Google+, Instagram*), ovisnost o informacijama (pretraživanje različitih portala s informativnim sadržajem, internet enciklopedija i slično), ovisnost o igranju vi-

deoigara, ovisnost o pornografskom sadržaju, ovisnost o *online* klađenju. Miliša i Tolić navode nekoliko vrsta ovisnosti: *cyber-space*, *on-line-shopping*, *on-line* videoigre, *chatting*, *Skype*, *blogovi*, *Facebook*, *SMS*, *MMS*, *Web-camera*, *on-line* kockanje (5).

Young (4) navodi kako je jedna od češćih posljedica ovisnosti o internetu učestala distorzija vremena provedenog na internetu. Ovisnici nisu u mogućnosti voditi središnje aspekte života zbog rastuće preokupacije internetom. Promašuju važne rokove na poslu, provode manje vremena s obitelji i polako se povlače iz dnevnih rutina. Zanemaruju veze s prijateljima, suradnicima, zajednicom. Kako njihova ovisnost raste, postaju sve više obuzeti s aktivnostima na internetu preferirajući igrice, društvene mreže, pornografiju i/ili kockanje putem interneta.

DIJAGNOSTIČKA KLASIFIKACIJA I ZNAKOVI OVISNOSTI O INTERNETU

Iako problem ovisnosti o računalnoj tehnologiji/internetu postaje sve veći javnozdravstveni problem, dijagnoza ovisnosti o internetu još uvijek nije uvrštena u važeće međunarodne klasifikacije bolesti, Međunarodna klasifikaciji bolesti i srodnih zdravstvenih problema, deseto izdanje (MKB-10) i Dijagnostički i statistički priručnik Američke psihijatrijske udruge (DSM-V) (6, 7). Međutim, u DSM-V iz 2013. godine u trećem poglavlju pod stanjima za daljnja istraživanja uvrštena je dijagnoza „Ovisnost o internetskim igrama“. No, ovisnost o *online* igricama je relativno neistraženo područje s malo zabilježenih osoba u tretmanu. Pokazalo se da je inicijalna motivacija za igranjem video igrica zabava, bijeg od problema te virtualno prijateljstvo, a prve uočljive štetne posljedice prekomjernog igranja su promjene raspoloženja, gubitak kontrole, apstinencijski sindrom i sklonost sukobljavanju (8).

Ovisnost o internetu često je konceptualizirana kao poremećaj kontrole impulsa s kliničkim obilježjima sličnim patološkom kockanju (8). Još 1998. godine Dr. Kimberly S. Young osmislila je upitnik za procjenu ovisničkog ponašanja o internetu (9) koji je modificirana verzija upitnika o patološkom kockanju. Upitnik se sastoji od osam pitanja/tvrđnji. Ispitanici koji odgovore pozitivno na pet ili više postavljenih pitanja/tvrđnji smatraju se „ovisnim“ o internetu (9). Modificirana verzija navedenog upitnika može se koristiti za procjenu postojanja ovisnosti o video igrama.

Radi evaluacije prekomjernog korištenja interneta kreirani su i drugi upitnici, kao što su Upitnik problematičkog korištenja interneta (*Problematic Internet Use Questionnaire*) koji su razvili Demetrovics, Szeredi, and Pozsa (10), te Ljestvica kompulzivnog korištenja interneta (*Compulsive Internet Use Scale*) (11).

KLINIČKE MANIFESTACIJE OVISNOSTI O INTERNETU I IGRICAMA

Zbog ovisnosti o internetu mogu se javiti mnogobrojni zdravstveni i socijalni problemi kao što su: problemi sa spavanjem, umor koji se javlja zbog neispavanosti, problemi funkcioniranja u akademskom životu i na poslu, pad imuniteta i podložnost bolesti, a zbog sedacijskog načina života javlja se manjak bavljenja tjelovježbom, povećan je rizik od sindroma karpalnog kanala, problema s leđima i zamora očiju (12).

Online kockanje, aktivnost na društvenim mrežama, razgovor s drugima u igricama i gledanje pornografije su najčešća ponašanja o kojima izvještavaju ovisnici o internetu prilikom korištenja interneta. Samo količina korištenja interneta nije dovoljan kriterij za ovisnost i ostale negativne posljedice već je potrebno identificirati i specifične posljedice korištenja interneta. Ako se internet pretjerano koristi za

suočavanje s negativnim afektom te su ostali načini suočavanja s teškoćama (npr. socijalna podrška) umanjeni, može se stvoriti začaran krug s rastućim stanjem stresa i oslanjanjem na nagrađujuće učinke pojedinih *online* aktivnosti (npr. izolacija, okupiranost virtualnim svijetom) koja posljedično mogu dovesti do razvoja i osnaživanja ovisnosti (13).

Anksioznost i depresija imaju upadljive psihopatološke simptome povezane s ovisnosti o internetu. Depresivni i anksiozni simptomi se pojačavaju s intenzitetom ovisnosti o internetu, a ovisnost o internetu povećava disfunkcionalne stavove (14). Također, uočeno je da pretjerano korištenje interneta povećava osjećaj osamljenosti u studentskoj populaciji i da *online* socijalni kontakti s prijateljima i obitelji nisu adekvatna alternativa za smanjivanje osjećaja usamljenosti za socijalne kontakte uživo (15). U istraživanju provedenom na 2114 studenata u srednjim školama na Tajvanu pokazalo se kako postoji povezanost između ovisnosti o internetu i simptoma ADHD-a, depresije, socijalne fobije i neprijateljskog ponašanja (16).

EPIDEMIOLOGIJA

Prema recentnim podacima procjenjuje se kako je na svijetu više od 3,5 milijardi ljudi korisnika interneta od čega najveći dio (preko 50 %) otpada na Aziju (17). U Hrvatskoj 75 % populacije koristi internet (1). Zanimljiv je i podatak o porastu korisnika interneta od 2000. godine do 2016. godine koji na svjetskoj razini iznosi 918,3 %, dok je za neke kontinente porast daleko veći pa je tijekom istog razdoblja u Africi broj korisnika interneta porastao za 7 448,8 % (17).

Prema meta-analizi provedenoj u 31 državi svijeta u sedam regija prevalencija ovisnosti o internetu procijenjena je na 6 % u općoj populaciji, što je tri puta više od prevalencije pato-

loškog kockanja koje iznosi između 0,2 % i 2,1 %. Ista analiza pokazala je i značajne razlike u različitim regijama svijeta; veća prevalencija ovisnosti o internetu nađena je u državama u kojima je manje opće zadovoljstvo životom, veće zagađenje okoliša, gdje se više vremena gubi u putovanju na posao i s posla, a nacionalni dohodak je manji (18). Istraživanje je pokazalo kako je u ispitivanim područjima svijeta najmanja prevalencija u sjevernoj i zapadnoj Europi sa 2,6 % ovisnika o internetu, dok je najveću prevalenciju imalo područje Bliskog istoka sa 10,9 % ovisnika o internetu (18).

Iako su istraživanja provedena u različitim zemljama i kulturama te se razlikuju po metodologiji, podatci ukazuju da je prevalencija ovisnosti o internetu najniža među adolescentima i kreće se od 4,6 % do 4,7 %, dok raste na 6 % do 15 % u općoj populaciji, a najviša je među studentskom populacijom i kreće se od 13 % do 18,4 % (19). Studentska populacija se, stoga, smatra najrizičnijom za stvaranje ovisnosti o internetu (20).

S obzirom na veliki broj korisnika interneta, rastući trend u korištenju računalne tehnologije i interneta te izgledni porast broja ovisnih korisnika u bliskoj budućnosti, potrebna su epidemiološka istraživanja o korištenju interneta u Republici Hrvatskoj radi planiranja prevencije i drugih javnozdravstvenih mjera.

ETIOLOGIJA

Postoji nekoliko različitih teorija o uzrocima nastanka ovisnosti o internetu. Jedan od sveobuhvatnijih modela je model patološke upotrebe interneta koji uzima u obzir sociokulturalne uzroke, biološke slabosti, psihološke predispozicije i specifična svojstva interneta kako bi objasnili prekomjerno korištenje interneta (20). Kod osoba koje su ovisne o internetu uočena je pojačana aktivnost orbitofrontalnog korteksa i smanjena aktivnost anteriornog cin-

gularnog korteksa, područja koje je odgovorno za racionalno odlučivanje i kontrolu emocija. Također, uočene su sličnosti u neuralnim karakteristikama kao kod osoba s dijagnozom patološkog kockanja.

Početak razvoja prekomjernog korištenja interneta često se uočava u kasnom djetinjstvu i ranoj adolescenciji kad korištenje interneta počinje služiti kao mehanizam za lakše suočavanje sa stresnim razdobljem života. Ovisnost o internetu značajno raste tijekom adolescencije što označava da je to kritični trenutak za početak rada na prevenciji. Prevalencija problema među adolescentima fluktuirala između 4 % i 18 % (19).

Važno je uzeti u obzir biopsihosocijalne aspekte razvoja ovisnosti o internetu kao što su genetska vulnerabilnost za razvoj poremećaja ovisnosti, prisutnost drugih psihijatrijskih stanja (ADHD, depresija ili socijalna anksioznost) (16) te dostupnost interneta, loši interpersonalni odnosi i/ili slabija potpora obitelji (21). Ovisnost o internetu može biti specifična kad se odnosi na jednu konkretnu aktivnost na internetu kao što je seksualno ponašanje, igranje igrica ili kockanje putem interneta, a može biti i generalizirana kada implicira generalno pretjerano korištenje interneta. Prema kognitivno-bihevioralnom modelu, pretpostavlja se da problematično korištenje interneta uključuje set kognitivnih procesa (npr. kognitivnih distorzija i ruminacija) i disfunkcionalnih ponašanja (kao što su korištenje interneta za suočavanje sa stresnim situacijama) koja rezultiraju serijom negativnih posljedica u različitim aspektima života pojedinca (8, 22).

LIJEČENJE OVISNOSTI O INTERNETU I IGRICAMA

Zasad nema jasnih i dokazano učinkovitih metoda liječenja ovisnosti o internetu već se u smjernicama uglavnom spominju preporuke

za tretman. Neke od njih su usmjerenost na bolju organizaciju vremena, ublažavanje emocionalnih i bihevioralnih simptoma te rad na prevenciji (4). Postoji konsenzus kako potpuna apstinencija od interneta ne bi trebala biti cilj tretmana već bi se trebala postići apstinencija od problematične primjene kao i kontrolirana i uravnotežena upotreba interneta (11,12).

Young (12) navodi nekoliko različitih koraka u liječenju ovisnosti o internetu prema principima kognitivno-bihevioralne terapije (KBT):

1. umjesto korištenja interneta odabire se neka druga aktivnost;
2. korištenje vanskih stopera;
3. postavljanje ciljeva;
4. izbjegavanje specifičnih primjena/aplikacija (koje klijent ne može kontrolirati);
5. korištenje memento kartica (kartica za podsjećanje);
6. razvoj osobnog inventara (popisa aktivnosti koje je osoba nekada radila, a sada ne može zbog internet ovisnosti);
7. pridruživanje grupama podrške (kompenzacija za nedostatak društvenog suporta);
8. uključivanje u obiteljsku terapiju;

Kognitivno-bihevioralni tretman se aktualno smatra tretmanom izbora za ovisnost o internetu (12, 23) te je razrađen pristup u tri faze (engl. *cognitive behavioral therapy – internet addiction, CBT-IA*) (24):

1. U prvoj fazi koristi se modifikacija ponašanja za postupno smanjenje vremena provedenog na internetu;
2. U drugoj fazi, kroz kognitivnu terapiju, radi se na poricanju problema i racionalizaciji pretjeranog korištenja interneta (kognitivna restrukturacija);
3. Treća faza je usmjerena na identifikaciju i tretman ostalih postojećih faktora koji utječu na razvoj i održavanje pretjeranog korištenja interneta (komorbiditet, socijalno okruženje, radni uvjeti itd.).

Često se uočavaju pretjerana generalizacija, racionalizacija, katastrofizacija te mnoga negativna bazična vjerovanja i stavlja se naglasak na samo-regulaciju i poticanje aktivnosti u stvarnom životu (14, 24).

Liječenje ovisnosti o internetu i igricama bi trebalo biti multimodalno uz primjenu tehnika iz različitih područja kao psihoterapija, farmakologija, i obiteljsko savjetovanje (11,23,25). Program tretmana koji se koristi pri liječenju ovisnosti o kemijskim supstancijama i patološkom kockanju pokazao se učinkovitim i pri tretmanu ovisnosti o internetu (26). Također, u azijskim zemljama multimodalni grupni kognitivno-bihevioralni tretman adolescenata s ovisnosti o internetu pokazao se učinkovit u poboljšavanju njihovog emocionalnog stanja, regulacije emocija, ponašanja i brige o sebi (27). Pronađena je povezanost ovisnosti o internetu sa simptomima karakterističnim za poremećaje kontrole

impulsa kao što su intermitentni eksplozivni poremećaji, patološko kockanje i trihotilomanija kod kojih se KBT pokazao kao učinkovit tretman.

ZAKLJUČAK

Sadržaj interneta sve je bogatiji i dostupniji čime nam se pružaju mnoge potencijalne koristi od tog medija; razvoj kreativnosti, bolje i brže umrežavanje te dostupnost informacija, ali i potencijalne opasnosti u obliku razvoja disfunkcionalnih ponašanja. Zadatak stručnjaka za mentalno zdravlje sve više će se odnositi na otkrivanje, prevenciju i tretman teškoća koje će proizlaziti iz prekomjernog korištenja sadržaja interneta, budući da je to područje tek u početnim fazama istraživanja. Također, dodatan napor trebat će uložiti u provjeru ishoda postojećih tretmana i usmjeriti se na tretman najrizičnijih skupina.

LITERATURA

1. Internet world stats, 2015. <http://www.internetworldstats.com/>
2. Shaw M, Black DW. Internet Addiction. *CNS Drugs* 2008; 22: 353-65.
3. Beranuy M, Carbonell X, Griffiths MD. A Qualitative Analysis of Online Gaming Addicts in Treatment. *Int J Ment Health Addict* 2013; 11: 149-61.
4. Young KS. Cognitive Behavior Therapy with Internet Addicts: Treatment Outcomes and Implications. *CyberPsychology & Behavior* 2007; 10: 671-9.
5. Miliša Z, Tolić M. Kriza odgoja i ekspanzija suvremenih ovisnosti. *Medianali* 2010; 4: 135-64.
6. Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema, deseto izdanje (MKB-10). Ženeva: Svjetska zdravstvena organizacija, 1992.
7. Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje (DSM-5). Jastrebarsko: Naklada Slap, 2014.
8. King DL, Delfabbro PH, Griffiths MD, Gradisar M. Cognitive-Behavioral Approaches to Outpatient Treatment of Internet Addiction in Children and Adolescents. *J Clin Psychol: In session* 2012; 68: 1185-95.
9. Young KS. Internet Addiction: The Emergence of a New Clinical Disorder. *CyberPsychology & Behavior* 1998; 1: 237-44.
10. Demetrovics Z, Szeredi B, Rosza S. The three-factor model of Internet addiction: the development of the Problematic Internet Use Questionnaire. *Behavior Research Methods*. 2008; 40: 563-73.
11. Cash H, Rae CD, Steel AH, Winkler A. Internet Addiction: A Brief Summary of Research and Practice. *Curr Psychiatry Rev* 2012; 8: 292-8.
12. Young K. Internet addiction: Symptoms, evaluation and treatment. U: VandeCreek L, Jackson T, eds. *Innovations in clinical practice: A source book*. Sarasota, FL: Professional Resource Press, 2000, 17, 19-31.
13. Muller KW, Glaesmer H, Brahler E, Woelfling K, Beutel ME. Prevalence of internet addiction in the general population: results from a German population-based survey. *Behavior & Information Technol* 2014; 33: 757-66.
14. Taymur I, Budak E, Demirci H, Alkan Akdag H, Belkiz Gungor B, Ozdel K. A study of the relationship between internet addiction, psychopathology and dysfunctional beliefs. *Computers in Human Behavior* 2016; 61: 532-6.
15. Yao MZ, Zhong Z. Loneliness, social contacts and Internet addiction: A cross-lagged panel study. *Computers in Human Behavior* 2014; 30: 164-70
16. Yen J, Ko C, Yen C, Wu H, Yang M. The Comorbid Psychiatric Symptoms of Internet Addiction: Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD), Depression, Social Phobia, and Hostility. *J Adolesc Health* 2007; 41: 93-8.
17. Internet world stats, 2016. <http://www.internetworldstats.com/stats.htm>
18. Cheng C, Li AY. Internet Addiction Prevalence and Quality of (Real) Life: A Meta-Analysis of 31 Nations Across Seven World Regions. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking* 2014; 17:755-60.

19. Kuss D, Rooij AV, Shorter G. Internet addiction in adolescents: Prevalence and risk factors. *Computers in Human Behavior* 2013; 29: 1987-1996. DOI: 10.1016/j.chb.2013.04.002.
20. Yeap ALJ, Ramayah T, Kurnia S, Halim HA, Ahmad NH. The Assessment of Internet addiction among university students: some findings from a focus group study. *Technical Gazette* 2015; 22: 105-11.
21. Kormas G, Critselis E, Janikian M, Kafetzis D, Tsitsika A. Risk factors and psychosocial characteristics of potential problematic and problematic internet use among adolescents: A cross-sectional study. *BMC Public Health* 2011; 11: 595.
22. Lam LT, Peng ZW. Effect of pathological use of the internet on adolescent mental health: A prospective study. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2010; 164: 901-6.
23. Nakayama H, Mihara S, Higuchi S. Treatment and risk factors of Internet use disorders. *Psychiatry Clin Neurosci* 2016 Dec 17. doi: 10.1111/pcn.12493.
24. Young KS. CBT-IA: The First Treatment Model for Internet Addiction. *J Cogn Psychother: An Intern Quart* 2011; 25: 304-12.
25. Kim SM, Han DH, Young SL, Renshaw PF. Combined cognitive behavioral therapy and bupropion for the treatment of problematic on-line game play in adolescents with major depressive disorder. *Computers in Human Behavior* 2012; 28: 1954-9.
26. Van Rooij AJ, Ziin MF. Treating Internet Addiction With Cognitive-Behavioral Therapy: A Thematic Analysis of the Experiences of Therapists. *Int J Ment Health Addict* 2012; 10: 69-82.
27. Du Y, Jiang W, Vance A. Longer term effect of randomized, controlled group cognitive behavioral therapy for Internet addiction in adolescent students in Shanghai. *Aust N Z J Psychiatry* 2010; 44: 129-34.

„Vidjeti sebe izvana, a druge iznutra“ – Mentalitacija u djece i adolescenata i tretman temeljen na mentalizaciji za adolescente

/ Mentalization in Children and Adolescents, and Treatment Based on Mentalization for Adolescents

Vlatka Boričević Maršanić^{1,2}, Ljiljana Karapetrić Bolfan¹, Gordana Buljan Flander³, Vesna Grgić⁴

¹Psijhijatrijska bolnica za djecu i mladež, Zagreb, ²Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Medicinski fakultet, Osijek, ³Poliklinika za zaštitu djece Grada Zagreba, ⁴Klinički bolnički centar Zagreb, Klinika za psihološku medicinu, Zagreb, Hrvatska

¹*Psychiatric Hospital for Children and Youth, Zagreb*, ²*Josip Juraj Strossmayer University of Osijek Medical School, Osijek*, ³*Child Protection Center Zagreb*, ⁴*University Health Center Zagreb, Department for Psychological Medicine, Zagreb, Croatia*

Mentalizacija je predsvjesna mentalna aktivnost koja omogućava osobi da razumije sebe i druge na temelju subjektivnih stanja i mentalnih procesa. Poremećaji privrženosti i psihološka trauma u djetinjstvu povezani su s oštećenjem i deficitima mentalizacije te razvojem psihopatologije u djece i adolescenata uključujući i granični poremećaj ličnosti. Tretman temeljen na mentalizaciji za adolescente (engl. *Mentalization-based treatment for adolescents*, MBT-A) razvijen je iz osnovnog MBT koji je modificiran za specifičnosti adolescentne populacije. MBT-A je psihodinamski orijentirana strukturirana psihoterapija razvijena za adolescente s obilježjima graničnog poremećaja ličnosti, tj. naglašenom emocionalnom disregulacijom, autodestruktivnim ponašanjem i teškoćama u interpersonalnim odnosima. U fokusu terapijskog procesa je pacijentov kapacitet za mentalizaciju. Randomizirane kontrolirane studije pokazale su učinkovitost MBT-A u liječenju adolescenata s graničnim poremećajem ličnosti. Cilj je ovog preglednog rada prikazati koncept mentalizacije, razvoj ove sposobnosti u djece i adolescenata u kontekstu odnosa privrženosti roditelja/ skrbnika-dijete, specifičnosti tretmana temeljenog na mentalizaciji za adolescente koji je ponajprije usmjeren na deficite uključene u psihopatologiju graničnog poremećaja ličnosti te dokaze koji potvrđuju njegovu učinkovitost.

/ Mentalization is a preconscious mental activity that enables the individual to understand themselves and others in terms of subjective states and mental processes. Impaired attachment and psychological trauma in childhood are associated with impairments and deficits in mentalization and with the development of psychopathology in youth, including borderline personality disorder. Mentalization-based treatment for adolescents (MBT-A) was developed from basic MBT modified specifically for the adolescent population. MBT-A is a psychodynamically-oriented structured psychotherapy for adolescents with features of borderline personality disorder, i.e. emotional dysregulation, self-harming behaviour and interpersonal problems. The focus of the therapeutic process is the patient's capacity for mentalization. Randomized controlled trials have demonstrated the effectiveness of this treatment for patients with borderline personality disorder.

This review article aims to describe the concept of mentalization, the development of this capacity in childhood and adolescence in context of attachment relationship, the specificity of mentalization-based treatment for adolescents that primarily targets the deficits involved in the psychopathology of borderline personality disorder and summarise the evidence, supporting its effectiveness.

ADRESA ZA DOPISIVANJE:

Dr. sc. Vlatka Boričević Maršanić, prim., dr.
med.
Psihijatrijska bolnica za djecu i mladež
Ulica I. Kukuljevića 11
10 000 Zagreb, Hrvatska
E-pošta: vlatka.boricevic.marsanic@djecja-
psihijatrija.hr

KLJUČNE RIJEČI / KEY WORDS:

Mentalizacija / *Mentalization*
Psihološka trauma / *Psychological trauma*,
Granični poremećaj ličnosti / *Borderline personality disorder*
Tretman temeljen na mentalizaciji za adolescente /
Mentalization-based treatment for adolescents

UVOD

Interpersonalno funkcioniranje kao važan aspekt ljudskog života ovisi o više različitih čimbenika koji utječu na sposobnost za uspješne socijalne interakcije. Uz razvoj jezika i komunikacije, međusobne interakcije između osoba podupiru i različiti kompleksni mentalni procesi koji omogućuju osobi da interpretira i predviđa vlastito ponašanje i ponašanje drugih ljudi. Ova sposobnost zaključivanja o mentalnim stanjima naziva se mentalizacija (1). Fonagy i Bateman (2) konceptualizirali su mentalizaciju, kao psihoanalitičku ideju s temeljima u kognitivnoj znanosti (teoriji uma) i s utjecajem drugih psihoanalitičkih ideja poglavito teorije privrženosti.

Mentalizacija je presudna za mentalno zdravlje iz više razloga. Svijest da je vlastito ponašanje određeno unutarnjim mentalnim stanjima daje osobi osjećaj kontinuiteta i kontrole što je bitno za doživljaj vlastitog selfa. Također, ona omogućava i da osvijestimo i osmislimo vlastito iskustvo čime značajno utječe na afektivnu regulaciju, kontrolu impulsa, regulaciju vlastitog ponašanja. Doživljaj sebe i drugih kao bića vođenih unutrašnjim stanjima ima važnu funkciju izgrađivanju i održavanju odnosa s drugima (3,4).

Kapacitet za razumijevanje vlastitog ponašanja i ponašanja drugih osoba koja određuju mi-

sli i osjećaji je značajno razvojno postignuće koje se razvija u okviru odnosa sigurne privrženosti djeteta s primarnim skrbnikom/roditeljem (3). Razumijevanje sebe i drugih ljudi ovisi o tome jesu li mentalna stanja djeteta bila adekvatno prepoznata i interpretirana od roditelja. Stoga, nepovoljne okolnosti u socijalnoj okolini djeteta mogu narušiti ove osjetljive razvojne procese, a naročito zanemarivanje i trauma djeteta u ranoj dobi. Osobe koje su imale ovakva iskustva, u kombinaciji s genetskom predispozicijom, imaju veću vjerojatnost za poremećaje i deficite sposobnosti mentalizacije u visoko emocionalno pobuđenim stanjima (5).

Gubitak mentalizacije dovodi do pojave ranijih „ne-mentalizirajućih“ obrazaca razmišljanja koja prethode ovoj sposobnosti: psihička ekvivalencija, pretvaranje i teleološki stav. Ove ranije mentalne strukture manifestiraju se klinički kao konkretnost mišljenja, impulzivnost, disregulacija afekta i sklonost reakcijama *acting-out*. Prema Fonagyju i Batemanu, nestabilna i/ili smanjena sposobnost za mentalizaciju ključna je karakteristika graničnog poremećaja ličnosti (5).

Cilj je ovog preglednog rada prikazati koncept mentalizacije, razvoj ove sposobnosti u djece i adolescenata u kontekstu odnosa privrženosti roditelj/skrbnik-dijete, specifičnosti tretmana temeljenog na mentalizaciji za adolescente te dokaze koji potvrđuju njegovu učinkovitost.

KONCEPT MENTALIZACIJE

Pojam mentalizacije podrazumijeva „mentalni proces kojim osoba implicitno i eksplicitno vlastite i tuđe akcije interpretira kao smislene aktivnosti u čijoj su osnovi intencionalna mentalna stanja kao što su želje, potrebe, osjećaji, vjerovanja i razlozi“ (2). Na fenomenološkoj razini mentalizacija uključuje: sposobnost misliti o vlastitim mentalnim stanjima i mentalnim stanjima drugih, promišljanje o razlozima zašto netko misli to što misli ili radi to što radi, uvažavanje da misli i osjećaji drugih mogu biti drugačiji, znatiženja i spoznaja o razlikama između sebe i drugih, kapacitet za empatiju, kapacitet za diferencijaciju naših osjećaja o realnosti od realnosti, našeg viđenja svijeta od svijeta „po sebi“, uvažavanje ograničenja vlastitog znanja (tj. subjektivnosti), svijest da mentalna stanja nisu očigledna, da um nije transparentan, sposobnost da sebe vidimo „izvana“, iz tuđe perspektive, a druge iznutra.

Mentalizacija (mentaliziranje) je više stav nego vještina; to je način na koji pristupamo odnosima sa znatiželjom, poštovanjem i svijesti o razlikama, da naše razmišljanje ima ograničenja i da može biti obogaćeno i promijenjeno učenjem o mentalnim stanjima drugih ljudi.

Ovako definirana mentalizacija ima korijene, kako i sami autori ističu (6,7), u okviru različitih psihoanalitičkih pristupa i Bolwbyjeve teorije privrženosti. Najranije korijene autori vide u Freudovom pojmu „Bindung“ ili „povezivanje“ koji se odnosi na kvalitativnu promjenu s fizičkog i trenutnog na psihološko ili asocijativno povezivanje. U teoriji objektnih odnosa Melanie Klein također se vidi referiranje na svijest o vlastitoj ili intencionalnosti drugih u opisu dostignuća depresivne pozicije, odnosno sposobnosti da se prepozna povrijeđenost i patnja u drugome (6,8). Još očitija veza s mentalizacijom prepoznaje se u Bionovoj „alfa funkciji“

(9). Alfa funkcija podrazumijeva transformaciju konkretnih unutrašnjih sadržaja u izdrživa i mislivna iskustva. I Kohut (10) je opisao empatiju kao „način na koji osoba sakuplja psihološke podatke o drugim ljudima i zamišlja njihovo unutrašnje iskustvo mada ono nije otvoreno za direktno promatranje“. Konačno, u Winnicottovoj teoriji (11) pronalazimo roditeljsko razumijevanje psihološkog svijeta djeteta kao preduvjet stvaranja „pravog selfa“. odnosno i Winnicott je naglašavao da pravi self djeteta nastaje njegovim opažanjem sebe u umu roditelja.

Iz navedene definicije proizlaze tri dimenzije mentalizacije: prva se odnosi na dva načina funkcioniranja: implicitni i eksplicitni, druga se odnosi na objekte (ja i drugi), dok se treća odnosi na dva aspekta kognitivni i afektivni. Implicitna mentalizacija odnosi se na nesvjesne, automatske i proceduralne radnje i sposobnosti pojedinca da zamisli vlastita mentalna stanja ili mentalna stanja drugih. Pojedinci prirodno i nesvjesno „drže“ um drugih ljudi u svom umu. Eksplicitna mentalizacija uključuje namjerno i svjesno korištenje. Psihoterapija je primjer eksplicitne mentalizacije: terapeut svjesno i namjerno promišlja o mentalnim stanjima pacijenta i potiče pacijenta da se svjesno i namjerno fokusira na vlastita mentalna stanja.

Objekti mentalizacije mogu biti drugi ljudi ili osoba sama. Svaki od njih ima vlastita mentalna stanja koja uključuju osjećaje, misli, motive, namjere, uvjerenja, želje i potrebe. U mentalizaciji ova dva objekta su u dinamičnoj interakciji. Primjer toga je da pojedinac osjeća ljutnju na prijatelja i zatim posumnja da je prijatelj također ljut na njega.

I sadržaj i sam proces mentaliziranja mogu imati dva aspekta: kognitivni i afektivni, što znači da osoba može razmišljati i o svojim mislima i o svojim osjećajima, odnosno biti svjesna svojih osjećaja samih po sebi i osjećaja nastalih kao reakcija na određene misli.

Mentalizaciju je važno razlikovati od sličnih fenomena poput refleksivne funkcije, meta-kognicije, empatije, emocionalne inteligencije i teorije uma (7). Refleksivna funkcija je termin koji se koristi prilikom operacionalizacije razine mentalizacije neke osobe, te se češće koristi u istraživačkom kontekstu i prilikom konstrukcije instrumenata (12). Tako, putem rezultata na ljestvici refleksivne funkcije, možemo razlikovati mentalizirajuće razine funkcioniranja od prementalizirajućih, u koje spadaju granična mentalizacija, odsustvo mentalizacije i prisustvo antimentalizirajućih objašnjenja. Prementalizirajuće razine su posljedica različitih poremećaja u razvoju mentalizacije.

Fenomen metakognicije, shvaćen kao razmišljanje o razmišljanju, je samo jedan uski aspekt mentalizacije jer je fokusiran isključivo na „kognitivni proces koji prati samo kognitivne sadržaje“ i koji osoba provodi samo u kontekstu vlastitih misli (7). Empatija podrazumijeva sposobnost da se prepoznaju, razumiju i osjete tuđi osjećaji i da se na njih adekvatno reagira (13). U samoj definiciji možemo izdvojiti ključne razlike empatije u usporedbi s mentalizacijom – empatija u fokusu ima samo emocionalne aspekte pri čemu se podrazumijeva da se empatija osjeća prema drugome, ali ne i prema samom sebi, i ona uključuje akciju, koja nije obuhvaćena mentalizacijom. Usmjerenost i na kognitivne aspekte (na primer, namjere i motive), a ne isključivo na emocionalne, jeste ono što mentalizaciju razlikuje i od emocionalne inteligencije (7).

Teorija uma obuhvaća više teorijskih pristupa koji se bave kognitivnim procesima i mehanizmima koji se formiraju kako bi dijete došlo u mogućnost da razumije tuđa mentalna stanja, te je na neki način razvojni preduvjet mentalizaciji (7,14). Osim isključive fokusiranosti na kognitivne aspekte, teorija uma više potencira i razumijevanje drugih, dok mentalizacija podrazumijeva i uvid osobe u vlastita osjećaje, želje i namjere.

NEUROBIOLOGIJA MENTALIZACIJE

Za majčinsko ponašanje i razvoj privrženosti ključnu ulogu imaju dva neurotransmitterska sustava, dopaminergički i oksitocinergički sustav (15). Istraživanja na animalnim modelima pokazuju da je mezolimbokortikalni dopaminski sustav odgovoran za procesiranje nagrađujućih signala koje prima majka u interakciji s potomstvom i motivaciju za majčinsku brigu. Oksitocin i vazopresin imaju ključnu ulogu u dva aspekta stvaranja privrženih odnosa: aktiviraju sustav nagrađivanja/privrženosti i deaktiviraju neurobiheviornalne sustave povezane s društvenim izbjegavanjem. Povećana ekspresija oksitocinskih receptora u ventralnom palidumu i prednjem mozgu glodavaca pospješuje majčinsko ponašanje. Povećana oksitocinska aktivnost ima ulogu i u djetetovim osjećajima privrženosti prema roditeljima. Oksitocin pospješuje društvenu povezanost, poboljšava društveno pamćenje, pamćenje izraza lica, selektivno pospješuje pozitivna društvena sjećanja, stvara i aktivira pozitivna osjećajna iskustva u odnosu s drugim ljudima (15). Žene koje doje su manje reaktivne na stres što se objašnjava pojačanim lučenjem oksitocina. Epidemiološka istraživanja pokazuju da je manja vjerojatnost maltretiranja djece od majki koje doje.

Aktivacija sustava privrženosti putem oksitocina može pojačati iskustvo nagrađivanja, osjetljivost na društvene podražaje i smanjiti društveno izbjegavanje. To sve poboljšava majčino razumijevanje i pojačava majčin fokus na mentalna stanja njenog djeteta. Više razine oksitocina su snažno povezane s privrženosti majke prema njenom djetetu što se vidi u indikatorima poput pozitivnog afekta, pogleda, osjećajnog dodira i učestalosti praćenja djeteta.

Navedeni oksitocinski mehanizam objašnjava povezanost privrženosti i procesa mentalizacije. Intranazalna primjena oksitocina osim

što poboljšava društveno pamćenje, pojačava povjerenje, darežljivost i empatiju. Aktivacija majčinog sustava privrženosti podiže razinu oksitocina što majku čini osjetljivijom na mentalna stanja djeteta, a što zauzvrat povećava vjerojatnost sigurne privrženosti između nje i djeteta i brži razvoj djetetova razumijevanja umova (15).

Utvrđeno je, također, da je aktivacija neurobihevioralnog sustava privrženosti povezana s aktivacijom onih moždanih struktura koje su odgovorne za socijalno funkcioniranje i mentalizaciju (lateralni prefrontalni korteks, medijalni prefrontalni korteks, lateralni parijetalni korteks, medijalni temporalni režanj, rostralni prednji cingularni korteks), te deaktivacijom moždanih regija odgovornih za uzbuđenje i kontrolu afekta (amigdala, inzula, strijatum) (15). Naime, aktivacija i deaktivacija sustava privrženosti blisko je povezana s uzbuđenjem i kontrolom stresa. Fonagy i sur. navode da s pojačanim uzbuđenjem, dolazi do prijelaza aktivacije s kortikalnih na subkortikalne sustave, s eksplicitnog (svjesnog) na implicitno (automatsko) mentaliziranje i posljedično nementalizirajuće načine psihičkog funkcioniranja (15). Pri porastu emocionalnog uzbuđenja raste inhibitorna aktivnost noradrenalin alfa-1 i dopamin D1 što inhibira prefrontalni korteks dok su stražnje kortikalne i subkortikalne funkcije (implicitna, automatska, na afekt usmjerena mentalizacija) pojačane i da preuzimaju djelovanje. Kada se poveća kortikalna aktivnost kroz međusobno interaktivne sustave noradrenalin alfa-2 i dopamin D1, prefrontalna kortikalna funkcija se poboljšava uključujući nadzor pažnje, planiranje/organiziranje i eksplicitnu mentalizaciju.

U teoriji uma, a time i mentalizaciji, važnu ulogu imaju zrcalni neuroni (eng. *mirror neurons*) (15). Percepcija izvođenja neke radnje (vizualna ili slušna) od strane neke osobe, aktivira odgovarajuća područja u mozgu osobe koja to promatra kao da ona sama tu radnju izvodi.

Drugim riječima, zrcalni neuroni smješteni u prednjem prefrontalnom korteksu enkodiraju radnje usmjerene objektu, bilo da su percipirane ili izvedene te pomažu u prepoznavanju cilja i razumijevanju same radnje. Implicitna dimenzija mentalizacije odnosno ona koja se odvija refleksno, automatski je najviše povezana s aktivnošću u području superiornog temporalnog sulka, za stvaranje vizualnih reprezentacija te aktivnošću zrcalnih neurona u prefrontalnom području za automatsko prepoznavanje cilja i razumijevanje cilju usmjerene radnje. S druge strane, eksplicitna dimenzija mentalizacije, ona svjesna i verbalizirana, odvija se u medijalnom prefrontalnom korteksu i temporoparijetalnoj funkciji. Kao što je već navedeno, ta su područja zadužena za rasuđivanje o interpersonalnim odnosima i tuđim mislima i mentalnim stanjima (16).

RAZVOJ SPOSOBNOSTI MENTALIZACIJE

Kapacitet za mentalizaciju, iako specifično ljudska karakteristika, nije urođen, već je razvojno dostignuće koje nastaje u kontekstu odnosa sigurne privrženosti (7). Stjecanje mentalizacije prolazi kroz nekoliko razvojnih stupnjeva i usko je vezano uz razvoj teorije uma i privrženosti (7). U drugoj polovici prve godine života dijete počinje shvaćati odnose tako da povezuje radnje s njihovim izvršiteljima s jedne strane i sa svijetom s druge. Na tom stupnju procesna radnja je shvaćeno samo kao fizikalna radnja. Dijete nema još uvijek reprezentaciju o mentalnim stanjima značajnog drugog (najčešće roditelja). Ovaj stadij razvoja mentalizacije naziva se *teleološki stav*.

Tijekom druge godine života dijete razvija intencionalno shvaćanje da želje ili namjere prethode radnjama te da mogu dovesti do promjena u umu i tijelu. Međutim, to shvaćanje ne omogućuje još uvijek mentalno reprezentiranje mentalnih stanja koja su neovisna o

realitetu, odnosno razlikovanje unutarnjeg i vanjskog svijeta nije postignuto (pre-mentalizacijski model *psihičke ekvivalencije*). S druge strane, potpuna odvojenost unutrašnje i vanjske realnosti, kada unutrašnja stanja nemaju nikakve implikacije na vanjsku realnost čini pre-mentalizacijski model *pretvaranja*.

U razdoblju od 3. do 4. godine života dijete može reprezentirati sebe kao izvršitelja, shvaća da drugi ne reaguju na uvijek isti način. Ono shvaća da je ljudsko ponašanje uvjetovano prolaznim mentalnim stanjima kao što su misli i osjećaji, ali i stabilnim karakteristikama kao što su osobnosti i sposobnosti. U toj dobi može integrirati model pretvaranja i psihičku ekvivalenciju u pravo mentaliziranje odnosno shvaća da su unutarnji i vanjski svijet povezani, a da se ipak ne moraju izjednačavati ni u potpunosti odvajati.

Dijete u dobi od 6 godina može u vremenski slijed povezivati vlastite namjerne radnje i iskustva, što dovodi do stvaranja selfa koji je vremenski kontinuiran. Tada dijete organizira svoja iskustva i akcije sjećanjima koja su uzročno-posljedično povezana i imaju vremenski slijed. Ovde, naravno, ne prestaje razvoj mentalizacije niti reprezentacija. U ovom razdoblju samo su stvorene osnove koje se kasnije, s daljim kognitivnim razvojem (npr. s formiranjem konkretnih, pa formalnih operacija) i ostvarivanjem novih emocionalnih odnosa i uloga, nadograđuju i ispunjavaju sadržajem i kompleksnošću. Naime, razvijena razina mentalizacije predstavlja potencijal, a ne nužno i svakodnevnu realizaciju. Ovisno o situaciji i uključenih osoba, od osjećaja koja se javljaju prije svega razine anksioznosti, ovisi i razina aktualizacije potencijala.

Doživljaj sebe kao subjekta vođenog unutrašnjim potrebama, osjećajima i stanjima razvija se u „dovoljno dobrim“ uvjetima, tj. u kontekstu sigurne afektivne privrženosti odnosom s drugim koji razumije naša unutrašnja stanja. Fonagy ističe da skrbnikovo „obilježeno do-

sljedno predočavanje (zrcaljenje)“ djetetovih unutarnjih stanja u sklopu sigurne privrženosti omogućava djetetov razvoj mentalizacije (3). Zrcaljenje je interakcija roditelja i bebe tijekom koje odrasli empatično izražava emociju koju dijete izražava izrazima lica ili zvukovima (3). Na plač djeteta majka ne reagira vlastitim plačem i stresom nego prije pretjeranim mrštenjem čela koje iskazuje istovremeno zabrinutost i ljubav. Važna karakteristika zrcaljenja je da ono nije vjerna kopija onoga što se događa na licu bebe, niti onoga što majka proživljava u tom trenutku (3). Izraz „obilježeno“ odnosi se na činjenicu da je majka „metabolizirala“ djetetovo unutarnje stanje; zrcali emocionalno stanje djeteta, ali i majčinu re-rezentaciju, odnosno majčin izraz odgovara unutarnjem stanju djeteta, ali je promijenjen majčinim doživljajem. Pojam „dosljedno“ podrazumijeva da je majčin izraz točan, tj. odgovarajući s obzirom na unutarnje stanje djeteta što podrazumijeva da majka ispravno tumači njegove osjećaje i potrebe. Time dijete razvija doživljaj vlastitog unutrašnjeg svijeta u odnosu na majčin, ali i svijest o mogućnosti da svojim osjećajima izazove promjenu u majčinom ponašanju (17).

Odnos djeteta s roditeljem koji prepoznaje i razumije djetetova unutrašnja stanja, a kontingentnim i naglašenim zrcaljenjem djetetovih reakcija, potiče razvoj sposobnosti regulacije afekata koja je važna za formiranje kapaciteta za refleksiju (3). Naime, kada dijete plače, roditelj osim što mimikom i vokalizacijom pokazuje da u djetetu prepoznaje tugu, uznemirenost i bol, on svojom reakcijom (šaputanje, ljuljanje i sl.) pruža djetetu utjehu. Tu popratnu reakciju, koja je suprotna osjećaju koje se zrcali, dijete internalizira kao dio reprezentacije o sebi („mogu biti utješeni“) i drugome („može me se utješiti“). U kasnijim situacijama koje budu interpretirane kao prijeteće, a figura privrženosti nije fizički prisutna, dijete ponovno aktivira ove reprezentacije. Na taj način kontrola

afekta se s ranije konkretne razine premiješta na razinu reprezentacija. Sposobnost kontrole i regulacije afekata neophodan je uvjet da osjećaji budu podnošljivi, nepreplavljajući i neugrožavajući, a samim time i mislivi i obradivi (3). Dijete tako razvija pozitivne modele sebe i drugog, odnosno može vidjeti sebe kao razumljivog, prihvatljivog i vrijednog ljubavi, a drugog kao pristupačnog, pouzdanog i prihvatajućeg. U najvećem broju situacija uspijevat će kontrolirati afekt i postići optimalnu razinu mentalizacije koja će mu pomoći da razumije, predvidi i adekvatno reagira u socijalnim odnosima. Postaje sposobniji razumijeti prirodu mentalnih stanja, njihovu ulogu u ljudskom ponašanju, ali i međugeneracijske, razvojne i intersubjektivne aspekte mentaliziranja u odnosu (12).

Istraživanja, kako bihevioralna, tako i neurobiološka, potvrđuju da porast emocionalne tenzije dovodi do gašenja kapaciteta za mentalizaciju s jedne strane, ali i da neuspjeh mentalizacije povratno (direktno i indirektno) podiže razinu emocionalne tenzije. Naime, sama mentalizacija direktno potiče afektivnu modulaciju; ako možemo misliti o svojim osjećajima, bolje ih kontroliramo, što bolje razumijemo i anticipiramo tuđe ponašanje, osjećamo se manje ugroženo. S druge strane, neuspjeh u mentalizaciji značajno smanjuje kapacitete za prilagođavanje socijalnom okruženju i povećava vjerojatnost za nerazumijevanje, konflikte i sl., što također indirektno povećava razinu emocionalne tenzije.

POREMEĆAJI I DEFICITI MENTALIZACIJE

Kao što je već navedeno, mentalizacija kao sposobnost razumijevanja vlastitog ponašanja i ponašanja drugih osoba koja određuju misli i osjećaji, ima puni potencijal razvoja u kontekstu sigurnog modela privrženosti. Uspješnost interakcije između majke i djeteta ovisi o

karakteristikama djeteta (temperament, mentalno i somatsko zdravlje, urođene sposobnosti i sl.) i roditelja (mentalno zdravlje, stres, kvaliteta privrženosti, model roditeljstva i sl.). Tako su djeca s „teškim“ temperamentom ili nekim mentalnim poremećajem veći izazov roditeljima u pružanju razumijevanja, brige i utjehe. Također, majke koje su iscrpljene, boluju od depresije ili često odsutne zbog teške socio-ekonomske situacije, ranjivije su u susretu sa svakodnevnom brigom o djetetu, imaju manje kapaciteta da se bave, kako svojim, tako i djetetovim unutrašnjim svijetom, i slabije će se nositi s djetetovim negativnim emocijama.

Stoga, nepovoljne okolnosti u socijalnoj okolini djeteta mogu narušiti ove osjetljive razvojne procese, a naročito zanemarivanje i trauma u ranoj dobi. Izostanak sigurne privrženosti u ranom razvoju onemogućuje normalan razvoj mentalizacije i njenih aspekata kao regulatora selfa (3). Istraživanja su pokazala da nesigurni modeli privrženosti (nesiguran/odbacujući, nesiguran/zaokupljen ili zabrinut i nesiguran/neriješen ili dezorganiziran) znatno oslabljuju ili u potpunosti onemogućuju izražavanje i regulaciju emocija i utječu na pojavu različitih psihopatoloških stanja (lažni self, aleksitimija, somatizacijski poremećaji, poremećaji hranjenja, poremećaji ličnosti, slaba kontrola impulsa s agresivnim i/ili antisocijalnim ponašanjima te povećana vulnerabilnost na stres i traumatu) (17).

Osobe čija se privrženost kategorizira u jedan od tri nesigurna modela najčešće pokazuju deficite u mentaliziranju odnosno funkcioniraju na pre-mentalizacijskim ili nementalizacijskim razinama mišljenja, koje su niži razvojni stupnjevi mentalizacije (2,5,7). Iskustva su tada ili prekonkretna ili potpuno beznačajna ili je razumijevanje motiva za ponašanje potpuno fizičko. Disfunkcionalni obrasci ponašanja (*acting out* reakcije, samoozljeđivanje, pokušaji suicida) koji slijede, pokušaji su stabilizaci-

je self reprezentacija i postizanje psihološkog ekvilibrija. Fonagy te razine dijeli na: model pretvaranja (engl. *pretend mode*), psihičku ekvivalenciju (engl. *psychic equivalence*) i teleološki stav (engl. *teleological stance*) (18). U psihičkoj ekvivalenciji osobe izjednačavaju njihov unutarnji svijet s vanjskim realitetom u kojem ne postoje alternativne perspektive te sadržaj uma postaje realan (npr. umjesto „ja imam doživljaj da si mi ti neprijatelj“ doživljavaju „ti si moj neprijatelj“). Kod modela pretvaranja, koji je suprotan prethodnom, dolazi do odvajanja unutarnjeg i vanjskog svijeta (npr. disocijacija). Ideje ne stvaraju zadovoljavajući most između unutarnjih stanja i vanjske realnosti te afekti ne prate misli. Teleološki stav podrazumijeva da osoba prihvaća postojanje mentalnih stanja samo onda kada su razmotrene na konkretan i fizički evidentan način. Kod teleološkog stava se komunikacija unutarnjih mentalnih stanja događa samo radnjama, jer ideje i riječi nemaju veliko značenje (npr. samoozljeđivanje površnim zarezivanjem podlaktice kao odraz unutarnje boli) (17).

Kada roditelj ne interpretira pravilno djetetovo emocionalno stanje, odnosno ne odgovara na djetetove potrebe pravilno dolazi do tzv. *neusklađenog zrcaljenja* (3). Naime, kada je dijete u stanju nelagode (npr. plač), a roditelj tada reagira strahom, dijete uočava stah roditelja i internalizira to stanje unutarnje nelagode/stresa roditelja. To stvara tzv. *strani self* (engl. *alien self*), odnosno dijete internalizira sliku roditelja kao dio svoje self reprezentacije (3). Ujedno dijete stvara unutarnju reprezentaciju sebe kao zastrašujućeg bića. Strani self je u određenom stupnju prisutan u svakoj osobi, no kada zadominira mentalnim stanjem osobe dolazi do fragmentacije (destabilizacije) vlastitog selfa (3). Iskustvo stranog selfa se najčešće doživljava kao unutarnje mučenje, duboki osjećaj mržnje, nemogućnosti osjećaja zadovoljstva i ugone kod postizanja uspjeha, uvažavanja i podrške od drugih osoba. Slabo

mentalizirani odgovor na djetetova unutarnja stanja oštećuje zdrav razvoj djetetovih socijalno kognitivnih sposobnosti, naročito regulaciju afekta i funkcioniranje usmjerene pažnje.

Pojam sličan stvarnom selfu, ali ipak različit od njega je „lažni self“ D. Winnicotta (11). Naime, u najranijem razdoblju razvoja dijete je veći dio vremena neintegrirano i njegova kohezija ovisi od tome da ga majka drži i fizički i figurativno (11). Tokom tog procesa dijete pokazuje spontane radnje čiji impuls dolazi iz pravog selfa. Kada majka naruši holding, dijete to doživljava kao povredu opasnu za vlastitu egzistenciju, jer se još uvijek ne vidi fizički odvojeno od majke. Jedina obrana od straha od uništenja je tada odustajanje od vlastitih zahtjeva i prilagođavanje majci, što je najraniji stadij formiranja lažnog selfa. Winnicott ističe da se lažni self manifestira općom iritabilnošću, poremećajem hranjenja i dr. Osim toga, strukturu lažnog selfa obilježava i doživljaj življenja lažnog života, očaja, nedostatka kreativnosti i beznadežnosti, posebno ako su u najranijem razdoblju izostale reakcije odraslog.

Kod osoba koje su imale nesigurne modele privrženosti, kao što je već navedeno, smanjena je sposobnost mentalizacije (3). Regulacija selfa kod distresa se tada može podijeliti na „*acting out*“ – impulzivno reagiranje, što je obilježje granične razine funkcioniranja ličnosti, te somatizaciju (3,7). Kod osoba kod kojih se anksioznost i ugroženost očituju kao somatiziranje, nema sposobnosti reprezentiranja vlastitih afekata – smanjena mentalizacija, ni sposobnosti verbalnog eksplicitnog izražavanja – aleksitimija. Te osobe funkcioniraju na prementalizacijskoj razini psihičke ekvivalencije u kojima se unutarnji konflikti eksternaliziraju kao tjelesni simptomi koje osoba konkretno shvaća kao da „nešto nije u redu s tijelom“ (19).

Poremećaji i deficiti mentalizacije su najbolje opisani u radu Batemana i Fonagyja s pacijentima s graničnim poremećajem ličnosti te Skarderuda s pacijentima s poremećajima

hranjenja (18,20). Granični poremećaj ličnosti (GPL) (engl. *borderline personality disorder*) je kompleksan i ozbiljan mentalni poremećaj karakteriziran pervazivnim obrascem poteškoća emocionalne regulacije i kontrole impulsa te nestabilnošću interpersonalnih odnosa i poremećene slike o sebi. Unutar nesigurnog modela privrženosti u osoba s GPL javlja se nepodnošenje samoće, hipersenzitivnost na socijalnu okolinu, očekivanje hostiliteta od drugih osoba (15, 18). Pacijenti s GPL pokazuju nestabilnu i/ili smanjenu sposobnost mentalizacije te intermitentno karakteristike svih triju tipova prementalizacijskih modela funkcioniranja: *psihička ekvivalencija* je istaknuta kod interpersonalnih odnosa, gdje pacijenti zbog nemogućnosti diferencijacije unutarnje i vanjske realnosti prenose na druge, odnosno zajednički odnos vlastiti unutarnji svijet (iščekivanje hostiliteta i strah od odbijanja i napuštanja); *model pretvaranja* je istaknut kod disocijacije pri povezivanju elemenata vanjskog svijeta s traumatskim sjećanjima; te *teleološki stav* kada verbaliziranje nije adekvatan medij za eksternalizaciju unutarnjeg svijeta, već je potreban fizički (fizička bliskost, samoozljeđivanje, *acting out* reakcije) (15, 18). Česta pojavnost samoozljeđivanja i suicidalnosti može se objasniti kao re-eksternalizacija stranog (*alien*) selfa i pokušaj stabilizacije vlastitog selfa. U stanjima visoke razine distresa dominira aktivnost amigdale, a time i automatsko i impulzivno funkcioniranje, dok se smanjuje kortikalno (mentalizacijsko) funkcioniranje. Pažnja pacijenata s GPL je tada hipervigilna i fokusirana na prekide odnosa zbog mogućeg odbacivanja ili napuštanja (15, 18).

Bruch je već prije četrdesetak godina prepoznala teškoće pacijenata s anoreksijom u prepoznavanju i kognitivnom interpretiranju podražaja iz tijela (21), što je Skarderud osuvremenio upotrebom mentalizacijskog pristupa (20). S obzirom na deficit mentaliziranja, pacijenti s anoreksijom nemaju uvid u bolest, niti mogu verbalno izraziti unutarnji emocionalni

svijet (aleksitimija). Pacijenti s anoreksijom istovremeno mogu doživljavati vlastito tijelo kao pre-stvarno i pre-nestvarno (20).

Istraživanja su, također, utvrdila sniženu mentalizaciju na uzorcima osoba s depresijom (22), poremećajima prehrane (23) i shizofrenijom (24).

Utjecaj traume na sposobnost mentalizacija i mentalno zdravlje

Djeca i adolescenti koji su doživjeli različite oblike zlostavljanja u djetinjstvu pokazuju brojne probleme u emocionalnom, kognitivnom i socijalnom funkcioniranju. Među traumatiziranom djecom postoji veća učestalost posttraumatskog stresnog poremećaja, kao i drugih poremećaja poput depresije, poremećaja ličnosti, anksioznih poremećaja, poremećaja prehrane, zlorabe supstancija, samoozljeđivanja i pokušaja suicida, eksternaliziranih poremećaja (25).

U odnosu u kojem je roditelj nasilan, proces zrcaljenja često je potpuno onemogućen, a i kada do njega dođe, dijete vidi samo osjećaje roditelja i biva dodatno uznemireno i zastrašeno (26). Naime, suviše je bolno za dijete da shvati da osobe za koje je afektivno vezano prema njemu imaju loše namjere. To pokreće doživljaj ugroženosti koji aktivira sistem afektivne privrženosti, što dovodi do paradoksalnog ishoda. Dijete, a kasnije i odrastao čovjek, s jedne strane traži bliskost, odnosno utjehu (hiperaktivacija sistema afektivne vezanosti). S druge strane, kako bi se zaštitio od zlonamjernih i opasnih mentalnih stanja zlostavljača, dijete je „naučilo“ isključiti sposobnost reprezentiranja mentalnih stanja. Dijete ne može poimati ni opisati što drugi misle ili osjećaju, a niti što misli ili osjeća ono samo, što je glavna prepreka u regulaciji selfa te dovodi do difuzije identiteta i disocijacije (27). Funkcionirajući na razini ekvivalencija realnosti i unutrašnjih stanja, dijete druge, a samim tim i nasilnika,

tumači kao dio sebe, odgovara procesu identifikacije s agresorom.

Situacija može biti još dramatičnija ako dijete ima iskustvo nedobivanja zaštite od drugog roditelja što je posebno maligno za dječju psihu (26) i dodatno vodi izbjegavanju uma drugih. Kako je u nasilnom odnosu previše zastrašujuće baviti se tuđim unutrašnjim svijetom u kojem se mogu naći samo nepodnošljiva mržnja, strah i prijetnja, djetetovi kapaciteti da misli o mentalnim stanjima ostaju na prementalizirajućoj razini. Također je i sjećanje na traumu vrlo živo što dovodi u opasnost od ponavljanja traumatizacije iznutra (27), te je u tom smislu inhibicija mentalizacije oblik unutrašnje adaptacije na traumatsko iskustvo.

Fonagy i Target (27) ističu i drugi važan aspekt razumijevanja djelovanja traume. Naime, neurološke studije pokazuju da su dva sistema pobuđenosti, jedan s centrom u prefrontalnom korteksu, a drugi u posteriornom i subkortikalnom, međusobno isključivi. Inhibicija mentalizacije u susretu s traumom dovodi do aktivacije drugog sistema pobuđenosti koji je odgovoran za automatske i motoričke funkcije. Pacijenti ovaj proces često doživljavaju kao naglo prebacivanje u drugačiji oblik funkcioniranja nad kojim nemaju kontrolu, koji podrazumijeva fizičko rasterećenje, nemogućnost razmišljanja i razgovora o unutrašnjem svijetu.

Diskontinuitet u doživljaju koherentnosti selfa u običajenim okolnostima bio bi nadomješten mentalizacijom, u slučaju traume ostaje prisutan. Zastrašujući roditelj ostaje internaliziran kao dio selfa. Kada self traumatizirane osobe osjeća da je napadnut iznutra, kada je osoba preplavljena doživljajem da je i sama loša, a nema mogućnost dobiti utjehu od drugih, javlja se neizdrživa psihička patnja. Na razini funkcioniranja koji podrazumijeva nerazlikovanje fantazije od realnosti, doživljaj da je loša osoba prevodi u lošu akciju, što bi u skladu s teleološkom razinom prementalizujućeg funk-

cioniranja podrazumijeva autodestrukciju i napad na druge.

Promatrano s aspekta projektivne identifikacije (9), projekcija nepodnošljivih dijelova selfa u vanjske objekte i doživljaj njih kao loših i prijetećih je način da se traumatizira osoba ili dijete nosi s psihičkim boli. Na bihevioralnom planu, dijete može manifestirati bijes, agresivnost i pretjeranu potrebu za kontrolom. (27). Neophodnost projektivne identifikacije u svrhu psihološkog preživljavanja pojačava potrebu za drugima, što iznova otvara začarani krug, inhibiciju mentalizacije i nemogućnost sagledavanja drugih alternativa.

Istraživanja pokazuju da osobe s iskustvom seksualnog zlostavljanja imaju nižu razinu mentalizacije (25). Također, nađeno je da djeca koju je seksualno zlostavljao član obitelji imaju nižu mentalizaciju od onih koja su traumu doživjela u odnosu s nepoznatom osobom (25).

TRETMAN TEMELJEN NA MENTALIZACIJI

Terapija temeljena na mentalizaciji (engl. *mentalization based treatment*, MBT) je terapijski koncept koji su osmislili Bateman i Fonagy u radu s pacijentima s GPL (2). Naime, oni su uočili da tradicionalne psihoterapijske tehnike imaju ograničenja u radu s ovim pacijentima, ali i kod pacijenata s drugim poremećajima, zbog njihovog čestog nerazumijevanja vlastitih mentalnih stanja i drugih, a upravo zbog gubitka ili prekida u sposobnosti mentalizacije. Poboljšanje sposobnosti mentalizacije u kontekstu odnosa privrženosti osnova je liječenja GPL. Osnovni cilj MBT je razviti terapijski proces kojem je fokus na pacijentovoj percepciji vlastitog uma i uma drugih ljudi. Pacijent treba otkriti što misli i osjeća o sebi i drugima i kako to utječe na njegove reakcije te kako pogreške u razumijevanju sebe i drugih dovode do ponašanja koja su pokušaj održavanja stabilnosti i shvaćanja nejasnih osjećaja (4, 17, 18).

MBT nije u potpunosti novi psihoterapijski pristup, već integrativni pristup koji uključuje psihoanalitičke ideje, elemente kognitivno-bihevioralne terapije, sistemske teorije i socijalno ekološke teorije. Stoga se ovaj terapijski koncept može implementirati i u liječenju drugih poremećaja, kao i npr. za poremećaje hranjenja (20).

Primarni cilj MBT je povećanje sposobnosti mentaliziranja što dovodi do regulacije emocija i impulzivnosti, a time i do funkcionalnijih interpersonalnih odnosa. Ovaj terapijski pristup je fleksibilan i komplementarno se može primjenjivati uz druge oblike psihoterapije. Uključuje aktivno sudjelovanje terapeuta pri čemu se um terapeuta koristi kao model, a fokus terapijskog odnosa su trenutni događaji ili aktivnosti, odnosno sadržaji u pacijentovoj trenutnoj mentalnoj stvarnosti (radna memorija).

Tretman ima tri glavne faze. Inicijalna faza započinje procjenom sposobnosti mentalizacije tijekom uzimanja anamneze. Ova sposobnost procjenjuje se u kontekstu važnih interpersonalnih odnosa. Procjena daje uvid u razine mentalizacije u odnosu na razinu afekta i njihovu povezanost s glavnim problemima ponašanja. Osim dijagnoze, procjena završava formulacijom slučaja, postavljanjem terapijskih ciljeva i pojašnjenjem djelovanja terapije pacijentu. Važno je, također, dobiti uvid u lijekove koje pacijent uzima te napraviti zajednički plan postupanja pacijenta u kriznim situacijama.

Srednja faza tretmana usmjerena je na poticanje terapijskog saveza uz zadržavanje mentalizacijskog stava od strane terapeuta. Stalni fokus terapeuta je trenutno stanje uma/mentalno stanje pacijenta (4,17). Terapeut zauzima znatiželjan stav ili stav „neznanja“ i verbalizira svoje viđenje trenutnog mentalnog stanja pacijenta, ali i svoga, naglašava da su moguće i drugačije perspektive i izbjegava pretpostavke o njima. Kada terapeut ima drugačije viđenje od pacijenta, o tome se razgovara i istražuje.

Svakako je potrebno izbjegavati rasprave čije je viđenje pacijentovog i terapeutovog stanja uma točnije. Zadatak je uočiti proces mišljenja koji je doveo do različitih perspektiva i razmotriti svaku perspektivu u odnosu na drugu (17).

Terapijski stav u MBT podrazumijeva: ponižnost koja proizlazi iz osjećaja „ne-znanja“; strpljivost prilikom prepoznavanja razlika u perspektivama, priznavanje i prihvaćanje drugačijih perspektiva, aktivno ispitivanje pacijenta o iskustvima (usmjeriti se na opis iskustva – što?, a ne objašnjenje iskustva - zašto?), pažljivo izbjegavanje potreba za razumijevanjem onoga što nema smisla (eksplicitno reći da nešto nije jasno) (17).

Bitna komponenta terapeutovog stava je praćenje vlastitih pogrešaka u mentaliziranju, odnosno prepoznavanje vlastitog gubitka mentalizacije. Važno je biti svjestan da je i terapeut stalno pod rizikom gubitka vlastitih sposobnosti mentaliziranja u prisustvu nementalizirajućeg pacijenta (15, 28). Terapeut vlastitim greškama u mentaliziranju treba pristupiti kao prilici za otkrivanje vlastitih osjećaja i iskustava. Terapeut ovo treba verbalizirati tijekom terapije kako bi pokazao pacijentu da kontinuirano promatra što se događa u njegovom umu i povezanost s pacijentom. Kao i kod ostalih prekida mentaliziranja i takve situacije zahtijevaju da se terapijski proces zaustavi i „vrati unazad“ kako bi se istražio prekid mentalizacije. Ovim terapeut modelira reflektivno funkcioniranje i omogućuje pacijentu način doživljavanja njih samih i drugih terapijskim iskustvom „uma koji uključuje drugi um“.

U MBT, za razliku od klasične psihoanalitičke terapije, se ne interpretira transfer, već se potiče tzv. *mentaliziranje transfera*; pacijent se usmjerava da misli o trenutačnom odnosu s terapeutom s ciljem da mu se pažnja usmjeri na tuđi um, um terapeuta i da mu se pomogne u uspoređivanju vlastitog viđenja njega samog s tuđim viđenjem njih, bilo da se radi o terapeutovom viđenju ili viđenju druge oso-

be u radnoj grupi (28). Cilj nije uvid pacijenta zašto ima određenu percepciju terapeuta, već modeliranje i poticanje na znatiželju zašto su izabrali određenu ulogu za terapeuta.

Oblici intervencija mogu biti različiti: individualna psihoterapija, u kojoj izgrađuje privrženost između pacijenta i terapeuta koji ima mogućnost poticanja mentalizacije; grupna psihoterapija, u kojoj dolazi do izražaja vježbanje mentalizacije na različitim članovima grupe koji svaki za sebe imaju različita mentalna stanja i emocije; obiteljska terapija, u kojoj se mentalizacija vježba na već ranije ostvarenim funkcionalnim ili ne-funkcionalnim odnosima.

Tijekom MBT važno je nastaviti primjenu psihofarmaka u liječenju poremećaja ako psihijatar procijeni da su potrebni s obzirom na istraženu neurobiološki osnovu mentalizacijskih mehanizama. Naime, mentalni poremećaji poput poremećaja raspoloženja i anksioznost kao samo neki od glavnih distresora mogu onemogućiti postizanje punog kapaciteta rješavanja problema i vježbanja mentalizacije (7, 17).

MBT pomaže pacijentu sagledati destruktivne i repetitivne obrasce nementalizirajućih ponašanja, shvatiti što čini sebi i drugima te zamijeniti takve obrasce, koji daju iluziju kontrole, s realnom sigurnom privrženosti i sposobnostima za razumijevanje sebe i drugih. Odnos pacijent-terapeut u MBT je partnerski odnos koji se uvijek temelji na međusobnom razumijevanju. Kada pacijent surađuje i koristi terapijski proces za vlastitu dobrobit, samo tada može napredovati. Intervencije u MBT uvijek trebaju biti fleksibilne prema složenosti i intenzitetu osjećaja u odgovoru na intenzitet pacijentova emocionalnog uzbuđenja (15).

Empirijsku potvrdu učinkovitosti MBT u liječenju pacijenata s GPL Bateman i Fonagy su pokazali u odnosu na standardno psihijatrijsko liječenje (individualna i grupna suportivna psihoterapija) kod pacijenata u parcijalnoj

hospitalizaciji i u intenzivnom ambulantnom tretmanu (29, 30). U obje randomizirane kliničke studije MBT (individualne i grupne MBT) doveo je do značajno veće redukcije suicidalnosti, samoozljeđivanja, potrebe hospitalizacije. Učinak MBT postao je značajan nakon 6-12 mjeseci primjene, a ostao je takav i 18 mjeseci nakon završetka liječenja (31). Pacijenti liječeni MBT su i osam godina nakon primjene imali bolje rezultate u odnosu na kontrolnu skupinu na mjerama psihopatologije, suicidalnosti, korištenja psihijatrijske skrbi, uzimanja psihofarmaka i zaposlenja (32). Ovi rezultati potvrđuju kratkoročnu i dugoročnu učinkovitost MBT primijenjenog za odrasle u okviru parcijalne hospitalizacije ili ambulantno.

ZAŠTO SU ADOLESCENTI TAKO VULNERABILNI I TRETMAN TEMELJEN NA MENTALIZACIJI ZA ADOLESCENTE (MBT-A)

Adolescenciju obilježava niz složenih procesa (tjelesne, neurorazvojne promjene, kognitivne i socioemocionalne promjene) kojima osoba prelazi iz doba djetinjstva u odraslu dob. Kognitivna maturacija u doba adolescencije omogućuje integraciju znanja o mentalnim stanjima i stvaranja eksplicitnih zaključaka o njima. Međutim, djeca koja ulaze u adolescenciju sa poremećenim sustavom privrženosti i oštećenom sposobnošću mentalizacije su manje sposobna suočiti se sa zahtjevima adolescencije: integrirati promijenjeni tjelesni izgled u self, nositi se s povećanim seksualnim pulzijama i intenzivnim emocijama, razviti kapacitet za apstrakciju i simbolizaciju, ostvariti nove socijalne zahtjeve – separacija, postizanje autonomije, preuzimanje uloge odraslih (33). To je razdoblje u kojem poremećaji iz ranijih razvojnih razdoblja udruženi s intenzivnim neurorazvojnim promjenama, poglavito u prefrontalnom korteksu, mogu oslabiti sposobnost mentalizacije što uz povećane zahtjeve za regu-

lacijom afekta i reprezentacijom selfa, stvara podlogu za razvoj težih mentalnih poremećaja kao što je granični poremećaj ličnosti koji obilježavaju afektivna disregulacija, impulzivnost i nestabilni interpersonalni odnosi (34).

Za adolescente je karakteristična *hipermentalizacija*, odnosno sklonost pretjeranim interpretacijama i pretpostavkama o mentalnim stanjima drugih ljudi samo iz jedne perspektive bez razmatranja drugih mogućnosti (35). Ovaj poremećaj mentalizacije karakterističan je i za granični poremećaj ličnosti za koji je dokazana povećana senzitivnost na socijalne stimuluse i negativne interpretacije neutralnih socijalnih stimulusa. Hipermentalizacija je povezana s hipervigilnom pažnjom usmjerenom na okolinu gdje osobe pokušavaju pronaći dokaze za svoje pretpostavke. Također, stanja ekscesivne mentalizacije narušavaju emocionalnu regulaciju, jer adolescenti gube kontrolu nad anksioznim ruminacijama uzrokovanim pretjeranim interpretacijama. Očajno pokušavaju dokučiti što drugi misle, gube orijentaciju o tome što oni sami rade, odnosno dolazi do prekida povezanosti njihovih misli, osjećaja i ponašanja (36).

Tretman temeljen za mentalizaciji za adolescente (MBT-A) bazira se na istim principima kao i MBT za odrasle uz specifičnosti i zadatke vezane uz to razvojno razdoblje: pravila su jasnije postavljena, a potiče se odgovornost i samostalnost (37). Sposobnost mentalizacije adolescenata ovisi o sposobnosti mentalizacije roditelja/članova obitelji zbog čega su roditelji/obitelj aktivno uključeni u tretman u okviru obiteljske MBT (37).

MBT-A se pokazao uspješnim u radu s adolescentima sklonim samoozljeđivanju (37). U randomiziranoj kliničkoj studiji MBT-A je bio učinkovitiji od standardnog psihijatrijskog liječenja kod 80 pacijenata sa samoozljeđivanjem u ambulantnom tretmanu, od kojih je 73 % zadovoljavalo DSM-IV kriterije za GPL, i to u smanjenju samoozljeđivanja, i depresivnih simptoma. Učinak je ostvaren povećanjem

sposobnosti za mentalizaciju i smanjenjem izbjegavajuće privrženosti, te je ostao prisutan i 6 mjeseci nakon završetka liječenja.

Slične rezultate su u naturalističnoj studiji dobili Laurensen i sur. (38) za MBT-A kod 11 hospitaliziranih pacijentica sa simptomima GPL. MBT je nakon godine dana primjene doveo do značajnog smanjenja simptoma te poboljšanja funkcioniranja i kvalitete života. Međutim, u implementaciji programa bilo je problema na razini terapeuta, cijelog tima i organizacije (učestale izmjene osoblja na bolničkom odjelu, nezadovoljstvo pacijenata i roditelja, sigurnosni problemi za pacijente i osoblje). Nakon evaluacije, program je izmijenjen i trenutno se provodi kao ambulantno liječenje uz uključenosti i roditelja.

ZAKLJUČAK

Koncept mentalizacije razvijen prije dvadestak godina odnosi se na sposobnost razumijevanja vlastitih mentalnih stanja (misli, osjećaja, namjera, vjerovanja) i drugih osoba kao temeljnu ljudsku osobinu. Kapacitet za mentalizaciju ima ključnu ulogu u emocionalnoj regulaciji i razvoju koherentnog selfa. Deficiti u sposobnosti mentalizacije su obilježje mnogih psihičkih poremećaja, te i ključna karakteristika graničnog poremećaja ličnosti. Gubitak sposobnosti mentalizacije dovodi do destabilizacije selfa, nerazumijevanja sebe i drugih, a time i nemogućnosti održavanja konstruktivnih socijalnih interakcija i vlastite sigurnosti.

MBT je usmjeren na oporavak i/ili povratak sposobnosti mentalizacije čime se postiže adekvatnija kontrola emocija i impulzivnosti. Time se omogućuje pacijentu i njegovoj obitelji da napuste ranije disfunkcionalne obrasce i otkriju nove načine komunikacije i međusobnih odnosa. Učinkovitost ovog terapijskog pristupa potvrđena je za odrasle i djecu sa simptomima GPL, ali i drugih psihičkih poremećaja.

1. Fonagy P. Thinking about thinking : Some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. *Int J Psychoanalysis* 1991; 72: 639-56.
2. Bateman AW, Fonagy P. *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization-based Treatment*. New York: Oxford University Press, 2004.
3. Fonagy P, Gergely G, Jurist E, Target M. *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. New York: Other Press, 2002.
4. Bateman A, Fonagy P. Mechanism of Change in Mentalization-Based Treatment of BPD. *J Clin Psychol* 2006; 62: 411-30.
5. Fonagy P, Bateman A. The development of borderline personality disorder-A mentalizing model. *J Pers Disord* 2008; 22: 4-21.
6. Fonagy P. *Attachment theory and psychoanalysis*. New York: Other Press, 2001.
7. Allen JG, Fonagy P, Bateman A. *Mentalizing in clinical practice*. American Psychiatric Pub, 2008.
8. Klein M. A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states. U: *The writings of Melanie Klein*. London: Hogarth Press, 1975.
9. Bion WR. *The Psycho-Analytic Study of Thinking*. *Int J Psycho-Anal* 1962; 43: 306-10.
10. Kohut H. *The restoration of the self*. Connecticut: International Universities Press Inc., 1977.
11. Winnicott DW. *Playing and reality*. Psychology Press, 1971.
12. Fonagy P, Target M, Steele H, Steele M. *Reflective-functioning manual, version 5.0, for application to adult attachment interviews*. London: University College London, 1998.
13. Baron-Cohen S. *Zero Degrees of Empathy: A New Theory of Human Cruelty*. London: Allen Lane, 2011.
14. Baron-Cohen S, Leslie AM, Frith U. Does the autistic child have a „theory of mind“? *Cognition* 1985; 21: 37-46.
15. Fonagy P, Luyten P, Strathearn L. Borderline Personality Disorder, Mentalization, and the Neurobiology of Attachment. *Infant Ment Health J* 2011; 32: 47-69.
16. Saxe R, Young L. Theory of Mind: How brains think about thoughts. U: Ochsner K, Kosslyn S, eds. *The Handbook of Cognitive Neuroscience*. Oxford, UK: Oxford University Press, 2013.
17. Allen JG, Fonagy P. *Handbook of mentalization based treatments*. West Sussex: John Wiley & Sons, 2006.
18. Fonagy P, Luyten P. A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Dev Psychopathol* 2009; 21 (Special Issue 04):1355-1381.
19. Borovnica V, Šikanić N. Odnos somatizacijskog poremećaja, nivoa organizacije ličnosti, obrasca afektivne privrženosti i mentalizacije. *Psihijatrija danas*, 2011;43: 83-94.
20. Skarderud F. Eating one's words, Part III: Mentalisation-based psychotherapy for anorexia nervosa. An outline for a treatment and training manual. *Eur Eat Disord Rev* 2007; 15: 323-39.
21. Bruch H. *The Golden Cage: The Enigma of Anorexia Nervosa*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1978.
22. Fischer-Kern M, Tmej A, Kapusta ND i sur. The capacity for mentalization in depressive patients: a pilot study. *Zschr Psychosom Med Psychother* 2007; 54: 368-80.
23. Kuipers SG, Bekker M. Attachment, mentalization and eating disorders: a review of studies using the adult attachment interview. *Curr Psychiatry Rev* 2012; 8: 326-36.
24. Chung YS, Barch D, Strube M. A meta-analysis of mentalizing impairments in adults with schizophrenia and autism spectrum disorder. *Schizophr Bull* 2014; 40: 602-16.
25. Ensink K, Normandin L, Target M, Fonagy P, Sabourin S, Berthelot N. Mentalization in children and mothers in the context of trauma: An initial study of the validity of the Child Reflective Functioning Scale. *Br J Dev Psychol* 2015; 33: 203-17.
26. Cyr C, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ, Van Ijzendoorn MH. Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: A series of meta-analyses. *Dev Psychopathol* 2010; 22: 87-108.
27. Fonagy P, Target M. Attachment, trauma and Psychoanalysis – Where psychoanalysis meets neuroscience. U: Jurist EL, Slade A, Bergner S, eds. *Mind to Mind. Infant Research, Neuroscience, and Psychoanalysis*. New York: Other Press, 2008.
28. Bateman AW, Fonagy P. Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry* 2010; 9: 11-15.
29. Bateman A, Fonagy P. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1563-9.
30. Bateman A, Fonagy P. Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2009; 166): 1355-64.
31. Bateman A, Fonagy P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 36-42.
32. Bateman A, Fonagy P. 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *Am J Psychiatry* 2008; 165: 631-8.
33. Sharp C, Venta A. *Mentalizing problems in children and adolescents*. U: Midgley N, Vrouva I, eds. *Minding the child: Mentalization-based interventions with children, young people and their families*. New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group, 2012.
34. Bleiberg E, Rossouw T, Fonagy P. Adolescent breakdown and emerging borderline personality disorder. U: Bateman A, Fonagy P, eds. *Handbook of mentalizing in mental health practice*. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2012.
35. Sharp C, Ha C, Carbone C i sur. Hypermentalizing in adolescent inpatients: Treatment effects and association with borderline traits. *J Pers Disord* 2015; 27: 3-18.
36. Sharp C, Pane H, Ha C i sur. Theory of mind and emotion regulation difficulties in adolescents with borderline traits. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011;50: 563-573.
37. Rossouw TI, Fonagy P. Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2012; 51: 1304-13.
38. Laurensen EM, Feenstra DJ, Busschbach JJ, Hutsebaut J, Bales DL, Luyten P, Noom MJ. Feasibility of mentalization-based treatment for adolescents with borderline symptoms: a pilot study. *Psychotherapy* 2014;51: 159-66.

Jesu li naša savjetovališta dovoljno vidljiva? – Savjetovalište za poteškoće učenja i prilagodbe pri Centru za mlade Nastavnog zavoda za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“

/ Are our Counselling Centers Visible Enough? Counselling Center for Learning and Adjustments Difficulties at the Department for School and Adolescent Medicine, Institute for Public Health „Dr. Andrija Štampar“

Ljiljana Tirić Čihoratić

Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“, Služba za školsku i adolescentnu medicinu, Zagreb, Hrvatska

/ Department for School and Adolescent Medicine, Institute for Public Health „Dr. Andrija Štampar“, Zagreb, Croatia

Cilj rada je prikazati podatke o radu Savjetovališta za poteškoće učenja i prilagodbe u Službi za školsku i adolescentnu medicinu u razdoblju 2010.-2015. godine. U promatranom razdoblju u Savjetovalište se javilo 116 klijenata (63,7 % djevojaka) u dobi od 12 do 32 godine. Najčešći razlozi dolaska bili su: školski i akademski neuspjeh, anksiozna stanja, simptomi depresije, nedostatak samopoštovanja. U tretmanu je primjenjivan kognitivno-bihevioralni pristup. Praćenjem ishoda utvrđeno je da 68,1 % klijenata koji su se javili u Savjetovalište završava tretman, 24,1 % prekida savjetovanje bez pojašnjenja, a 7,7 % upućeno je drugom stručnjaku. U prosjeku je po korisniku bilo 6 susreta. Zadovoljstvo i napredak tretmana evaluiran je samoprocjenom samih klijenata mjerenima na ljestvici od 1 do 10 i standardiziranim upitnicima. Prema rezultatima evaluacije, provedeni savjetodavni tretman bio je uspješan u 75,9 % slučajeva. Savjetovalište otvorenih vrata u Službi za školsku i adolescentnu medicinu potrebno je i učinkovito. Ako se teškoća prepoznata u ranoj fazi i ako se pravovremeno pruži adekvatan tretman za njeno prevladavanje, dolazi do unaprjeđenja dobrobiti i kvalitete života mladog čovjeka, a ne samo postizanja zacrtanog školskog uspjeha.

/ This paper reports on activities at the Counselling Centre for learning and adjustment difficulties during the period of 2010-2015. During the observation period, 116 clients (63.7% girls) were admitted at the Counselling Centre, aged 12-32 years. The most common reasons for admission were: school and academic failure, anxiety disorders, symptoms of depression and lack of confidence. Patients were treated with cognitive behaviour therapy.

The results showed that 68.1% of patients completed their therapy, 24.1 % dropped out of treatment without providing an explanation and 7.7 % of them were referred to other specialists. The average number of sessions per user was 6. Satisfaction and progress were evaluated using a self-report scale from 0 to 10 and by standardized questionnaires; 75.9 % of clients considered treatment successful.

This study indicates that open-door advisory centres at the Department for School and Adolescent Medicine are necessary and effective. If the disorders are recognized early and treatment is initiated on time, it could result in not only better school success but also improve the person's quality of life and well-being.

ADRESA ZA DOPISIVANJE:

Ljiljana Tirić Čihoratić
 Nastavni zavod za javno zdravstvo
 „Dr. Andrija Štampar“
 Služba za školsku i adolescentnu
 medicine
 Mirogojska 16, 10 000 Zagreb, Hrvatska
 E-mail: Ljiljana.TiricCihoratic@stampar.hr

KLJUČNE RIJEČI / KEY WORDS:

Savjetovanje / *Counselling*
 Mladi / *Young people*
 Problemi mentalnog zdravlja / *Mental health problems*
 Kognitivno-bihevioralna terapija / *Cognitive behavioral therapy*

UVOD

Veliki se broj današnjih školaraca i studenata suočava s različitim psihičkim teškoćama tijekom školovanja. Takve smetnje mogu imati pogubne posljedice na uspjeh školovanja tako što smanjuju mogućnost da učenik iskaže svoje sposobnosti, kreativnost i interes za učenje (1). U Hrvatskoj, nažalost, još nije razvijen sustav epidemiološkog praćenja psihičkih poremećaja. Podatke razvijenih zemalja moguće je smatrati vjerodostojnim i za naše uvjete, jer nema značajnih odstupanja u pojavnosti poremećaja u različitim zapadnim zemljama. Prevalencija anksioznih poremećaja iznosi oko 10-20 % u kasnoj adolescenciji, a depresije 10-15 % s većom učestalošću kod djevojaka (2). Istraživanja o učestalosti psihičkih teškoća s kojima se susreću studenti tijekom studija provedena u Hrvatskoj govore da se većina studenata (oko 75 %) suočava s blažim i prolaznim smetnjama u obliku napetosti, tjeskobe i nesigurnosti. Manji, ali još uvijek značajan broj (oko 25 % studenata) se suočava s dugotrajnim i ozbiljnijim problemima (3). Kada se teškoća prepozna u ranoj fazi i ako se pravovremeno pruži adekvatan tretman za njeno prevladavanje, dolazi do unaprjeđenja dobrobiti i kvalitete života mladog čovjeka, a ne samo postizanja zacrtanog školskog uspjeha.

S obzirom na razvijenu svijest o povećanom riziku za probleme mentalnog zdravlja, u toj

populaciji nužno je na razini primarnog kontakta s mladima organizirati različite oblike potpore, među kojima je i pružanje usluge savjetovanja. Naime, u radu s mladima, posebno sa studentima, pokazala se potreba za izdvojenim, lako dostupnim mjestom gdje se mlada osoba može javiti bez dodatnih uputnica ako ima potrebu za savjetovanjem. Studenti najviše ukazuju na poteškoće koje su usko povezane s mogućnošću kvalitetnog studiranja, odnosno s mogućnošću uspješnog savladavanja akademskih obveza u za to predviđenom vremenu. Najviše ih ometaju upravo sadržaji i nedostatak vještina povezanih uz studij, a uz iznimku nedostatnog financiranja, u nešto manjoj mjeri vanjske okolnosti (4).

Psihičke bolesti se najčešće pojavljuju do 24. godine života te su stoga studenti posebno ranjiva skupina (5). Osim biološkog i psihološkog sazrijevanja studenti se dolaskom na visoko učilište suočavaju i s nizom novih životnih izazova koji mogu biti doživljeni kao izrazito stresni. Ulazak u novu životnu ulogu uključuje i savladavanje cijelog niza životnih i akademskih vještina građenja odnosa s osobama iz stranog društvenog miljea, započinjanje dubljih partnerskih odnosa, stjecanje praktičnih vještina te stjecanje novih kognitivnih vještina vezanih za savladavanje akademskih obaveza. Sve to može biti okidač za pojavu psihičkih tegoba čije neprepoznavanje može dovesti do akademskog neuspjeha, uporabe psi-

hoaktivnih supstancija i nepovoljno se odraziti na socijalne odnose (6). Nadalje, uspoređujući studente koji nisu pali godinu studija sa studentima koji su pali dva ili više puta, utvrđena je statistički značajna razlika za depresivnost i anksioznost pri čemu su studenti koji su pali godinu studija dva ili više puta imali značajno veću pojavu depresivnosti i anksioznosti, za razliku od studenata koji nisu pali ni jednu godinu (7).

Tu su zatim poteškoće u prilagodbi na novonastalu životnu situaciju: odlazak od kuće zbog studiranja, poteškoće s uklapanjem u novu sredinu, socijalna anksioznost, problemi komunikacije, interpersonalni problemi, stresni događaji kao gubitak bliske osobe, financijska nesigurnost zbog obiteljskog siromaštva, depresivnost. Depresivnost često ostaje neprepoznata, „zamaskirana“ nekim općim, tjelesnim simptomima poput umora, nesanice, glavobolje. Katkad se misli da je depresija nedostatak „čvrste volje“ ili izlika za lijenost. Ona nije praćena samo gubitkom životne radosti, već i radne sposobnosti tako da je češći razlog neizvršavanja školskih i akademskih obaveza nego tjelesne bolesti (8).

Dok je promocija usmjerena na pozitivno mentalno zdravlje, a njezin je glavni cilj jačanje snaga i kompetencija, prevencija je usredotočena na smanjivanje rizičnih čimbenika te specifične poremećaje, a cilj joj je smanjiti učestalost, rasprostranjenost i ozbiljnost određenih problema (9). Školska medicina sudjeluje u ova oba značajna procesa provođenjem specifičnih mjera preventivne zdravstvene zaštite za učenike osnovne škole, srednje škole i fakulteta. Ovdje je važno istaknuti zdravstveni odgoj te usku suradnju sa školama i fakultetima (10). U programu je jedna od navedenih mjera zdravstvene zaštite školske djece i studenata savjetovanišni rad, kao i kojim će se vrstama teškoća i problema obratiti posebna pozornost. Tako se u okviru Službe za školsku i sveučilišnu medicinu organiziran i Centar za

mlade pri kojem djeluju Savjetovanište za zaštitu reproduktivnog zdravlja mladih, Savjetovanište o prehrani i Savjetovanište za poteškoće učenja i prilagodbe. U radu sudjeluju specijalisti školske medicine, većina njih s dodatnim edukacijama iz savjetovanja i psihoterapije te različiti specijalisti drugih struka.

U ovom radu su prikazane aktivnosti u Savjetovaništu za poteškoće učenja i prilagodbe u razdoblju od 2010. do 2015. godine provedene od strane školske liječnice s edukacijom iz kognitivno-bihevioralne terapije (KBT). Principi KBT-a su znanstvena utemeljenost, čvrst terapijski savez, aktivno sudjelovanje klijenta, orijentiranost na cilj i usmjerenost na problem, neprekidno mijenjanje formulacija o klijentu i njegovim problemima, psihoedukacija, naglašavanje sadašnjosti, praćenje napretka, strukturiranost, samostalan rad između seansi i vremenska ograničenost, što čini ovaj pristup vrlo primjenjivim i učinkovitim za navedenu populaciju (11).

METODE I ISPITANICI

Podatci su dobiveni iz zdravstvenih listova učenika i studenata koje popunjavaju prilikom prvog dolaska u Savjetovanište. Prikupljeni su sljedeći podatci: sociodemografski podatci (dob, spol, razred ili godina studija koju pohađa, obiteljska situacija, stambena i financijska situacija), kvaliteta pacijentovog odnosa s roditeljima i vršnjacima, medicinski problemi koji mogu utjecati na psihičko funkcioniranje ili tijek tretmana, psihijatrijski hereditet, osobna psihijatrijska anamneza (ako je do sada polazio liječenje ili tretmane). Procjena problema mentalnog zdravlja učinjena je putem intervjua i upitnika. Na početku tretmana pacijenti su ispunjavali: Rosenbergov upitnik samopoštovanja te standardizirani upitnik zavisno o problemu zbog kojeg se javlja (Beckov indeks anksioznosti, Beckov indeks depresivnosti, Upitnik o stavovima o

jedenju). U postavljanju dijagnoze mentalnih poremećaja sudjeluju klinički psiholog i psihijatar. Ovisno o potrebama i zahtjevima pacijent se na tretman upućuje stručnjacima NZJZ, u Centar za zaštitu mentalnog zdravlja mladih, ili drugim specijalistima u drugu zdravstvenu ustanovu. U praćenju ishoda i tretmana u Savjetovalištu korišteni su upitnici Beckova ljestvica anksioznosti i Beckova ljestvica depresivnosti kao objektivne metode te samoprocjena temeljem dogovorenih ljestvica emocija i raspoloženja.

Najčešće su se javljali učenici završnih razreda gimnazija ili četverogodišnjih strukovnih škola. Što se tiče studentske populacije, oni se uglavnom javljaju na početnim godinama studija zbog nesnalaženja u novoj situaciji ili dilema oko studija koji su upisali.

REZULTATI

Utvrđeno je da se tijekom šk. god 2010./11. do 2015./16. u Savjetovalište javilo 116 klijenata (od čega je 63,7 % djevojaka i 36,3 % mladića) u dobi od 12 do 32 godine. Razlozi zbog kojih su se javili u Savjetovalište su različite teškoće, a najčešće zbog školskog i akademskog neuspjeha (26,7 %), različitih anksioznih stanja (20,6

%), i depresivnosti (14,6 %), niskog samopoštovanja (12,0 %) te drugih problema kao što su interpersonalni problemi, ekternalni poremećaji, problemi u prehrani itd. (tablica 1).

Od 116 korisnika 34 (29,3 %) bili su jednom u Savjetovalištu. U 29,3 % slučajeva tretman se odvijao tijekom do 5 posjeta. Od 6 do 10 puta bilo ih je 25,8 %, dok je broj onih čiji je tretman zahtijevao više od 10 dolazaka bio 18 ili 15,5 %. Savjetovanje je u prosjeku trajalo 7 susreta (tablica 2).

Utvrđeno je da 68,1 % klijenata koji su se javili u savjetovalište završava tretman, 24,1 % prekida savjetovanje bez pojašnjenja, dok ih je 7,7 % preusmjereno na drugo odgovarajuće mjesto (tablica 3).

Posebno su analizirani podatci klijenata koji su završili tretman u dogovoru s terapeutom i nakon postignuća zadanih ciljeva. Budući da su kliničke procjene terapeuta slaba mjera terapijskog napretka i ishoda, zadovoljstvo i napredak terapije procjenjivali su sami klijenti na ljestvici od 1 do 10 i standardiziranim upitnicima (BDI, BAI) koje su ispunjavali na početku i tijekom tretmana. Kod 60 (75,9 %) došlo je do poboljšanja stanja. Kod 19 klijenata (24 %) stanje je ostalo nepromijenjeno. Ni kod koga nije došlo do pogoršanja stanja (tablica 4).

TABLICA 1. Razlozi dolaska učenika i studenata u Savjetovalište za poteškoće učenja i prilagodbu pri Centru za mlade Nastavnog zavoda za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“, Služba za školsku i adolescentnu medicinu

	Poteškoće učenja	Anksioznost	Depresija	Nisko samopoštovanje	Interpersonalni problemi	Ostalo
M	15	6	8	3	6	4
Ž	16	18	9	11	12	8
UK	31 (27%)	24 (15%)	17 (15%)	14 (12%)	18 (11%)	12(10%)

TABLICA 2. Broj posjeta učenika i studenata u Savjetovalište za poteškoće učenja i prilagodbu pri Centru za mlade Nastavnog zavoda za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“ Služba za školsku i adolescentnu medicinu.

	Broj korisnika	1 x	2 - 5 x	6 - 10 x	> 10 x
M	42	10	12	14	8
Ž	74	24	22	16	1132
UK	116	34 (29,3%)	34 (29,3%)	30 (25,8%)	18 (15,5%)

TABLICA 3. Završetak tretmana učenika i studenata u Savjetovalište za poteškoće učenja i prilagodbu pri Centru za mlade Nastavnog zavoda za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“, Služba za školsku i adolescentnu medicinu

	DA	NE	Upućen na drugo mjesto
M	27	11	4
Ž	52	17	5
UK	79 (68,1%)	28 (24,1%)	9 (7,8%)

TABLICA 4. Rezultati tretmana učenika i studenata u Savjetovalište za poteškoće učenja i prilagodbu pri Centru za mlade Nastavnog zavoda za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“, Služba za školsku i adolescentnu medicinu.

	Poboljšanje	Nepromijenjeno	Pogoršanje
M	18	9	0
Ž	42	10	0
UK	60 (75,9%)	19 (24,0%)	0

RASPRAVA

U radu je prikazano funkcioniranje jednog savjetovališta za učenje kao mjesta otvorenih vrata u kojem se pomaže učenicima i studentima u rješavanju izazova odrastanja. Iz izloženog proizlazi da su provedeni savjetodavni tretmani uspješni u visokom postotku. Nakon tretmana klijenti postižu svoje ciljeve, izražavaju nižu anksioznost, nižu depresivnost i bolje opće funkcioniranje. Dio ih je okarakterizirao svoje stanje kao nepromijenjeno, bez značajnijih pozitivnih pomaka. Ni jedan klijent nije evidentirao pogoršanje stanja od početnog. Međutim, 24,1 % klijenata je odustalo od tretmana. Razlozi odustajanja nisu poznati, a neki od mogućih su: odlazak drugoj službi, napuštanje savjetovanja, jer je nastupilo poboljšanje s kojim su zadovoljni i nisu motivirani za daljnji rad, nedostatak vremena ili nemogućnost usklađivanja obaveza oko školovanja i rada, a vrlo često ne nastavljaju terapiju nakon školskih praznika. Jedan dio klijenata koji su odustali od tretmana se možda nisu dobro osjećali u savjetovalištu ili su smatrali da im pomoć u tom obliku neće biti korisna, očekivali su nešto drugo. Postoji mnogo razloga koji mogu uzrokovati teškoće u tretmanu. Isto tako ne „kliknu“ svi klijenti sa savjetovateljem, niti su svi oblici pomoći za svakoga. Neki od tih

problema su izvan naše kontrole, npr. okolina u kojoj mladi čovjek živi može biti nepovoljna tako da umanjuje korisnost terapije ili minorizira poteškoće kao nebitne i lako otklonjive. Teškoće mogu nastati i zbog klijentovih iskrivljenih vjerovanja, a i iz pogrešaka terapeuta (11). Zbog svega navedenog grupa klijenata koju odustaju od tretmana je vrlo intrigantna.

Kognitivno-bihevioralni tretmani koji se provode primarno su usmjereni na pronalaženje rješenja za pacijentove probleme, a ne samo na pomoć klijentu da „racionalnije“ misli. Neposredni cilj je ublažavanje ili uklanjanje simptoma. Dugoročno se iste strategije koriste za rješavanje životnih problema (12). Usvajanje različitih životnih vještina koje klijent može samostalno uvježbavati i unaprjeđivati i nakon završetka tretmana može dovesti do daljnjeg poboljšanja stanja i funkcioniranja. Posebno su korisne klijenti okarakterizirali one intervencije koje pokazuju brze početne pomake što diže motivaciju i daje osjećaj uspješnosti. Tako su se za ispitnu anksioznost pokazale vrlo učinkovite metode progresivne mišićne relaksacije i abdominalnog disanja te tehnike odvratanja pažnje.

Vidljiv pomak i zadovoljstvo najviše su pokazali studenti koji nisu znali učiti, odnosno nikad nisu učili na pravi način, nemaju strategije i tehnike za učinkovito učenje. S ovom skupi-

nom učenika i studenata korištene su sljedeće KBT tehnike: dnevnik učenja kako bi ovladali organizacijom vremena, postavljanje dostižnih ciljeva, poboljšanje motivacije za učenje i samonagrađivanje te restrukturacija disfunkcionalnih kognicija vezanih za svoje sposobnosti i uspjeh u učenju.

Za značajan dio mladih ljudi razlog dolaska u svjetovalište je „krah“ u vezi, tj. prekid emocionalne veze ili neuzvraćena ljubav. Partnerska ljubav je na određeni način mistična kategorija koju roditelji često zaobilaze u razgovoru s vlastitom djecom. Razlog tome je vjerojatno to što ni roditelji nemaju sasvim jasne stavove o ovom pitanju i što bi im ovakav razgovor možda izazvao neugodu u vezi s ljubavnim „ranama“ iz mladosti. Slično je i u preventivnom radu sa školskom djecom, jer još nitko nije razradio sustav prevencije ljubavnih problema koji, izravno ili neizravno, mogu biti odgovorni za velik dio psihopatoloških fenomena u ovoj populaciji (13).

Mnogi mladi imaju osjećaj da je ulazak u savjetovanje velika životna odluka. Uz činjenicu da ljudi općenito osobne teškoće povezuju sa slabošću i neadekvatnošću, sam proces traženja pouzdane osobe koja će ulijevati povjere-

nje i koja je kompetentna zna biti zastrašujući izazov (14). Povoljna okolnost može biti kad je to osoba koju je mlada osoba susretala i u „običnim“ situacijama u školi zdravstvenim odgojem, pregledima ili cijepljenjem.

ZAKLJUČAK

Savjetovalište otvorenih vrata u sustavu školske i akademske medicine potrebno je i učinkovito. Kako bi odgovorili izazovima na koje nailaze u savjetovanju školske liječnice koje sudjeluju u savjetovaništu dodatno su educirane iz savjetovanja i psihoterapijskih tehnika. Osim već spomenute kognitivno bihevioralne terapije, najčešće su to edukacije iz realitetne terapije te Gestalt terapije. Ako se teškoća mentalnog zdravlja prepoznata u ranoj fazi i ako se pravovremeno pruži adekvatan tretman za njeno prevladavanje dolazi do unaprjeđenja dobrobiti i kvalitete života mladog čovjeka, a ne samo postizanja zacrtanog školskog uspjeha. Na kraju je važno naglasiti da se uspješni studenti ne razlikuju od neuspješnih prema sposobnostima, nego prema navikama, snalaženju u poteškoćama, organizaciji i metodama učenja.

LITERATURA

1. Stallard P. Misli dobro, osjećaj se dobro: kognitivno - bihevioralna terapija u radu s djecom i mladim ljudima, Jastrebarsko: Naklada Slap, 2010.
2. Jokić Begić N, Čuržik D. Psihološko zdravlje studenata, materijali, Projekt EU StuDiSupport. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, 2010.
3. Jokić-Begić N, Lungomer-Armano G, Vizek Vidović V. Vodič za savjetovatelje u području psihološkoga savjetovanja studenata. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, 2009.
4. Drusany D i sur. Istraživanje procjene potreba studenata za podrškom tijekom studiranja, Izvješće za Senat Sveučilišta u Zagrebu. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, 2012.
5. Hunt J, Eisenberg D. Mental Health Problems and Help - Seeking Behavior Among college Students. J Adolesc Health 2010; 46: 3-10.
6. Antolić B, Novak M. Promocija mentalnog zdravlja: Temeljni koncepti i smjernice za roditeljske i školske programe. Psihologijske teme 2016; 25: 317-39.
7. Barbarić B. Pobjedite depresiju kognitivno bihevioralnim tehnikama. Zagreb: Profil, 2012.
8. Lenz V, Vinković M, Degmečić D. Pojavnost depresije, anksioznosti i fobija u studentskoj populaciji Medicinskog i Pravnog fakulteta u Osijeku. Soc psihijat 2016; 44: 120-9.
9. Djelatnost zdravstvene zaštite školske djece, mladeži i studenata. Hrvatski zdravstveno statistički ljetopis za 2001-2012.godinu. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2012.
10. Beck JS. Kognitivna terapija-osnove, educiranje i uvježbavanje. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2007.
11. Beck JS. Kognitivna terapija za složene probleme. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2008.
12. Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, Clark DM. Kognitivno bihevioralna terapija za psihijatrijske probleme. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2008.
13. Milivojević Z. Formule ljubavi. Zagreb: Mozaik knjiga, 2010.
14. Hackney HL, Cormier S. Savjetovatelj - stručnjak procesni vodič kroz pomaganje. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2012.

Lokalna zajednica u službi mentalnog zdravlja djece i mladih – primjer Petrinjskog savjetovišta za djecu, adolescente i obitelj

/ Local Community in the Service of the Mental Health of Children and Youth – Example of Petrinja Counselling Centre for Children, Adolescents and Family

Armin Hadžić

Savjetovište za djecu, adolescente i obitelj, Pučko otvoreno učilište, Hrvatski dom, Petrinja, Hrvatska
Counselling Centre for Children, Adolescents and Family, Public Open University Petrinja, Petrinja, Croatia

U Petrinji kao poslijeratnom području od posebne državne skrbi, u kojem postoji povećan broj rizičnih čimbenika te prevalencija psihosocijalnih tegoba i poremećaja kod djece i mladih, lokalna zajednica je putem Vijeća za prevenciju ustrojila rad psihološkog Savjetovišta za djecu, adolescente i obitelj u okviru „neutralne“ i ne-kliničke ustanove Pučkog otvorenog učilišta koje pruža idealne prostorne uvjete u samom središtu grada. Savjetovište putem individualnih, grupnih, partnersko-bračnih i obiteljskih psiholoških savjetovanja i tretmana, psiholoških testiranja kao i psihosocijalnog tretmana maloljetnih počinitelja nasilja pruža neposrednu psihološku pomoć djeci, mladima i odraslima (od pedijatrijske do gerijatrijske populacije). Uz tretmanski rad težište Savjetovišta je rad na prevenciji i edukaciji te provodi kontinuirane preventivne programe: „Školu zdravlja“, „Školu nenasilja“ i „Školu ne-ovisnosti“. Savjetovište organizira i provodi predavanja, edukacije, javne tribine i okrugle stolove sa stručnjacima te intenzivno radi na senzibilizaciji i edukaciji javnosti za probleme mentalnog zdravlja djece i mladih. Petrinjsko savjetovište djeluje s jednim zaposlenim psihologom te pokazuje kako, i male i socioekonomski deprivirane sredine mogu pokrenuti kvalitetne i inovativne programe skrbi za kvalitetu života i mentalno zdravlje djece i mladih.

/ In Petrinja, a post-war area of special state concern with an increased number of risk factors and prevalence of psychosocial problems and disorders in children and youth, the Council for the Prevention established the Counselling Centre for Children, Adolescents and Families in the context of the „neutral“ and non-clinical institution of the Public Open University, which offers ideal accommodations in the city centre. The Counselling Centre offers individual, group, partner-marital and family counselling and psychological treatment, psychological testing and psychosocial treatment for juvenile offenders and provides immediate psychological help and care for children, young people and adults (from the paediatric to geriatric population). Besides treatment interventions, another important area of work is providing prevention and education activities through different programmes: „School of Health“, „School of Non-violence“ and „School of Non-dependence“. The Counselling Centre also organizes lectures, educational programmes and round tables with experts, and intensively works on raising awareness and educating the public on issues of mental health of children and youth. The Counselling Centre in Petrinja employs only one psychologist, which shows that a small and socio-economically deprived area can run high-quality and innovative programmes to improve the quality of life and mental health of children and youth.

ADRESA ZA DOPISIVANJE:

Armin Hadžić, prof., dipl. psiholog
Savjetovalište za djecu, adolescente i
obitelj
POU Hrvatski dom Petrinja,
Matije Gupca 2
44 250 Petrinja, Hrvatska
E-pošta: savjetovaliste@hd-petrinja.hr

KLJUČNE RIJEČI / KEY WORDS:

Poslijeratna područja / *Post-war areas*
Savjetovalište za djecu, adolescente i obitelj
/ *Counseling for children, adolescents and families*
Tretman i prevencija / *Treatment and prevention*

UVOD

Na poslijeratnim područjima od posebne državne skrbi postoji povećani broj rizičnih čimbenika (ratna razaranja, siromaštvo, nezaposlenost, nedostupnost usluga za mentalno zdravlje, izloženost nasilju i zlostavljanju, nedostatak pozitivnih poticaja) koji narušavaju kvalitetu života te mentalno zdravlje djece i mladih dovodeći do disfunkcionalnosti na intrapsihičkoj, obiteljskoj i društvenoj razini (1).

Vijeće za prevenciju Grada Petrinje prepoznalo je zbog značajno povećane prevalencije psihosocijalnih tegoba i poremećaja kod djece i adolescenata, potrebu provođenja sustavnog i kontinuiranog preventivno-terapijskog rada na razvoju zdravih navika i stilova života te borbe protiv svih oblika ovisnosti kod djece i mladih. U skladu sa svjetskim iskustvima kako je puno učinkovitije i financijski „isplativije“ ulagati u kvalitetne programe prevencije i stručnog rada s djecom i mladima (2-4), osnovano je Savjetovalište za djecu, adolescente i obitelj. Savjetovalište je smješteno u „neutralnu“ i ne-kliničku ustanovu Pučkog otvorenog učilišta kako bi se izbjegla dodatna stigmatizacija i negativan predznak kod osoba koje traže stručnu pomoć, uzimajući u obzir i idealne prostorne uvjete te lokaciju u samom središtu grada.

Savjetovalište, u skladu s preporukama Regionalnog ureda za Europu Svjetske zdravstvene organizacije (5,6) promiče pozitivni i holistički koncept zdravlja, ukazujući na međuzavisnost

fizičke, duševne, socijalne i duhovne dimenzije zdravlja te aktivno radi na promicanju ideje Petrinje kao „Zdravog grada“ te „Grada prijatelja djece“.

Ciljevi Savjetovališta su pružanje stručne i neposredne pomoći djeci i mladima s psihičkim teškoćama, pružanje podrške roditeljima, unaprjeđenje roditeljskih kompetencija i jačanje obiteljskih resursa, poticanje cjelovitog razvoja ličnosti, prevencija ovisnosti, nasilja te ostalih neprimjerenih oblika ponašanja među djecom i mladima, promicanje psihosocijalnog zdravlja i kvalitete života djece, mladih i obitelji, senzibiliziranje javnosti i zajednice za psihosocijalne probleme djece i mladih, razvoj suradničke mreže institucija i udruga u afirmaciji kvalitete života i mentalnog zdravlja djece i mladih.

Osobitost Savjetovališta je to što djeluje s jednim zaposlenim psihologom koji je organizator, voditelj i izvoditelj svih edukativno-preventivnih programa, psihološko-savjetodavnih tretmana, psiholoških testiranja te projektno-administrativnih aktivnosti. Programi i aktivnosti Savjetovališta usklađeni su s Nacionalnom strategijom za prava djece u Republici Hrvatskoj za razdoblje od 2014. do 2020. godine (7), Nacionalnim programom za mlade za razdoblje od 2014. do 2017. godine (8), Nacionalnom strategijom zaštite mentalnog zdravlja za razdoblje od 2011. do 2016. godine (9) te Politikama i planom Svjetske zdravstvene organizacije za mentalno zdravlje djece i mladih (10).

Savjetovanište je razvilo kvalitetnu mrežu interdisciplinarnu suradnje s ustanovama u zdravstvu, odgoju i obrazovanju, socijalnoj skrbi, udrugama te lokalnom/regionalnom upravom. Usluge Savjetovaništa su besplatne i brzo dostupne (bez uputnice, dugih lista čekanja), te ih mogu koristiti svi građani bez obzira na dob.

AKTIVNOSTI SAVJETOVALIŠTA

Savjetovanište provodi sljedeće aktivnosti: individualno psihološko savjetovanje djece, mladih i odraslih, partnersko-bračno savjetovanje, obiteljsko savjetovanje, telefonsko i *online* savjetovanje, grupne radionice za djecu, mlade i roditelje, psihosocijalni tretman maloljetnih počinitelja kaznenih djela, psihološka testiranja, predavanja, edukacije, tribine, okrugle stolove i radionice, publikacije brošura, priručnika i različitih info materijala te zdravstveno-preventivne programe: Školu zdravlja (vježbe opuštanja, integrativna tjelovježba, vježbe disanja i meditacije na principima joge, radionice zdrave prehrane), Školu ne-ovisnosti (program primarne i sekundarne prevencije ovisnosti razvojem zdravih stilova života), Školu nenasilja (program poticanja mira, nenasilja, tolerancije i održivog razvoja).

U razdoblju od 2009. do 2016. godine u psihološkom tretmanu i obradi Savjetovaništa bilo je 778 pacijenata (oko 130 novih pacijenata godišnje s tendencijom povećanja) u dobi od 2 do 68 godina s područja Petrinje i Sisačko-moslavačke županije (Glina, Topusko, Sisak, Dvor). Godišnje je prosječno pruženo: 519 individualnih psiholoških savjetovanja i tretmana, 232 obiteljskih savjetovanja, 154 psiholoških testiranja (s tendencijom rasta zbog povećanja fonda psiholoških testova), 59 telefonskih savjetovanja, 18 bračnih savjetovanja, 16 savjetovanja e-poštom. Savjetovanište prosječno godišnje realizira: 20 predavanja i edukacija, 19 edukativno-preventivnih radionica, 4 velika

programa obilježavanja značajnih nadnevakana, jednu veliku javnu tribinu sa stručnjacima te 10 gostovanja u medijima (tv, radio, tisak, web portali). U navedenim edukativno-preventivnim programima prosječno godišnje sudjeluje oko 1100 korisnika.

ŠKOLA ZDRAVLJA

Škola zdravlja je zdravstveno-preventivni program Savjetovaništa koji je započeo s radom za djecu i odrasle u listopadu 2009. godine. Od 2016. godine započele su vježbe s djecom i mladima s teškoćama u razvoju u suradnji s Odjelom za učenike s teškoćama u razvoju OŠ Dragutina Tadijanovića u Petrinji.

Škola zdravlja je, u skladu s najsuvremenijim znanstvenim spoznajama o stresu i psihosomatskom zdravlju (11,12), sustav vježbi opuštanja, integrativnih tjelovježbi, vježbi disanja i meditacije na principima joge koje se uspješno koriste u prevenciji i tretmanu zdravstvenih i mentalnih tegoba suvremenog doba. U suradnji s nutricionistima provode se edukacije i radionice zdrave prehrane. Program se provodi dinamikom od dva puta tjedno u trajanju od 90 minuta pod vodstvom dodatno educiranog psihologa. U razdoblju od 2009. do 2016. godine provedeno je 297 radionica (prosječno 42 radionice godišnje). Program je besplatan za sve korisnike što je jako važan čimbenik u promicanju psihičkog i fizičkog zdravlja u socioekonomski depriviranom području od posebne državne skrbi.

Istraživanje učinka vježbi provedeno je tijekom 2015. i 2016. godine na korisnicima ženskog spola (N=12) u dobi od 18. do 53. godine (M=42,6, SD=11,4). Sociodemografske karakteristike ispitanica su: 75 % zaposleno, 25 % visoka stručna sprema, 75 %, srednja stručna sprema, 58 %, udanih, 25 % samaca, 16 % rastavljenih. U istraživanju su korišteni sljedeći psihološki upitnici i ljestvice: Upitnik za is-

pitivanje općih psihopatoloških teškoća CORE-OM (*Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure*), Kratki upitnik rezilijentnosti BRS (*Brief Resilience Scale*), Upitnik usredotočene svjesnosti MAAS (*Mindful Attention Awareness Scale*), Rosenbergova ljestvica samopoštovanja RSE (*Rosenberg Self - Esteem Scale*), Upitnik stresa (*Checkliste: Warnsignale für Stress*) Polaznici su procijenjeni prije početka vježbanja (*baseline*), nakon 6 mjeseci vježbanja (*post*) te 3 mjeseca nakon završetka vježbanja (*follow up*). Rezultati aritmetičkih sredina, standardnih devijacija i t-testa u *baseline*, *post* i *follow up* mjerenjima prikazani su u tablici 1.

Utvrđeno je statistički značajno smanjenje prisutnosti i intenziteta psihopatoloških smetnji u *post*, ($p < .01$) te *follow up* ($p < .05$) mjerenju upitnikom CORE-OM. Pokazano je statistički značajno ($p < .01$) smanjenje simptoma stresa (tjelesnih, emocionalnih, kognitivnih i ponašajnih) kao rezultat vježbi koje je stabilno i u *follow up* uvjetu. Postoji statistički značajno ($p < .05$) poboljšanje psihičke otpornosti (rezilijentnosti) na *post*, ali ne i na *follow up* mjerenju. Također, statistički je značajno ($p < .05$) poboljšanje usredotočene svjesnosti življenja na *post*, ali ne i na *follow up* mjerenju. Poboljšanje mjerenog samopoštovanja kao posljedica vježbi bilo je statistički značajno ($p < .05$) (*post* uvjet), ali nije testirano na *follow up* mjerenju.

U evaluacijskom upitniku konstruiranom za potrebe procjene vježbi polaznici su naveli kao najveće promjene: povećanu opuštenost i smirenost (80 % polaznika), smanjenje osjećaja boli (80 % polaznika), povećanje osjećaja zadovoljstva samim sobom te samopouzdanja (70 %), povećanu otpornost na stres i frustraciju (70 %), smanjenje depresivnosti i tjeskobe (60 %), smanjenje krvnog tlaka (60 %). Dobiveni rezultati u skladu su s velikim brojem istraživanja učinkovitosti joge i meditacije: u smanjenju depresivnih simptoma (13), anksioznosti (14,17,18), simptoma stresa (15-17), pozitivnog učinka na ravnotežu neurotransmitera (18,19), poboljšanju raspoloženja (15,17,19), povećanju psihičke dobrobiti (19), povećanju otpornosti na stres na radnom mjestu (20), poboljšanju rada imunološkog sustava (18) te mnogim drugim zdravstvenim i mentalnim smetnjama (21-24).

Rezultati ovog istraživanja potvrđuju da je program na principima joge učinkovit tretman u prevenciji i poboljšanju općih psihopatoloških tegoba, poboljšanju zdravstvenih i psiholoških posljedica djelovanja stresa, poboljšanju psihičke otpornosti te poboljšanju kvalitete svjesnosti svakodnevnog života. Kako bi valjanost istraživanja bila veća trebalo bi u budućnosti provesti kontroliranu studiju u kojoj bi pored eksperimentalne uveli i kontrolnu skupinu s većim brojem ispitanika ravnomjerne zastupljenosti oba spola.

TABLICA 1. Razlika između rezultata na primijenjenim upitnicima prije vježbi, nakon šest mjeseci vježbi te nakon tri mjeseca praćenja

Upitnici	Prije vježbi			Nakon 6 mjeseci vježbi		T	Praćenje 3 mjeseca		t
	N	M	SD	M	SD		M	SD	
CORE-OM	12	49,83	26,96	22,33	10,44	2,89*	28,33	19,65	2,02**
Upitnik stresa	11	29,73	16,69	13,38	5,81	2,64*	7,83	1,84	3,16*
BRS	12	16,75	4,47	20,86	3,18	-2,12*	19,0	2,44	-0,94***
MAAS	11	44,55	13,74	60,86	15,31	-2,35***	57,43	18,0	-1,72***
RSE	10	23,5	3,86	27,0	4,14	-1,85*	-	-	-

Napomena: M – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; T-test; * $p < .01$; ** $p < .05$; *** $p > .05$

ŠKOLA NENASILJA

Škola nenasilja je edukativno-preventivni program Savjetovališta koji je u suradnji s pedagoškim djelatnicima kao voditeljima aktivnosti na volonterskoj osnovi započeo radom 29. ožujka 2010. godine. Škola nenasilja nadahnuta je velikim svjetskim mirotvorcima, a u svom radu integrira najsuvremenije pedagoško-psihološke metode socijalno-emocionalnog učenja (SEL) (25,26), nenasilnih strategija rješavanja sukoba, promicanja zdravih stilova života, razvijanja društvene i ekološke odgovornosti kao i prosocijalnog djelovanja i volonterstva. Školu nenasilja polaze učenici osnovnih i srednjih škola iz Petrinje i okolice. Moto Škole nenasilja misao je Mahatme Gandhija „Budi promjena koju želiš vidjeti“. Škola nenasilja organizira javne tribine, okrugle stolove, predavanja, radionice, izložbe, predstave i scenske izvedbe te edukativne izlete kojima se promiču nenasilje, tolerancija i zdravi obrasci života djece i mladih. Programi Škole nenasilja održavaju se pod pokroviteljstvom Programa Ujedinjenih naroda za razvoj (UNDP), Ureda Predsjednika RH, Ministarstva socijalne politike i mladih, Ministarstva zaštite okoliša i prirode, Sisačko-moslavačke županije i Grada Petrinje. Kroz programe i manifestacije Škole nenasilja prošlo je tisuće djece i mladih Petrinje.

ŠKOLA NE-OVISNOSTI

Problemi konzumiranja cigareta, alkohola i droga, kao i nekemijskih ovisnosti (klađenje i kockanje, internet i društvene mreže) postaju ogroman društveno-socijalni i zdravstveni te obiteljski teret, a Hrvatska se približava europskim trendovima gdje se smanjuje dob prvog konzumiranja sredstava ovisnosti (27). Prema podacima Europskog istraživanja o pušenju, pijenju i uzimanju droga (ESPAD, 2015.) konzumacija droga u Hrvatskoj je iznad EU-prosjeka. Hrvatska je pri vrhu u Europi s čak 92 posto

15-godišnjaka koji su probali alkoholna pića, a na 5. mjestu po ekscesivnom ispijanju alkohola („binge drinking“). Hrvatski 15-godišnjaci su na 1. mjestu u EU po probnom konzumiranju inhalanata, a na 3. mjestu po konzumaciji novih psihoaktivnih droga. U Hrvatskoj je svaki peti učenik probao kanabis, a uočava se zabrinjavajući porast bihevioralnih ovisnosti (28).

Iz navedenih je razloga Savjetovališta uz potporu Sisačko-moslavačke županije 2012. godine pokrenulo „Školu ne-ovisnosti“ kao kontinuirani i dugoročni preventivni program koji u sebi integrira elemente različitih pristupa preventivnog djelovanja (učenje socijalnih vještina, jačanje samopouzdanja i emocionalnih kompetencija, edukacija, senzibilizacija i osvještavanje, stvaranje pozitivnog i poticajnog okruženja, razvoj odgovornosti za vlastito zdravlje). Program potiče aktivnu integraciju ključnih čimbenika u zajednici: škole, roditelji, ustanove, udruge. Škola ne-ovisnosti promiče inovativne i kreativne pristupe u radu s djecom i mladima (vizualne umjetnosti, pristup „mindfulness“ (29), nutricionizam (30)) te se aktivno bavi i problemom rastuće „nekemijske“ ovisnosti (kockanje, klađenje, internet i društvene mreže). Škola ne-ovisnosti temelji se na novim znanstvenim spoznajama preventivnog djelovanja (31) te je usklađena s Nacionalnom strategijom suzbijanja zlouporabe droga 2012.-2017. (27). U suradnji s vodećim stručnjacima (dr. Robert Torre, dr. Ante Bagarić) organizira stručna predavanja i tribine, psihosocijalna savjetovanja, edukativne i umjetničke radionice, izložbe, volonterske aktivnosti te intenzivni rad i senzibilizaciju medija i javnosti. Radionice i predavanja održavaju se širom Sisačko-moslavačke županije.

ZAKLJUČAK

Djeca i mladi nalaze se u intenzivnom razdoblju rasta i razvoja što ih čini vulnerabilnom skupinom društva. Njihova prirodna radozna-

lost i potraga za novim senzacijama i iskustvima uz nedovoljnu razvijenost neuroloških i kognitivno-emocionalnih mehanizama kontrole te podložnost utjecajima društva i vršnjaka rizik su za razvoj disfunkcionalnih obrazaca ponašanja i ovisnosti. Odrastanje na poslijeratnim područjima od posebne državne skrbi uz visoku zastupljenost psihotraumatskih čimbenika i socioekonomski nepovoljnih uvjeta višestruko povećava rizik za razvoj mentalnih i socijalnih teškoća. Upravo na takvim područjima nužna je dosljedna i lako dostupna preventivna i tretmanska pomoć kakvu pruža Petrinjsko savjetovalište. Prednost malih sredina mogućnost je brzog djelovanja i povezi-

vanja svih relevantnih čimbenika. Zahvaljujući tome, kao i intenzivnim naporima uključenih pojedinaca, Savjetovalište ostvaruje kvalitetnu interdisciplinarnu suradnju s Ambulantom za dječju i adolescentnu psihijatriju NPB „Dr. Ivan Barbot“ Popovača, školskom medicinom Zavoda za javno zdravstvo Sisačko-moslavačke županije, centrima za socijalnu skrb, školama i sl. Primjer Petrinjskog savjetovališta s jednim zaposlenim psihologom pokazuje da male i siromašne sredine uz minimalna financijska ulaganja mogu pokrenuti inovativne i stručne programe usmjerene podizanju kvalitete života i mentalnog zdravlja djece, mladih i svojih građana.

LITERATURA

1. Priebe S, Bogic M, Ajdukovic D i sur. Mental disorders following war in the Balkans: a study in 5 countries. *Arch Gen Psychiatry* 2010; 67: 518-28.
2. Durlak JA, Wells AM. Primary Prevention Mental Health Programs for Children and Adolescents: A Meta-Analytic Review. *Am J Community Psychol* 1997; 25: 115-52.
3. Kazdin AE. Adolescent mental health: Prevention and treatment programs. *Am Psychol* 1993; 48: 127-41.
4. Weisz JR, Sandler IN, Durlak JA, Anton BS. Promoting and protecting youth mental health through evidence-based prevention and treatment. *Am Psychol* 2005;60: 628-48.
5. WHO Regional Office for Europe (2013). *Gesundheit 2020 Rahmenkonzept und Strategie der Europäischen Region für das 21. Jahrhundert*. Dostupno na http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/215757/Health2020-Long-Ger.pdf. [20.12.2016.].
6. Hrvatska mreža zdravih gradova (2016). Dostupno na: <http://www.zdravi-gradovi.com.hr/home/o-mrezi/projekt-svjetske-zdravstvene-organizacije.aspx>. [20.12.2016.].
7. Nacionalna strategija za prava djece u Republici Hrvatskoj za razdoblje od 2014. do 2020. godine (2014). Dostupno na: <https://vlada.gov.hr/pristup-informacijama/programi-strategije-planovi-i-izvjesca/strateski-dokumenti-vlade-rh/ministarstvo-za-demografiju-obitelj-mlade-i-socijalnu-politiku/17700>. [27.12.2016.].
8. Nacionalni program za mlade za razdoblje od 2014. do 2017. godine (2014). Dostupno na : <https://vlada.gov.hr/pristup-informacijama/programi-strategije-planovi-i-izvjesca/strateski-dokumenti-vlade-rh/ministarstvo-za-demografiju-obitelj-mlade-i-socijalnu-politiku/17700>. [27.12.2016.].
9. Nacionalna strategija zaštite mentalnog zdravlja za razdoblje od 2011. do 2016. godine (2010). Dostupno na: http://www.mzss.hr/layout/set/print/ministarstvo/strategije/_i_planovi/nacionalna_strategija_zastite_mentalnog_zdravlja_za_razdoblje_od_2011_2016_godine. [27.12.2016.].
10. WHO. Child and adolescent mental health policies and plan (2005): Dostupno na http://www.who.int/mental_health/policy/services/essentialpackage1w11/en/. [28.12.2016.].
11. Benson H. *Reakcija opuštanja*. Zagreb: Algoritam, 2003.
12. Zinn JK. *Gesund durch Meditation*. Frankfurt am Main, 2007.
13. Uebelacker LA, Epstein-Lubow G, Gaudiano BA i sur. Hatha yoga for depression: Critical review of the evidence for efficacy, plausible mechanisms for action and directions for future research. *J Psychiatr Pract* 2010; 16: 22-33.
14. Kirkwood G, Rampes H, Tuffrey V i sur. Yoga for anxiety: A systematic review of the research evidence. *Br J Sports Med* 2005; 39: 884-91.
15. Pascoe MC, Bauer IE. A systematic review of randomised control trials on the effects of yoga on stress measures and mood. *J Psychiatr Res* 2015; 68: 270-82.
16. Grossman P, Niemann L, Schmidt S i sur. Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *J Psychosom Res* 2004; 57: 35-43.
17. Smith C, Hancocka H, Blake-Mortimerb J i sur. A randomised comparative trial of yoga and relaxation to reduce stress and anxiety. *Complement Ther Med* 2007; 15: 77-83.
18. Mahajan AS. Role of yoga in hormonal homeostasis. *Int J Clin Exp Physiol* 2014; 1: 173-8.
19. Streeter CC, Whitfield TH, Owen L i sur. Effects of yoga versus walking on mood, anxiety, and brain GABA levels: A randomized controlled MRS study. *J Altern Complement Med* 2010; 16: 1145-52.
20. Hartfiel N, Havenhand J, Khalsa, SB i sur. The effectiveness of yoga for the improvement of well-being and resilience to stress in the workplace. *Scand J Work Environ Health* 2011; 37: 70-6.

21. Ross A, Thomas S. The health benefits of yoga and exercise: A review of comparison studies. *J Altern Complement Med* 2010; 16: 3-12.
22. Smith KB, Pukall CF. An evidence-based review of Yoga: A complementary intervention for patients with cancer. *Psychooncology* 2009;18: 465-75.
23. Baer RA. Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clin Psychol Sci Pr* 2013; 10; 125-43.
24. Brown KW, Ryan RM, Creswell J D. Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychol Inq* 2007; 18: 211-37.
25. Webster-Stratton C, Reid M, Hammond M. Social skills and problem solving training for children with early-onset conduct problems: Who benefits? *J Child Psychol Psychiatry* 2001; 42: 943-52.
26. Durlak JA, Weisberg RP, Dymnicki AB, Taylor RD, Schellinger KB. The impact of enhancing students' social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Dev* 2011; 82: 405-32.
27. Nacionalna strategija suzbijanja zlouporabe droga 2012.-2017. (2012.) Dostupno na: http://www.emcdda.europa.eu/system/files/HR_Nacionalna_strategija_suzbijanja_zlouporabe_droga_2012.-2017_final.pdf. [28.12.2016.].
28. European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) (2015). Dostupno na: www.espad.org/espada-reports. [29.12.2016.].
29. Zgierska A, Rabago D, Chawla N i sur. Mindfulness Meditation for Substance Use Disorders: A Systematic Review. *Subst Abus* 2009; 30: 266-94.
30. Ashley N, Gearhardt MS, Yokum S i sur. Neural Correlates of Food Addiction. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68: 808-16.
31. Botvin GJ, Griffin KW, Williams C. Preventing Daily Substance Use among High School Students Using a Cognitive-Behavioral Competence Enhancement Approach. *World J Prev Med* 2015; 3: 48-53.

Upute autorima

Časopis *Socijalna psihijatrija* objavljuje znanstvene, stručne i pregledne 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 prihvatiti i drugu vrstu rada (prigodni rad, rad iz povijesti struke i sl.) ako ga ocijeni 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 italiku. 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 podatci. 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 sažetku 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 slika 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

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

b) poglavlje 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.psihijatrija@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

Skrzypińska D, Szmigielska 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.psihijatrija@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.