

## SADRŽAJ / CONTENTS

- IZVORNI  
ZNAKSTVENI  
RADOVI / ORIGINAL  
SCIENTIFIC PAPERS
- B. Kalebić Maglica, T. Perčić, P. Anić  
**157 Stavovi predškolske djece i njihovih majki prema osobama različite tjelesne težine**  
*/ Attitudes of Preschool Children and Their Mothers towards People with Different Body Weight*
- V. Boričević Maršanić, I. Zečević, Lj. Paradžik, Lj. Karapetrić Bolfan  
**169 Probir i rana detekcija psihičkih odstupanja/poremećaja kod djece u predškolskim ustanovama i adolescenata u osnovnim školama Grada Zagreba – rezultati probnog projekta**  
*/ Screening for Mental Health Problems of Children in Kindergartens and Adolescents in Elementary Schools in the City of Zagreb – a Pilot Project Results*
- PREGLED  
/ REVIEW
- S. Vuk Pisk, I. Filipčić, A. Bogović, Ž. Milovac, I. Todorčić Laidlaw, S. Caratan  
**187 Maligne bolesti i psihički poremećaji – prevalencija, mortalitet, terapijski izazov**  
*/ Malignant Diseases and Mental Disorders – Prevalence, Mortality, Therapeutic Challenge*
- STRUČNI RADOVI  
/ PROFESSIONAL  
PAPERS
- S. Uzun, O. Kozumplik, D. Kalinić, N. Pivac, N. Mimica  
**202 Pitanje pristanka osoba s neurokognitivnim poremećajima u području kliničkih istraživanja**  
*/ The Problem of Informed Consent of Persons with Neurocognitive Disorders in the Field of Clinical Investigations*
- K. Zagorščak, A. Buhin Cvek, M. Sajko, M. Božičević  
**209 Stavovi i predrasude studenata sestinstva prema psihički bolesnim osobama**  
*/ Attitudes and Prejudices of Nursing Students towards Psychiatric Patients*
- PRIKAZ BOLESNIKA  
/ CASE REPORT
- Lj. Paradžik, A. Kordić, A. Biško, N. Ercegović, Lj. Karapetrić Bolfan, V. Boričević Maršanić  
**217 Kognitivno-bihevioralni tretman djeteta s hiperkinetskim poremećajem**  
*/ Cognitive Bihevioural Therapy in a Child with Hyperkinetic Disorder*
- 227 UPUTE AUTORIMA / INSTRUCTIONS TO AUTHORS**



# Stavovi predškolske djece i njihovih majki prema osobama različite tjelesne težine

## */ Attitudes of Preschool Children and Their Mothers towards People with Different Body Weight*

Barbara Kalebić Maglica, Tanita Perčić, Petra Anić

Sveučilište u Rijeci, Filozofski fakultet, Odsjek za psihologiju, Rijeka, Hrvatska

*/ University of Rijeka, Faculty of Humanities and Social Sciences, Department of Psychology, Rijeka, Croatia*

Cilj ovoga istraživanja bio je ispitati preferencije djece u dobi od 5 do 7 godina prema različitom tjelesnom izgledu dječaka i djevojčica te ispitati odnos između slike tijela majke i njezinih stavova prema pretilim osobama i dječjih preferencija prema različitom tjelesnom izgledu.

Ispitano je ukupno 100 parova djece i majki. Kod majki su ispitani negativni stavovi prema pretilim osobama, percepcija tjelesnog izgleda slikovnim podražajima te izbjegavajuća ponašanja vezana uz sliku tijela, dok je kod djece pomoću slikovnih podražaja ispitana preferencija prema različitoj tjelesnoj težini (ispodprosječnoj, prosječnoj i iznadprosječnoj tjelesnoj težini).

Dobiveni rezultati su pokazali da su djevojčice i dječaci kao poželjniju i žensku i mušku siluetu birali onu mršaviju (ispodprosječne i prosječne tjelesne težine) u odnosu na onu prekomjerne tjelesne težine. Dječaci su preferirali mušku siluetu prosječne tjelesne težine u odnosu na onu ispodprosječne, dok je kod ženskih silueta postojala jednaka preferencija ispodprosječno i prosječno teških silueta. Kod djevojčica nije dobivena razlika u preferenciji ispodprosječno i prosječno teških muških ni ženskih silueta. Također, preferencija biranja kod djece nije bila povezana ni s majčinim negativnim stavovima prema pretilima, kao ni s njezinom percepcijom tjelesnog izgleda i izbjegavajućim ponašanjima vezanima uz sliku tijela.

Dobiveni su rezultati komentirani u kontekstu različitih teorija predrasuda kod djece.

*/ The aim of this study was to examine the preferences of children 5 to 7 years of age towards the different physical appearance of boys and girls and to determine the relationship between the mother's body image and her attitudes towards obese people and the preferences of their children towards different physical appearances.*

*A total of 100 pairs of mothers and children were examined. Mothers were questioned for negative attitudes towards obese people, the perception of their body image through silhouettes, and avoiding behaviours related to the body image with the children, we used silhouettes to examine preferences for different body weights (below average weight, average weight, or overweight).*

*The results showed that children preferred the thinner male and female silhouettes (below-average weight and average weight) compared with the overweight ones. Boys preferred average weight male silhouette compared with the below-average ones, while for female silhouettes there was no difference in preference between the below-average weight and average weight ones. Girls selected the below-average weight silhouette and the silhouette with average weight with equal frequency. It was also shown that the preference in children was not related to the negative attitudes towards obesity in their mothers, the perception of body image, and avoiding behaviours related to body image.*

*The obtained results are discussed in the context of different theories of prejudice in children.*

**ADRESA ZA DOPISIVANJE:**

Barbara Kalebić Maglica  
 Odsjek za psihologiju  
 Filozofski fakultet  
 Sveučilište u Rijeci  
 Sveučilišna avenija 4  
 51 000 Rijeka, Hrvatska  
 E-pošta: bkalebic@ffri.hr

**KLJUČNE RIJEČI / KEY WORDS:**

Djeca predškolske dobi / *Preschool-age children*  
 Majke / *Mothers*  
 Negativni stavovi prema pretilima / *Negative attitudes towards obesity*  
 Slika tijela / *Body image*

**UVOD**

Stigmatizaciju se najbolje može opisati kao socijalni konstrukt koji je pod utjecajem kulture, povijesti i situacijskih faktora (1). Ona uključuje najmanje dvije temeljne komponente i to prepoznavanje razlike temeljene na nekoj vidljivoj karakteristici i posljedično, omalovažavanje osobe. Stigmatizirana osoba je percipirana drugačijom od normativno očekivane zbog jedne ili više nepoželjnih karakteristika, što dovodi do manje cijenjenog ili devijantnog identiteta u pojedinom socijalnom kontekstu.

Tjelesni je izgled atribut koji poprima sve veću važnost u socijalnom okruženju te se zbog toga učestalost stigmatizacije na temelju fizičkih karakteristika sve više povećava. Taj je fenomen pod utjecajem sve većeg broja nadprosječno teških i pretilih kako odraslih tako i djece (2, 3) te sve veće opsjednutosti njihovom suprotnosti, mršavošću (4). Zbog naglog porasta negativnih stavova prema ovoj specifičnoj skupini ljudi, kao i zbog brojnih negativnih posljedica koje one nose, važno je detaljnije istražiti to, relativno novo, područje stigmatizacije (5).

Teorije o razvoju stereotipa i predrasuda u dječjoj dobi relativno su malobrojne i nedostatne za objašnjenje različitih tipova dječjih predrasuda (6). Međutim, postoji ideja da se stereotipi i predrasude razvijaju poput svih kognitivnih reprezentacija (7). Djeca imaju aktivni i naizgled urođeni interes za učenje

socijalnih kategorija te za razumijevanje kako da sebe svrstaju u taj kategorijski sustav (7). Posljedično, djeca uče stereotipe i predrasude vrlo rano. Međutim, unatoč tome, nije jasno na koji način te od koga djeca usvajaju sadržaj stereotipa. S obzirom da su roditelji najuža djetetova okolina od samog rođenja, vjerojatno su oni i primarni izvor informacija, uključujući kasnije i vršnjake i širu socijalnu okolinu (7).

Brewer (8) smatra da predrasude nisu prirodna posljedica stvaranja grupa, već da one nastaju kao posljedica pojedinih društvenih i strukturnih okolnosti. Prema Teoriji socijalnog učenja (9,10), djeca uče predrasude na način da prvo oponašaju pojedino ponašanje te kasnije počinju u njega i vjerovati. Iz tog razloga predrasude s dobi rastu i učvršćuju se (10). Veliki utjecaj u učenju imaju ponajprije roditelji. Međutim, dokazano je da su djeca sklona predrasudama samo ako im se razlika prema drugoj skupini naglasi, stoga su socijalni uvjeti odrastanja ponekad ključni u tome hoće li djeca usvojiti pojedine predrasude (6).

Jedan od razloga zašto djeca preferiraju prosječnu tjelesnu težinu u odnosu na mršavost ili pretilost može biti da je to refleksija njihovog znanja i svijesti kulturnih stereotipa koji ih okružuju, a ne odraz njihovog vlastitog mišljenja. Prema Teoriji socijalne refleksije (11) predrasude reflektiraju različite vrijednosti koje se pridaju različitim grupama u svakome društvu u kojem postoji određena društvena hijerarhi-

ja, da dječje predrasude reflektiraju stavove i vrijednosti zajednice koje se uobičajeno prenose od roditelja (6). Prema ovom gledištu, djeca uče stavove roditelja direktnim 'treningom' ili modelirajući roditeljsko verbalno i neverbalno ponašanje, vjerojatno zbog toga što su djeca za takvo ponašanje izravno ili neizravno nagrađena od roditelja te im žele udovoljiti.

Općenito možemo reći da postoji mali broj istraživanja koja ispituju roditeljski utjecaj i vjerojatnost stigmatizacije pretilih kod njihove djece (12). Rezultati tih malobrojnih istraživanja su nekonzistentni. Naime, jedna grupa istraživanja pokazuje da su stavovi roditelja i djece prema pretilima povezani, dok druga skupina istraživanja ukazuje na nepostojanje povezanosti. Hansson i Rasmussen (13) nalaze da su negativni stavovi prema pretiloj djeci bili jači kod djece mršavijih roditelja te roditelja koji su vjerovali da se tjelesna težina može kontrolirati. Davison i Birch (14) nalaze da je roditeljsko isticanje mršavosti i gubitka težine u interakciji sa svojom djecom dobar prediktor posjedovanja stereotipa prema pretilima kod djevojčica u dobi od devet godina, ali ne nalaze povezanost između roditeljskih i dječjih predrasuda prema pretilima. Suprotno tome, O'Bryan, Fishbein i Ritchey (15) ukazuju na povezanost između majčinih predrasuda i predrasuda njihovih kćeri vezanih uz prekomjernu tjelesnu težinu. Slične povezanosti dobivene su kod djece u dobi 3 do 6 godina (16-18). U prilog povezanosti stavova i stigme roditelja i djece ide i longitudinalno istraživanje koje su proveli Spiel i sur. (19), gdje je ustanovljeno da je za dječake bitnija uloga očeva – predrasude očeva prognoziraju predrasude sinova. Kod djevojčica bitna je uloga majke, no u manjoj mjeri te se uz nju ističe i vrlo važna uloga koju imaju cjelokupno društvo, socijalizacija i mediji kojima su izložene.

Slični nekonzistentni rezultati povezanosti između stavova roditelja i stavova njihove djece dobiveni su i prema drugim stigmatiziranim

grupama npr. prema Afroamerikancima (20, 21). Ipak, potrebno je napomenuti da, iako su korelacije između dječjih i roditeljskih stavova prema pojedinim grupama uglavnom pozitivne i značajne, one su najčešće niske. Nesdale (22) stoga primjećuje da djeca ipak ne upijaju stavove okoline poput prazne ploče, već ih, na svoj način, aktivno prihvaćaju ili odbacuju.

Negativni stavovi prema osobama prekomjerne tjelesne težine i pretilim osobama javljaju se već u dječjoj dobi i protežu se do odrasle dobi povećavajući kod pojedinaca stigmatizirane skupine negativne psihološke i fiziološke posljedice (11). Stereotipi prema pretilima i osobama prekomjerne tjelesne težine javljaju se već u dobi od 3 do 5 godina, kada djeca svoje pretile vršnjake percipiraju zločestima i nepoželjnim suigračima te postaju sve izraženiji u kasnijoj dječjoj dobi (23). U dobi od 4 godine djeca mogu konkretno prepoznati prekomjernu tjelesnu težinu kao razlog svojih negativnih stavova prema drugoj djeci, dok se u predškolskoj dobi negativni stavovi znatno povećavaju (24). Osim što pretilu djecu vršnjaci diskriminiraju u odnosu na one prosječne i ispodprosječne tjelesne težine, čak i djeca prekomjerne tjelesne težine i ona pretila posjeduju negativne stavove prema sebi sličnima (23). Dobiveni nalazi su u suprotnosti s Teorijom socijalnog identiteta (25,26) prema kojoj bi pretili pojedinci, kao i oni s prekomjernom tjelesnom težinom, trebali pokazati naklonost prema drugim pretilim pojedincima ili bar pokazivati prema njima manje negativnih stavova povezanih s fizičkim izgledom. Međutim, suprotno svim ostalim vrstama predrasuda i stigmatizacije, pokazalo se da trenutna težina djeteta nije povezana sa stavom koje ono ima prema vršnjacima različite tjelesne težine, tj. čak i pretilo dijete ima negativne stavove prema pretilosti (25, 27). Istraživanja dalje pronalaze da su negativni stavovi prema pretilima općenito izraženiji kod djevojčica te prema djevojčicama nego kod dječaka (npr. 4,5,28).

Kao što je ranije rečeno, moguće je da djeca negativne stavove prema različitim stigmatiziranim skupinama pa tako i onima prekomjerne tjelesne težine usvajaju i uče iz svoje najuže okoline i to posebice od majki koje su često najutjecajnije osobe u ranoj dobi djeteta (29). S obzirom da majčini stavovi o prehrani, provođenju djeteta te vlastitoj i tuđoj tjelesnoj težini mogu biti izvor informacija djetetu, svrha je ovoga istraživanja ispitati na koji su način majčini stavovi i nezadovoljstvo vlastitim tjelesnim izgledom povezani s preferencijama silueta različite tjelesne težine u njihove djece predškolske dobi te kakav tjelesni izgled njihova djeca preferiraju. Što se slike tijela majke tiče, istraživanja pokazuju da je ona značajna komponenta slike o sebi općenito te da je nezadovoljstvo tijelom značajan prediktor porasta učestalosti provođenja djeteta, pokušaja prevencije dobivanja na težini i negativne emocionalnosti (30). U tom kontekstu na pretilost se gleda kao na posljedicu nesposobnosti pojedinca da kontrolira vlastite potrebe što je onda povezano s negativnim stavovima prema pretilosti (31).

## CILJ RADA

Cilj je ovoga istraživanja ispitati preferencije djece predškolske dobi prema različitom tjelesnom izgledu dječaka i djevojčica te ispitati odnos između slike tijela majke i njezinih stavova prema pretilim osobama i dječjih preferencija prema različitom tjelesnom izgledu. Odnosno, prvi problem je ovoga istraživanja ispitati preferencije djece u dobi od 5 do 7 godina prema različitom tjelesnom izgledu dječaka i djevojčica (ispodprosječne, prosječne i iznadprosječne tjelesne težine), pri čemu je pretpostavka da će djeca preferirati ispodprosječnu figuru i figuru prosječne tjelesne težine te će manje preferirati figuru iznadprosječne tjelesne težine oba spola. Drugi problem je ispitati povezanost slike tijela majke i njezinih stavova prema pretilim osobama te dječ-

jih preferencija prema različitom tjelesnom izgledu. Pretpostavka je da će djeca majki koje imaju izraženije negativne stavove prema pretilima i lošiju sliku vlastitoga tijela češće birati kao poželjniju figuru ispodprosječne tjelesne težine nego figuru prosječne i iznadprosječne tjelesne težine.

## METODA

### Sudionici

Istraživanje je provedeno u četiri dječja vrtića u Poreču i Buzetu. Ispitano je 100 parova djece i njihovih majki. Dob ispitanе djece kretala se u rasponu od 5 do 7 godina ( $M=5,89$ ,  $SD=0,72$ ) te je ukupno ispitano 32 petogodišnjaka, 47 šestogodišnjaka te 21 sedmogodišnjak, od kojih je bilo 52 dječaka i 48 djevojčica. Raspon dobi majki kretao se od 19 do 47 godina ( $M=34,63$ ,  $SD=4,52$ ), od kojih je 81 % bilo u braku, 14 % u životnoj zajednici, 4 % razvedenih te 1 % udovica. Također, 92 % majki bilo je zaposleno, 8 % nezaposleno te je 1 % majki završilo osnovno obrazovanje, 52 % imalo srednju stručnu spremu, 18 % višu stručnu spremu, 27 % visoku stručnu spremu i 2 % magisterij ili doktorat. Od ispitanih majki, 32 % ih je imalo samo jedno dijete, dok ih je 56 % imalo dvoje djece, 9 % troje i 3 % četvero ili više djece. Jedno je dijete bilo usvojeno, dok su preostala djeca biološka.

### Instrumenti

#### Instrumenti za majke

*Ljestvica percepcije tjelesnog izgleda slikovnim podražajima (Figure Rating Scale - FRS; 32)* je ljestvica pomoću koje se procjenjuje globalno subjektivno nezadovoljstvo vlastitim tjelesnim izgledom. Sastoji se od devet shematiziranih slika ženskih osoba koje su precizno rangirane s obzirom na porast tjelesne težine, od ispodprosječne do iznadprosječne težine. Zadatak sudionica je da odaberu siluetu koja

reprezentira njihovu percipiranu (trenutnu) sliku tijela i idealnu sliku tijela, pri čemu je svakoj silueti pridružen broj od 1 do 9 (1 - *najvitkija figura*, 9 - *najoblja figura*). Diskrepancija između trenutne i idealne slike tijela se koristi kao indeks nezadovoljstva tijelom. Raspon moguće diskrepancije kreće se od -8 do +8 te što je apsolutna razlika veća, osoba je nezadovoljnija, dok predznak upućuje na smjer nezadovoljstva. Ako diskrepancija ide u pozitivnom smjeru, sudionice bi htjele izgledati deblje od trenutne percipirane slike tijela, a ako diskrepancija ide u negativnom smjeru, sudionice bi htjele izgledati mršavije od trenutne percipirane slike tijela. Unatoč popularnosti ovoga mjernog instrumenta postoji malo podataka o njegovoj valjanosti i pouzdanosti. Mjerenje internalne konzistencije nije primjenjivo s obzirom na tip ljestvice, međutim, rezultati nekih istraživanja (33) pokazuju da je test-retest pouzdanost u razmaku od dva tjedna .82 za idealnu i .92 za trenutnu sliku tijela kod muškaraca. Kod žena test-retest pouzdanost za idealnu sliku tijela iznosi .71, a za trenutnu .89. Korelacije između diskrepancije idealne i trenutne slike tijela i drugih mjera kojima se ispituje slika o sebi su umjereno visoke (33) što zapravo pokazuje da Ljestvica percepcije tjelesnog izgleda ima adekvatnu valjanost i dobru test-retest pouzdanost.

*Upitnik za procjenu izbjegavajućih ponašanja povezanih uz sliku tijela (Body Image Avoidance Questionnaire – BIAQ; 34)* je upitnik koji mjeri ponašajni aspekt nezadovoljstva tijelom, a sastoji se od 19 čestica koje mjere ponašajne tendencije koje često prate poremećaje slike tijela, odnosno izbjegavanje situacija koje izazivaju zabrinutost zbog tjelesnog izgleda. Čestice su rangirane na ljestvici procjene od 0 do 5 (0 - nikad, 5 - uvijek), a zadatak sudionica je da označi koliko se često uključuje u navedena ponašanja (npr. „Nosim široku, vrećastu odjeću“, „Ograničavam unos hrane koju jedem“, „Ne družim se s ljudima koji su mršaviji od

mene“). Što je rezultat sudionica viši, to je veći stupanj izbjegavajućih ponašanja povezanih uz sliku tijela. Pouzdanost tipa unutarnje konzistencije Cronbach alpha originalnog upitnika iznosi .89. Upitnik je na hrvatski jezik prevela Bijelić (35). U ovom istraživanju upitnik je također pokazao zadovoljavajući koeficijent pouzdanosti ( $\alpha = .70$ ).

*Upitnik negativnih stavova prema pretilim osobama (Anti-Fat Attitudes Test – AFAT; 36)* upitnik je koji sadrži 47 čestica, čiji se odgovori daju na ljestvici Likertova tipa od 5 stupnjeva (1 - u potpunosti se ne slažem, 5 - u potpunosti se slažem). Mjera obuhvaća kognitivne, afektivne i ponašajne dispozicije prema pretilim osobama, a viši rezultat reflektira negativnije stavove. Sastoji se od tri podljestvice, a to su socijalno/karakterno podcjenjivanje (15 čestica), fizička/romantična neatraktivnost (10 čestica) te kontrola težine i krivnja (9 čestica). Socijalno/karakterno podcjenjivanje odnosi se na stavove prema svakodnevnom funkcioniranju pretilih osoba u društvu (npr. „Krivica je debelih ljudi ako ne dobiju posao“). Fizička/romantična neatraktivnost ispituje stavove ljudi o intimnim vezama s pretilim osobama (npr. „Da sam samac, izlazila bih s debelom osobom“). Kontrola težine i krivnja ispituje stavove ljudi o mogućnosti kontrole vlastite težine u pretilih osoba (npr. „Nema isprike za debljinu“). Također, sadrži i podljestvicu dodatnih čestica (N=13), koja se koristi zajedno sa svim česticama triju podljestvica kako bi se formirao ukupan rezultat negativnih stavova prema pretilima. Pouzdanosti podljestvica originalnog upitnika kreću se od .77 do .91 (36). Za potrebe ovoga istraživanja ljestvica je prevedena na hrvatski jezik te je analizirana ukupna mjera negativnih stavova budući da je ona pokazala zadovoljavajući koeficijent pouzdanosti ( $\alpha = .86$ ), za razliku od podljestvica čije se pouzdanosti kreću od .53 za fizičku/romantičnu neatraktivnost do .77 za kontrolu težine i krivnju.

## Instrumenti za djecu

Za ispitivanje stavova prema pretilosti kod djece korištena je metoda usporedbe u parovima pri čemu su se uspoređivale dvije siluete istoga spola i to silueta ispodprosječne/prosječne tjelesne težine, silueta ispodprosječne/iznadprosječne tjelesne težine i silueta prosječne/iznadprosječne tjelesne težine (4,37). Za svaki od tri para te za oba spola figura, pitano se djecu 3 pitanja: „Koji ti se dječak/djevojčica više sviđa?“, „Kojeg bi dječaka/djevojčicu radije imao za prijatelja?“ te „S kojim bi se dječakom/djevojčicom radije igrao?“ (prilagođeno prema 4). Mršava se figura kodirala sa 1, prosječna sa 2 te pretila sa 3. Prije analize podataka napravljene su nove varijable koje su prikazivale srednje vrijednosti odabira djeteta po modu kroz tri pitanja odabira poželjnije siluete. Primjerice, djeca su birala između mršave siluete i siluete prosječne težine kroz tri pitanja (sviđanje, prijatelj, igra) te je kreirana nova varijabla koja predstavlja mod između sva tri biranja, tj. ukupnu preferenciju. Takvih je varijabli stvoreno ukupno 6, s obzirom na tri kombinacije odabira silueta i s obzirom na spol.

## Postupak

Nakon što su prikupljene suglasnosti za sudjelovanje u istraživanju i majki i djece, majke su dobile upitnike u kovertama na ispunjavanje kod kuće te su ih morale vratiti unutar 5 dana u za to predviđeni prostor (kutija) u vrtiću. Samo je ispunjavanje upitnika trajalo 15-ak minuta. Prvo su ispunjavale upitnik o nezadovoljstvu vlastitim tjelesnim izgledom, potom upitnik izbjegavajućih ponašanja vezanih uz sliku tijela, upitnik stavova prema pretilim osobama i na kraju demografske podatke. Na kovertu su upisale šifru kako bi se njihovi podatci mogli spojiti s podacima djece. Majkama je objašnjeno da će se podatci koristiti isključivo u istraživačke svrhe te da će uvid u rezultate imati samo istraživački tim. Naglašeno je

da je sudjelovanje u istraživanju dobrovoljno, a podatci prikupljeni istraživanjem potpuno povjerljivi.

U dogovoru s odgojiteljicama ispitano je svako dijete nasamo u vrtićkoj sobi i to strukturiranim i unaprijed pripremljenim obrascem pitanja koja su se odnosila na preferencije prema različitim figurama. Individualno ispitivanje trajalo je 10-ak minuta.

## REZULTATI

### Preferencije djece prema različitom tjelesnom izgledu dječaka i djevojčica

Kako bismo ustanovili biraju li djeca u jednakom broju siluete različite tjelesne težine, proveli smo hi-kvadrat test. Hi-kvadrat test proveden je na dominantnim vrijednostima (modu) procjena preferencije silueta u tri situacije (sviđanje, igranje, prijatelj). Preciznije rečeno, mod je izračunat tako da je od tri procjene uzet najčešći odgovor. Na primjer, kada je birano između ispodprosječno teške siluete i siluete prosječne tjelesne težine kroz tri pitanja, ako je dijete dva puta odabralo ispodprosječnu tjelesnu težinu, a jednom prosječnu, odgovor je kodiran kao preferencija ispodprosječne tjelesne težine. Mod je odabran iz dva razloga: jer je istovjetan vrsti procjena te zato što su procjene vrlo slične, odnosno rezultiraju jasnom jednofaktorskom strukturom koja u svim slučajevima objašnjava preko 60 % varijance kriterija.

Prije samog provođenja hi-kvadrata napravili smo nove varijable koje su prikazivale srednje vrijednosti odabira djeteta prema modu u tri pitanja odabira poželjnije siluete. Takvih je varijabli koje predstavljaju ukupnu preferenciju stvoreno ukupno 6, s obzirom na tri kombinacije odabira silueta i s obzirom na spol.

Kako podatci iz literature pokazuju da su negativni stavovi prema pretilima općenito izra-



ženiji kod djevojčica te prema djevojčicama, nego kod dječaka napravljen je hi-kvadrat test (test slaganja), odvojeno za dječake i djevojčice, kako bismo testirali razlike u preferencijama pojedinih silueta različita spola. Sukladno primijenjenom testu, teorijske frekvencije nisu izračunate, nego su *a priori* postavljene tako da se u svim kategorijama očekuje ista frekvencija. U tablici 1. vidljivi su rezultati hi-kvadrata odabira silueta različite tjelesne težine koje su činili dječaci i djevojčice.

Kada su dječaci birali poželjniju siluetu, statistički se značajno poželjnija pokazala mršavija silueta (ispodprosječna i prosječna) kada je ona bila uparena sa siluetom iznadprosječne tjelesne težine kod oba spola, no kada se biralo između ispodprosječno teške muške siluete i siluete prosječne težine, dječaci su radije birali mušku siluetu prosječne tjelesne težine. Međutim, kada su birali između ženske ispodprosječno teške siluete i siluete prosječne težine, nije se pokazala razlika u preferencijama, već su ih podjednako birali kao poželjne.

Kada su djevojčice birale poželjniju siluetu, također se statistički značajno pokazala poželjnija mršavija silueta (ispodprosječna i prosječna) kada je bila u paru sa siluetom prekomjerne tjelesne težine kod oba spola. Međutim, kada su djevojčice birale poželjniju i mušku i žensku siluetu između ispodprosječ-

no i prosječno teške siluete, nije se pokazala statistički značajna razlika u odabiru, tj. bile su podjednako poželjne i ispodprosječno i prosječno teške siluete oba spola.

Dobiveni rezultati pokazuju da djeca preferiraju ispodprosječno teške figure i one prosječne tjelesne težine u odnosu na iznadprosječno teške figure oba spola.

### Povezanost slike tijela majke i njezinih stavova prema pretilim osobama i dječjih preferencija prema različitom tjelesnom izgledu

Izračunati su Pearsonovi koeficijenti korelacija kako bi se ispitala povezanost između izbjegavajućih ponašanja vezanih uz sliku tijela, percepcije tjelesnog izgleda i negativnih stavova prema pretilima kod majki. Dobiveni rezultati prikazani su u tablici 2.

Iz tablice 2. je vidljivo da što majke imaju više izbjegavajućih ponašanja povezanih uz sliku tijela to je njihovo zadovoljstvo vlastitim tjelesnim izgledom niže te imaju negativnije stavove prema pretilim osobama.

Izračunati su i Pearsonovi koeficijenti korelacija među varijablama koje čine odgovori majke (percepcija tjelesnog izgleda, izbjegavajuća ponašanja vezana uz sliku tijela i negativni

**TABLICA 1.** Odabir silueta s obzirom na različitu tjelesnu težinu kod dječaka i djevojčica

Dječaci						
Odabir:	Ispodprosječna/ Prosječna		Prosječna/ iznadprosječna		Ispodprosječna/ iznadprosječna	
Spol siluete:	M	Ž	M	Ž	M	Ž
Hi-kvadrat	9,31**	0,69	24,93**	22,23**	22,23**	13,00**
Djevojčice						
Odabir:	Ispodprosječna/ prosječna		Prosječna/ iznadprosječna		Ispodprosječna/ iznadprosječna	
Spol siluete:	M	Ž	M	Ž	M	Ž
Hi-kvadrat	0,75	0,08	30,08**	27,00**	33,33**	33,33**

\*\*p<.01; df=1

**TABLICA 2.** Prikaz korelacija među varijablama vezanim uz majku

	FRS	Negativni stavovi
BIAQ	-.37**	.25*
FRS	-	-.09

BIAQ = izbjegavajuća ponašanja vezana uz sliku tijela; FRS = percepcija tjelesnog izgleda slikovnim podražajima; \* $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$

stavovi prema pretilima) i prevladavajućeg odabira silueta s obzirom na spol i mogućnost izbora kod djece. Jedina značajna pozitivna povezanost je dobivena za majčine negativne stavove i to u situaciji kada su djeca birala između muške siluete iznadprosječne tjelesne težine i siluete prosječne težine ( $r = .20$ ,  $p < .05$ ). Što su majke imale negativnije stavove prema pretilima općenito to su djeca češće kao poželjniju siluetu, isključivo prilikom odabira između muške iznadprosječno i prosječno teške siluete, birala onu siluetu s prekomjernom tjelesnom težinom. Ostale korelacije između varijabli vezanih uz majku i preferencija kod djece nisu statistički značajne i kreću se od .00 do .18.

## RASPRAVA

Cilj je ovoga istraživanja bio ispitati preferencije djece u dobi od 5 do 7 godina prema različitom tjelesnom izgledu dječaka i djevojčica te ispitati odnos između slike tijela majke i njezinih stavova prema pretilim osobama i dječjih preferencija prema različitom tjelesnom izgledu.

Kako bi se ispitala preferencija djece prema različitom tjelesnom izgledu, zadatak sudionika je bio odabrati poželjniju siluetu dječaka i djevojčice. Djecu se odabiralo u tri situacije: odabir siluete koja im se više sviđala, s kojom bi se radije igrala te koju bi siluetu preferirala za prijatelja. Na kraju se analizirala jedna mjera ukupne preferencije ovisno o *modu* biranja. Djeca su prisilnim izborom birala između dvije siluete različitih tjelesnih težina,

u svim kombinacijama (ispodprosječna/prosječna, prosječna/iznadprosječna i ispodprosječna/ iznadprosječna) i to za žensku i mušku siluetu. Pokazalo se da i djevojčice i dječaci u svakom slučaju manje biraju siluetu prekomjerne tjelesne težine kao poželjniju, bez obzira na spol figure, što je u skladu i s nalazima koji se spominju u literaturi (npr. 23,38,39), a koji ukazuju na postojanje negativnih stavova prema osobama prekomjerne tjelesne težine i pretilim osobama već u dječjoj dobi.

Kada su djeca uspoređivala siluetu ispodprosječne i prosječne težine, dječaci prosječno tešku mušku siluetu pozitivnije procjenjuju od ispodprosječne, dok za žensku siluetu ne rade razliku u preferencijama. Kod djevojčica nema razlika u preferencijama između ispodprosječno i prosječno teških ni ženskih ni muških silueta.

Okolina stavlja sve veći naglasak na mršavost kod djevojaka i žena, a koja se povezuje s uspjehom i ljepotom (40) te je ideal kojemu treba težiti. U zapadnjačkoj kulturi pretilost je povezana s negativnim, a mršavost s pozitivnim kvalitetama, što često dovodi do nejednakosti pri zapošljavanju, pristupu zdravstvenim uslugama ili pak obrazovnim institucijama (41,42). Mediji vrlo često nameću ideal mršavosti, što za posljedicu ima različite poremećaje hranjenja poput anoreksije nervoze i bulimije (43,44).

Prema rezultatima ovoga istraživanja šestogodišnjaci općenito jednako preferiraju ženske mršave figure i one prosječne tjelesne težine, odnosno djevojčice u dobi od 6 godina ne razlikuju ni kada se radi o muškoj mršavoj figuri i onoj prosječne tjelesne težine, međutim, dječaci više preferiraju mušku figuru prosječne tjelesne težine za razliku od mršavih. Djevojčice mršavost ni kod žena ni kod muškaraca ne smatraju manje poželjnom karakteristikom, za razliku od dječaka koji normalnu tjelesnu težinu kod muške figure više preferiraju. Mali broj istraživanja bavio se spolnim razlikama u

stavovima djece prema osobama prekomjerne tjelesne težine, odnosno prema mršavim osobama. Dva istraživanja s djecom u dobi 3-5 godina nisu pronašla postojanje spolnih razlika u pozitivnim stavovima prema mršavosti i negativnim prema debljini (16,45). Suprotno tome, u već spomenutom istraživanju Holuba (25) kod djece u dobi 4-6 godina, slično kao i u istraživanju Brylinsky i Moore (46) kod djece dobi 5-9 godina, ustanovljene su spolne razlike: djevojčice iskazuju negativnije stavove prema osobama prekomjerne tjelesne težine, kao i pozitivnije prema mršavima. Nalazi su našega istraživanja dijelom u suprotnosti onima koje navode Kraig i Keel (5), a prema kojima su dječaci prekomjerne tjelesne težine procjenjivani negativnije od dječaka prosječne i ispodprosječne težine, no kada su birane djevojčice, i one prekomjerne, kao i one prosječne tjelesne težine, procjenjivane su znatno negativnije od mršavih djevojčica.

Rezultati ovoga istraživanja također pokazuju da mršavost kod muškaraca nije cijenjena karakteristika. Idealno muško tijelo nije mršavo nego mišićavo što je i jedna od odlika maskuliniteta (47,48). Osim toga, muškarci se u prvom redu fokusiraju na fizičku spretnost te češće na temelju toga određuju preferencije (28).

Unatoč navedenim nekonzistentnim rezultatima, nalazi ovoga istraživanja ukazuju na različite obrasce preferencija kod dječaka i djevojčica kada se radi o preferencijama muških figura i to kada se radi o mršavim figurama i figurama prosječne tjelesne težine što bi u budućim istraživanjima trebalo detaljnije ispitati.

Drugi problem ovog rada odnosio se na ispitivanje odnosa između slike tijela majke i njezinih stavova prema pretilim osobama i dječjih preferencija prema različitom tjelesnom izgledu. Dobiveni rezultati pokazuju da ne postoji povezanost između navedenih varijabli, osim u jednoj situaciji pri čemu treba voditi računa o tome da je dobivena povezanost izrazito ni-

ska. Prigodom odabira između prosječne muške siluete i one s prekomjernom tjelesnom težinom, pokazalo se da djeca majki koje imaju izraženije negativne stavove prema pretilima češće biraju siluetu s prekomjernom tjelesnom težinom.

Iz navedenih rezultata možemo zaključiti da slika tijela majke, kao i njezini stavovi prema pretilim osobama nemaju učinke na preferenciju tjelesne težine njihove djece. Dobiveni rezultati nisu potvrdili drugu hipotezu koja je ponajprije temeljena na teorijama socijalnog učenja i teoriji socijalne refleksije. S obzirom da povezanosti gotovo i nema, očito je da samo majčini stavovi, indeks tjelesne mase majke te njezina percepcija tjelesnog izgleda, kao i izbjegavajuća ponašanja nisu dovoljna da dijete usvoji negativne stavove prema pretilima. Očito je da i drugi faktori, poput medija (49) ili čak igračaka, dnevnih interakcija i dječje literature (50) imaju važniju ulogu u oblikovanju dječjih stavova.

Još jedno moguće objašnjenje dobivenih rezultata nudi i Piaget u svojoj kognitivno razvojnoj teoriji predrasuda (51) prema kojoj djeca u predškolskoj dobi nemaju veliki kognitivni kapacitet te pojednostavljaju svijet koji ih okružuje. To dovodi do toga da djecu sličnu sebi svrstavaju u kategoriju koju karakteriziraju kao dobru i samim time je preferiraju. Moguće je da su djeca u ovome istraživanju birala poželjnije siluete na temelju percipirane sličnosti, a najveći postotak djece u našem je uzorku bio prosječne tjelesne težine, a samo je manji postotak djece imao ispodprosječnu ili iznadprosječnu tjelesnu težinu.

Ovo istraživanje ima određene manjkavosti o kojima treba voditi računa pri interpretaciji dobivenih rezultata. Uzorak su činile majke i njihova djeca u malom broju vrtića što ograničava generalizaciju dobivenih rezultata. Sljedeći nedostatak koji se nameće je pitanje koliko su majke davale socijalno poželjne odgovore budući da su na upitnike morale na-

pisati šifru kako bi se njihovi rezultati mogli upariti s upitnicima djece. Opće je poznato da su ljudi suzdržani u iskazivanju vlastitih negativnih stavova prema različitim grupama ljudi, pa tako i prema onima s prekomjernom tjelesnom težinom ili pretilima. Ljudi znaju da nije socijalno prihvatljivo iskazivati stereotipe i predrasude prema drugima, ali to ne znači da ih oni nemaju. U prilog tome idu i rezultati različitih istraživanja koja ispituju implicitne stavove i njihovu povezanost s eksplicitnim stavovima. Korelacije između tih dviju mjera stava su uglavnom niske (52) što upućuje na zaključak da ljudi ne govore uvijek ono što uistinu misle.

Kod dijela ispitivanja posvećenog djeci također postoji nekoliko nedostataka. Kao što je i ranije spomenuto, metode ispitivanja dječjih stavova vrlo su različite te je odabir silueta likova samo jedna od njih. S obzirom da smo u uzorku imali vrlo malu djecu, od 5 do 7 godina, nismo mogli koristiti kontinuiranu ljestvicu ili liste atributa iz razloga što je dječji kognitivni sklop nedovoljno razvijen da bi to percipirao i shvatio. To je dovelo do toga da su odgovori djece u konačnici dobiveni na nominalnoj varijabli te nam oni zapravo ne govore o tome postoje li kod djece negativni stavovi prema pretilima, već nam govore samo o tome koje su figure bile poželjnije. Dakle, ako djeca rjeđe ili uopće ne biraju siluetu prekomjerne tjelesne težine ne govori nam o tome imaju li oni o njoj negativne stavove. Također, djeci je bio zadatak da odaberu jednu od dvije ponuđene siluete kao onu koju preferiraju te im nije ponuđena mogućnost da odaberu obje ili ni jednu siluetu. Na kraju valja napomenuti kako su u konačan uzorak sudionika ušla samo djeca majki koje su pristale na ispitivanje i ispunile

upitnike. Moguće je da majke koje su osjetljive na pitanje o prekomjernoj tjelesnoj težini i pretilosti nisu pristale na ispitivanje ili same nisu ispunile upitnike.

Doprinos ovog istraživanja očituje se u tome da je individualno ispitano 100 djece vrtičke dobi o preferencijama silueta različite tjelesne težine te su njihovi odgovori povezani sa slikom tijela majke i njezinim stavovima prema osobama prekomjerne tjelesne težine i pretilima što se do sada rijetko ili uopće nije ispitivalo pa su dobiveni rezultati dobra osnova za neka buduća istraživanja. Osim toga, ovo istraživanje ima važne teorijske implikacije jer pokazuje da roditelji možda nisu jedini modeli djeci za usvajanje različitih stavova što neke teorije ističu. Praktični doprinos ovog istraživanja očituje se u mogućnostima djelovanja na djecu predškolske dobi sa ciljem smanjenja negativnih stavova prema svojim vršnjacima, ali i općenito osobama prekomjerne tjelesne težine. Dobiveni nalazi mogu poslužiti u razvoju intervencijskih i preventivskih programa u vrtićima sa ciljem smanjenja predrasuda prema osobama prekomjerne tjelesne težine i pretilima.

## ZAKLJUČAK

Djeca u dobi od 5 do 7 godina u većoj mjeri preferiraju mršave siluete i one prosječne tjelesne težine u odnosu na one prekomjerne tjelesne težine.

Osim utjecaja majki, u budućim istraživanjima bi trebalo uključiti i širu socijalnu okolinu (očevi, vršnjaci, vrtić, škola, mediji) kako bi se dobila cjelovitija slika mogućih mehanizama vezanih za razvoj predrasuda kod djece.

1. Dovidio JF, Major B, Crocker J. *Stigma: Introduction and Overview*. New York: The Guilford Press, 2000.
2. Wang Y, Lobstein T. Worldwide trends in childhood overweight and obesity. *Int J Pediatr Obes* 2006; 1: 11-25.
3. World Health Organization. *Consultation on Obesity. Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic*. WHO Technical Report Series 894. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2000.
4. Durante F, Fasolo M, Mari S, Mazzola AF. Children's attitudes and stereotype content toward thin, average-weight, and overweight peers. *SAGE Open* 2014; 4: 1-11.
5. Kraig KA, Keel PK. Weight-based stigmatization in children. *Int J Obesity* 2001; 25: 1661-1666.
6. Maričić J. Teorije i istraživanja predrasuda u dječjoj dobi. *Psihologijske teme* 2009; 18: 137-157.
7. Stangor C. The study of stereotyping, prejudice, and discrimination within social psychology. In: Nelson TD. (ed.) *Handbook of Prejudice, Stereotyping and Discrimination*. New York: Psychology Press, 2010.
8. Brewer MB. The psychology of prejudice: Ingroup love or outgroup hate?. *J Soc Issues* 1999; 55: 429-44.
9. Bandura A. *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1977.
10. Levy SR, Milligan Hughes J. Development of racial and ethnic prejudice among children. In: Nelson TD. (ed.) *Handbook of Prejudice, Stereotyping and Discrimination*. New York: Psychology Press, 2010.
11. Nesdale AR. Development of prejudice in children. In: Augoustinos M, Reynolds KJ. (eds.) *Understanding Prejudice, Racism and Social Conflict*. London: Sage, 2001.
12. Hansson LM. *Obesity and stigma: Studies on Children, Adults and Health Care Professionals*. Stockholm: Karolinska Institutet, 2010.
13. Hansson LM, Rasmussen F. Predictors of 10-year olds' obesity stereotypes: A population based study. *Int J Pediatr Obes* 2010; 5: 25-33.
14. Davison KK, Birch LL. Predictors of fat stereotypes among 9-year-old girls and their parents. *Obes Res* 2004; 12: 86-94.
15. O'Bryan M, Fishbein HD, Ritchey NP. Intergenerational transmission of prejudice, sex role stereotyping, and intolerance. *Adolescence* 2004; 39(155): 407-26.
16. Spiel EC, Paxton SJ, Yager Z. Weight attitudes in 3- to 5-year-old children: Age differences and cross-sectional predictors. *Body Image* 2012; 9(4): 524-537.
17. Holub SC, Tan C, Patel SL. Factors associated with mothers' obesity stigma and young children's weight stereotypes. *J Appl Dev Psychol* 2011; 32: 118-126.
18. Rich SS, Essery EV, Sanborn CF, DiMarco NM, Morales LK, LeClere SM. Predictors of body size stigmatization in Hispanic preschool children. *Obesity* 2008; 16: S11-S17.
19. Spiel EC, Rodgers RF, Paxton SJ i sur. 'He's got his father's bias': Parental influence on weight bias in young children. *Brit J Dev Psychol* 2016; 34: 198-211.
20. Castelli L, Zogmeister C, Tomelleri S. The transmission of racial attitudes within the family. *Dev Psychol* 2009; 45: 586-91.
21. Doyle AB, Beaudet J, Aboud FE. Developmental patterns in the flexibility of children's ethnic attitudes. *J Cross Cult Psychol* 1988; 19: 3-18.
22. Nesdale D. Social identity processes and children's ethnic prejudice. In: Bennett M, Sani F. (eds.) *The Development of Social Self*. New York: Psychology Press, 2004.
23. Musher-Eizenman DR, Holub SC, Miller AB, Goldstein SE, Edward-Leeper L. Body size stigmatization in preschool children: The role of control attributions. *J Pediatr Psychol* 2004; 29: 613-20.
24. Puhl RM, Latner JD. Stigma, obesity, and the health of the nation's children. *Psychol Bull* 2007; 133: 557-80.
25. Holub SC. Individual differences in the anti-fat attitudes of preschool-children: The importance of perceived body size. *Body Image* 2008; 5: 317-21.
26. Tajfel H, Turner JC. The social identity theory of inter-group behavior. In: Worchel S, Austin LW. (eds.) *Psychology of Intergroup Relations*. Chicago: Nelson-Hall, 1986.
27. Koroni M, Garagouni-Areou F, Roussi-Vergou CJ, Zafiropoulou M, Piperakis SM. The stigmatization of obesity in children. A survey in Greek elementary schools. *Appetite* 2008; 52: 241-44.
28. Pine KJ. Children's perceptions of body shape: A thinness bias in pre-adolescent girls and associations with femininity. *J Clin Child Psychol* 2001; 6: 519-36.
29. Jaffe K, Worobey J. Mothers' attitudes toward fat, weight, and dieting in themselves and their children. *Body Image* 2006; 3: 113-20.
30. Pokrajac-Bulian A, Stubbs L, Ambrosi-Randić N. Različiti aspekti slike tijela i navike hranjenja u adolescenciji. *Psihologijske teme* 2004; 13: 91-104.
31. Crandall C. Prejudice against fat people: Ideology and self-interest. *J Pers Soc Psychol* 1994; 66: 882-94.
32. Stunkard AJ, Sørensen T, Schulsinger F. Use of the Danish Adoption Register for the study of obesity and thinness. In: Kety S. (ed.) *The Genetics of Neurological and Psychiatric Disorders*. New York: Raven Press, 1983.
33. Thompson JK, Altabe MN. Psychometric qualities of the Figure Rating Scale. *Int J Eat Disorder* 1991; 10(5): 615-19.
34. Rosen JC, Srebnik D, Saltzberg E, Wendt S. Development of a body image avoidance questionnaire. *Am Psychol Assoc* 1991; 3: 32-7.
35. Bijelić S. *Povezanost sociokulturalnih čimbenika i pojedinih komponenti tjelesnog izgleda*. Diplomski rad. Rijeka: Sveučilište u Rijeci, 2011.
36. Lewis RJ, Cash TF, Jacobi L, Bubb-Lewis C. Prejudice toward fat people: The development and validation of the antifat attitudes test. *Obes Res* 1997; 5: 297-307.
37. Collins EM. Body figure perceptions and preferences among preadolescent children. *Int J Eat Disorder* 1991; 2: 199-208.
38. Crandall CS, D'Anello S, Sakalli N, Lazarus E, Nejtardt G, Feather NT. An attribution-value model of prejudice: Antifat attitudes in six nations. *Pers Soc Psychol B* 2001; 27: 30-7.

39. Penny H, Haddock G. Anti-fat prejudice among children: The „mere proximity“ effect in 5-10 year olds. *J Exp Soc Psychol* 2007; 43: 678-83.
40. Grogan, S. *Body Image: Understanding Body Dissatisfaction in Men, Women and Children*. East Sussex: Psychology Press, 2008.
41. Puhl RM, Brownell KD. Ways of coping with obesity stigma: Conceptual review and analysis. *Eat Behav* 2003; 4: 53-78.
42. Puhl RM, Heuer CA. The stigma of obesity: A review and update. *Rev Epidem* 2009; 17: 941-64.
43. Harrison K. The body electric: Thin-ideal media and eating disorders in adolescents. *J Commun* 2000; 50: 119-43.
44. Spettigue W, Henderson KA. Eating disorders and the role of the media. *Can Child Adolesc Psychiatr Rev* 2004; 13(1): 16-19.
45. Cramer P, Steinwert T. Thin is good, fat is bad: How early does it begin? *J Appl Dev Psychol* 1998; 19: 429-51.
46. Brylinsky JA, Moore JC. The identification of body build stereotypes in young children. *J Res Pers* 1994; 28(2): 170-81.
47. Frederick DA, Peplau LA, Lever J. The swimsuit issue: Correlates of body image in a sample of 52,677 heterosexual adults. *Body Image* 2006; 4: 413-19.
48. Carlson Jones D, Crawford JK. Adolescent boys and body image: Weight and muscularity concerns as dual pathways to body dissatisfaction. *J Youth Adolescence* 2005; 34(6): 629-36.
49. Dohnt HK, Tiggemann M. Body image concerns in young girls: The role of peers and media prior to adolescence. *J Youth Adolescence* 2006; 35: 135-45.
50. Harriger JA, Calogero RM, Witherington DC, Smith JE. Body size stereotyping and internalization of the thin ideal in preschool girls. *Sex Roles* 2010; 63: 609-20.
51. Piaget J, Weil AM. The development in children of the idea of the homeland and of relations to other countries. *Int Soc Sci J* 1951; 3: 561-78.
52. Devos T. Implicite attitudes 101: Theoretical and empirical insights. In: Crano WD, Prislin, R. (eds.) *Attitudes and Attitude Change*. New York: Psychology Press, 2008.

# **Probir i rana detekcija psihičkih odstupanja/poremećaja kod djece u predškolskim ustanovama i adolescenata u osnovnim školama Grada Zagreba – rezultati probnog projekta**

## **/ Screening for Mental Health Problems of Children in Kindergartens and Adolescents in Elementary Schools in the City of Zagreb – a Pilot Project Results**

Vlatka Boričević Maršanić<sup>1,2</sup>, Iva Zečević<sup>1</sup>, Ljubica Paradžik<sup>1</sup>, Ljiljana Karapetrić Bolfan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Psihijatrijska bolnica za djecu i mladež, Zagreb; <sup>2</sup>Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera, Medicinski fakultet u Osijeku, Osijek, Hrvatska

/ <sup>1</sup>*Psychiatric Hospital for Children and Youth, Zagreb;* <sup>2</sup>*Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, School of Medicine, Osijek, Croatia*

Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) 10-20 % djece do 18 godina ima neki poremećaj mentalnog zdravlja, a 50 % psihijatrijskih bolesti razvije se i progredira već u vrijeme djetinjstva i adolescencije. SZO preporuča provođenje javnozdravstvenih edukativnih aktivnosti, programa rane detekcije i intervencije te unaprjeđenje kvalitete zdravstvene skrbi za djecu s mentalnim poremećajima sa ciljem povećanja prevalencije liječenih, smanjenja latencije od početka poremećaja do početka liječenja i unaprjeđenja kvalitete života djece i njihovih obitelji. Poremećaji mentalnog zdravlja djece i mladih zbog visoke prevalencije, značajnog morbiditeta i mortaliteta te mogućnosti liječenja temeljenih na dokazima zadovoljavaju kriterije za provođenje probira. Sveobuhvatni probir prvi je korak u ranoj intervenciji za probleme mentalnog zdravlja djece i adolescenata.

Cilj ovog rada je prikazati provedbu i rezultate probnog projekta „Probir i rana detekcija psihičkih odstupanja/poremećaja kod djece u predškolskim ustanovama i adolescenata u osnovnim školama grada Zagreba“ koji je proveden tijekom 2016. godine.

*/ According to the World Health Organization (WHO), 10-20% of children under the age of 18 have some kind of a mental disorder, and 50% of all psychiatric disorders develop and progress during childhood and adolescence. WHO recommends public health educational programmes, early detection and intervention programmes, and improvement of mental health care with the aim of increasing the prevalence of treatment, reducing the latency between the onset of the disorder and initiation of treatment, and increasing the quality of life of children and their families. Because of high prevalence, significant morbidity and mortality, and evidence-based treatment, mental disorders fulfil the criteria for screening. Screening is the first step in early intervention for mental health problems of children and adolescents.*

*This paper aims to present the pilot project “Screening and Early Detection of Mental Health Problems of Children in Kindergartens and Adolescents in Elementary Schools in the City of Zagreb” which was conducted in 2016.*

**ADRESA ZA DOPISIVANJE:**

Doc. dr. sc. Vlatka Boričević Maršanić, 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:**

Mentalno zdravlje / *Mental health*  
Psihički poremećaji / *Mental disorders*  
Djeca i adolescenti / *Children and adolescents*  
Primarna i sekundarna prevencija / *Primary and  
secondary prevention*  
Probit / *Screening*

**UVOD**

Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) definirala je mentalno zdravlje kao stanje dobrobiti u kojem osoba može produktivno raditi i pridonositi zajednici te se nositi s normalnim životnim stresom (1). Stručnjaci za mentalno zdravlje ovu su definiciju proširili i na sposobnost pojedinca da uči, stvara dobre međuljudske odnose te razlikuje pozitivne od negativnih emocija, pravilno ih izražava i njima upravlja. Mentalno zdravlje dio je cjelokupnog zdravlja i značajno utječe na zdravstveno stanje pojedinca, obitelji, a i šire populacije.

Poremećaji mentalnog zdravlja jednak su zdravstveni problem kao i poremećaji tjelesnog zdravlja. Prema podacima SZO 10-20 % djece ima poremećaj mentalnog zdravlja, a 50 % psihijatrijskih bolesti razvije se i progredira već u vrijeme djetinjstva i adolescencije (2). Psihički poremećaji su vodeći uzrok dizabiliteta mladih u cijelom svijetu. Neliječeni psihički poremećaji negativno utječu na razvoj djece, njihovo školsko postignuće i potencijal da žive ispunjen i produktivan život (3). Izostanak prepoznavanja i liječenja mentalnih bolesti može imati tragične posljedice, kao što je samoubojstvo. Suicid je na drugom mjestu uzroka smrtnosti u dobnoj skupini od 15 do 24 godina (4). Djeca s mentalnim poremećajima izložena su brojnim preprekama u društvu zbog stigme, izolacije i diskriminacije, kao i nedostatka pri-

stupa skrbi za mentalno zdravlje te kršenju svojih osnovnih ljudskih prava.

Zbog visoke prevalencije, početka u djetinjstvu i adolescenciji, narušavanja kvalitete života kako djece tako i njihove obitelji, mentalni poremećaji djece i mladih su jedan od najvažnijih javnozdravstvenih problema u svijetu te se sve više pažnje obraća očuvanju i unaprjeđenju mentalnog zdravlja djece i adolescenata. Zaštita mentalnog zdravlja obuhvaća mjere i aktivnosti u nekoliko ključnih područja djelovanja: promocija i unaprjeđenje mentalnog zdravlja, prevencija, rano prepoznavanje, liječenje i rehabilitacija mentalnih poremećaja. Aktivnosti se usmjeravaju prema cjelokupnoj populaciji te posebno prema rizičnim i vulnerabilnim skupinama kao što su djeca.

Promocija mentalnog zdravlja uključuje aktivnosti usmjerene na podizanje svjesnosti o važnosti mentalnog zdravlja kao dijela općega zdravlja, unaprjeđenju mentalnog zdravlja jačanjem zaštitnih čimbenika i smanjivanjem čimbenika koji mu štete te razumijevanju problema mentalnog zdravlja i duševnih/mentalnih poremećaja. Učinkovite mjere promocije rezultiraju boljom kvalitetom života, boljim socijalnim funkcioniranjem, smanjenjem ljudske patnje te nižom incidencijom i prevalencijom duševnih/mentalnih poremećaja.

U prepoznavanju problema mentalnog zdravlja djece i adolescenata važna je uloga odra-



slih, roditelja/skrbnika i ostalih odraslih osoba koje skrbe o djeci (nastavnici, odgojitelji, socijalni radnici i sl.). Međutim, odrasli često nemaju sposobnosti prepoznati poremećaje mentalnog zdravlja djece i mladih zbog nedostatka znanja ili negiranja težine i ozbiljnosti problema i potrebe liječenja.

Probir (engl. *screening*) nekog poremećaja ili bolesti je primjeren i preporuča se ako to stanje uzrokuje značajan morbiditet i mortalitet, a može se adekvatno liječiti, prevalencija nije preniska te je ključno rano prepoznavanje. Poremećaji mentalnog zdravlja zbog svoje visoke prevalencije, značajnog morbiditeta i mortaliteta, brojnih mogućnosti liječenja temeljenih na dokazima zadovoljavaju kriterije za provođenje probira. Sveobuhvatni probir je prvi korak u ranoj intervenciji za probleme mentalnog zdravlja djece i adolescenata. Probir omogućuje aktivno propitivanje roditelja i djece/adolescenata o njihovom mentalnom zdravlju i problemima o čemu se rijetko govori i raspravlja u svakodnevnom životu i zdravstvenoj skrbi.

Škole su već dugo prepoznate kao prikladno mjesto za provođenje programa prevencije mentalnog zdravlja djece i adolescenata (5). Zbog svoje organizacijske strukture u školama je moguć jednostavan dohvat velikog broja djece i njihovih roditelja za provođenje programa probira. Stoga, škole imaju važno mjesto u ranoj detekciji problema mentalnog zdravlja izvan sustava zdravstvene skrbi.

Program probira problema mentalnog zdravlja djece u Hrvatskoj proveo je 2010. godine Nastavni zavod za javno zdravstvo Primorsko-goranske županije, Odjel za mentalno zdravlje, prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti i Odjel školske medicine za učenike 7. razreda Grada Rijeke (6). Program je obuhvaćao primjenu jednostavnog i kratkog upitnika pod nazivom „Moje snage i poteškoće“ (7) koji su popunjavala samo djeca u okviru redovnog kalendara sistematskih pregleda i cijepljeni uz suradnju Službe školske medicine Zavoda,

stručne službe škola te uz podršku Grada Rijeke i Primorsko-goranske županije. Od 1900 obuhvaćene djece, 15,8 % djece s povišenim rezultatima na upitniku pozvano je na dodatni razgovor u Savjetovalište za mlade. Odaziv u savjetovalište bio je oko 30-40 %. U Savjetovalištu su djeca i roditelji upućeni u mogućnost uključivanja u neke od aktivnosti koje im mogu koristiti u rješavanju trenutnih ili sprječavanju budućih teškoća.

Cilj ovog rada je prikazati provedbu i rezultate pilot projekta „Probir i rana detekcija psihičkih odstupanja/poremećaja kod djece u predškolskim ustanovama i adolescenata u osnovnim školama Grada Zagreba“ koji je proveden tijekom 2016. godine.

## **PROBNI PROJEKT „PROBIR I RANA DETEKCIJA PSIHIČKIH Odstupanja/ POREMEĆAJA KOD DJECE U PREDŠKOLSKIM USTANOVAMA I ADOLESCENATA U OSNOVNIM ŠKOLAMA GRADA ZAGREBA“**

Cilj probnog projekta „Probir i rana detekcija psihičkih odstupanja/poremećaja kod djece u predškolskim ustanovama i adolescenata u osnovnim školama Grada Zagreba“ bio je edukativnim aktivnostima (predavanje i tiskana brošura) upoznati roditelje, stručne suradnike, nastavnike i odgajatelje s karakteristikama normalnog psihičkog razvoja rane dječje dobi, školske dobi, predadolescencije i adolescencije, najčešćim odstupanjima mentalnog zdravlja djece u različitim razvojnim periodima, ranim znakovima poremećaja te utjecaju različitih psihičkih poremećaja na cjelokupni socioemocionalni razvoj i psihosocijalno funkcioniranje djece.

U sklopu projekta provodio se probir mentalnog zdravlja i poteškoća djece u dobi od pet godina i učenika šestih razreda osnovne škole korištenjem samoocjenskih upitnika koje su is-

punili roditelji i učenici. Probirom su bila obuhvaćena djeca u vulnerabilnim razdobljima razvoja (predškolska dob, rana adolescencija) kako bi se što ranije detektirala djeca s visokim rizikom te uputila na daljnju kliničku procjenu i tretman, kako bi se adekvatnim intervencijama omogućila redukcija smetnji, normalan razvoj i ostvarivanje razvojnih zadataka (separacija, socioemocionalna zrelost za polazak u školu i adaptacija na školu za djecu predškolske dobi, odnosno adaptacija na nove zahtjeve školovanja u sedmom razredu, socijalizacija, formiranje identiteta za rane adolescente).

Suglasnost za provođenje pilot projekta dalo je Ministarstvo zdravlja na temelju pozitivnog mišljenja Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, Ministarstvo znanosti, obrazovanja i sporta na temelju pozitivnog mišljenja Agencije za odgoj i obrazovanje te Gradski ured Grada Zagreba za obrazovanje, kulturu i sport. Probni projekt provodio se tijekom 2016. godine

## METODE

### Ispitanici

Probni projekt se provodio u redovnim vrtićima i osnovnim školama Grada Zagreba. Ukupno je bilo uključeno 8 dječjih vrtića i 12 osnovnih škola iz različitih gradskih četvrti. U ostalim gradskim četvrtima nije bilo odaziva vrtića i škola za sudjelovanje ni nakon dva poziva. U probni projekt bila su uključena djeca u dobi od pet godina u vrtićima, odnosno njihovi roditelji, te učenici šestih razreda osnovne škole i njihovi roditelji.

### Instrumenti

*Upitnik sociodemografskih podataka* strukturiran je za potrebe ovog istraživanja te je uključivao sljedeće podatke: dob i spol djeteta, dob roditelja, obrazovanje i zaposlenost roditelja, broj ostale djece u obitelji, materijalno

stanje obitelji (subjektivna procjena roditelja), tjelesna bolest djeteta, ranije psihijatrijsko liječenje djeteta, školski uspjeh u 5. razredu (za učenike).

*Upitnik snaga i poteškoća djeteta (The Strengths and Difficulties Questionnaire – SDQ)* (7) namijenjen je za procjenu emocionalnih i ponašajnih teškoća djece i adolescenata, ali i za procjenu snaga. Upitnik se sastoji od 25 čestica koje su grupirane u pet ljestvica: prosocijalno ponašanje, hiperaktivnost, emocionalni problemi, problemi u ponašanju i problemi sa vršnjacima. Svaka podljestvica sastoji se od 5 čestica. Odgovori se daju na ljestvici od tri stupnja (0 – *nije istina*, 1 – *djelomično je istina* i 2 – *istina je*). Postoji verzija ovog upitnika za procjenu od strane roditelja i nastavnika za dob od 4 do 16 godina te za samoprocjenu djece (11-16 godina). Procjenjuje se stupanj prisutva određenog problema (nema rizika, srednji rizik, visok rizik). Unutrašnja pouzdanost ljestvice je zadovoljavajuća (Cronbach alfa 0,73), a korelacija s drugim upitnicima i testovima (*Youth Self-Report; Children's Depression Inventory; Revised Children's Manifest Anxiety Scale; Child version of the ADHD Questionnaire*) je visoka ( $p=0,50-0,80$ ) (7).

*Ljestvica depresivnosti za djecu (Children's Depression Inventory – CDI)* (8, 9) sadrži 27 čestica koje obuhvaćaju širok raspon kognitivnih, bihevioralnih i neurovegetativnih simptoma depresivnosti kod djece. Svaka čestica sadrži tri tvrdnje koje se odnose na čestinu ili intenzitet pojedinog simptoma. Dijete bira onu tvrdnju koja najbolje opisuje njegove misli i osjećaje u posljednja dva tjedna. Odgovori se boduju sa 0, 1 ili 2 boda, što omogućuje raspon rezultata od 0 do 54 boda, pri čemu viši rezultat upućuje na višu depresivnost. Ljestvica je namijenjena ispitanicima od 8 do 17 godina i najčešće se upotrebljava kao jednodimenzionalna mjera depresivnosti. Koeficijent pouzdanosti Cronbach alfa kreće se od 0,71 do 0,94 za neselekcioniranu populaciju (8,9).

## Postupak

Poziv za sudjelovanje u probnom projektu upućen je po jednom vrtiću i osnovnoj školi izabranim slučajnim odabirom u svakoj gradskoj četvrti Grada Zagreba. U slučaju da pozvani vrtić/škola u pojedinoj gradskoj četvrti nije iskazao interes za sudjelovanjem u probnom projektu, poziv je upućen drugom vrtiću/školi iz iste gradske četvrti, također, određenim slučajnim odabirom.

Nakon iskazivanja interesa vrtića i škola, u vrtićima i školama je provedena najprije edukacija odgajatelja i nastavnika, a potom i roditelja o mentalnom zdravlju i poteškoćama u djece i adolescenata putem predavanja i tiskane brošure. Nakon predavanja za roditelje, održano je predstavljanje probnog projekta. Roditelji su nakon potpisivanja informiranog pristanka grupno ispunili upitnike (Upitnik sociodemografskih podataka i Upitnik snaga i poteškoća djeteta). Učenici šestog razreda osnovne škole, za koje su roditelji potpisali informirani pristanak te su sami usmeno iskazali pristanak za sudjelovanje u probnom projektu, su tijekom sata razrednika uz prisutnost suradnika na probnom projektu ispunili upitnike (Upitnik snaga i poteškoća djeteta i Ljestvica depresivnosti za djecu).

Upitnici su bodovani prema hrvatskim normativnim podacima. Za učenike 6. razreda kriterij za povišene rezultate bila je metoda „ili“, tj. rezultat se smatrao povišenim ako je bio povišen kod jednog od procjenjivača (ili roditelj ili dijete) (10). Rezultati probira dostavljani su isključivo roditeljima prema njihovoj želji (osobno, poštom, e-poštom). U slučaju povišenih rezultata na upitnicima (visok rizik za problem mentalnog zdravlja djeteta – bilo koji poremećaj, emocionalni poremećaj, poremećaj ponašanja, hiperaktivnost), roditeljima je data preporuka za javljanje liječniku primarne zdravstvene zaštite (PZZ) (pedijatar, liječnik obiteljske ili školske medicine) na daljnju procjenu i eventualno upućivanje stručnjaku za mentalno zdravlje (klinički psiholog, dječji psihijatar) u ustanovi prema

želji roditelja prema mišljenju liječnika PZZ. U slučaju graničnih rezultata (srednji rizik za probleme mentalnog zdravlja) preporuka je bila ponoviti ispunjavanje upitnika nakon 6 mjeseci.

## REZULTATI

U vrtićima se na edukativno predavanje za roditelje odazvao 231 roditelj od 1010 djece (22,8 %), dok je u probiru pristalo sudjelovati 136 (13,4 %) roditelja djece u dobi od pet godina. U školama je na predavanju sudjelovalo 288 od 698 roditelja (41,2 %) te je 156 (22,4 %) roditelja pristalo da oni i njihova djeca ispune upitnike. Prosječna dob djece u vrtićima bila je 5,23 godine ( $SD=0,50$ ), dok je u školama iznosila 12,15 godina ( $SD=0,44$ ). Udio dječaka u vrtićima bio je 52,2 %, a u školama 48,1 %.

Tablica 1. prikazuje sociodemografske karakteristike ispitanika u vrtićima. Većina djece u vrtićima živi s oba roditelja (85,3 %), dok 14,7 % djece živi samo s majkama. Većina majki je zaposlena (89,0 %), a oko polovine majki ima visoku stručnu spremu (51,5 %) i oko trećina majki srednju stručnu spremu (36,0 %). Također, većina očeva djece u vrtićima je zaposlena (91,9 %), a oko trećine očeva ima visoku stručnu spremu (35,3 %) i oko polovine srednju stručnu spremu (52,2 %). Prema subjektivnoj procjeni roditelja materijalno stanje obitelji je u oko polovine dobro (51,5 %), u oko trećine vrlo dobro (37,5 %), dok 7,4 % roditelja izvještava da je ono izvrsno i 2,9 % da je loše. Oko jedna četvrtina obitelji (23,3 %) ima samo jedno dijete, a nešto više od polovine obitelji (56,6 %) ima dvoje djece. Kroničnu tjelesnu bolest djeteta (astma, alergija, epilepsija i sl.) navodi 6,6 % roditelja, a raniji psihijatrijski pregled ili liječenje djeteta 4,4 % roditelja.

Tablica 2. prikazuje sociodemografske karakteristike ispitanika u osnovnim školama: 80 % djece živi s oba roditelja, dok 12,8 % živi samo s jednim roditeljem (majkom ili ocem), a 6,4 % u obiteljskim zajednicama s jednim roditeljem

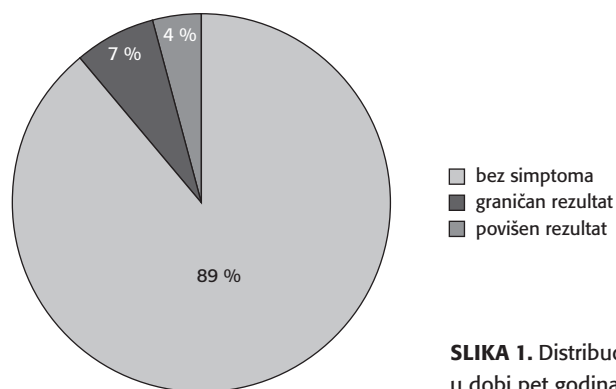
**TABLICA 1.** Sociodemografske karakteristike ispitanika probnog projekta u vrtićima (n=136)

Karakteristika		Frekvencija	Postotak
<b>Spol</b>	muško	71	52,2 %
	žensko	65	47,8 %
<b>Stručna sprema majke</b>	NKV	1	0,7 %
	SSS	49	36,0 %
	VŠS	15	11,0 %
	VSS	70	51,5 %
<b>Radni status majke</b>	zaposlena	121	89,0 %
	nezaposlena	12	8,8 %
	ostalo	2	1,5 %
<b>Stručna sprema oca</b>	NKV	4	2,9 %
	SSS	71	52,2 %
	VŠS	11	8,1 %
	VSS	48	35,3 %
<b>Radni status oca</b>	zaposlen	125	91,9 %
	nezaposlen	6	4,4 %
	u mirovini	3	2,2 %
	ostalo	1	0,7 %
<b>S kim dijete živi</b>	oba roditelja	116	85,3 %
	jedan roditelj – majka	20	14,7 %
	jedan roditelj – otac	0	0 %
	jedan roditelj i očuh/maćeha	0	0 %
	Udomiteljska obitelj	0	0 %
<b>Materijalno stanje obitelji</b>	loše	4	2,9 %
	dobro	70	51,5 %
	vrlo dobro	51	37,5 %
	izvrsno	10	7,4 %
<b>Broj djece u obitelji</b>	1	33	24,3 %
	2	77	56,6 %
	3	20	14,7 %
	≥ 4	5	3,7 %
<b>Kronična tjelesna bolest djeteta</b>	da	9	6,6 %
	ne	125	91,9 %
<b>Raniji psihijatrijski pregled/liječenje djeteta</b>	da	6	4,4 %
	ne	129	94,9 %

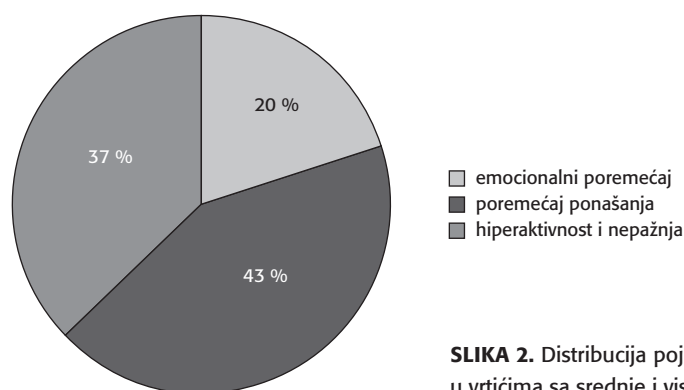
**TABLICA 2.** Sociodemografske karakteristike ispitanika probnog projekta u osnovnim školama (n=156)

Karakteristika		Frekvencija	Postotak
<b>Spol</b>	muško	75	48,1 %
	žensko	81	51,9 %
<b>Stručna sprema majke</b>	NKV	4	2,6 %
	SSS	69	44,2 %
	VŠS	17	10,9 %
	VSS	65	41,7 %
<b>Radni status majke</b>	zaposlena	138	88,5 %
	nezaposlena	15	9,6 %
	ostalo	3	1,9 %
<b>Stručna sprema oca</b>	NKV	7	4,5 %
	SSS	79	50,6 %
	VŠS	12	7,7 %
	VSS	55	35,3 %
<b>Radni status oca</b>	zaposlen	130	83,3 %
	nezaposlen	11	7,1 %
	u mirovini	11	7,1 %
	ostalo	3	1,9 %
<b>S kim dijete živi</b>	oba roditelja	125	80,1 %
	jednim – majka	19	12,2 %
	jednim – otac	1	0,6 %
	jedan roditelj i očuh/maćeha	10	6,4 %
	udomiteljska obitelj	1	0,6 %
<b>Materijalno stanje obitelji</b>	loše	7	4,5 %
	dobro	80	51,3 %
	vrlo dobro	57	36,5 %
	izvrsno	11	7,1 %
<b>Broj djece u obitelji</b>	1	23	14,7 %
	2	93	59,6 %
	3	30	19,2 %
	≥ 4	8	5,1 %
<b>Školski uspjeh u 5. razredu</b>	2	1	0,6 %
	3	4	2,6 %
	4	52	33,3 %
	5	97	62,2 %
<b>Tjelesna bolest djeteta</b>	da	27	17,3 %
	ne	128	82,1 %
<b>Raniji psihijatrijski pregled/liječenje djeteta</b>	da	22	14,1 %
	ne	132	84,6 %

i očuhom/maćehom. Većina majki je zaposlena (88,5 %), te podjednak dio majki ima visoku stručnu spremu (41,7 %) i srednju stručnu spremu (44,2 %). Također, većina očeva je zaposlena (83,3 %), dok je jednak dio očeva nezaposlen (7,1 %) ili u mirovini (7,1 %). Polovina očeva ima srednju stručnu spremu (50,6 %), a oko trećina visoku stručnu spremu (35,3 %). Oko polovina roditelja (51,3 %) smatra da je materijalno stanje njihovih obitelji dobro, oko trećina (36,5%) da je vrlo dobro, a 4,5 % loše i 7,1 % izvrsno. Oko 60 % učenika živi u obiteljima s dvoje djece, oko 15 % u obiteljima s jednim djetetom, dok je u oko 20 % obitelji učenika troje djece i u oko 5 % obitelji četvero i više djece. Školski uspjeh u 5. razredu bio je odličan u oko dvije trećine učenika (62,2 %), te vrlo dobar u oko trećine učenika (33,3 %), dok je manji broj učenika ostvario dobar (2,6 %) i dovoljan (0,6 %) uspjeh. Kroničnu tjelesnu bolest ima 17,3 % učenika, a 14,1 % učenika je ranije bilo na psihijatrijskom pregledu ili nekom obliku liječenja.



**SLIKA 1.** Distribucija rezultata na Upitniku snaga i poteškoća djeteta djece u dobi pet godina u vrtićima (n=136)



**SLIKA 2.** Distribucija pojedinih psihičkih poremećaja kod petogodišnjaka u vrtićima sa srednje i visoko izraženim psihičkim problemima (n=30)

## Rezultati probnog projekta u vrtićima

Prema procjeni roditelja 122 djece u dobi od pet godine u vrtićima (89,7 %) nema probleme mentalnog zdravlja, 8 (5,9 %) ih ima graničan rezultat (srednji rizik za neki od problema mentalnog zdravlja), a 6 (4,4 %) povišen rezultat (sl. 1). Dakle, 14 djece (10,3 %) ima simptome psihičkog poremećaja, odnosno granični i visoki rizik za neki psihički poremećaj.

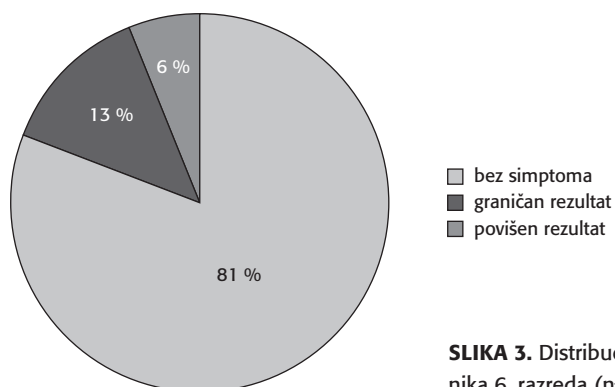
Sl. 2. prikazuje zastupljenost pojedinih psihičkih problema kod petogodišnjaka sa srednjim i visoko izraženim psihičkim problemima (n=30). Kod 6 (20 %) djece prisutni su simptomi emocionalnog poremećaja (anksioznosti, depresija), kod 13 (43,3 %) simptomi poremećaja ponašanja, a kod 11 (36,6 %) simptomi hiperaktivnosti i nepažnje.

Prevalencija emocionalnog poremećaja u petogodišnjaka iznosi 4,4 %, poremećaja ponašanja 9,6 % te hiperaktivnosti i nepažnje 8,0 %. U 4 % djece sa srednjom i visokom izraženošću psihičkih problema nađen je komorbiditet, tj. rizik za dva psihička poremećaja.

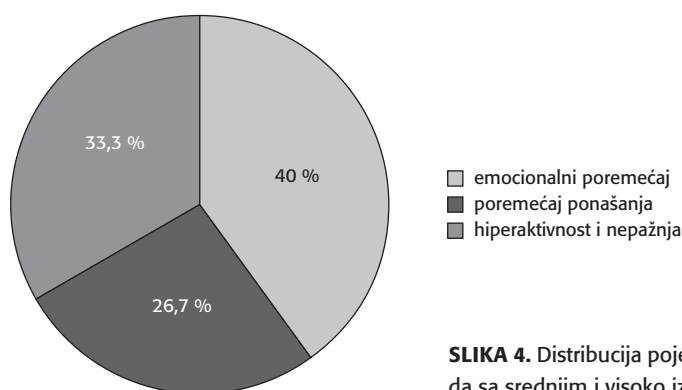
Prema procjeni roditelja na SDQ dječaci imaju značajno višu razinu ukupnog stresa ( $t=2,37$ ,  $df=134$ ,  $p<0,05$ ), problema ponašanja ( $t=2,37$ ,  $df=134$ ,  $p<0,05$ ), hiperaktivnosti i nepažnje ( $t=2,13$ ,  $df=134$ ,  $p<0,05$ ), te problema slaganja s drugom djecom ( $t=2,04$ ,  $df=134$ ,  $p<0,05$ ) od djevojčica. Međutim, hi-kvadrat testom nije dobivena statistički značajna razlika između dječaka i djevojčica u prisutnosti psihičkog poremećaja (srednji i visoki rizik za bilo koji poremećaj) ( $\chi^2=1,41$ ,  $df=2$ ,  $p=0,493$ ). Također, nije dobivena statistički značajna povezanost niti jedne sociodemografske varijable s razinom ukupnog stresa na SDQ prema procjeni roditelja.

## Rezultati probnog projekta u osnovnim školama

Kod učenika 6. razreda nalazimo da 126 djece (80,8 %) nema simptome psihičkih smetnji, 9 (5,8 %) ih ima graničan, a 21 (13,5 %) povišen rezultat (sl. 3.). Dakle, 19,3 % djece u 6. razredu



**SLIKA 3.** Distribucija rezultata na Upitniku snaga i poteškoća djeteta učenika 6. razreda ( $n=156$ )



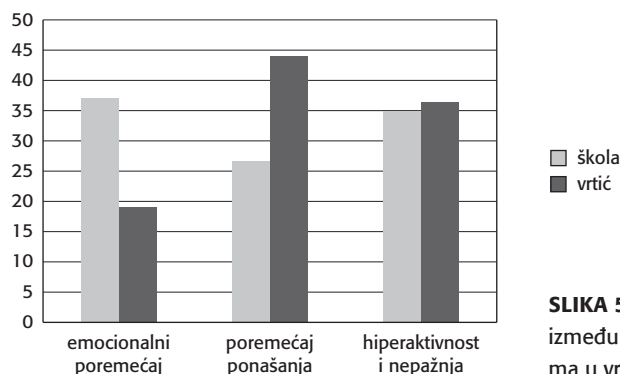
**SLIKA 4.** Distribucija pojedinih psihičkih poremećaja kod učenika 6. razreda sa srednjim i visoko izraženim psihičkim problemima ( $n=30$ )

osnovne škole ima granično i visoko izražene simptome psihičkog poremećaja.

Zastupljenost psihičkih poremećaja u skupini učenika sa srednjim i visokim rizikom je sljedeća: kod 12 (40 %) djece prisutni su simptomi emocionalnog poremećaja (anksioznosti, depresija), kod 8 (27 %) simptomi poremećaja ponašanja, a kod 10 (35 %) simptomi hiperaktivnosti i nepažnje (sl. 4). Komorbiditet, tj. rizik za dva psihička poremećaja nađen je kod 4 % učenika koji imaju srednje i visoko izražene probleme mentalnog zdravlja.

Prevalencija emocionalnog poremećaja kod dvanaestogodišnjaka iznosi 7,7 %, poremećaja ponašanja 5,1 % te hiperaktivnosti i nepažnje 6,4 %.

Prema procjeni roditelja na SDQ dječaci imaju višu razinu ukupnog stresa ( $t=2,09$ ,  $df=154$ ,  $p<0,05$ ) i problema u ponašanju ( $t=1,97$ ,  $df=154$ ,  $p<0,05$ ) te hiperaktivnosti i poteškoća koncentracije ( $t=3,79$ ,  $df=154$ ,  $p<0,01$ ) od djevojčica. Također, hi-kvadrat testom dobi-



**SLIKA 5.** Razlike u izraženosti pojedinih psihičkih poremećaja između djece sa srednje i visoko izraženim psihičkim problemima u vrtićima i školama u postotcima

je se da je prema procjeni roditelja na SDQ značajno više dječaka imalo srednji rizik za hiperaktivnost nego djevojčice ( $\chi^2=4,63$ ,  $df=1$ ,  $p<0,05$ ).

Djevojčice u 6. razredu su prema vlastitoj procjeni na SDQ upitniku imale značajno višu razinu emocionalnih problema ( $t=-2,39$ ,  $df=151$ ,  $p<0,05$ ) nego što to procjenjuju dječaci i više su sklone dobronamjernom i korisnom ponašanju ( $t=2,3$ ,  $df=151$ ,  $p<0,05$ ) od dječaka.

Usporedbom samoprocjena učenika 6. razreda i procjena roditelja dobije se značajna povezanost na svim podljestvicama SDQ upitnika, pri čemu je najviše povezana procjena poteškoća slaganja s drugom djecom ( $r=0,617$ ), a najmanje kod procjene utjecaja poteškoća na život djeteta ( $r=0,248$ ). Općenito, korelacije se kreću od umjerenih do snažnih (tablica 3).

Na ljestvici depresivnosti za djecu kod 8 učenika (5,1 %) dobiven je granični rezultat, a kod 10 (6,4 %) klinički značajno povišeni simptomi depresije. Depresivni simptomi, bilo granični ili klinički značajni, prisutni su kod 11,5 %

**TABLICA 3.** Povezanost procjena roditelja i samoprocjena učenika 6. razreda na podljestvicama SDQ

Procjena	Povezanost (r)
Ukupni stres	0,541**
Emocionalna potresenost	0,381**
Poteškoće u ponašanju	0,293**
Hiperaktivnost i poteškoće koncentracije	0,595**
Poteškoće slaganja s drugom djecom	0,617**
Dobronamjerno i korisno ponašanje	0,479**
Utjecaj poteškoća na djetetov život	0,248**

\*\* sve korelacije značajne su uz razinu rizika  $p<0,01$

učenika 6. razreda, tj. gotovo svako dvanaesto djetete ima simptome depresije.

Rezultati regresijske analize pokazuju da je od svih sociodemografskih varijabli za predviđanje ukupnog stresa na SDQ i ukupnog rezultata na ljestvici depresivnosti CDI značajan samo školski uspjeh. Za ukupni stres na SDQ ( $R=582,26$ ,  $F=3,193$ ,  $p<0,01$ ) školski uspjeh objašnjava 20 % varijance, a u slučaju depresivnosti ( $R=671,26$ ,  $F=2,455$ ,  $p<0,01$ ) školski uspjeh objašnjava 17 % varijance (tablica 4).

**TABLICA 4.** Regresijska analiza utjecaja sociodemografskih faktora na ukupni stres i depresivnost učenika 6. razreda

Kriteriji	Prediktor: školski uspjeh				
	R	R <sup>2</sup>	F	df	p
Ukupan stres	582,26	0,209	3,193	11	0,001**
Depresivnost	671,26	0,170	2,455	11	0,008**

Legenda: R = koeficijent multiple korelacije, R<sup>2</sup> = koeficijent determinacije, F = F omjer koeficijenta determinacije, df = stupnjevi slobode  
\*\* značajnost na razini 0,01



## Usporedba rezultata u vrtićima i školama

Usporedba rezultata na SDQ prema procjeni roditelja petogodišnjaka i učenika 6. razreda osnovne škole pokazala je da su djeca u vrtiću jedino imala statistički značajno veću razinu problema ponašanja ( $t=2,93$ ,  $df=290$ ,  $p<0,05$ ) od učenika. Učenici 6. razreda su imali statistički značajno višu razinu emocionalnih problema ( $t=2,69$ ,  $df=290$ ,  $p<0,05$ ), problema slaganja s vršnjacima ( $t=-3,58$ ,  $df=290$ ,  $p<0,01$ ), utjecaja poteškoća na život djeteta ( $t=-2,98$ ,  $df=290$ ,  $p<0,05$ ), ali i višu razinu dobronamjernog i korisnog ponašanja ( $t=2,10$ ,  $df=290$ ,  $p<0,05$ ). Međutim, na hi-kvadrat testu razlike između ovih dviju dobrih skupina nisu dosegnule statistički značajnu razinu ni za jednu skupinu poremećaja za djecu sa srednje i visoko izraženim psihičkim problemima (emocionalni poremećaj  $\chi^2=4,68$ ,  $df=2$ ,  $p=0,097$ ; poremećaj ponašanja  $\chi^2=2,50$ ,  $df=2$ ,  $p=286$ ; hiperaktivnost i nepažnja  $\chi^2=0,325$ ,  $df=1$ ,  $p=0,569$ ).

## RASPRAVA

Rezultati provedenog probnog projekta u predškolskim ustanovama i osnovnim školama Grada Zagreba u skladu su s podacima SZO o učestalosti problema mentalnog zdravlja u djece do 18 godina (1, 3). U oko 11 % djece u dobi od pet godina te gotovo 20 % djece u ranoj adolescenciji utvrđeni su problemi mentalnog zdravlja srednjeg do visokog intenziteta. Nalazi ovog probnog projekta potvrđuju važnost probira psihopatologije u doba djetinjstva i adolescencije te javnozdravstvenih programa usmjerenih na povećanje svijesti o mentalnom zdravlju djece, roditelja i školskog osoblja.

Odaziv na sudjelovanje u probnom projektu roditelja petogodišnjaka za edukativne aktivnosti bio je oko 20 %, dok je tek 13,4 % roditelja pristalo na probir. U školama se oko 40 % roditelja uključilo u edukativne aktivnosti, a tek je 22,4 % roditelja pristalo na probir. Re-

lativno mali odaziv roditelja na sudjelovanje u probnom projektu, a naročito na probir za probleme mentalnog zdravlja svoje djece, ukazuje u prilog izraženosti stigme povezane već i sa samom temom mentalnog zdravlja. Stigma povezana s problemima mentalnog zdravlja često je glavni uzrok odgađanja traženja pomoći, progresije psihičkih smetnji i značajne disfunkcionalnosti (11). Kada se psihičke smetnje jave u doba djetinjstva i adolescencije one remete socioemocionalni razvoj djeteta i prognoza je kod izostanka adekvatnog liječenja značajno lošija (2). Danas se većina mentalnih poremećaja može uspješno liječiti i mnoga djeca mogu nastaviti svoj život u zajednici (12). Nedostatak znanja i razumijevanja psihičkih bolesti pridonosi stigmati i javnozdravstvene aktivnosti trebaju biti usmjerene upravo na prosvjećivanje stanovništva o važnosti mentalnog zdravlja za cjelokupno zdravlje te ranih znakova mentalnih poremećaja (11).

Za probir psihopatologije u ovom probnom projektu korišteni su samoocjenski upitnici. Iako je najpouzdaniji način probira psihopatologije djece i adolescenata uporaba strukturiranih i semi-strukturiranih kliničkih intervjua, ova je metoda vremenski i ekonomski zahtjevnija (13). Samoocjenski upitnici su jednostavna, pouzdana i ekonomski prihvatljiva metoda probira psihopatologije djece i adolescenata (13). Stoga su u ovom probnom projektu korišteni samoocjenski upitnici koji se široko primjenjuju u svijetu te imaju verzije za roditelje, nastavnike i adolescente (7,8). Istraživanja pokazuju da je veća usklađenost između ocjenjivača za eksternalizirane (ponašajne) probleme nego za internalizirane (emocionalne) probleme te da su rezultati procjene roditelja značajno viši od rezultata nastavnika (10,14). To pokazuje da su roditelji značajan izvor informacija o problemima svoje djece. Također, nađeno je da adolescenti sami imaju najveći rezultat na ljestvicama za procjenu ukupne psihopatologije, eksternaliziranih pro-

blema te pogotovo internaliziranih problema (15). To potvrđuje da adolescenti mogu biti pouzdan izvor informacija o vlastitim psihičkim problemima, a naročito emocionalnim koji su teško vidljivi i prepoznatljivi drugim značajnim osobama. U okviru probnog projekta procjenu psihopatologije davali su roditelji za djecu predškolske dobi i rane adolescencije te sami učenici 6. razreda. Za procjenu roditelja i učenika 6. razreda dobivena je značajna povezanost na svim podljestvicama SDQ upitnika, a korelacije su se kretale od umjerenih do visokih. Korelacija između procjene emocionalnih teškoća od strane roditelja i učenika bila je umjerena. S obzirom da je ranijim istraživanjima utvrđeno da adolescenti sami najbolje izvještavaju o svojim emocionalnim poteškoćama, u okviru probira su učenici sami procjenjivali stupanj depresivnosti. Ovo istraživanje, stoga, potvrđuje korisnost prikupljanja podataka iz različitih izvora kada je riječ o problemima mentalnog zdravlja djece, a osobito u ranoj adolescenciji.

Kod predškolske djece u dobi od pet godina najučestaliji su bili problemi ponašanja te hiperaktivnosti i nepažnje. Iako se djevojčice i dječaci nisu razlikovali po učestalosti problema mentalnog zdravlja (srednji i visoki rizik za bilo koji poremećaj), razina problema ponašanja i hiperaktivnosti bila je značajno više izražena u dječaka. Navedeni rezultati su u skladu s podacima iz literature za eksternalizirane probleme predškolske djece (16). Eksternalizirani problemi su najučestaliji problemi mentalnog zdravlja i razlog traženja stručne pomoći u djece od najranije dobi do adolescencije (17,18). Dječaci već od predškolske dobi pokazuju više konflikata, kompetitivno-agresivnih oblika interakcija s vršnjacima i fizičke agresije od djevojčica (19). Otvorena agresija u djevojčica u ovoj dobi je rijetka, a ako djevojčice iskazuju smetnje ponašanja s prkošenjem i suprotstavljanjem, tada se radi o teškim oblicima disregulacije i oštećenja funkcioniranja

(20). Stoga probir može biti dobar način identifikacije djece predškolske dobi s rizikom za probleme ponašanja kako bi se pravovremeno uključili u ranu intervenciju usmjerenu na usvajanje adekvatnijih obrazaca ponašanja te time omogućili skladniji razvoj, polazak i adaptaciju na školu i zahtjeve koje nosi školsko razdoblje.

Hiperaktivnost sa simptomima nepažnje i impulzivnosti je osnovna karakteristika hiperkinetskog poremećaja. Hiperkinetski poremećaj je neurorazvojni poremećaj čiji se simptomi zamjećuju već u predškolskoj dobi. Neliječen hiperkinetski poremećaj u predškolskoj dobi povezan je s nizom negativnih psihosocijalnih ishoda za dijete, naročito dječake, kao što su akademski neuspjeh (21), psihički poremećaji, ovisnosti i problemi sa zakonom u adolescenciji i odrasloj dobi (22-25). Također, osobe s hiperkinetskim poremećajem značajno više koriste zdravstvenu skrb od djetinjstva pa nadalje (26). Stoga probir simptoma hiperkinetskog poremećaja u predškolsko doba može olakšati ranu detekciju i intervenciju kako bi se smanjio morbiditet, naročito u dječaka.

Rezultati ovog probnog istraživanja pokazuju da gotovo svako peto dijete od djece sa srednjim ili visokim rizikom za psihički poremećaj u dobi od pet godina ima rizik za emocionalni poremećaj. Epidemiološka istraživanja navode da je prevalencija emocionalnih poremećaja u ranoj dječjoj dobi slična onoj u starije djece i iznosi 6-20 % te potvrđuju umjerenu stabilnost simptoma u adolescentnu i odraslu dob (27,28). S obzirom da je prevalencija depresije u predškolske djece od 0,3 % do 2,1 % (16,29), uglavnom se radi o anksioznim poremećajima i to separacijskoj anksioznosti, socijalnoj i generaliziranoj anksioznosti. Za razliku od eksternaliziranih poremećaja, prevalencija anksioznih poremećaja je veća u djevojčica već od predškolske dobi, dok je učestalost depresije u predškolaraca podjednaka u oba spola (27). Međutim, tek 15 % predškolske djece s emo-

cionalnim poremećajima dobiva adekvatnu skrb (30). Razlog tome je teško prepoznavanje emocionalnih poremećaja u ovoj dobi i razlikovanje od normalnih promjena raspoloženja i anksioznosti. Depresiju u predškolske djece često karakterizira iritabilan afekt, smanjeno uključivanje u igru i plačljivost. U predškolskoj dobi posebno je učestala kombinacija klinički značajne anksioznosti i subkliničkih simptoma depresije (31).

Podatak da je svega 4,4 % petogodišnjaka bilo ranije na psihološko/psihijatrijskom pregledu i/ili liječenju ukazuje na potrebu intenziviranja mjera rane detekcije u predškolskoj dobi kako bi sva djeca koja imaju povećan rizik bila upućena na sveobuhvatnu procjenu i tretman ako se utvrde teškoće. Probir što mlađe djece prvi je korak u prevenciji i liječenju težih mentalnih poremećaja (32). Rana detekcija i intervencije mogu prevenirati ili umanjiti negativne ishode mentalnih poremećaja koji narušavaju kvalitetu života u adolescenciji i odrasloj dobi, osiguravaju socijalnu kompetenciju u ranom djetinjstvu, prihvaćanje vršnjaka, kognitivni razvoj, školsko postignuće i financijsku neovisnost kako dijete sazrijeva do odrasle dobi (33). Probir predškolske djece za probleme mentalnog zdravlja podržavaju različite stručne organizacije kao što su Američka akademija za pedijatriju, Američko psihijatrijsko udruženje te Američka akademija za dječju i adolescentnu psihijatriju.

Za predviđanje problema mentalnog zdravlja petogodišnjaka ni jedna od sociodemografskih varijabli u ovom probnom projektu nije se pokazala statistički značajnom. Rizični čimbenici za probleme mentalnog zdravlja djece uključuju psihijatrijski hereditet, kvalitetu odnosa roditelj-dijete, ukupno funkcioniranje obitelji, podršku obitelji, a koji nisu bili obuhvaćeni ovim ispitivanjem i zasigurno ih je potrebno ispitati u budućim istraživanjima prevalencije psihičkog morbiditeta mlađe djece u Gradu Zagrebu i Hrvatskoj.

Rezultati probnog projekta za učenike 6. razreda pokazuju da 19,3 % djece ima probleme mentalnog zdravlja srednje do visoke razine i u skladu su s podacima SZO i epidemioloških istraživanja (10,12). Rana adolescencija je posebno vulnerabilno razdoblje za razvoj psihičkog morbiditeta zbog niza složenih razvojnih promjena na somatskom, kognitivnom, emocionalnom i socijalnom planu koje započinju u ovom razdoblju (2). Zastupljenost psihičkih problema u dvanaestogodišnjaka razlikovala se od predškolske djece. Kod dvanaestogodišnjaka naučestaliji su se pokazali emocionalni problemi, potom hiperaktivnost i problemi ponašanja. Također, uočene su spolne razlike u razini psihičkih problema pri čemu su djevojčice izvještavale o većoj razini emocionalnih problema, a za dječake su roditelji izvještavali o većoj razini problema ponašanja te hiperaktivnosti i nepažnje.

Emocionalni problemi uključuju anksioznost, depresivnost, socijalno povlačenje te psihosomatske tegobe. Očito je da se u dobi od 12 godina radi o osjetljivom razdoblju kod djevojčica kod kojih broj simptoma anksioznosti i depresije počinje ubrzano rasti (10,12,34). Razlozi povećanog rizika za anksioznost i depresiju kod djevojčica u ranoj adolescenciji mogu biti psihološke promjene, ali i socijalizacijski čimbenici (35). Djevojčice u toj dobi počinju sve više brinuti o tome kako izgledaju i što drugi o njima misle. Kod djevojčica uz povišen negativni afektivitet dolazi i do usvajanja još jednog rizičnog faktora za anksioznost, a to je izbjegavanje ustrašujućih situacija. Naime, u odgoju se kod djevojčica ne ohrabruje suočavanje i neovisnost kao kod dječaka. U odrastanju se djevojčice manje ohrabruje da budu neovisne i zauzimaju se za sebe, a više ih se nego dječake ohrabruje da budu empatične i spremne pomoći (36).

Istraživanja ukazuju da se kod približno 10 % djece i mladih može raditi o kliničkoj depresiji (37,38). Slični rezultati dobiveni su i u ovom ispitivanju u kojem je 6,5 % djece u dobi od 12

godina izvijestilo o depresivnim simptomima na CDI koji su dosegali klinički značajnu razinu, dok je 5,2 % imalo granični rezultat.

Za veću učestalost depresije kod djevojčica biološki činitelji mogu imati važnu ulogu. Pubertet je razdoblje u kojem se događaju velike hormonske promjene zbog kojih dolazi do razlika u doživljaju sebe - dječacima raste samopoštovanje jer se osjećaju snažnima i većima, a djevojčice postaju nezadovoljne sobom (35). Osim toga, djevojčice su općenito više socijalno orijentirane, ovisnije su o socijalnim odnosima te su osjetljivije na gubitke prijateljstava i podrške roditelja, nego dječaci, što ih čini više ranjivima za razvoj depresivnog poremećaja (35).

Nolen-Hoeksema i sur. (39) su pokazali da su djevojčice sklonije ruminacijskom stilu suočavanja koji je najodgovorniji za veću depresivnost, dok su dječaci više orijentirani na potiskivanje ili distrakciju misli o stresnom događaju zbog čega su njihove depresivne epizode kraće, ali i praćene s više eksternaliziranih simptoma.

U istraživanju Cooper i Goodyer (40) čak oko 50 % djece i adolescenata s dijagnosticiranim velikim depresivnim poremećajem prethodno je imalo izražen manji broj depresivnih simptoma. Rano prepoznavanje depresivnih simptoma probirom može biti prvi korak i uz pravovremene terapijske intervencije spriječiti ili odgoditi progresiju do punog kliničkog oblika depresivnog poremećaja.

Iako je korelacija između procjene roditelja i dvanaestogodišnjaka na SDQ za emocionalne teškoće bila umjerena u ovom istraživanju, može se zaključiti da ni roditelji, ni značajni drugi, ne mogu dati točnu procjenu emocionalnih stanja djeteta. Stoga je za procjenu intenziteta emocionalnih problema najispravnije koristiti samoprocjenu djeteta što je u ovom probnom projektu i učinjeno za procjenu izraženosti depresivnih simptoma. Simptomi hiperaktivnosti i nepažnje bili su na drugom

mjestu po zastupljenosti problema mentalnog zdravlja u dvanaestogodišnjaka u ovom probnom projektu. Iako se simptomi hiperkinetskog poremećaja javljaju u ranom razvoju i sa sazrijevanjem se razina njihove izraženosti smanjuje, kod određenog broja djece simptomi se nastavljaju u adolescenciji, pa čak i u odrasloj dobi (25). Rana adolescencija je, stoga, razdoblje kada je prisutnost simptoma hiperkinetskog poremećaja još uvijek vrlo visoka te onesposobljavajuća prvenstveno vezano uz školsko postignuće (22). Probir u ovoj razvojoj dobi uz ispitivanje simptoma hiperkinetskog poremećaja može biti važan radi detekcije djece koja i dalje iskazuju ovu vrstu problema mentalnog zdravlja te im je potrebno osigurati daljnji tretman ili onih kod kojih ovi simptomi ranije nisu bili uočeni te ih je potrebno uputiti na sveobuhvatnu procjenu psihofizičkog stanja i terapijske intervencije.

Podatci ovog istraživanja za probleme ponašanja u dvanaestogodišnjaka pokazuju rezultat u skladu s ranijim epidemiološkim podacima, odnosno spolne razlike u zastupljenosti eksternaliziranih problema u korist dječaka. Prevalencija poremećaja ponašanja u mladih iznosi 5 % do 14 % (10,12,38), a mnoga istraživanja su utvrdila 3 do 4 puta veću učestalost u mladićima u odnosu na djevojke. U eksternalizirana ponašanja ubrajaju se nedovoljno kontrolirana i na druge usmjerena ponašanja koja kod adolescenata uključuju prkos, bježanje, krađu, agresivnost, destruktivnost i slično. Mladići u raznim kulturama iskazuju više impulzivnosti, borbenosti i drugih nekontroliranih ponašanja nego djevojke (41).

Visoka prevalencija poremećaja ponašanja u adolescenciji te ozbiljnost posljedica koje takva ponašanja mogu imati za razvoj mladih i njihovo psihosocijalno funkcioniranje u odrasloj dobi impliciraju važnost poduzimanja pravovremenih mjera rane detekcije kako bi se poduzele i terapijske intervencije (42). U trenutku kada razina poremećaja dosegne ugro-

žavajuću razinu za mladu osobu i njezinu okolinu, spektar intervencija je značajno sužen. Probir u ranoj adolescenciji, stoga, može biti učinkovit i racionalan način detekcije mladih koji su pod povećanim rizikom za ove probleme mentalnog zdravlja i nepovoljne ishode u nastavku razvoja.

Potrebno je istaknuti kako emocionalni i ponašajni problemi u mladima nisu međusobno isključivi te je u brojnim studijama utvrđena njihova pozitivna povezanost (10,12,34,41). Učestalost komorbiditeta u ovom probnom projektu iznosila je 4 % za djecu predškolske dobi i rane adolescencije. Komorbiditet je razmjerno česta pojava te dijete istodobno može pokazivati veći broj različitih smetnji i teškoća. Meta-analiza na općoj populaciji djece i adolescenata utvrdila je da je 5,8-14,7 % djece imalo kriterije za poremećaj s prkošenjem ili poremećaj ophođenja, a 1,8-8,0 % za depresiju (43). Međutim, 22,7-83,3 % djece s depresijom imalo je zadovoljene kriterije i za poremećaje ponašanja, dok je 8,5-45,4 % djece s poremećajima ponašanja imalo zadovoljene kriterije za depresiju. Stoga, djeca koja imaju jedan mentalni poremećaj imaju veći rizik i za drugi poremećaj mentalnog zdravlja. Procjena komorbiditeta u okviru probira može biti značajna kako bi se identificirala djeca koja imaju povećani rizik za više poremećaja, a time i veći rizik za negativne ishode ako se ne uključe u adekvatan terapijski postupak.

Od dvanaestogodišnjaka koji su sudjelovali u probiru 14,1 % ih je ranije bilo na psihijatrijskom pregledu ili tretmanu. Navedeni rezultat pokazuje da probir može biti mogućnost identificiranja djece koja također imaju povećan rizik za probleme mentalnog zdravlja, a nisu bila prepoznata od odraslih osoba, roditelja ili škole.

Od svih sociodemografskih varijabli u ovom probnom projektu za predviđanje ukupnog stresa i depresivnosti djece u dobi od 12 godina značajnim se pokazao jedino školski uspjeh. Djeca s nižim školskim uspjehom imala su

veću razinu problema mentalnog zdravlja. Iako su potrebna longitudinalna istraživanja koja bi pokazala uzročno-posljedičnu povezanost problema mentalnog zdravlja i školskog neuspjeha, djeca s problemima mentalnog zdravlja imaju niz teškoća u prilagodbi na školu: manjak intrinzične motivacije, deficite u jeziku i verbalnim sposobnostima, kreativnosti i fleksibilnosti u rješavanju problema, deficite socijalnih vještina, nižu socijalnu kompetenciju, probleme u odnosima s vršnjacima i nastavnicima, loša akademska postignuća i niže ocjene, probleme u disciplini (44). S druge strane, učenici čije je školovanje obilježeno školskim neuspjehom mogu razviti emocionalne probleme, teškoće na području ponašanja i socijalnog funkcioniranja, te napuštanja škole. Uzroci školskog neuspjeha nastaju u interakciji djetetove ličnosti, obiteljske i školske sredine (44). Rezultati ovog probnog projekta potvrđuju da su djeca sa školskim neuspjehom posebno vulnerabilna za probleme mentalnog zdravlja te da je nužno uputiti ih na procjenu kako bi se utvrdile teškoće koje su u podlozi i omogućio odgovarajući tretman. Time se može ublažiti i spriječiti daljnja deterioracija mentalnog zdravlja djece te pridonijeti boljem uspjehu djece u školi, kao i skladnijem razvoju i većem zadovoljstvu djece i roditelja.

*Iako je probni projekt proveden u predškolskim ustanovama i osnovnim školama Grada Zagreba različitih gradskih četvrti, rezultati su ograničeni na urbanu populaciju i ne mogu se generalizirati za opću populaciju djece i mladih u Hrvatskoj. Potrebno je naglasiti da su razine problema mentalnog zdravlja subjektivno procjenjivane od strane roditelja i učenika. Korišteni upitnici imaju verzije i za učitelje što nije primijenjeno u ovom probnom projektu te može biti ograničenje istraživanja. Međutim, istraživanja pokazuju da traženje stručne pomoći za psihičke probleme djece ovisi najviše o percepciji roditelja o problemima svoje djece, a što je povezano sa stupnjem distresa ili*

teškoća u odgoju koje roditelji imaju s djecom koja imaju psihičke probleme, stavovima i vjerovanjima roditelja o psihičkim poremećajima, stupnju edukacije, obiteljskom stresu te vlastitim psihičkim problemima roditelja i iskustvu roditelja sa stručnom pomoći za psihičke probleme (45). Nadalje, za upućivanje djece na procjenu i tretman psihičkih problema, osim roditelja, značajnu ulogu imaju pedijatri i liječnici obiteljske medicine (46). Istraživanja pokazuju da je intervencije usmjerene na povećanje svijesti i prepoznavanja mentalnih problema bolje usmjeriti prema pedijatrima i liječnicima obiteljske medicine koji upućuju dijete na daljnju stručnu pomoć stručnjacima za mentalno zdravlje nego prema nastavnicima (46,47). Prema navedenim smjernicama iz literature u ovom probnom projektu korištena je procjena samo roditelja za petogodišnjake te roditelja i adolescenata u 6. razredima osnovne škole. Nadalje, primjena samoocjenih upitnika za probir mentalnih problema djece i adolescenata ima određena ograničenja, kao što su pristranost prisjećanja, vlastiti psihički problemi ocjenjivača, pristranost izvještavanja o teškoćama/problemima s minimiziranjem ili preneglašavanjem simptoma i njihove težine. Međutim, konkordantnost između rezultata na samoocjenskim upitnicima i ocjenama kliničara-ispitivača je prihvatljiva (48). Daljnja istraživanja prevalencije mentalnih problema djece u Gradu Zagrebu i Hrvatskoj trebala bi provjeriti dobivene rezultate na objektivnim mjerama (strukturirani klinički intervjui).

Ograničenje probnog projekta je sigurno i izostanak procjene ostalih rizičnih čimbenika za probleme i poremećaje mentalnog zdravlja djece i adolescenata kao što su psihijatrijski hereditet, ukupno funkcioniranje obitelji, roditeljska ponašanja, traumatska iskustva, podrška vršnjaka, školska klima (35), koja je potrebno uzeti u obzir u budućim istraživanjima prevalencije i korelata psihičkih poremećaja u mladima u Hrvatskoj.

## ZAKLJUČCI

Probirom u okviru probnog projekta provedenog u predškolskim ustanovama i osnovnim školama grada Zagreba utvrđena je prevalencija problema mentalnog zdravlja u djece predškolske dobi i rane adolescencije u skladu s epidemiološkim podacima SZO i drugih zemalja. Relativno nizak odaziv na sudjelovanje u probnom projektu roditelja djece ukazuje na izraženu stigmiju vezanu uz mentalno zdravlje i poremećaje. Navedeni podatci potvrđuju potrebu provođenja javnozdravstvenih programa povećanja svijesti o mentalnom zdravlju djece i odstupanjima te probira kao metode rane detekcije djece koja su pod povišenim rizikom za psihički poremećaj.

Provođenje probira za probleme mentalnog zdravlja u predškolskim ustanovama i školama je ekonomski i organizacijski prikladan način obuhvata velikog broja djece. Korištenje višestrukih procjena (roditelj, dijete) povećava mogućnost detekcije problema mentalnog zdravlja djece, ali ne i definitivne dijagnoze psihičkog poremećaja za što je potrebna procjena stručnjaka iz područja mentalnog zdravlja djece i mladih.

Visoka razina depresivnih simptoma nađena u ovom ispitivanju ukazuje na potrebu procjene depresivnosti kod djece u ranoj adolescenciji s obzirom na značajan rizik od suicida kod mladih koji imaju smetnje iz depresivnog kruga.

Provedba probira mora nužno imati osiguranu mogućnost pružanja intervencija za djecu za koju se utvrdi da imaju povećani rizik za prisutnost psihičkog poremećaja. U ovom probnom projektu intervencije su bile planirane stupnjevito sukladno organizaciji zdravstvene skrbi u Hrvatskoj. Nakon utvrđenog povećanog rizika putem probira omogućena je na primarnoj razini zdravstvene zaštite (pedijatar za predškolsku djecu, obiteljski ili školski liječnik za učenike 6. razreda) klinička procjena i upućivanje djeteta stručnjaku

za mentalno zdravlje (psiholog ili dječji psihijatar) na daljnju procjenu i liječenje ako se utvrdi potreba.

Epidemiološki podatci o prevalenciji psihičkih poremećaja važni su za planiranje i organizaciju službi za mentalno zdravlje. Podatci dobiveni u ovom probnom projektu koriste će za planiranje daljnjih javnozdravstvenih aktivnosti i organizaciju službi za mentalno zdravlje djece i mladih u Gradu Zagrebu.

Zaštita mentalnog zdravlja djece i mladih jedan je od javnozdravstvenih prioriteta s obzi-

rom na visoku pojavnost mentalnih poremećaja u djece i adolescenata i činjenicu da je suicid drugi uzrok smrtnosti u mladima od 15. do 24. godine života. Edukativne aktivnosti usmjerene na roditelje i odgajatelje/nastavnike kao najznačajnije odrasle osobe u životima djece i probir korištenjem standardiziranih upitnika su značajne mjere primarne i sekundarne prevencije koje zajedno s pravovremenim terapijskim intervencijama za djecu s povećanim rizikom za psihičke poremećaje mogu omogućiti smanjenje psihijatrijskog morbiditeta te nastavak skladnog razvoja mladih osoba.

## LITERATURA

1. Murray C, Lopez A. World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2002.
2. Kessler RC, Amminger C, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S, Ustun TB. Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Curr Opin Psychiatry* 2007;20:359-364.
3. Gore FM, Bloem PJ, Patton GC i sur. Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis. *Lancet* 2011;18: 2093-2102.
4. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization; 2014 [http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world\\_report\\_2014/en/](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/)
5. Levitt JM, Saka N, Romanelli, i sur. Early identification of mental health problems in schools: The status of instrumentation. *J School Psychol* 2007;45: 163-91.
6. Udovicich Corelli D, Božić B. Zaštita mentalnog zdravlja djece i mladih u Primorsko-goranskoj županiji – prikaz rada savjetovališta za mlade. Rijeka: Nastavni zavod za javno zdravstvo Primorsko-goranske županije, 2012.
7. Goodman R The strengths and difficulties questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry* 1997; 38(5):581-6.
8. Kovacs M. The Children's Depression, Inventory (CDI). *Psychopharmacol Bull* 1985; 21(4): 995-8.
9. Živčić I. Prikaz skale depresivnosti za djecu. *Godišnjak Zavoda za psihologiju* 1992; 173-179.
10. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry* 2015; 56(3): 345-65.
11. Mukolo A, Heflinger CA, Wallston KA. The stigma of childhood mental disorders: A conceptual framework. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010; 49(2): 92-198.
12. Waddell C, Shepherd CA, Schwartz C, Barican J. Child and youth mental disorders: Prevalence and evidence-based interventions. Vancouver, BC: Children's Health Policy Centre, Simon Fraser University, 2014.
13. Essex MJ, Kraemer HC, Slattery MJ i sur. Screening for Childhood Mental Health Problems: Outcomes and Early Identification. *J Child Psychol Psychiatry* 2009; 50(5): 562-70.
14. Stanger C, Lewis M. Agreement among parents, teachers, and children on internalizing and externalizing behavior problems. *J Clin Child Psychol* 1993; 22: 107-15.
15. Rudan V, Begovac I, Szivovica L, Filipović O, Skocić M. The Child Behavior Checklist, Teacher Report Form and Youth Self Report problem scales in a normative sample of Croatian children and adolescents aged 7-18. *Coll Antropol* 2005; 29(1): 17-26.
16. Lavigne JV, Gibbons RD, Christoffel KK. Prevalence rates and correlates of psychiatric disorders among preschool children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35: 204-14.
17. Loeber R, Burke JD, Lahey BB, Winters A, Zera M. Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39(12): 1468-84.
18. Boylan K, Vaillancourt T, Boyle M, Szatmari P. Comorbidity of internalizing disorders in children with Oppositional Defiant Disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2007;16(8): 484-94.
19. Zahn-Waxler C, Crick N, Shirliff EA, Woods K. The origins and development of psychopathology in females and males. In: Cicchetti D, Cohen DJ (eds), *Developmental Psychopathology*. Hoboken, NJ: Wiley, 2006.
20. Maccoby EE. Aggression in the context of gender development. In: Putallaz M, Bierman KL (ur), *Aggression, antisocial behavior, and violence among girls*. New York: Guilford, 2004.
21. Smith E, Meyer BJ, Koerting J i sur. Preschool hyperactivity specifically elevates long-term mental health risks more strongly in males than females: a prospective longitudinal study through to young adulthood. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2017; 26(1): 123-36.

22. Washbrook E, Propper C, Sayal K Pre-school hyperactivity/attention problems and educational outcomes in adolescence: prospective longitudinal study. *Br J Psychiatry* 2013; 203(3): 265-71.
23. Lee SS, Lahey BB, Owens EB, Hinshaw SP. Few preschool boys and girls with ADHD are well-adjusted during adolescence. *J Abnorm Child Psychol* 2008; 36(3): 373-83.
24. Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. Young adult follow-up of hyperactive children: antisocial activities and drug use. *J Child Psychol Psychiatry* 2004; 45(2): 195-211.
25. Uchida M, Spencer TJ, Faraone SV, Biederman J. Adult outcome of ADHD: An overview of results from the MGH longitudinal family studies of pediatrically and psychiatrically referred youth with and without ADHD of both sexes. *J Attent Disord*. 2015 Sep 22; pii: 1087054715604360.
26. Chorozoglou M, Smith E, Koerting J, Thompson MJ, Sayal K, Sonuga-Barke EJS. Preschool hyperactivity is associated with long-term economic burden: evidence from a longitudinal health economic analysis of costs incurred across childhood, adolescence and young adulthood. *J Child Psychol Psychiatry* 2015; 56: 966-75.
27. Costello EJ, Egger HL, Angold A. The developmental epidemiology of anxiety disorders: phenomenology, prevalence, and comorbidity. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2005;14: 631-48.
28. Carballo JJ, Baca-Garcia E, Blanco C i sur. Stability of childhood anxiety disorder diagnoses: a follow-up naturalistic study in psychiatric care. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2010; 19(4): 395-403.
29. Luby JL, Heffelfinger AK, Mrakotsky C. The clinical picture of depression in preschool children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003;42: 340-8.
30. Huang L, Stroul B, Friedman R i sur. Transforming mental health care for children and their families. *American Psychologist* 2005; 60: 615-27.
31. Klitzing K von, White LO, Otto Y, Fuchs S, Egger HL, Klein AM. Depressive comorbidity in preschool anxiety disorder. *J Child Psychol Psychiatry* 2014; 55: 1107-16.
32. Essex M, Kraemer H, Slattery M i sur. Screening for childhood mental health problems: Outcomes and early identification. *J Child Psychol Psychiatry* 2009; 50: 562-70.
33. Weitzman C, Wegner L, Blum NJ. Promoting optimal development: Screening for behavioral and emotional problems. *Pediatrics* 2015; 135: 384-95.
34. Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60(8): 837-44.
35. Rutter M, Stroufe LA. Developmental psychopathology: Concepts and challenges. *Dev Psychopathol* 2000; 12: 265-96.
36. Lytton H, Romney DM. Parents differential socialization of boys and girls - a metaanalysis. *Psychol Bull* 1991; 109(2):267-96.
37. Mojtabai R, Olsson M, Han B. National Trends in the Prevalence and Treatment of Depression in Adolescents and Young Adults. *Pediatrics* 2016; 138(6): e20161878
38. Merikangas KR, Erin F. Nakamura, Kessler RC. Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues Clin Neurosci* 2009; 11(1): 7-20.
39. Nolen-Hoeksema S, Girgus JS. Seligman MEP. Predictors and consequences childhood depressive symptoms: A 5-year longitudinal study. *J Abnorm Psychol* 1992; 101: 405-22.
40. Cooper PJ, Goodyer IM. A community study of depression in adolescent girls. II: The clinical features of identified disorder. *Br J Psychiatry* 1993; 163: 374-80.
41. Achenbach TM, Becker A, Dopfner M, Heiervang E, Roessner V, Steinhausen HC. Multicultural assessment of child and adolescent psychopathology with ASEBA and SDQ instruments: Research findings, applications, and future directions. *J Child Psychol Psychiatry* 2008; 49(3): 251-75.
42. Loeber R, Burke JD, Pardini DA. Development and etiology of disruptive and delinquent behavior. *Annu Rev Clin Psychol* 2009; 5: 291-310.
43. Angold A, Costello EJ, Erkanli A. Comorbidity. *J Child Psychol Psychiatry* 1999; 40(01): 57-87.
44. McLeod JD, Fettes DL. Trajectories of Failure: The Educational Careers of Children with Mental Health Problems. *AJS* 2007; 113(3): 653-701.
45. Logan DE, King CA. Parental facilitation of adolescent mental health service utilization: A conceptual and empirical review. *Clin Psychol Sci Pract* 2001; 8: 319-33.
46. Luk ESL, Brann P, Sutherland S, Mildred H, Birlleson P. Training general practitioners in the assessment of childhood mental health problems. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2002; 7:571-9.
47. Verhulst FC, Van der Ende J. Factors associated with child mental health service use in the community. *Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 901-09.
48. Verhulst FC, Koot JM. *Child Psychiatric Epidemiology: Concepts, Methods and Findings*. Beverly Hills, CA: Sage Publications, 1992.



# **Maligne bolesti i psihički poremećaji – prevalencija, mortalitet, terapijski izazov**

## **/ Malignant Diseases and Mental Disorders – Prevalence, Mortality, Therapeutic Challenge**

Sandra Vuk Pisk<sup>1</sup>, Igor Filipčić<sup>1,2</sup>, Anamarija Bogović<sup>1,3</sup>, Željko Milovac<sup>1</sup>, Ivana Todorić Laidlaw<sup>1</sup>, Sandra Caratan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Psihijatrijska bolnica "Sveti Ivan", Zagreb; <sup>2</sup>Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Medicinski fakultet, Osijek; <sup>3</sup>Hrvatsko katoličko sveučilište, Odjel za psihologiju, Zagreb, Hrvatska

/ <sup>1</sup>Sveti Ivan Psychiatric Hospital, Zagreb; <sup>2</sup>Josip Juraj Strossmayer University in Osijek, School of Medicine, Osijek; <sup>3</sup>Croatian Catholic University, Department of Psychology, Zagreb, Croatia

Psihički poremećaji koji dolaze u komorbiditetu s karcinomom drastično smanjuju kvalitetu života i utječu na ishod bolesti, povećavaju mortalitet, a prema literaturi smatra se da se javljaju kod 50 % pacijenata s dijagnozom karcinoma. Rana detekcija psihičkih poremećaja, probir, odabir adekvatnih dijagnostičkih ljestvica i odabir adekvatne terapije preduvjet su poboljšanja kvalitete života takvih bolesnika i utjecaja na povoljniju prognozu. Cilj ovog preglednog rada bio je odgovoriti na pitanja: koji su to psihički poremećaji koji se javljaju, kakva je kvaliteta života, postoje li specifične ljestvice za procjenu, dobivaju li psihijatrijski pacijenti adekvatnu skrb, postoje li specifičnosti terapije kao i interakcija onkološke terapije te može li terapija onkološkog pacijenta inducirati nastanak psihičkog poremećaja. Pretraživali smo literaturu koristeći bazu podataka *US National Center for Biotechnology Information (NCBI) – Medline/Pubmed* sistem. Uzimali smo u obzir publikacije tijekom zadnjih deset godina. Psihološke reakcije i psihički poremećaji su brojni, a rezultat su same dijagnoze koja podrazumijeva doživotno liječenje, agresivnih medicinskih tretmana, promjena u načinu života, no i direktnog utjecaja tumora. Većina studija ukazuje na protektivnu ulogu shizofrenije i psihofarmaka, no neke nuspojave psihofarmaka dovode se u direktnu vezu s kancerogenim učinkom. Postoje specifične ljestvice za procjenu psihičkog stanja kod pacijenata koji boluju od malignih bolesti. Što se pak tiče skrbi, pacijenti koji boluju od karcinoma, a u komorbiditetu imaju psihičke poremećaje ili bolesti ne dobivaju adekvatan tretman važeći prema današnjim smjernicama za liječenje karcinoma. To znanje pak ukazuje na važnost timskog, multidisciplinskog pristupa koji jedini može pravovremeno, kvalitetno pomoći takvim bolesnicima.

*/ Mental disorders comorbid with carcinoma, which according to the literature occur in 50% of cases of cancer, drastically decrease the quality of life of patients, increase mortality rate, and affect the outcome of the disease. Early detection of mental disorders, screening, the use of adequate diagnostic scales, and therapy are a prerequisite to improving of the quality of life of such patients and achieving a better prognosis. The aim of this review paper is to find an answer to the following questions: which mental disorders can occur? What is the quality of life of these patients? Are there specific assessment scales? Do psychiatric patients receive adequate treatment? Are there any therapeutic specificities and interactions with the oncological therapy? Can an oncological patient's therapy cause the occurrence of a mental disorder? We went through the literature with the help of the US National Centre for Biotechnology Information (NCBI) database – the Medline/Pubmed system – and we took into consideration publications from the past ten years. There are many psychological reactions and mental disorders that occur as a result of diagnoses that requires a lifetime of treatment, aggressive medical treatments, lifestyle changes, and of the influence of the tumour itself. Most studies indicate a protective role of schizophrenia and psychopharmacology but*

*also that certain side-effects of drugs are directly linked with a cancerogenic effect. There are specific scales to assess the mental state of patients suffering from malignancies.*

*According to current guiding principles, patients suffering from carcinoma in comorbidity with mental disorders or diseases do not receive adequate treatment. Our current knowledge, however, indicates the importance of team-work and an interdisciplinary approach as the only solution to effectively and adequately help patients.*

#### **ADRESA ZA DOPISIVANJE:**

Dr. sc. Sandra Vuk Pisk, dr. med.  
Psihijatrijska bolnica "Sveti Ivan"  
Jankomir 11  
10 000 Zagreb, Hrvatska  
E-pošta: sandravukpisk@yahoo.com

#### **KLJUČNE RIJEČI / KEY WORDS:**

Karcinomi / *Carcinomas*  
Prevalencija psihičkih poremećaja / *Prevalence of mental disorders*  
Karcinom dojke / *Breast cancer*  
Karcinom kolona / *Colon cancer*  
Karcinom pluća / *Lung cancer*  
Farmakoterapija / *Pharmacotherapy*

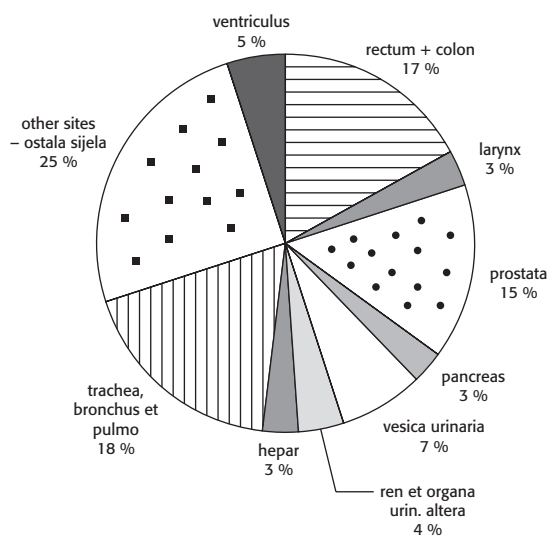
## **UVOD**

Maligne bolesti su jedan od vodećih uzroka morbiditeta i mortaliteta u svijetu sa 14 milijuna novih dijagnoza i 8,2 milijuna smrtnih ishoda (1,2). U mnogim zemljama postaju vodeći uzrok smrti uz kardiovaskularne bolesti (1-3). Procjenjuje se da je smrtnost u porastu od 14 % i raste prema 25 % (1,3). Značajan je javnozdravstveni problem stanovništva Hrvatske te je drugi najvažniji uzrok smrti iza bolesti srca i krvnih žila (4). Prema epidemiološkim podacima u Hrvatskoj godišnje od karcinoma oboli više od 20 000 osoba. Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, Registar za rak, ukupan broj novodijagnosticiranih bolesnika 2015. g. bio je 20 664 i to 11 219 muškaraca i 9 445 žena (4). Dijagnoza i liječenje raka izazivaju emocionalnu traumu, no i tjelesne smetnje. Psihološke reakcije su brojne, od psihološkog distresa (prevalencija 35 %), demoralizacije, osjećaja krivnje, nesаницe, depresije, anksioznosti, seksualnih poremećaja, afektivnih poremećaja i psihotičnih epizoda, a rezultat su same dijagnoze koja podrazumijeva

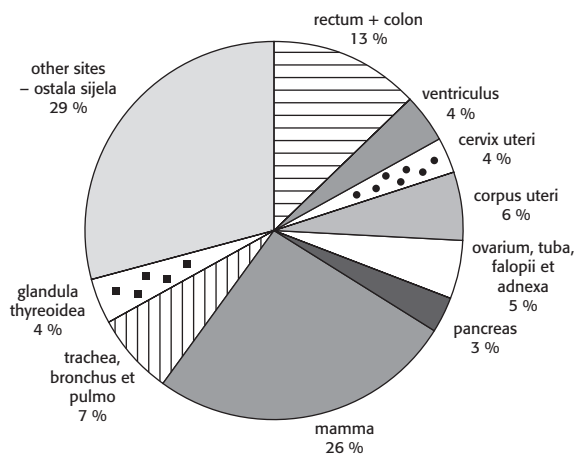
doživotno liječenje, agresivnih medicinskih tretmana, promjena u načinu života, no i direktnog utjecaja tumora (1,5). Prevalencija depresivnog poremećaja je česta, no različiti su podatci u literaturi tako da se raspon kreće od 4,5 % do 50 % ovisno o fazi bolesti, sijelu karcinoma, načinu terapije, postojanju ili odsustvu suporta (1,6-8). Pacijenti koji u komorbiditetu s karcinomom imaju i depresivni poremećaj iskuse više somatskih simptoma (kao što su bol), imaju lošiju kvalitetu života uz učestala suicidalna promišljanja (8). Psihički poremećaji koji dolaze u komorbiditetu s karcinomom drastično smanjuju kvalitetu života i utječu na ishod bolesti, povećavaju mortalitet, a prema literaturi smatra se da se javljaju kod 50 % pacijenata s dijagnozom karcinoma (9,10).

Rana detekcija psihičkih poremećaja, probir, razvijanje i korištenje adekvatnih dijagnostičkih ljestvica te odabir adekvatne terapije predvjet su poboljšanja kvalitete života i utjecaja na povoljniju prognozu. Danas smo svjedoci još uvijek stigmatiziranja psihičkih poremećaja i bolesti kako od strane opće populacije, tako i samih zdravstvenih profesionalaca pa je

MUŠKI – Males all ages (N = 11136)



ŽENSKI – Females all ages (N = 9769)



SLIKE 1. i 2. Pet najčešćih sijela karcinoma u muškaraca i žena (preuzeto iz ref. 4)

potrebna senzibilizacija onkološkog i kirurškog tima na rano prepoznavanje i važnost pravovremenog i adekvatnog liječenja psihičkih poremećaja, razumijevanja normalnog procesa suočavanja s traumatskim događajem kao što je dijagnosticiranje teške kronične bolesti. Poseban naglasak danas trebamo staviti na psihoonkologiju, timski, multidisciplinski pristup koji jedini može pravovremeno, kvalitetno pomoći bolesniku oboljelom od karcinoma u komorbiditetu s psihičkim bolestima ili poremećajem (1,11-13).

Cilj ovog rada bio je odgovoriti na sljedeća pitanja: 1. Koji su to psihički poremećaji koji se javljaju kod oboljelih od karcinoma, koja je njihova prevalencija, jesu li emocionalni odgovor na novodijagnosticiranu bolest ili u podlozi njihova nastanka leži i zajednička etiološka kaskada?; 2. Jesu li karcinomi, odnosno određene vrste karcinoma učestaliji kod psihijatrijskih bolesnika ili su oni na neki način zaštićeni?; 3. Kakva je kvaliteta života pacijenata i koliko utječe na sam ishod i prognozu bolesti?; 4. Postoje li ljestvice koje su adekvatnije za procjenu psihičkih poremećaja kod oboljelih od karcinoma kako bi se pravovremeno detektirao poremećaj i pravovremeno odredila adekvatna te-

rapija?; 5. Dobivaju li oboljeli od karcinoma koji su prethodno imali psihijatrijsku bolest ili poremećaj adekvatnu skrb i terapiju prema važećim smjernicama liječenja karcinoma?; 6. Postoje li specifičnosti terapije, interakcije psihofarmaka i terapije koja se koristi kod liječenja karcinoma, kakva su saznanja o utjecaju psihofarmaka kao "zaštitnog faktora" na razvoj psihičkih poremećaja, postoji li antikarcinogeni učinak pojedinih psihofarmaka, no postoji li i karcinogeni učinak pojedinih psihofarmaka?; 7. Može li farmakoterapija i radioterapija inducirati nastanak psihičkog poremećaja?

U ovom je radu poseban naglasak stavljen na tri najčešća karcinoma: karcinom dojke, karcinom pluća i kolorektalni karcinom.

Doprinos samog rada bio bi u tome što su na jednom mjestu strukturirano i sveobuhvatno dati odgovori na brojna praktična pitanja koja imaju utjecaja na donošenje odluka u cilju učinkovitog terapijskog pristupa ovoj populaciji bolesnika kao i ukazivanje na važnost formiranja multidisciplinskih timova, senzibilizaciji i edukaciji članova kirurškog i onkološkog tima radi što bržeg i učinkovitijeg početka liječenja.

## METODE

Pretraživali smo literaturu koristeći bazu podataka *US National Center for Biotechnology Information (NCBI) – Medline/Pubmed* sistem. Uzimali smo u obzir publikacije tijekom zadnjih deset godina temeljene na različitim varijacijama tražećih termina: karcinomi i psihički poremećaji, karcinomi i terapija, karcinom dojke i prevalencija psihičkih poremećaja, karcinom dojke i shizofrenija, karcinom dojke i antipsihotici, karcinom dojke i depresija, karcinom dojke i antidepressivi, karcinom pluća i prevalencija psihičkih poremećaja, karcinom pluća i shizofrenija, karcinom pluća i terapija psihofarmacima, karcinom pluća i depresija, karcinom kolona i psihofarmacima, karcinom kolona i prevalencija psihičkih poremećaja, karcinom kolona i depresija, karcinom kolona i psihotični poremećaji. Ako su nađena dva ili više rada o istoj temi, uključen je rad koji je obrađivao veći uzorak. Isključeni su radovi koji su uz karcinom imali i neke druge tjelesne komorbiditete, te radovi koji su se odnosili na dječju populaciju. Selektirali smo sljedeće: 1) općenito o karcinomima i psihičkim poremećajima, njihova prevalencija, metode probira, preporučene ljestvice procjene, suicidalnost; 2) specifičnosti pojedinih, najčešćih karcinoma – karcinom dojke, pluća i kolona – prevalencije i najčešći psihički poremećaji kod njih, zajednički etiološki čimbenici; 3) terapijske specifičnosti – utjecaj psihofarmaka kao “zaštitnog faktora”, psihofarmacima kao kancerogeni čimbenici, interakcije psihofarmaka i terapije karcinoma (farmakoterapija, radioterapija).

## REZULTATI

*Općenito o karcinomima i psihičkim poremećajima, njihova prevalencija, metode probira, preporučene ljestvice procjene, suicidalnost*

Psihološki faktori mogu mijenjati tijek i prognozu karcinoma (7,14). Depresivni poremećaji

povećavaju mortalitet pacijenata oboljelih od karcinoma na više načina: 1. Depresija može imati patopsihološki učinak preko neuroendokrinih i imunoloških funkcija (disregulacija hipotalamo-hipofizno-adrenalne osi, osobito varijacije kortizola i melatonina). 2. Depresivni pacijenti izbjegavaju dijagnostičke postupke, terapiju i preporuke. 3. Mnogi simptomi karcinoma i nuspojave terapije su slični simptomima depresije, uključujući vegetativne simptome, nesanicu, inapetenciju, umor i teškoće koncentracije (1,7). Prevalencija depresije kreće se u širokom rasponu od 6 % do 51,9 % što je nađeno u 59 različitih studija različitih sijela karcinoma u razdoblju od 1967. godine do 2009. godine (1). Često dolaze u komorbiditetu s anksioznim poremećajima, abuzusom psihoaktivnih tvari i poremećajima kontrole (1). Karcinomi dolaze u komorbiditetu s depresijom najčešće kod karcinoma mozga (41-93 %), gušterače (iznad 50 %), glave i vrata (iznad 42 %), dojke (4,5-37 %), ginekoloških karcinoma (23 %) i pluća (11 %) (1). Depresija je često nedijagnosticirana, a time i neliječena što nema samo učinak na kvalitetu života, već i na prihvaćanje terapije samog karcinoma, veće nezadovoljstvo sa zdravstvenom njegom, povećava traženje zdravstvene skrbi, produžuje povratak na posao, povisuje stopu suicida i povećava mortalitet. Među pacijentima s karcinomom dijagnoza depresije je povezana s rizikom od mortaliteta kod 39 % pacijenata, a kod onih s depresivnim simptomima kod 25 % (6,15). Osim senzibilizacije i edukacije čitavog psihoonkološkog tima, potreban je i konsenzus oko primjene ljestvica koje bi bile najadekvatnije za procjenu same depresije. Istraživanja su pokazala da je primjena ljestvice HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*) optimalna za probir depresivnih pacijenata za razliku od drugih češće primjenjivanih, jer npr. BDI uključuje dosta somatizacija koje je kod pacijenata koji boluju od karcinoma teško razgraničiti od simptoma njihove osnovne bolesti i posljedica kemoterapije (1,16). HADS koju su osmislili Zi-

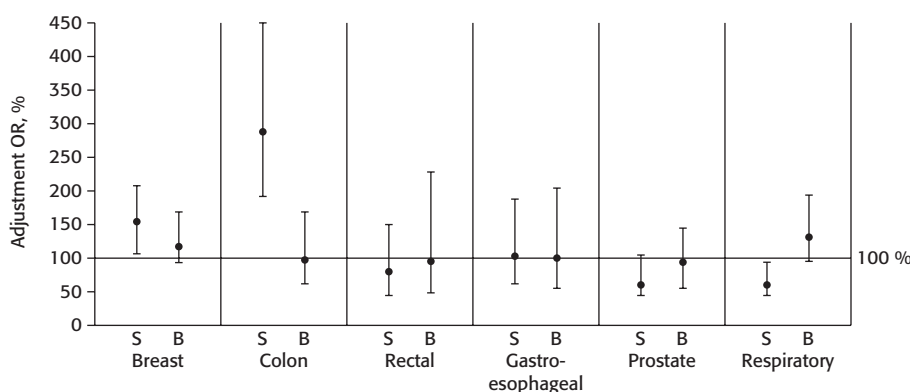
gmond i Snaith (17) je ljestvica samoprocjene koja se sastoji od 14 čestica i isključuje fizičke i emocionalne indikatore depresije, a fokusirana je na relaciju anhedonija - nemogućnost osjećaja zadovoljstva u stvarima koje normalno izazivaju zadovoljstvo. Osim HADS postoji još jedna ljestvica koja isključuje somatske simptome depresije i zamjenjuje ta pitanja osjećajem tuge, bespomoćnosti i suicidalnim ideacijama, a to je *Edinburgh Depression Scale* (EDS) (18). Većina pacijenata zainteresirana je da im antidepresivnu terapiju propisuje njihov onkolog (60,4 %) što ukazuje na važnost edukacije i multidisciplinskog pristupa. Manji broj, 26,3 % preferira liječenje anksioznosti i depresije kod psihijatra (6,11).

Gotovo 100 godina postoje spekulacije o tome da pacijenti sa shizofrenijom imaju niži rizik obolijevanja od karcinoma u odnosu na opću populaciju. Navedeno je na neki način paradoks, a osobito kod karcinoma pluća, jer većina shizofrenih pacijenata puše i imaju nezdrav stil života (pretilost, konzumacija alkohola, manjkava fizička aktivnost), a imaju manju prevalenciju karcinoma pluća u odnosu na opću populaciju. Manji broj pak studija ukazuje na povećanu incidenciju karcinoma kod shizofrenih pacijenata (19).

Postoje teorije da shizofrenija ima protektivni učinak koji uključuje tumorski supresorski gen, a antipsihotici koji se koriste u terapiji

shizofrenije inhibiraju enzime uključene u mutaciju te time dovode do antikarcinogenog učinka (19-21). Osobe koje boluju od shizofrenije imaju značajno povećani rizik za karcinom dojke, 52,2 % (22) i karcinom kolona, a značajno manji rizik za karcinom pluća (19-39 %) u odnosu na opću populaciju (19,22). U pacijenata koji uzimaju antipsihotike postoji tri puta veća učestalost razvoja karcinoma kolona (19), dok u nekim studijama nije nađena povećana učestalost (22). Kod respiratornih karcinoma je 46,5 % manji rizik u shizofrenih bolesnika.

Smatra se da je povećani rizik za razvoj karcinoma dojke uvjetovan otpuštanjem i povećanjem razine prolaktina zbog učinka antipsihotika dok neke studije to ne potvrđuju. Drugi rizični faktori bili bi pretilost, uporaba oralnih kontraceptiva i hormonalne terapije kao i manji broj poroda u shizofrenih pacijentica (19). Bol je jedan od najčešćih simptoma i komplikacija kod karcinoma, pogađa 30 % svih pacijenata koji boluju od karcinoma. Bol i depresija su povezani i pacijenti koji iskuse bolnost imaju veću stopu depresivnih poremećaja. Antidepresivi su učinkoviti u kupiranju boli. Postoje nekoliko objašnjenja za analgetički učinak antidepresiva: direktni nociceptivni učinak serotonina i noradrenalina u ascendentnom putu, pojačavanje opioidne akcije i pojačavanje inhibitorynog (analgetičkog) descendentnog puta



**SLIKA 3.** Prikaz sjela tumora kod shizofrenih pacijenata koji uzimaju antipsihotike (preuzeto iz ref. 22)

u meduli (23-25). Kronični pruritus sljedeća je komplikacija i značajna tegoba kod pacijenata koji boluju od karcinoma, a u terapiji karcinoma značajan učinak pokazali su antagonisti 5-HT<sub>3</sub>, no uključeni su i medijatori histaminskih i serotoninskih receptora preko 5HT<sub>2</sub> i 5HT<sub>3</sub>. SSRI - paroksetin, sertralin, fluoksetin pokazali su se učinkoviti u reduciranju paraneoplastičkog pruritusa kao i mirtazapin (26-29).

Najčešće nuspojave kemoterapije: mučnina, povraćanje i kaheksija izdvajaju se kao učestale, ugrožavajuće i za pacijenta iznimno neugodne nuspojave koje značajno reduciraju kvalitetu života. U novije vrijeme serotoninski antagonisti su u sve većoj primjeni, a recentne studije ukazuju na značajnu ulogu olanzapina i mirtazapina u kontroli mučnine, povraćanja i kaheksije kao i regulaciji sna te time poboljšanju kvalitete života (30-32). Umor je simptom koji prati svaki tip karcinoma, pogađa 4 % do 91 % pacijenata koji boluju od karcinoma, a njegovo kupiranje značajno poboljšava kvalitetu života. Nađen je pozitivan učinak paroksetina, a osobito bupropiona na kupiranje simptoma umora (33-35). Psihički poremećaji često su povezani sa suicidalnim promišljanjem i suicidalnim pokušajima, no neke studije ukazuju na važnost fizičke bolesti kao otponca za pokušaj i počinjenje suicida. Svaka peta osoba koja ima fizičku bolest navodi ju kao glavni razlog pokušaja suicida, a svaka treća za počinjeni suicid (36). Povećani rizik od suicida zabilježen je kod pacijenata koji boluju od karcinoma pluća, GI karcinoma, karcinoma dojke, genitalnog karcinoma, karcinoma mjehura, limfoma. Povećani suicidalni rizik kod muškaraca povezan je s karcinomom pluća, GI karcinomom, karcinomom kostiju, genitalnim karcinomom, karcinomom mokraćnog mjehura i limfomom. Kod žena je povećani rizik od suicida kod karcinoma pluća, dojke i genitalnih karcinoma (37).

Najadekvatnije ljestvice procjene suicidalnosti kod pacijenata koji boluju od karcinoma su:

*Desire for Death Rating Scale (DDRS), Schedule of Attitude toward Hastened Death (SAHD), Beck Hopelessness Scale i Demoralization Scale (38-41).*

## Specifičnosti pojedinih, najčešćih karcinoma – karcinom dojke, pluća i kolona – prevalencija i najčešći psihički poremećaji kod njih, zajednički etiološki čimbenici

### Karcinom dojke

Karcinom dojke je najčešća maligna bolest žena. Prevalencija velike depresivne epizode kreće se od 10 % do 25 %, a prema drugim studijama od 2 % do 55 % (42-44). Može biti direktna posljedica dijagnosticiranog karcinoma, kemoterapije, uključujući dugotrajnu profilaksu tamoksifenom. Smatra se da je depresivni poremećaj kod pacijentica s karcinomom dojke uvjetovan i gubitkom dijela tijela koji je investiran femininom reprezentacijom uz strah od neizlječive bolesti što rezultira stigmom i patnjom (45,46). Postoji još niz faktora koji doprinose depresiji kod pacijentica s karcinomom dojke: poremećaji spavanja, simptomi menopauze, mučnina, bol uzrokovana visokom razinom proinflammatoryh citokina što je uvjetovano oštećenjem tkiva zbog kemoterapije i radioterapije. Važno je voditi računa da rapidno sniženje estrogena za vrijeme kemoterapije također favorizira razvoj depresivnih simptoma, zato što hormoni u stvari povećavaju osjetljivost mozga na serotonin (45,47). Depresivni simptomi interferiraju sa suradljivošću u terapijski osnovne bolesti (44). Studije pokazuju da 46,3 % pacijentica odbija kemoterapiju zbog komorbiditeta s depresivnim poremećajem, a što povećava rizik od smrti (45). Najveća prevalencija depresije je prvu godinu nakon postavljanja dijagnoze (50 %), 25 % u drugoj, trećoj i četvrtoj godini, 15 % u petoj godini (48). Dok prevalencija depresije raste tijekom prve godine nakon postavljanja dijagnoze (od početka 18,5 % do 21,5 % nakon 4 mjeseca)

anksioznost pak u istom razdoblju pokazuje tendenciju pada (u početku 37,7 %, a nakon 4 mjeseca 26,7 %) (49). Žene koje imaju psihičke poremećaje ili bolesti imaju veću stopu smrtnosti vjerojatno i zato što nisu toliko uključene u programe probira (12). Shizofrene pacijentice imaju veću prevalenciju raka dojke iz više razloga. Pretilost je jedan od neovisnih rizičnih faktora osobito kod žena u postmenopauzi, a prevalencija pretilosti je veća kod shizofrenih pacijentica u odnosu na opću populaciju. Pretilost vodi hiperestrogeniji. Sljedeći rizični faktor je dijabetes melitus tip 2. Dijabetes je povezan s pretilašću i uporabom antipsihotika. Žene sa shizofrenijom rjeđe se javljaju na mamografiju što je još jedan rizični čimbenik. Hiperprolaktinemija uvjetovana antipsihotičnom i antidepressivnom terapijom sljedeći je rizični faktor. Prolaktin je uključen u rast tumora. Smanjeni broj poroda i nedojenje je sljedeći rizični faktor, studije su pokazale da shizofrene majke rjeđe doje (50). Pacijentice koje boluju od karcinoma dojke često se žale na probleme sa spavanjem. Prevalencija poremećaja spavanja kreće se od 20 % do 70 % (51). Poremećaj spavanja kod pacijentica oboljelih od karcinoma dojke je učestaliji u odnosu na opću populaciju (52,53) i druge onkološke pacijente (54,55). Poremećaj kognitivnih funkcija je važna stavka u cjelokupnoj kvaliteti života žena nakon provedene terapije karcinoma dojke. Istraživanja pokazuju da žene u postmenopauzi imaju značajne poteškoće u kognitivnom funkcioniranju i padu izvršnih funkcija, a isto tako i žene nakon provedene kemoterapije i radioterapije. Statistička značajnost evidentna je nakon kombinacije radio i kemoterapije, a nije nakon samostalne kemoterapije. Smatra se da su za nastanak kognitivnih poteškoća kod žena u postmenopauzi odgovorne povišene vrijednosti kortizola. Studije ukazuju da je u podlozi proinflatorni biološki mehanizam te ga se smatra odgovornim i za osjećaj umora kod pacijentica s karcinomom dojke. Smatra se da je postterapijska upala etiološki čimbenik kognitivnih poteškoća (56).

## Kolorektalni karcinom

Osobe koje su se liječile od kolorektalnog karcinoma pokazuju u razdoblju od pet godina visoku razinu psihološkog distresa koji je čak kod trećine prisutan i 5 godina nakon postavljene dijagnoze. Rizični faktori koji pozitivno koreliraju s povećanom razinom distresa su: muški spol, mlađa životna dob, kasniji stadij bolesti, lošija socijalna podrška. Lošiji socioekonomski status kod žena je prediktivni faktor za somatizacije, anksioznost i depresiju. Za razliku od muškaraca čija anksioznost s vremenom pada, kod žena perzistira visoka anksioznost (57). Studije pokazuju da 57 % pacijenata kojima je sijelo karcinoma u GI traktu ima visoku učestalost depresivnih simptoma (58). Uzroci seksualnih disfunkcija mogu biti i fizički i psihološki. Metode liječenja karcinoma (kirurške, radio i kemoterapija) mogu imati direktno fiziološki i psihološki učinak na pacijentovu seksualnost (59). U studiji koja je obuhvaćala 105 pacijenata s kolorektalnim karcinomom nađeno je da ih je 44 % pokazivalo znakove depresije, a 29 % visoke anksioznosti, 15 % pacijenata imalo je problema s izbjegavanjem, 40 % sa zadovoljstvom, 27 % problem dodira, 33 % žena je imalo probleme kao što je vaginizam, a 76 % ih nije moglo doživjeti orgazam; 17 % muškaraca imalo je problem prijevremene ejakulacije, a 15 % ih je bilo impotentnih. Nađena je i pozitivna korelacija između razine anksioznosti i prerane ejakulacije i vaginizma, dodira, izbjegavanja i anorgazma. Kod onih s evidentiranom depresijom nađena je pozitivna korelacija samo kod dodira. Anksioznost, depresivnost, umor i nesanica nađeni su učestalije u žena (60).

## Karcinom pluća

Pacijenti oboljeli od karcinoma pluća, ali i njihovi partneri, imaju visoku razinu psihološkog distresa (43-45 %), i depresivnog poremećaja (11 %) što bitno utječe na prognozu i sam tretman. Kriterije za psihijatrijski poremećaj, a što

je povezano sa smanjenom kvalitetom života, smanjenom suradljivošću sa zdravstvenim osobljem, produženim hospitalizacijama i većim mortalitetom zadovoljava 15-19 % pacijenata s karcinomom pluća. Zbog važnosti pravovremene detekcije, a time i pravovremene terapije, nužno je razviti ljestvice procjene koje bi se primjenjivale kod tih pacijenata i njihovih partnera. Ispitivano je više ljestvica, no nađeno je da je najpogodniji instrument HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*) i za pacijente i njihove partnere kod svih vrsta karcinoma. HADS-T obuhvaća i depresiju i anksioznost. Oni s rezultatom 15 i više trebaju biti upućeni na dalju procjenu i terapiju psihijatru (16). Prevalencija psihijatrijskih poremećaja kod partnera je 20 %, kod partnera je nađeno da je pogodniji BDI-II za detekciju depresivnog poremećaja (16,61). Karcinom pluća je vodeći uzrok smrti kod svih karcinoma, a pogađa uglavnom stariju populaciju. Kako je broj starijih pacijenata sa shizofrenijom u porastu, zbog sve adekvatnije i učinkovitije terapije, raste i broj pacijenata koji imaju shizofreniju i karcinom pluća. Pacijenti sa shizofrenijom dva puta češće umiru od karcinoma pluća u usporedbi s općom populacijom, a što može biti uvjetovano kasnijim postavljanjem dijagnoze i suboptimalnim tretmanom. Paradoksnost je što se kod shizofrenih pacijenata češće ranije detektira karcinom (dostupni su jer su često hospitalizirani, imaju često komorbiditet s KOPB-om pa su češće na pretragama te se kao nuznalaz nađe i karcinom), no unatoč tome liječenje započinje kasnije. Smatra se da je razlog kasnijeg adekvatnog početka liječenja takvih pacijenata njihova bolest i utjecaj na kognitivna oštećenja, teškoće shvaćanja postupka, odbijanja terapijskih zahvata (62). Druge pak studije ukazuju na važnost i drugih razloga zašto se pacijenti sa shizofrenijom ne tretiraju na adekvatan način, prema važećim smjernicama. Smatra se da sama bolest sa svojim specifičnostima i reperkusijama na mentalni status nije jedini uzrok, već da dio ovisi i o timu koji odlučuje o liječenju (63).

## Terapijske specifičnosti – utjecaj psihofarmaka kao “zaštitnog faktora”, psihofarmaci kao kancerogeni čimbenici, interakcije psihofarmaka i terapije karcinoma (farmakoterapija, radioterapija)

Antipsihotici su lijekovi koji se koriste u liječenju psihotičnih poremećaja. Postoje studije koje ukazuju na antikarcinogeni učinak, protektivni učinak antipsihotika kod karcinoma, a s druge pak strane se zna da se pojedine nuspojave antipsihotika (hiperprolaktinemija) dovode u direktnu svezu s rizikom nastanka karcinoma (karcinoma dojke). Postoje različiti podatci pa neke studije navode da je rizik 14 % za one koji uzimaju antagonist dopamina da će razviti karcinom dojke (64), druge pak spominju 16 % (64,65). Studije ukazuju da je nađena dvostruko do deseterostruko povišena razina prolaktina kod antipsihotika prve generacije (64,65).

Aripiprazol možda ima najniže koncentracije prolaktina upravo zbog njegovog parcijalnog agonizma na dopaminske receptore (66,67).

Klozapin je lijek koji se preferira kod karcinoma dojke zbog svog minimalnog učinka na povišenje razine prolaktina (68). Nađeno je također da povećana razina leptina i snižena adiponektina utječe na homeostazu signalnog puta uključenog u nastanak i proliferaciju karcinomskih stanica. Žene koje imaju veću razinu adiponektina imaju 65 % veći rizik za razvoj karcinoma dojke (50). Klozapin i olanzapin snizuju razinu adiponektina (69).

Psihoza je još relativno česta komplikacija poslije ezofagealne operacije i smatra se da je uvjetovana abnormalno niskom razinom melatonina kao i iregularnim melatoninskim cirkadijskim ritmom. Nadomjestak melatonina ili akceleracija melatoninske sekrecije pomaže u oporavku, odnosno postizanju remisije (70). Kod primjene kemoterapeutika, 5-fluorouracila (5-FU) koji se koristi u terapiji kolorektalnog



**TABLICA 1.** Utjecaj antipsihotika na razinu prolaktina (preuzeto iz 65)

Antipsihotik	Razina prolaktina (%)	Procijenjeni domet povišenja razine prolaktina	Preporuke kod pacijentica s karcinomom dojke
Risperidon	45-87	45 to .100 ng/mL	izbjegavati
Paliperidon	45-87	45 to .100 ng/mL	izbjegavati
Haloperidol	34-75	28-50 ng/mL	izbjegavati
Olanzapin	30-47	23-34 ng/mL	oprez
lloperidon	26	20-32 ng/mL	oprez
Lurasidon	5-8	≥5xULN	oprez
Ziprasidon	< 5	minimalno	preporuča se
Asenapin	< 5	minimalno	preporuča se
Kvetiapin	< 5	minimalno	preporuča se
Klozapin	< 5	minimalno	preporuča se

ULN5 gornja granica normale. ULN varira u studijskim pregledima, ali normalna razina prolaktina smatra se do 20 ng/mL

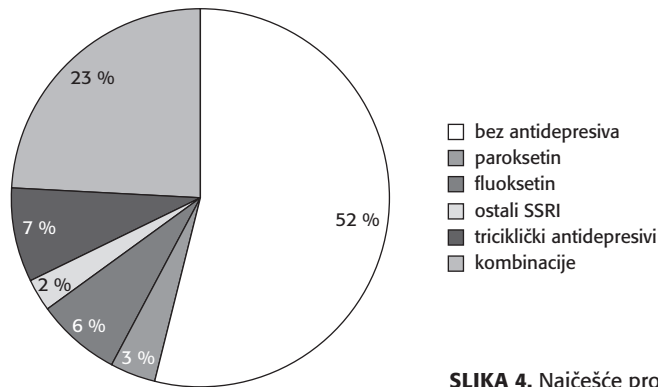
**TABLICA 2.** Prikaz terapijskog učinka psihofarmaka na pojedina sijela karcinoma (preuzeto iz ref. 82-84)

Antipsihotici	Stabilizatori raspoloženja	Antidepresivi	Analgetici
Penfluridol- supresija metastaza u mozgu kod xa dojke, supresija tumora za 49 %	valproična kiselina – inhibira rast tumora kod karcinoma pluća, dojke, kolona i prostate sinergistički učinak valproata i cisplatina, moguća niža koncentracija, manje nuspojave	fluoksetin- blokira tumorsku proliferaciju i razvoj kod kolorektalnog karcinoma	celecoxib (nesteroidni antiinflamatorni) – antidepresivni učinak (djelujući na proinflammatory citokine); antitumorski učinak; poboljšanje gustoće kostiju kod pacijentica s karcinomom dojke
Bepriđil, Trifluoperazil – supresija kod karcinoma dojke i pluća (preko FOXO3)	litij – senzibilizira stanice tumora dojke na radioterapiju, antiproliferativni i apoptoični učinak		

karcinoma, dojke, želuca i pankreasa, poznate su nuspojave od strane koštane srži (leukopenija), gastrointestinalnog epitela (stomatitis, dijareja, mučnina i povraćanje), alopecija, dermatitis i neurotoksičnost. Psihijatrijski simptomi uključujući konfuziju, dezorijentaciju i gubitak memorije nađeni su kod 5 % pacijenata. Neurotoksičnost se manifestirala i psihotičnim simptomima (71).

Iako se zna da je rizik obolijevanja od depresije dva puta veći kod pacijenata s karcinomom još uvijek se antidepresivi manje prepisuju nego u pacijenata s depresijom, no bez karcinoma. Postoje dvije glavne hipoteze koje to mogu objasniti. Prvo je da postoji strah da antidepresivi mogu kompromitirati osnovnu terapiju

karcinoma interferirajući s tom terapijom (72). Druga hipoteza je da još uvijek nije postignuta adekvatna koordinacija između svih sudionika uključenih u terapiju takvih pacijenata. Osim toga nema detaljne dokumentacije o nuspojavama antidepresiva kod pacijenata koji boluju i liječe se od karcinoma, već zaključke možemo donositi na temelju uglavnom retrospektivnih studija (72,73). Studije navode da je ipak porast u propisivanju antidepresiva, tako da ih je 1980. godine bilo svega 3 % koji su dobivali antidepresive, a početkom 2000. taj broj se popeo na 10-15 %. SSRI i SRNI su zadnjih 25 godina prva linija antidepresiva propisivanih u pacijenata s karcinomom (15,74). Dakle osim za depresiju, antidepresivi se kod pacijenata s karcinomom propisuju i pokazali su učinkovi-



**SLIKA 4.** Najčešće propisivani antidepresivi (preuzeto iz ref. 76)

tost u terapiji valova vrućine, mučnine, boli. Studija Ashburna i sur. pokazuje distribuciju uporabe antidepresiva prema sijelu tumora, identificirano je da je najviši postotak uzimanja antidepresiva kod pacijentica s karcinomom dojke (24 %), slijede pacijenti s karcinomom pluća (19 %), 13 % s kolorektalnim karcinomom i 12 % s karcinomom prostate (75).

Na temelju studija koje su rađene vidljiv je porast propisivanja SSRI i SNRI, a upravo zbog njihovog sigurnijeg profila nuspojava. Triciklički antidepresivi su zbog svojih nuspojava kontraindicirani. Poznata je interferonom inducirana depresija, a interferon se koristi u terapiji nekih karcinoma. Kod depresije uvjetovane interferonom pokazao se učinkovit paroksetin i psihostimulans metilfenidat (1). Irinotecan, lijek koji se koristi u terapiji kolorektalnog karcinoma, ulazi u interakciju s nekim lijekovima koji djeluju preko serotoninergičkog sustava (desipramin, sertralin, paroksetin). Oni su inhibitori CYP2B6 i mogu podići razinu, a time i učinak irinotecana. Tada može doći do rabdomiolize i smrtnosti, a mogu se i potencirati GI nuspojave antidepresiva (1).

Žene koje boluju od karcinoma dojke pokazuju veći interes za individualno savjetovanje i terapiju u odnosu na uzimanje psihofarmaka ili suportivnih grupa, iako se u literaturi upravo one preferiraju kao učinkovitije. Prvi izbor terapije kod depresivnih pacijentica u komorbiditetu s karcinomom, kod njih 53 %,

je individualno savjetovanje. Razlog zašto nisu sklone antidepresivima je strah od nuspojave i ovisnosti o tim lijekovima (77). Većina pacijenata prihvatila bi i prihvaća propisivanje antidepresiva od svojih onkologa, a samo manji broj traži psihijatrijsku pomoć i od njih ordiniranje antidepresiva. To znanje pak ukazuje na važnost promoviranja edukacije onkologa za bolje razumijevanje i prihvaćanje psiholoških simptoma kao i savladavanje vještina i znanja u terapiji depresivnih poremećaja (11). Jedna od za pacijente težih nuspojava kemoterapije je mučnina i povraćanje što značajno umanjuje kvalitetu života pacijenata. Psihofarmaci mirtazapin (antidepresiv) i olanzapin (antipsihotik) pokazali su potentan antiemetični učinak. Ujedno imaju anksiolitički učinak i poboljšavaju kvalitetu spavanja. Osim što smanjuju mučninu i povraćanje, povećavaju apetit pomažući tako u rješavanju kaheksije uvjetovane karcinomom. Antiemetički učinak uvjetovan je antagonizmom 5-HT<sub>3</sub> receptora. Oba lijeka imaju i značajan antagonizam za serotoninergičke 5-HT<sub>2A</sub> receptore što je pak odgovorno za anksiolitički i antidepresivni učinak. Oba lijeka imaju i jak antihistaminski učinak blokiranjem H<sub>1</sub> receptora pomažući time u liječenju insomnije. Daju se u jednokratnoj večernjoj dozi. Postoje neki dokazi da jaka inhibicija H<sub>1</sub> može sniziti razinu IL-6 koji je povišen kod nekih karcinoma (multipli mijelom, kolorektalni karcinom, melanom, karcinom prostate, glioblastom) (32).

## Interakcija između SSRI antidepressiva i tamoksifena

Antidepressivi mogu inhibirati CYP2D6. Paroksetin i fluoksetin su najjači inhibitori. Fluvoksamin i citalopram su slabiji inhibitori (44). Kelly i sur. (78) opisuju povećanu smrtnost od karcinoma dojke kod pacijentica koje su uzimale tamoksifen i paroksetin zajedno. Spominje se u rizik od smrtnosti 24 % pa i 91 % u nekim studijama (1). Postoje doduše i studije koje ne nalaze povezanost, ni pojačanu smrtnost kao ni smanjenu učinkovitost, no one su malobrojnije (1,76). Unatoč tome ipak se preporučuju slabi inhibitori CYP2D6, kao što su: venlafaksin, citalopram, escitalopram te trebaju biti razmotreni kao prvi izbor u farmakološkoj terapiji depresije kao i kod pacijenata koji imaju vazomotorne simptome prilikom terapije tamoksifenom (79). Osim antidepressiva, klonidin i gabapentin pokazuju učinkovitost u terapiji valova vrućine i sigurno se mogu upotrebljavati zbog njihovog malog interakcijskog potencijala (79).

Tamoksifen pak pokazuje antimaničnu učinkovitost inhibirajući protein kinazu C, isti učinak kao i Litij i valproat. Time se podupire uloga protein kinaze C u nastanku BAP-a (80). Osim psihofarmakoterapije, psihoterapija, a osobito grupna psihoterapija i kognitivno-behavioralna terapija pokazale su značajnu učinkovitost kod pacijenata s karcinomom (44).

## RASPRAVA

Karcinom je jedan od vodećih uzroka morbiditeta i mortaliteta, kako u svijetu tako i u Hrvatskoj. Zadnjih godina, a primjenom sve učinkovitije terapije, svjedoci smo sve većeg broja zaliječenja, izliječenja tako da možemo govoriti o kroničnoj bolesti s čestim relapsima kod nekih sijela, a što se neminovno reflektira na emocionalno i psihičko prihvaćanje same bolesti, same dijagnoze, a i "nošenje" s ograni-

čenjima koje bolest donosi te i promjenama u načinu i kvaliteti života ne samo takvih pacijenata već i njihovih obitelji. Paralelno s takvim razmišljanjem rasla je i spoznaja o potrebi zajedničkog multidisciplinskog pristupa liječenju takvih bolesnika, formiranju psihoonkoloških timova, jer je prepoznata važnost senzibilizacije somatskih zdravstvenih djelatnika na psihološko zbog njihove još uvijek usmjerenosti na uglavnom fizičke simptome. Spoznali smo važnost psihoedukacije svih uključenih aktera (pacijenata, članova obitelji, onkologa, kirurga, sestara) o sve većoj prevalenciji psihičkih poremećaja kod pacijenata koji boluju od karcinoma, njihovom detektiranju, načinu probira i posebnosti i primjeni adekvatne psihofarmakoterapije, vodeći računa o karakteristikama same osnovne bolesti i terapije koju pacijent zbog nje dobiva. Cilj ovog rada bio je odgovoriti na nekoliko pitanja koje se neminovno nameću u praksi, a odgovori kojih su nužni za primjenu pravovremene i adekvatne psihofarmakoterapije i psihoterapije.

Psihološke reakcije i psihički poremećaji su brojni, od psihološkog distresa (prevalencija od 35 %), demoralizacije, osjećaja krivnje, nesanicе, depresije (4,5 % do 50 % prevalencije), anksioznosti, seksualnih poremećaja, afektivnih poremećaja i psihotičnih epizoda, a rezultat su same dijagnoze koja podrazumijeva doživotno liječenje, agresivne medicinske tretmane, promjenu u načinu života, no i direktnog utjecaja tumora (1,5).

Što se pak tiče dvojbe jesu li karcinomi, odnosno određene vrste karcinoma učestaliji kod psihijatrijskih bolesnika ili su oni na neki način zaštićeni, nađeni su različiti podatci, no većina studija ukazuje na protektivnu ulogu shizofrenije, dok se kod shizoafektivnih poremećaja i bipolarnih poremećaja nalazi povećana prevalencija. Postoje teorije da shizofrenija ima protektivni učinak koji uključuje tumorski supresorski gen, a antipsihotici koji se koriste u terapiji shizofrenije inhibiraju enzime uklju-

čene u mutaciju te time pokazuju antikancerogeni učinak (19).

Psihički poremećaji koji dolaze u komorbiditetu s karcinomom drastično smanjuju kvalitetu života i utječu na ishod bolesti, povećavaju mortalitet, a prema literaturi smatra se da se javljaju kod 50 % pacijenata s dijagnozom karcinoma (9). Na kvalitetu života ne utječe samo dijagnoza bolesti uz reperkusiju na razvoj psihičkih poremećaja, već i utjecaj same terapije osnovne bolesti sa svim njenim specifičnostima i nuspojavama kao što je bol, pruritus, vailovi vrućine.

Ljestvice koje se koriste u psihijatriji većinom nisu adekvatne za primjenu kod pacijenata oboljelih od karcinoma jer sadrže dosta pitanja koja se odnose na somatske simptome pa je teško razgraničiti koliko su uvjetovani depresijom, a koliko samom osnovnom bolešću. Istraživanja su pokazala da je primjena ljestvice HADS optimalna za probir depresivnih pacijenata za razliku od drugih češće primjenjivanih, jer npr. BDI uključuje dosta somatizacija koje je kod pacijenata koji boluju od karcinoma teško razgraničiti od simptoma njihove osnovne bolesti i od posljedica kemoterapije (1). Isto tako za procjenu suicidalnosti kod pacijenata koji boluju od karcinoma preporučuju se već spomenute ljestvice: *Desire for Death Rating Scale* (DDRS), *Schedule of Attitudes toward Hastened Death* (SAHD), *Beck Hopelessness Scale* i *Demoralization Scale* (38-41).

Što se pak tiče skrbi, pacijenti koji boluju od karcinoma, a u komorbiditetu imaju psihičke poremećaje ili bolesti istraživanja pokazuju da ne dobivaju adekvatan tretman, prema današnjim smjernicama za liječenje karcinoma. Smatra se da su razlozi višestruki: svaka se tegoba kod psihijatrijskih pacijenata procjenjuje kao somatizacija, psihički uvjetovana, relaps njihovog osnovnog poremećaja, sami ne obraćaju pažnju, ne traže pomoć, ne pristaju na dijagnostičke postupke i često na terapije pod utjecajem psihičkog stanja, smanjena je

adherencija, ne dobivaju adekvatnu pomoć i tretman zbog straha, predrasuda, stigme kao i nepoznavanja specifičnosti terapije zbog interakcije s psihofarmacima kojima su liječeni (12,13).

Na kraju smo otvorili jedno veliko poglavlje nedoumica. Adekvatna i pravovremena terapija pravi je izazov zbog specifičnosti međudjelovanja psihofarmaka, kemoterapije i radioterapije, dakle terapije osnovne bolesti. Važno je poznavanje putova metabolizma, citokroma, zajedničke etiopatogeneze i patofizioloških mehanizama, farmakodinamike lijekova, kako bismo odabrali najučinkovitiji farmak u adekvatnoj dozi, a da ne štetimo pacijentu. Postoje studije koje ukazuju na antikarcinogeni učinak, protektivni učinak antipsihotika kod karcinoma. Dokazan je antikarcinogeni učinak klorpromazina, tioridazina, haloperidola, flufenazina, perfenazina. Rađeno je istraživanje o učinku penfluridola (antipsihotik) na supresiju metastaza u mozgu kod karcinoma dojke (81).

S druge pak strane se zna da se pojedine nuspojave antipsihotika dovode u direktnu svezu s rizikom nastanka karcinoma (npr. hiperprolaktinemija – karcinom dojke). Stoga se preferiraju antipsihotici koji nemaju tu nuspojavu (klozapin, aripiprazol).

Stabilizatori raspoloženja koji se koriste u liječenju psihijatrijskih poremećaja i bolesti imaju također povoljan učinak u terapiji karcinoma. Nađen je inhibirajući učinak valproata na grupu enzima uključenih u razvoj tumora (82). Osim valproične kiseline nađen je i povoljan učinak litija na terapijski učinak kod karcinoma. Naime nađeno je da litij senzibilizira stanice tumora dojke na radioterapiju (83).

Onkostatski učinak nađen je i kod antidepresiva. Nađeno je da fluoksetin reducira proliferaciju u tumoru kolona (84). Izbor antidepresiva ovisi o vodećem simptomu, sijelu i karakteristici samog tumora kao i nuspojavama anti-

depresiva te afinitetu za CYP2D6 (1). Antidepresivi mogu inhibirati CYP2D6 te time dovesti do porasta smrtnosti kod istodobne terapije tamoksifenom. Paroksetin i fluoksetin su najjači inhibitori, dok su fluvoksamin, venlafaksin i citalopram slabiji. Preporučuju se stoga kao prvi izbor u farmakološkoj terapiji depresije kao i kod pacijenata koji imaju vazomotorne simptome prilikom terapije tamoksifenom (44,78,79). Tamoksifen pokazuje pak antitumorsku učinkovitost inhibirajući protein kinazu C, isti učinak kao i litij i valproat (80). Jedne od težih, za pacijente, nuspojava kemoterapije su mučnina i povraćanje što značajno umanjuje kvalitetu života pacijenata. Psihofarmaci mirtazapin (antidepresiv) i olanzapin (antipsihotik) pokazali su potentan antiemetični učinak. Ujedno imaju anksiolitički učinak i poboljšavaju kvalitetu spavanja. Osim što smanjuju mučninu i povraćanje, povećavaju apetit pomažući tako u rješavanju kaheksije uvjetovane karcinomom (32). Osim antidepresiva,

klonidin i gabapentin pokazuju učinkovitost u terapiji valova vrućine i sigurno se mogu upotrebljavati zbog njihovog malog interakcijskog potencijala (79). Osim psihofarmakoterapije psihoterapija, a osobito grupna psihoterapija i kognitivno-bihevioralna terapija pokazale su značajnu učinkovitost kod pacijenata s karcinomom (44). Žene koje boluju od karcinoma dojke pokazuju veći interes za individualno savjetovanje (53 %) u odnosu na uzimanje psihofarmaka ili suportivnih grupa, iako se u literaturi upravo one preferiraju, jer pokazuju bolju učinkovitost (77). Većina pacijenata prihvatila bi i prihvaća propisivanje antidepresiva od strane svojih onkologa, a samo manji broj traži od njih psihijatrijsku pomoć i ordiniranje antidepresiva. To znanje pak ukazuje na važnost promoviranja edukacije onkologa za bolje razumijevanje i prihvaćanje psiholoških simptoma kao i savladavanje vještina i znanja u terapiji depresivnih i ostalih psihičkih poremećaja (11).

## LITERATURA

1. Kissane DW, Maj M, Sartorius N. Depression and cancer. Hoboken, NY: John Wiley & Sons Ltd, 2011.
2. WHO. Cancer statistics. <http://www.who.int,2015>, accessed on 08/23/15
3. McGinty EE, Zhang YY, Gullar E i sur. Cancer incidence in a sample of Maryland resident with serious mental illness. *Psychiatr Serv* 2012; 63(7): 714-17.
4. Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Registar za rak Republike Hrvatske. Incidencija raka u Hrvatskoj 2013. Bilten 38. Zagreb; Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2015.
5. Meijer A, Roseman M, Delisle VC i sur. Effects of screening for psychological distress on patient outcomes in cancer: A systematic review. *J Psychosom Res* 2013; 75: 1-17.
6. Walker J, Hansen CH, Martin P i sur. Prevalence of depression in adults with cancer: a systematic review. *Ann Oncol* 2013; 24(4): 895-900.
7. Pinquart M, Duberstein PR. Depression and cancer mortality: a metaanalysis. *Psychol Med* 2010; 40(11): 1797-1810.
8. Rosenstein DL. Depression and end-of-life care for patients with cancer. *Dialogues Clin Neurosci* 2011; 13(1): 101-8.
9. Harter M, Reuter K, Aschenbrenner A i sur. Psychiatric disorders and associated factors in cancer: results of a fan interview study with patients in inpatient, rehabilitation and outpatient treatment. *Eur J Cancer* 2001; 37: 1385-93.
10. Asevedo E, Brietzke E, Chaves AC. First manic episode in a patient with breast cancer. *Gen Hosp Psychiatry* 2013; 35: 13-14.
11. McFarland DC, Shen MJ, Harris K i sur. Would women with breast cancer prefer to receive an antidepressant for anxiety of depression from their oncologist? *J Oncol Practice* 2016; 12(2): 172-06.
12. Werneke U, Horn O, Mayron-Davis A i sur. Uptake of screening for breast cancer in patients with mental health problems. *J Epidemiol Community Health* 2006; 60(7): 600-95.
13. Peharda T, Trivanović D. Multidisciplinarni pristup onkološkim pacijentima u Pulju. *Glas Pul boln* 2009; 2: 140-2.
14. Coyne JC, Palmer SC. Review Psychotherapy and survival in cancer: the conflict between hope and evidence. *Psychol Bull* 1997; 123(3): 367-94.
15. Fisch MJ, Zhao F, Manola J i sur. Patterns and Predictors of Antidepressant Use in Ambulatory Cancer Patients with Common Solid Tumors. *Psychooncology* 2015; 24(5): 523-32.
16. Schellekens MPJ, van der Hurk DGM, Prins JB i sur. The suitability of the Hospital Anxiety and Depression Scale, Distress Thermometer and other instruments to screen for psychiatric disorders in both lung cancer patients and their partners. *J Affect Disord* 2016; 203: 176-83.

17. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67: 361-70.
18. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression-development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression scale. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 782-6.
19. Hippisley-Cox J, Vinogradova Y, Coupland C i sur. Risk of Malignancy in Patients with Schizophrenia or Bipolar Disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64(12): 1368-76.
20. Wang Y, Wang L, Xingwang L i sur. Polymorphisms of XRCC4 are involved in reduced colorectal cancer risk in Chinese schizophrenia patients. *BMC Cancer* 2010; 10: 523-9.
21. Barak Y, Achiron A, Mandel M i sur. Reduced cancer incidence among patients with schizophrenia. *Cancer* 2005; 104: 2817-21.
22. Ajdacic-Gross V, Tschop A, Bopp M i sur. Cancer comortality patterns in schizophrenia and psychotic disorders: a new methodological approach for unique databases. *Int J Methods Psychiatr Res* 2014; 23(1): 19-24.
23. Barkin RL, Fawcett J. The management challenges of chronic pain: the role of antidepressants. *Am J Ther* 2000; 7: 31-47.
24. Kroenke K, Krebs EE, Bair MJ. Pharmacotherapy of chronic pain: a synthesis of recommendations from systematic reviews. *Gen Hosp Psychiatry* 2009; 31: 206-19.
25. Blier P, Abbott FV. Putative mechanisms of action of antidepressant drugs in affective and anxiety disorders and pain. *J Psychiatry Neurosci* 2001; 26: 37-43.
26. Zyllicz Z, Smits C, Krajnik M. Paroxetine for pruritus in advanced cancer. *J Pain Symptom Manag* 1998; 16: 121-4.
27. Zyllicz Z, Krajnik M, Sorge AA i sur. Paroxetine in the treatment of severe non-dermatological pruritus: a randomized, controlled trial. *J Pain Symptom Manag* 2003; 26: 1105-12.
28. Davis MP, Frandsen JL, Walsh D i sur. Mirtazapine for pruritus. *J Pain Symptom Manag* 2003; 25: 288-91.
29. Demierre MF, Taverna J. Mirtazapine and gabapentin for reducing pruritus in cutaneous T-cell lymphoma. *J Am Acad Dermatol* 2006; 55: 543-4.
30. Tan L, Liu J, Liu X i sur. Clinical research of olanzapine for prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting. *J Exp Clin Cancer Res* 2009; 28: 131.
31. Kim SW, Shin IS, Kim JM i sur. Effectiveness of mirtazapine for nausea and insomnia in cancer patients with depression. *Psychiatry Clin Neurosci* 2008; 62: 75-83.
32. Kast RE, Foley KF. Cancer chemotherapy and cachexia: mirtazapine and olanzapine are 5-HT<sub>3</sub> antagonists with good anti-nausea effects. *Eur J Cancer Care* 2007; 16: 351-4.
33. Morrow GR, Hickok JT, Roscoe JA i sur. Differential effects of paroxetine on fatigue and depression: a randomized, double-blind trial from the University of Rochester Cancer Center Community Clinical Oncology Program. *J Clin Oncol* 2003; 21: 4635-41.
34. Moss EL, Simpson JS, Pelletier G i sur. An open-label study of effects of bupropion SR on fatigue, depression and quality of life of mixed-site cancer patients and their partners. *Psychooncology* 2006; 15: 259-67.
35. Cullum JL, Wojciechowski AE, Pelletier G i sur. Bupropion sustained release treatment reduces fatigue in cancer patients. *Can J Psychiatry* 2004; 49(2): 139-44.
36. Fegg M, Kraus S, Graw M i sur. Physical compared to mental diseases as reasons for committing suicide: a retrospective study. *BMC Palliat Care* 2016; 15: 14.
37. Erlangsen A, Stenager E, Conwell Y. Physical diseases as predictors of suicide in older adults: a nationwide, register-based cohort study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2015; 50(9): 1427-39.
38. Chochinov HM, Wilson KG, Enns M i sur. Desire for death in the terminally ill. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 1185-91.
39. Rosenfeld B, Breitbart W, Galiotta M i sur. The schedule of attitudes toward hastened death: measuring desire for death in terminally ill cancer patients. *Cancer* 2000; 88: 2868-75.
40. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Hopelessness and suicidal behavior. An overview. *JAMA* 1975; 234: 1146-9.
41. Kissane DW, Wein S, Love A i sur. Demoralization Scale: a report of its development and preliminary validation. *J Palliative Care* 2004; 20: 269-76.
42. Christensen S, Zachariae R, Jensen AB i sur. Prevalence and risk of depressive symptoms 3-4 months post-surgery in a nationwide cohort study of Danish women treated for early stage breast-cancer. *Breast Cancer Res Treat* 2009; 113: 339-55.
43. Gaston-Johansson F, Fall-Dickson JM, Bakos AB i sur. Fatigue, pain, and depression in pre-autotransplant breast cancer patients. *Cancer Pract* 1999; 7: 240-7.
44. Callari A, Mauri M, Miniati M i sur. Treatment of depression in patients with breast cancer: a critical review. *Tumori* 2013; 99: 623-33.
45. Fresche de Souza B, Andrade de Moraes J, Inocenti A i sur. Women with breast cancer taking chemotherapy: depression symptoms and treatment adherence. *Rev Lat Am Enfermagem* 2014; 22(5): 866-73.
46. Vin-Raviv N, Akinyemiju TF, Galea S i sur. Depression and Anxiety Disorders among Hospitalized Women with Breast Cancer. *PLOS One* 2015; 10(6): 129-69.
47. Dodd MJ, Cho MH, Cooper BA i sur. The effect of symptom clusters on functional status and quality of life in women with breast cancer. *Eur J Oncol Nurs* 2010; 14(2): 101-10.
48. Burgess C, Cornelius V, Love S i sur. Depression and anxiety in women with early breast cancer. Five year observational cohort study. *BMJ* 2005; 330: 702-5.
49. Saboonchi F, Petersson L-M, Wennman-Larsen A i sur. Changes in caseness of anxiety and depression in breast cancer patients during the first year following surgery: Patterns of transiency and severity of the distress response. *Eur J Oncol Nurs* 2014; 18: 598-604.
50. Seeman MV. Preventing breast cancer in women with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2011; 123: 107-17.
51. Fiorentino L, Ancoli-Israel S. Insomnia and its treatment in woman with breast cancer. *Sleep Med Rev* 2006; 10(6): 419-29.
52. Carpenter JS, Elam JL, Ridner SH i sur. Sleep, fatigue, and depressive symptoms in breast cancer survivors and matched healthy women experiencing hot flashes. *Oncol Nurs Forum* 2004; 31(3): 591-8.

53. Carlson LE, Campbell TS, Garland SN i sur. Association among salivary cortisol, melatonin, catecholamines, sleep quality and stress in women with breast cancer and healthy controls. *J Behav Med* 2007; 30(1): 45-58.
54. Savard J, Villa J, Ivers H i sur. Prevalence, natural course, and risk factors of insomnia comorbid with cancer over a 2-month period. *J Clin Oncol* 2009; 27(31): 5233-9.
55. Rute Costa A, Fontes F, Pereira S i sur. Impact of breast cancer treatments on sleep disturbances- A systematic review. *Breast* 2014; 23: 697-709.
56. Ganz PA, Kwan L, Castellon SA i sur. Cognitive complaints after breast cancer treatments: Examining the relationship with neuropsychological test performance. *J Natl Cancer Inst* 2013; 105: 791-801.
57. Dunn J, Ng SK, Holland J i sur. Trajectories of psychological distress after colorectal cancer. *Psycho-Oncology* 2013; 22: 1759-65.
58. Tavoli A, Mohammad AM, Montazeri A i sur. Anxiety and depression in patients with gastrointestinal cancer: does knowledge of cancer diagnosis matter? *BMC Gastroenterol* 2007; 7: 28.
59. Quah HM, Jayne DG, Eu KW i sur. Bladder and sexual dysfunction following laparoscopically assisted and conventional openmesorectal resection for cancer. *Br J Surg* 2002; 89: 1551-6.
60. Akyol M, Ulger E, Alacacioglu A i sur. Sexual satisfaction, anxiety, depression and quality of life among Turkish colorectal cancer patients (Izmir Oncology Group (IZOG) study). *Jpn J Clin Oncol* 2015; 45(7): 657-64.
61. Beck AT, Steer RA, Brown GK. BDI-II: Beck Depression Inventory Manual. San Antonio, TX; Psychological Corporation, 1996.
62. Bergamo C, Sigel K, Mhango G i sur. Inequalities in lung cancer care of elderly patients with Schizophrenia: an observational cohort study. *Psychosom Med* 2014; 76(3): 215-20.
63. Mateen FJ, Jatoi A, Lineberry TW i sur. Do patients with schizophrenia receive state-of-the-art lung cancer therapy? A brief report. *Psychooncology* 2008; 17(7): 721-5.
64. Wang PhW, Walker AM, Tsuang MT i sur. Dopamine antagonists and the development of breast cancer. *Arh Gen Psychiatry* 2002; 59: 1147-54.
65. Mortensen PB. Neuroleptic treatment and other factors modifying cancer risk in schizophrenic patients. *Acta Psychiatr Scand* 1987; 75: 585-90.
66. Rahman T, Clevenger ChV, Kaklamani V i sur. Antipsychotic treatment in breast cancer patients. *Am J Psychiatry* 2014; 171(6): 616-21.
67. Leucht S, Ciprian A, Spineli L i sur. Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet* 2013; 382: 951-62.
68. Sankaranarayanan A, Mulchandani M, Tirupati S. Clozapine, cancer chemotherapy and neutropenia- dilemmas in management. *Psychiat Danub* 2013; 25(4): 419-22.
69. Liang-Jen W, Shao-Chun R, Yu-Shu H i sur. Adjunctive effects of aripiprazole on metabolic profiles: comparison of patients treated with olanzapine to patients treated with other atypical antipsychotic drugs. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2013; 40: 260-6.
70. Myzaki T, Kuwano H, Kato H i sur. Correlation between serum melatonin circadian rhythm and intensive care unit psychosis after thoracic esophagectomy. *Surgery* 2005; 133(6): 662-8.
71. For a A, Alabsi E, Fakh M. A case of 5-fluorouracil-induced acute psychosis. *Clin Colorectal Cancer* 2009; 8(3): 166-8.
72. Jacob L, Kostev K, Kalder M. Treatment of depression in cancer and non-cancer patients in German neuropsychiatric practices. *Psycho-Oncology* 2016;24, doi: 10.1002/pon.4066.
73. Strong V, Waters R, Hibberd C i sur. Management of depression for people with cancer (SMaRT oncology 1): a randomized trial. *Lancet* 2008; 372: 40-8.
74. Laoutidis ZG, Mathiak K. Antidepressants in the treatment of depression/depressive symptoms in cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2013; 13: 140.
75. Ashbury FD, Madlensky L, Raich P i sur. Antidepressant prescribing in community cancer care. *Support Care Cancer* 2003; 11(5): 278-85.
76. Haque R, Shi J, Schottinger JE i sur. Tamoxifen and antidepressant drug interaction in a cohort of 16 887 breast cancer survivors. *J Natl Cancer Inst* 2016; 198(3): 1-8.
77. Wu SM, Brothers BM, Farrar W i sur. Individual Counseling in the Preferred Treatment for Depression in breast cancer survivors. *J Psychosoc Oncol* 2014; 32(6): 637-46.
78. Kelly CM, Juurlink DN, Gomes T i sur. Selective serotonin reuptake inhibitors and breast cancer mortality in women receiving tamoxifen: a population based cohort study. *BMJ* 2010; 340: 693.
79. Binkhorst L, Mathijssen HJ, van Herk-Sukel MPP i sur. Unjustified prescribing of CYP2D6 inhibiting SSRI in women treated with tamoxifen. *Breast Cancer Res* 2013; 139: 923-9.
80. Zarate CA, Singh JB, Carlson PJ i sur. Efficacy of a protein kinase C inhibitor (tamoxifen) in the treatment of acute mania: a pilot study. *Bipol Disord* 2007; 9: 561-70.
81. Ranjan A, Gupta P, Srivastava SK. Penfluridol: an antipsychotic agent suppresses metastatic tumor growth in triple negative breast cancer by inhibiting integrin signaling axis. *Cancer Res* 2016; 76 (4): 877-90.
82. Tesei A, Briigliadori G, Carloni S i sur. Organosulfur derivatives of the HDAC inhibitor valproic acid sensitize human lung cancer cell lines to apoptosis and to cisplatin cytotoxicity. *J Cell Physiol* 2011; 227(10): 3389-96.
83. Rouhani M, Goliaei B, Khodaghali F i sur. Lithium increases radiosensitivity by abrogating DNA repair in breast cancer spheroid culture. *Arch Iron Med* 2014; 17(5): 352-60.
84. Kannen V, Garcia SB, Silva WA i sur. Oncostatic effects of fluoxetine in experimental colon cancer models. *Cell Signall* 2015; 27: 1781-8.

# Pitanje pristanka osoba s neurokognitivnim poremećajima u području kliničkih istraživanja

## */ The Problem of Informed Consent of Persons with Neurocognitive Disorders in Clinical Investigations*

Suzana Uzun<sup>1,2</sup>, Oliver Kozumplik<sup>1,2</sup>, Dubravka Kalinić<sup>3</sup>, Nela Pivac<sup>4</sup>, Ninoslav Mimica<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Klinika za psihijatriju Vrapče, Zagreb; <sup>2</sup>Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera, Medicinski fakultet Osijek, Osijek; <sup>3</sup>Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Zagreb; <sup>4</sup>Institut Ruđer Bošković, Zagreb, Hrvatska  
*/ <sup>1</sup>University Psychiatric Hospital Vrapče, Zagreb, <sup>2</sup>Josip Juraj Strossmayer University in Osijek, School of Medicine, Osijek; <sup>3</sup>University of Zagreb, School of Medicine, Zagreb; <sup>4</sup>Institute Ruđer Bošković, Zagreb, Croatia*

Podatci s početka milenija ukazivali su na prevalenciju Alzheimerove bolesti od 24,3 milijuna oboljelih u svijetu, ali i na očekivani značajni godišnji porast broja novih slučajeva demencije, koji sada iznosi već 4,6 milijuna. Što se tiče najnovijih globalnih procjena možemo se osloniti na procjenu ADI-a (*Alzheimer Disease International*), krovne udruge koja okuplja 80 nacionalnih Alzheimer organizacija, iz koje je razvidno da danas u svijetu ima više od 47 milijuna osoba s demencijom. No, zabrinjava tvrdnja da će broj oboljelih i nadalje progresivno rasti. Biomedicinska istraživanja su neprocjenjiv (i jedini) izvor novih spoznaja i znanja zahvaljujući kojima je postignut značajan napredak u području medicine u prošlom stoljeću (a što traje i danas). U području kliničkih istraživanja osobe s demencijom su vulnerabilna skupina. Zakonska odredba prema kojoj se onemogućava davanje pristanka za sudjelovanje u istraživanjima od strane zakonskog zastupnika je potencijalno ograničavajući faktor u kontekstu istraživanja koja uključuju osobe s demencijom. U području psihijatrije nužna je procjena pacijentove sposobnosti za davanje informiranog pristanka. S obzirom na specifičnosti mentalnih poremećaja ova procjena je nužna u cilju zaštite bolesnika i njegova prava na izbor medicinskog postupka kao i u cilju izbjegavanja zlorab u svakodnevnoj kliničkoj praksi.

*/ From the beginning of the millennium showed that the prevalence of Alzheimer's disease was at 24.3 million of patients globally, but also anticipated a significant increase of the number of new cases of dementia, which are currently at 4.6 million. Currently, based on estimates from the ADI (Alzheimer Disease International), a head association that aggregates data 80 national Alzheimer organizations, it is apparent that there are more than 47 million persons with dementia in the world today.*

*However, what is concerning is the statement that this number will continue to grow progressively. Biomedical investigations are an invaluable (and the only) source of new knowledge, thanks to which significant progress has been achieved in medicine during previous century and continues to be achieved today.*

*In the field of clinical investigations, persons with dementia represent a vulnerable group. The legal representative of the person with dementia cannot give consent for participation in clinical investigation, which represents a potentially limiting factor for clinical investigations that include persons with dementia. In psychiatry, the evaluation of patient competence for giving informed consent is necessary. Given the specificity of mental disorders, this evaluation is necessary in order to protect the patient and their choice of medical procedure as well as to avoid misuse in everyday clinical practice.*



**ADRESA ZA DOPISIVANJE:**

Doc. dr. sc. Suzana Uzun, prim., dr. med.

Klinika za psihijatriju Vrapče

Bolnička cesta 32

10 090 Zagreb, Hrvatska

Tel: +385 1 3780 682

E-pošta: suzana.uzun@bolnica-vrapce.hr

**KLJUČNE RIJEČI / KEY WORDS:**Alzheimerova bolest / *Alzheimer's disease*Demencija / *Dementia*Etika / *Ethics*Kliničko istraživanje / *Clinical investigation*Informirani pristanak / *Inform consent***NEUROKOGNITIVNI POREMEĆAJI**

Sindrom demencije može se javiti zbog brojnih različitih bolesti i poremećaja, pa se tako danas navodi preko 100 uzroka i stanja koja mogu dovesti do demencije. Iako postoje podijeljena mišljenja o učestalosti pojedinih stanja koja dovode do demencije, opće je mišljenje da na Alzheimerovu bolest (AB) otpada nekih 60-70 % od svih slučajeva, što je svakako najčešći uzrok demencije (1).

Podatci iz 2001. godine ukazuju na prevalenciju AB od 24,3 milijuna oboljelih u svijetu. Svake godine bilježi se 4,6 milijuna novih slučajeva demencije (2). Što se tiče najnovijih globalnih procjena možemo se osloniti na procjenu ADI-a (*Alzheimer Disease International*), krovne udruge koja okuplja 71 nacionalnu Alzheimer organizaciju, iz koje je razvidno da danas u svijetu ima 35 milijuna osoba s demencijom. No, zabrinjava tvrdnja da će broj oboljelih i nadalje progresivno rasti, pa se tako u 2030. godini očekuje 65 milijuna, a u 2050. godini čak više od 115 milijuna osoba s demencijom u svijetu. Taj predviđeni veliki rast broja oboljelih temelji se na pretpostavci da će se u mnogoljudnim zemljama svijeta (Kina, Indija) životni vijek značajno produljiti, te da će tamo i dijagnostika napredovati (3). U Republici Hrvatskoj svake godine od AB-a oboli 3.000 osoba, a procjenjuje se da je ukupan broj osoba koje boluju od demencije i žive u Hrvatskoj oko 87.000 (1). S obzirom na de-

mografski trend starenja stanovništva, valja očekivati znatan porast broja oboljelih, budući da incidencija bolesti raste s dobi te je iz današnje perspektive izgledno da će jedna od tri osobe koje su starije od 65 godina umrijeti od demencije (4).

Nakon (ranog) postavljanja dijagnoze indicirano je promptno liječenje jednim ili pak kombinacijom antidementiva, što predstavlja standardnu farmakološku terapiju AB, a uz to se po potrebi daju i drugi psihofarmaci (antidepresivi, anksiolitici, hipnotici, antipsihotici i drugi) (1).

Glavno uporište za liječenje bolesnika s blagim i umjerenim oblikom Alzheimerove demencije (AD) je upotreba centralno djelujućih inhibitora acetilkolinesteraze kojima se pokušava nadoknaditi manjak acetilkolina (ACh) u moždanoj kori i hipokampusu. Parcijalni N-metil-D-aspartat (NMDA) antagonist je odobren za liječenje umjerene i teške Alzheimerove bolesti (5). Danas kada demenciju nastojimo dijagnosticirati što ranije, bitno je oboljelima i njihovim obiteljima ponuditi kontinuirani i što kvalitetniji program liječenja i skrbi. Alzheimerova bolest odnosno demencija je stanje koje ne možemo izliječiti, ali upotrebom standardnog (simptomatskog) farmakološkog liječenja antidementivima i drugim psihofarmcima moguće je usporiti prirodni tijek bolesti, poboljšati kvalitetu života oboljelih i njihovih njegovatelja (6).

## KLINIČKA ISTRAŽIVANJA U PODRUČJU PSIHIJATRIJE: DOBRA KLINIČKA PRAKSA

Klinička ispitivanja u području psihijatrije značajno doprinose skrbi za osobe s duševnim smetnjama. Potreba za znanstvenim i kliničkim istraživanjima na području Alzheimerove demencije i drugih demencija nužna je i stavlja pred kliničare brojna pitanja. Razmišljanja o etici u znanstvenim istraživanjima naročito su usmjerena na područja onih biomedicinskih istraživanja koja se provode na čovjeku, a posebno na vulnerabilnim skupinama što uključuje bolesnike s Alzheimerovom bolesti i drugim neurokognitivnim poremećajima. Kako bi se izbjegli ili smanjili mogući sukobi interesa u bilo kojoj kliničkoj fazi ispitivanja novog lijeka, i kako bi se što potpunije zaštitila krucijalna osoba u kliničkom ispitivanju, a to je uvijek ispitanik (što je i najvažnije pravilo etičkog ponašanja u kliničkom pokusu), stvorene su određene međunarodne preporuke i standardi kliničkog ispitivanja (7). Poznato je da je cilj svakog biomedicinskog istraživanja sustavno sakupljanje i analiziranje podataka, koji će omogućiti stvaranje određenih zaključaka značajnih za budućnost, a glavna uloga čovjeka koji izravno sudjeluje u biomedicinskom istraživanju je služiti kao izvor takvih podataka (8).

Etika u istraživanjima (engl. *research ethics*) bavi se etičkim pitanjima koja nastaju provođenjem istraživanja (9). Načela suvremene etike u istraživanjima su kodificirana u Nürnberškom kodeksu iz 1947. godine, a proširena u Helsinškoj deklaraciji Svjetskog liječničkog udruženja 1964. godine (10). Danas postoji veći broj propisa i smjernica koje se odnose na klinička istraživanja, kao što su CIOMS Međunarodne etičke smjernice za biomedicinska istraživanja na ljudima i Helsinška deklaracija Svjetskog liječničkog udruženja (11-13). Načela Helsinške deklaracije ugrađena su i u prve smjernice dobre kliničke prakse odnosno GCP (engl. *Guidelines for Good Clinical Pra-*

*ctice / GCP*), koje su objavljene 1978. godine (14). Smjernice GCP odnose se na planiranje, provođenje, obavljanje, nadzor, analizu i izvještavanje o pokusima na ljudima. Usklađenost kliničkog pokusa sa smjericama GCP-a znači da će sva prava, sigurnost i dobrobit ispitanika biti zaštićeni, te da će podatci dobiveni u pokusu biti vjerodostojni (14). Legislativnu ulogu imaju nacionalni i europski zakoni, poput Direktive za klinička ispitivanja Europske unije (11-13). U Hrvatskoj su istraživanja koja uključuju osobe s duševnim smetnjama dodatno regulirana Zakonom o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, u dijelu koji se odnosi na posebne medicinske postupke i biomedicinska istraživanja (15). U svim međunarodnim smjericama spominju se tri najvažnija etička načela, koja trebaju biti uvijek uključena u sva istraživanja koja se obavljaju na ljudima. To su načelo poštivanja čovjeka kao osobe u smislu njegove autonomije i zaštite, načelo dobronamjernosti i načelo pravednosti (16,17).

## KONCEPT INFORMIRANOG PRISTANKA U KLINIČKIM ISTRAŽIVANJIMA

Informirani pristanak (engl. *informed consent*) je „medicinsko-etičko područje koje povezuje temeljnu etičku spoznaju s kliničkom praksom i odnosom prema bolesniku u kojem dolazi do izražaja analiza i vrednovanje spoznajnog medicinskog i etičkog potencijala u pitanjima: poštovanja bolesnikove osobnosti, slobode mišljenja i odlučivanja, zaštite prava bolesnika u medicinskom postupku i biomedicinskom istraživanju, sudjelovanja rodbine, skrbnika ili bolesnikova zastupnika u etičkoj analizi i odlučivanju o bolesnikovu stanju, odnosa prema djeci, bolesnicima i osobama sa smanjenom sposobnošću rasuđivanja, usuglašavanja bolesnika i ispitanika za postupak i istraživanje, te komunikacije između zdravstvenih djelatnika i bolesnika“ (8,18).

Osnovne postavke informiranog pristanka predstavlja Nurnberški kodeks (10). U njegovoj prvoj točki govori se o „dobrovoljnom pristanku kao apsolutno bitnom“ (11). Medicinsko-etička doktrina informiranog pristanka postala je, međutim, temom ozbiljnih znanstvenih rasprava tek početkom 70-ih godina prošlog stoljeća. Sama sintagma prvi put se spominje u literaturi 1957., dok su konkretne rasprave o dužnostima liječnika/istraživača prema bolesnicima/ispitanicima započele 1972., kada je prvi put proglašeno pravo bolesnika na razumljivo informiranje i na temelju njega prihvaćanje ili odbijanje neke medicinske intervencije (11-13). Ovdje je, međutim, potrebno istaknuti kako je informirani pristanak za neku medicinsku intervenciju valjan, ako i samo ako je tom pristanku prethodila informiranost osobe o postupku, ako je osoba dobivenu informaciju pravilno shvatila i na osnovi toga dobrovoljno dala pristanak (12). Upravo ovaj moment ukazuje na važnost pravilnog shvaćanja samog formalnog značenja informiranog pristanka, što je moguće jedino ako se pravilno shvaća upravo njegov sadržaj.

Koncept informiranog pristanka oslanja se na dvije temeljne premise: da bolesnik ima pravo na količinu informacija potrebnu kako bi mogao donijeti informiranu odluku o preporučenom medicinskom tretmanu te da ima pravo prihvatiti ili odbiti prijedlog, odnosno preporuku liječnika. Pravo na odbijanje predloženog medicinskog zahvata samo je druga strana prava na davanje pristanka i s njim čini cjelinu (19).

Koncept informiranog pristanka u svakodnevnoj kliničkoj praksi posjeduje tri dimenzije: pravnu, etičku i kliničku (20). Informirani pristanak praktički se ostvaruje upravo svojom konkretnom primjenom, odnosno funkcijama koje čini u svakodnevnoj kliničkoj praksi, pri čemu se kontinuirano isprepliću sve tri dimenzije: promiče se individualna autonomija bolesnika i ispitanika; potiče se racionalno do-

nošenje odluka; osujećuje uplitanje javnosti; liječnike i istraživače upućuje se na etičku samokontrolu; smanjuje se opasnost od građanske i krivične odgovornosti liječnika, istraživača i njihovih ustanova (21,22). Normativni problemi informiranog pristanka mogu se raspravljati sa šireg stajališta prava ili se pak kao ishodišnu točku može uzeti (bio)etičke principe ili čak normativne vrijednosti (21,22).

S pravne strane pristanak se smješta u kategoriju ugovora, tj. obostranih dogovora koji nastaju susretanjem dviju volja i koji u pristanku imaju svoj tvorni element. Da bi pristanak bio pravno valjan, bolesnik treba poznavati sve na što daje taj pristanak. Dakle, pristanak poprima vlastitost informacije i postaje informirani pristanak. Dužnost dobivanja pristanka bolesnika za bilo koji terapijski program je općeprihvaćena stvarnost koja je ušla u liječničko zakonodavstvo. Razlog tolike važnosti pristanka je u činjenici da pristanak izražava temelj slobode osobe i njezinog prava/dužnosti da bude liječena (23).

Beauchamp i Childress pri definiranju (bio)etičkih principa razlikuju: široko shvaćene principe kao onaj dio bioetike pomoću kojeg se procjenjuje etička realnost i traže odgovori na pitanja i probleme koje u području medicine i zdravstva stvara znanstveno tehnološki napredak te otvaraju prostori za etičko djelovanje; u užem smislu (bio)etički principi su temeljne koordinate odnosa zdravstvenih djelatnika i bolesnika u okviru kojih se taj odnos uspostavlja, razvija i uređuje, te određuje položaj sudionika u tom odnosu (23-25).

Informirani pristanak proistječe iz dvaju (bio)etičkih principa: tradicionalnog, hipokratskog principa dobročinstva i suvremenog principa autonomije. Takvim poimanjem otvara se prostor za praktičnu primjenu informiranog pristanka u zdravstvenim institucijama, odnosno „ukorjenjuje pristanak, odnosno daje pravo na zaštitu autonomnog izbora“, kod pojedinačnih bolesnika, pa sve do sudionika znanstvenih projekata (26).

Važno je napomenuti da je informirani pristanak uvršten u hrvatsko zakonodavstvo i to kroz: Zakon o zaštiti prava pacijenata (Narodne novine, 169/04, 37/08, čl. 6-19), Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (Narodne novine 11/97, 27/98, 128/99, 79/02, čl. 8-9), Obiteljski zakon (Narodne novine, 116/03, 17/04, 136/04, 107/07, 57/11, 61/11, čl. 89/5), Kazneni zakon (Narodne novine, 125/11, 144/12, čl. 91/10, čl. 182), Konvenciju o pravima djeteta (Opća skupština Ujedinjenih naroda, 1989, Rezolucija 44/25, čl. 12), Konvenciju o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskog bića u pogledu primjene biologije i medicine: konvenciju o ljudskim pravima i biomedicini (Vijeće Europe, 1997, čl. 5-6), te Opću deklaraciju o bioetici i ljudskim pravima (22).

Zakon o zaštiti prava pacijenata stupio je na snagu 11. prosinca 2004. godine. Ovaj Zakon svakom pojedincu kao bolesniku jamči opće i jednako pravo na kvalitetnu i kontinuiranu zdravstvenu zaštitu primjerenu njegovu zdravstvenom stanju, a sukladno općeprihvaćenim stručnim standardima i etičkim načelima, u najboljem interesu za bolesnika, uz poštovanje njegovih osobnih stavova. Osnovna prava koja regulira ovaj Zakon su pravo na suodlučivanje i pravo na obaviještenost, na prihvaćanje, odnosno odbijanje medicinskoga postupka ili zahvata, na povjerljivost, na privatnost, na održavanje osobnih kontakata, na samovoljno napuštanje zdravstvene ustanove, na pristup medicinskoj dokumentaciji, na zaštitu pri sudjelovanju u kliničkim ispitivanjima, na naknadu štete (16). Informirani pristanak reguliran je u čl. 6. – 21. ovog Zakona (27).

U članku 17 govori se o zaštiti bolesnika koji nije sposoban dati pristanak - za bolesnika koji nije pri svijesti, za bolesnika s težom duševnom smetnjom te za poslovno nesposobnog ili maloljetnog bolesnika, osim u slučaju neodgodive medicinske intervencije, suglasnost iz članka 16. stavka 2. ovoga Zakona potpisuje zakonski zastupnik, odnosno skrbnik bolesnika. U interesu bolesnika osoba iz stavka 1. ovo-

ga članka može suglasnost u bilo koje vrijeme povući potpisivanjem izjave o odbijanju pojedinoga dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka. Ako su interesi bolesnika iz stavka 1. ovoga članka i njihovih zakonskih zastupnika, odnosno skrbnika suprotstavljeni, zdravstveni radnik dužan je odmah o tome obavijestiti nadležni centar za socijalnu skrb (27).

U području kliničkih istraživanja, osobe s demencijom su vulnerabilna skupina. Prethodno spomenute etičke smjernice prepoznaju potrebu dodatne zaštite vulnerabilnih skupina ispitanika (uključujući osobe s demencijom), npr. provođenje istraživanja s vulnerabilnom skupinom dopušteno je samo ako ne postoji alternativa njihovom uključivanju. Zakonska odredba prema kojoj se onemogućava davanje pristanka za sudjelovanje u istraživanjima od strane zakonskog zastupnika je potencijalno ograničavajući faktor u kontekstu istraživanja koja uključuju osobe s demencijom. Uzmimo kao primjer osobe koje su trajno izgubile kapacitet za donošenje odluka, te se za zaštitu i promicanje svojih najboljih interesa u potpunosti oslanjaju na zakonskog zastupnika (npr. osobe u uznapređovalom stadiju demencije) – to znači kako te osobe uopće neće biti u mogućnosti biti uključene u neko istraživanje, čak i ako sudjelovanje u istraživanju za njih ne bi bilo rizik veći od minimalnog (tj. svakodnevnog rizika, ili rizika pri rutinskim medicinskim postupcima, kao što je vađenje krvi), i kad bi istraživanje potencijalno bilo od koristi za te osobe (7).

Prema Havajskoj deklaraciji Svjetskog psihijatrijskog udruženja navodi se sljedeće: „Za djecu i ostale ispitanike koji ne mogu samostalno dati informirani pristanak, pristanak se mora dobiti od pravnog zastupnika.“ Prema Helsinškoj deklaraciji, „medicinska istraživanja sa svim vulnerabilnim skupinama opravdana su ako je istraživanje povezano s potrebama ili prioritetima te skupine, i ako se istraživanje ne može provesti na ne-vulnerabilnoj skupini. Uz to, vulnerabilna bi skupina trebala profitirati od znanja,

praksi ili intervencija koje nastanu kao rezultat istraživanja.“ U istom dokumentu se dopušta mogućnost zamjenskog davanja pristanka od strane ovlaštenog skrbnika. CIOMS smjernice također prepoznaju mogućnost zamjenskog donošenja odluka od strane člana obitelji ili zakonskog zastupnika u slučaju ograničene sposobnosti za donošenje odluka (12,13,28).

Novi Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama izglasan je 2014. godine, a promjene su stupile na snagu 1. siječnja 2015. Prema tekstu usvojenog Zakona, u području psihijatrijskih istraživanja, „pristanak na posebni medicinski postupak i biomedicinsko istraživanje umjesto osobe s duševnim smetnjama ne može dati zakonski zastupnik“ (29).

Prema istom Zakonu važno je utvrditi je li osoba u stanju shvatiti svrhu, prirodu, posljedice i korist liječničkog postupka te na temelju toga donijeti odluku. Ako s duševnim smetnjama nije u stanju donijeti odluku, može se poduzeti samo onaj postupak koji je u njenom najboljem interesu. Ako je riječ o djetetu i maloljetnoj osobi s duševnim smetnjama, odluku donosi zakonski zastupnik pri čemu se u obzir na temelju Zakona može uzeti mišljenje djeteta u skladu s dobi i mentalnom zrelošću. Slična je situacija i s odraslom osobom s duševnim smetnjama. Dani pristanak se može povući pri čemu liječnik mora informirati davatelja pristanka o posljedicama prestanka provođenja medicinske intervencije (29).

Važeći Kodeks liječničke etike i deontologije donijela je Skupština Hrvatske liječničke komore 10. lipnja 2006. U čl. 1. st. 6. Kodeks navodi da će liječnici svoje znanje primjenjivati u skladu s odredbama Kodeksa. Nadalje, u čl. 2. st. 4. navodi se da će poštovati pravo pacijenta da obaviješten prihvati ili odbije pojedinog liječnika ili liječničku pomoć. Ako pacijent nije sposoban o tome odlučivati, odluku donosi zastupnik. Ako pacijent nema zastupnika i s odlukom se ne može pričekati, liječnik će odrediti najbolji način liječenja.

## ZAKLJUČAK

Zaključno možemo reći da su biomedicinska istraživanja neprocjenjiv (i jedini) izvor novih spoznaja i znanja zahvaljujući kojima je postignut značajan napredak u području medicine u prošlom stoljeću (a što traje i danas). Etička pitanja u kliničkoj medicini postaju sve aktualnija u kontekstu odnosa bolesnik-liječnik. Osnovne etičke postavke podrazumijevaju respekt autonomije bolesnika i djelovanje u najboljem interesu bolesnika.

U kliničkim ispitivanjima primjenjuju se ista etička i pravna načela koja vrijede za uobičajenu medicinsku praksu. Usto, klinička ispitivanja strogo su kontrolirana međunarodnim i nacionalnim zakonima i propisima. Svrha tih propisa je najviši stupanj zaštite prava i sigurnosti ispitanika.

Stoga je u kontekstu etike i etičkih načela, u provedbi kliničkih pokusa u kojima sudjeluje čovjek kao ispitanik, potrebna složena međusobna suradnja znanstvenika, vladinih povjerenstava, te različitih javnih, nacionalnih i internacionalnih društava. Samo će takva suradnja omogućiti napredak u liječenju određene bolesti. Odredba u Zakonu prema kojoj zakonski zastupnik ne može dati pristanak za sudjelovanje osobe s duševnim smetnjama u istraživanju, potencijalno je restriktivna za buduća psihijatrijska istraživanja. Osobe s demencijom sudionici su u istraživanjima, te se njihova prava mogu jednako učinkovito zaštititi i primjenom sadašnjih prethodno opisanih propisa. U području psihijatrije nužna je procjena pacijentove sposobnosti za davanje informiranog pristanka. S obzirom na specifičnosti mentalnih poremećaja ova procjena je nužna u cilju zaštite bolesnika i njegova prava na izbor medicinskog postupka kao i u cilju izbjegavanja zlorababa u svakodnevnoj kliničkoj praksi (30). Procjena sposobnosti za davanje informiranog pristanka u osoba s AD od nezavisnog stručnjaka osigurava bolesnikovu autonomiju, zaštitu njegovih prava kao i zaštitu kliničara-znanstvenika (31).

## LITERATURA

1. Mimica N. Demencija i palijativna skrb. *Neurol Croat* 2011; 60: 119-24.
2. Ferri CP, Prince M, Brayne C i sur. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet* 2005; 366: 2112-7.
3. [www.alz.co.uk/adi/](http://www.alz.co.uk/adi/)
4. Kušan Jukić M, Mimica N. Palijativna skrb o oboljelima od Alzheimerove bolesti i drugih demencija. *Medix* 2016; 119/120: 179-83.
5. Vuksan-Ćusa B, Jakovljević M, Mimica N, Šagud M, Sartorius N. Algorithms for pharmacotherapy of dementia. *Psychiatr Danub* 2007; 19: 382-3.
6. Mimica N, Presečki P. Current treatment options for people with Alzheimer's disease in Croatia. *Chem Biol Interact* 2010; 187: 409-10.
7. Mijaljica G, Mimica N. Pitanje pristanka osoba s demencijom u području psihijatrijskih istraživanja. *Neurol Croat* 2014; 63(Suppl.2): 96.
8. Šegota I. Bioetički svеси br. 21: Informed Consent u Europi. Rijeka: Katedra za društvene znanosti Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci, 2001.
9. Švajger A, ur. Medicinska etika. Priručno štivo, II izdanje. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu - Medicinski fakultet, 1996.
10. Nuremberg Code. In: Post SG, ed. *Encyclopedia of Bioethics*. 3rd ed. New York: Macmillan Reference USA, 2004; 2817-8.
11. *European Textbook on Ethics in Research*. Brussels: Directorate-General for Research and Innovation, European Commission, European Commission, 2010.
12. World Psychiatric Association. The Declaration of Hawaii. WPA, 1977.
13. World Medical Association. Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. WMA, 2013.
14. Kapp MB. Ethical and legal issues in research involving human subjects: Do you want a piece of me. *J Clin Pathol* 2006; 59: 335-9.
15. Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama. *Narodne novine* 76/14.
16. Sorta-Bilajac I. Bioetika i medicinsko pravo: Zbornik radova - 9. bioetički okrugli stol (BOSR9) Rijeka, 2008. Rijeka: Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Katedra za društvene znanosti, 2009.
17. Nikšić S. Načelo autonomije bolesnika u hrvatskom pravu. U: Sorta-Bilajac I, ur. Bioetika i medicinsko pravo: Zbornik radova 9. bioetičkog okruglog stola (BOSR9) Rijeka, 2008. Rijeka: Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Katedra za društvene znanosti, 2009, 163-72.
18. Gosić N. Informed Consent. U: Gosić N. Bioetika in vivo. Zagreb: Pergamena, 2005;135-49.
19. Turković K. Pravo na odbijanje medicinskog tretmana u Republici Hrvatskoj. *Medicina* 2008; 44: 158-70.
20. ICH Harmonized Tripartite Guideline (S6): General Consideration for Clinical Trials. *Federal Register* 1997: 62 FR, 66113.
21. Deutsch E. The Declaration of Helsinki Revised by the World Medical Organisation, Edinburgh 2000. [www.upf.pf/recherche/IRIDIP/RJP/RJP7/03Deutsch.doc](http://www.upf.pf/recherche/IRIDIP/RJP/RJP7/03Deutsch.doc).
22. Sorta-Bilajac I. Informirani pristanak – konceptualni, empirijski i normativni problemi. *Medicina fluminensis* 2011; 47: 37-47.
23. Opća deklaracija o bioetici i ljudskim pravima. U: Sándor J, Demény E, ur. UNESCO i bioetika, zbirka osnovnih dokumenata. Budimpešta: Center for Ethics and Law in Biomedicine, 2008, 20-8.
24. Beauchamp TL, Faden RR. History of informed consent. In: Post SG, ed. *Encyclopedia of Bioethics*. 3rd ed. New York: Macmillan Reference USA, 2004, 1271-7.
25. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 5th ed. New York: Oxford University Press, 2001, 57-112.
26. Sleight P. Where are clinical trials going? Society and clinical trials. *J Intern Med* 2004; 255: 151-8.
27. Zakon o zaštiti prava pacijenata. <http://narodnenovine.nn.hr/clanci/sluzbeni/313593.html> Accessed January 19th 2011.
28. Mann H. Research ethics committees and public dissemination of clinical trial results. *Lancet* 2002; 360: 406-8.
29. Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama. *Narodne novine* 76/14.
30. Folnegović-Šmalc V, Bajs Bjegović M, Ivezić S i sur. Informed consent in clinical psychiatric research in Croatia. *Proceedings - International Symposium on Biomedical Ethics*, Zagreb: Hrvatska akademija znanosti i umjetnosti, 1999, 71-2.
31. Kalinić D, Mimica N. Informed consent competency of persons with Alzheimer dementia. *Neurol Croat* 2010; 59(Suppl.2): 111.

# Stavovi i predrasude studenata Studija sestrinstva prema psihički bolesnim osobama

## */ Attitudes and Prejudices of Nursing Students Towards Psychiatric Patients*

Ksenija Zagorščak, Ana Buhin Cvek, Melita Sajko, Marija Božičević<sup>1</sup>

Sveučilište Sjever, Sveučilišni centar Varaždin, <sup>1</sup>Klinički bolnički centar Zagreb, Zagreb, Hrvatska

*/ University Sjever, University Centre Varaždin, <sup>1</sup>University Hospital Centre Zagreb, Zagreb, Croatia*

U općoj populaciji kao i među zdravstvenim radnicima zabilježeno je da unatoč napretku medicine i edukaciji još uvijek postoje negativni stavovi prema oboljelima od psihičkih poremećaja. Stav se može definirati kao stečena, relativno trajna i stabilna organizacija pozitivnih ili negativnih emocija, vrednovanja i reagiranja prema nekom objektu dok su predrasude pretežno negativni stavovi prema nekoj skupini ili prema pojedincima. Svrha ovog istraživanja bila je utvrditi kakvi su stavovi studenata Studija sestrinstva o psihički bolesnim osobama. Istraživanje je provedeno na Sveučilištu Sjever, a ispitanici su bili studenti Studija sestrinstva. Kao mjerni instrument korištena je posebno strukturirana, anonimna, *on line* anketa, koja je sadržavala 2 pitanja o dobi i spolu te 10 pitanja vezanih uz stavove i predrasude o psihički bolesnim osobama. U istraživanju su sudjelovala 162 studenta svih triju godina studija. Rezultati su prikazani bročano i u postotcima. Prema rezultatima dobivenima iz ankete vidljivo je da studenti imaju različite poglede prema psihički bolesnim osobama. Iako su tijekom studija imali kolegije u sklopu kojih se spominju predrasude i stigma te oboljeli od psihičkih bolesti, što je moglo utjecati na smanjenje predrasude, prema rezultatima istraživanja, one postoje. U smanjenju predrasuda najvažnija je edukacija i kontakt s objektom predrasuda.

*It has been observed that, despite progress in medicine and education, negative opinions towards people suffering from psychological disorders are still present both in the general population and among health workers. An opinion is an acquired, relatively permanent, and stable structure composed of positive and negative emotions, evaluations, and reactions towards a certain object, whereas prejudices are mostly negative opinions towards a certain group of people or individuals. The purpose of this study was to determine what opinions nursing students have about psychologically ill people. The study was conducted at University Sjever, and the subjects were students of the nursery school. We used a specially structured, anonymous online survey, which contained 2 questions about age and sex and 10 questions related to opinions and prejudices about psychologically ill people; 162 students from all three study years took part in the research. The results are shown both as numbers and percentages.*

*According to the results from the survey, students have different opinions towards psychologically ill people. During the study, the students have courses in which prejudices, stigmas, and people suffering from psychological illnesses are mentioned. Those courses could have reduced the number of prejudices, but despite that, the results of the research show that prejudices are still present. In order to reduce the prejudices, education and contact with the objects of those prejudices are the most important things.*

**ADRESA ZA DOPISIVANJE:**

Melita Sajko, dipl. med. techn.  
 Sveučilište Sjever  
 Sveučilišni centar Varaždin  
 104. brigade 3  
 10 000 Varaždin, Hrvatska  
 E-pošta: melita.sajko@unin.hr

**KLJUČNE RIJEČI / KEY WORDS:**

Stigma / *Stigma*  
 Predrasude / *Prejudices*  
 Psihička bolest / *Psychological illness*  
 Studenti Studija sestrinstva / *Nursing students*

**UVOD**

Tjelesno i mentalno zdravlje čine teško razdvojuvu cjelinu, te imaju ključnu ulogu u životu ljudi i razvoju društva. Prema definiciji SZO mentalno zdravlje je definirano kao stanje dobrobiti u kojem svaki pojedinac može realizirati svoje potencijale, može se nositi sa normalnim svakodnevnim stresom, može produktivno i plodno raditi te je sposoban doprinosti svojoj zajednici (1). Na mentalno zdravlje mogu utjecati biološki, psihološki i socijalni čimbenici. Za rizične osobe je karakterističan osjećaj nesigurnosti, straha, beznađa, a među njima se češće pojavljuju nasilje, zlostavljanja, uporaba sredstava ovisnosti (2). Kada govorimo o učestalosti psihičkih bolesti, prema procjenama više od 20 % odrasle populacije u Europi u bilo kojem trenutku pati od nekog problema mentalnog zdravlja ili mentalnog/duševnog poremećaja. Epidemiološki podatci pokazuju da skupina duševnih poremećaja i poremećaja ponašanja godinama sudjeluje s udjelom 6-7 % u ukupnom bolničkom pobolu u Republici Hrvatskoj. Najveći broj hospitalizacija prisutan je u dobi od 20 do 59 godina što svrstava ovu skupinu poremećaja u vodeće uzroke bolničkog pobola u radno aktivnoj dobi. Svaki 4. ili 5. dan bolničkog liječenja koristi se za duševne poremećaje te su oni i vodeća skupina bolničkog pobola prema korištenju dana bolničkog liječenja (3). Osobe oboljele od psihičkih bolesti, osim što se moraju nositi sa svojom bolešću, često moraju nositi i teret osuđivanja od ostalih članova

društva. Kako je psihijatrija relativno mlada grana medicine, prvo zanimanje stručnjaka za stavove prema psihički oboljelim osobama pojavljuje se pedesetih godina prošlog stoljeća, a prvi rezultati istraživanja stavova ukazivali su na negativne stavove, odbojnost, strah pa čak i mržnju prema oboljelim osobama (4). Danas je, još uvijek, stigma psihičke bolesti duboko ukorijenjena u predrasudama koje se prenose iz generacije u generaciju bez osvješćivanja nepravde koja se pri tome nanosi oboljelima (5). Uglavnom su stigmatizirani svi oboljeli od psihičke bolesti, bez obzira na dijagnozu, ali stigmatizacija je najviše prisutna prema osobama oboljelim od ovisnosti i shizofrenije (5). Stigmatizacija oboljele osobe destimulira gotovo kao i sama bolest te još više osamljuje ionako osamljene bolesnike. Prisutna je u svim slojevima društva, pa tako i kod članova obitelji oboljelih osoba i kod zdravstvenih profesionalaca (4).

Osobe oboljele od psihičke bolesti okolina najčešće doživljava kao:

1. Opasne (najčešće vezano za dijagnozu shizofrenije i liječenje u psihijatrijskoj bolnici);
2. Nesposobne za samostalan život, donošenje odluka, nesposobne za život i zarađivanje (shizofrenija i liječenje u psihijatrijskoj bolnici);
3. Slabiće koji su sami krivi za svoju bolest (depresija i anksiozni poremećaji);
4. Neizlječive (dementni, retardirani, shizofreni i liječeni u ustanovama socijalne skrbi) (6).



Zaštita mentalnog zdravlja jedan je od europskih prioriteta i na Ministarskoj konferenciji o mentalnom zdravlju SZO u Helsinkiju 2005. godine prihvaćena je Deklaracija o mentalnom zdravlju i Akcijski plan za mentalno zdravlje za Europu. Hrvatska ima dugogodišnju tradiciju u zaštiti mentalnog zdravlja. Neka područja zaštite mentalnog zdravlja obuhvaćena su i službenim dokumentima Republike Hrvatske (3). U svrhu zaštite zdravlja osoba oboljelih od psihičkih bolesti Hrvatski sabor 2014. godine donosi novi Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (NN 76/14) prema kojem se propisuju temeljna načela, zaštita prava te uvjeti za primjenu mjera i postupanje prema osobama s duševnim smetnjama.

Članak 2. Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (NN 76/14) navodi da se zaštita osoba s duševnim smetnjama ostvaruje:

1. Poštovanjem i zaštitom njihovih prava te unapređivanjem njihova zdravlja;
2. Primjenom odgovarajućega medicinskog postupka prema njima;
3. Njihovim uključivanjem u redovite obrazovne programe ili u posebne programe namijenjene osobama s duševnim smetnjama;
4. Njihovim uključivanjem u obiteljsku, radnu i društvenu sredinu;
5. Poticanjem rada udrugama kojima je cilj ostvarivanje prava i interesa tih osoba;
6. Izobrazbom osoba koje se bave zaštitom prava i unapređivanjem zdravlja osoba s duševnim smetnjama (7).

Na temelju Zakona o zdravstvenoj zaštiti, od sredine 2009. g. zaštitu mentalnog zdravlja provode županijski zavodi za javno zdravstvo sa svojim službama za zaštitu mentalnog zdravlja i prevenciju ovisnosti. Multidisciplinski timovi provode sve razine prevencije, a one uključuju edukaciju, sprječavanje razvoja i ranu detekciju poremećaja. Zaštita mentalnog zdravlja usmjerena je prema općoj populaciji, ali i prema

specifičnim skupinama (djeca i mladi, radno stanovništvo, starije osobe, osobe s duševnim smetnjama) (8). Stigmatizacija psihički bolesnih osoba prisutna je u općoj populaciji, ali isto tako i među zdravstvenim radnicima. Istraživanje skupine autora iz 2003. godine provedeno u Hrvatskoj pokazalo je da liječnici, medicinske sestre/tehničari i studenti medicine imaju predrasude prema oboljelima od shizofrenije. Svi ispitanici u odgovorima izražavaju nesigurnost, strah i nepovjerenje prema oboljelim osobama, a studenti smatraju i da je shizofrenija sinonim za ludilo i da takve pacijente treba izolirati (9). Ako uzmemo u obzir da je zdravstveno osoblje neophodno u liječenju oboljelih od psihičkih bolesti, to su prilično alarmantni rezultati. Ipak, autori u tom istraživanju također navode da stariji zdravstveni radnici izražavaju manje predrasuda od svojih mlađih kolega i da imaju realnije stavove prema oboljelima, što ukazuje na to da je, osim edukacije, važan čimbenik u smanjenju predrasuda i iskustvo, odnosno, kontakt s bolesnim osobama (9).

Mediji svojim senzacionalističkim pisanjem nerijetko podupiru negativne stavove i podržavaju predrasude prema osobama oboljelim od psihičkih bolesti. Zbog dijagnoze psihičkog poremećaja ili liječenja u psihijatrijskoj instituciji osoba može imati teškoće u zapošljavanju i vraćanju na posao. Nakon povratka na posao zbog psihičke bolesti može dobiti niže hijerarhijsko mjesto. U takvim slučajevima česta je i samostigmatizacija. Istraživanje Sesar i sur. iz 2016. godine pokazalo je da su osnaženost i percepcija diskriminacije prediktori samostigmatizacije (10). Samostigmatizacijom pacijenti razvijaju osjećaj manje vrijednosti, počinju se doživljavati nesposobnima za ostvarivanje svojih životnih ciljeva te mogu razviti razmišljanje da je nepotrebno ulagati trud u stvaranje odnosa s drugim ljudima što neizbježno vodi k socijalnoj izolaciji (11). Moralna obveza liječnika je raditi na programima borbe protiv stigme i pomagati ljudima koji se stide svoje bolesti, tj. da stavovi prema psihičkoj bolesti budu pozitivni (6).

Jedan od posebnih problema stigmatizacije je stigmatizacija djece oboljele od psihičkih poremećaja, stigmatizacija njihovih roditelja kao nedovoljno dobrih roditelja i djelomično krivih za sam poremećaj gdje onda dolazi do samostigmatizacije i zatvaranja cijele obitelji u svoja „četiri zida“ gdje zapravo tada postizemo suprotni učinak od onog za koji se moderna psihijatrija i psihijatrijska njega zalažu, a to je inkluzija psihički oboljelih u svakodnevni život i rad zajednice i društva (12).

Stigmatizaciju dokazujemo usmjerenim istraživanjem u određenoj populaciji, a u današnje vrijeme postoji niz istraživanja s temom predrasuda i stigmatizacije psihički oboljelih osoba te s temom poznavanja mentalnog zdravlja te načinima njegovog očuvanja. Istraživanja nisu samo bazirana na mišljenju javnosti i okoline bolesnika ili na pisanju i prikazivanju psihičkih bolesnika putem medija nego je i dio istraživanja usmjeren na mišljenja i stavove medicinskih djelatnika od liječnika, medicinskih sestara/tehničara, radnih terapeuta, njegovatelja i ni jedna od navedenih skupina nije oslobođena stigme ili predrasuda prema psihički oboljelim osobama.

Istraživači koriste razne metode ispitivanja, kvantitativne i kvalitativne, razne ljestvice, tablice i upitnike kako bi utvrdili postojanje stigme i predrasuda prema osobama oboljelima od psihičkih bolesti od kojih su ovdje navedene samo neke: *Community Attitudes Toward the Mental Ill-CAMI* (13), *The Opening Minds Scale for Health Care Providers* (OMS-HC) (14), Ljestvica diskriminacije i stigme (DISC-12) (15), Ljestvica samostigmatizacije (11) i sl.

U svim istraživanjima traži se zapravo neki uzrok stigmatizacije da bi se moglo djelovati na njega i na taj način spriječiti osude psihički oboljelih. Pokazalo se i da je manjak edukacije zapravo velik predisponirajući faktor koji potiče stigmatizaciju. Na stigmom se danas gleda kao na prepreku u liječenju i stoga je potrebno planirati antistigmatske programe (6). U borbi

protiv stigmatizacije većina autora navodi tri strategije: edukaciju, prosvjed i kontakt s predstavnicima stigmatizirajuće grupe (5). U smanjenju stigmatizacije osoba oboljelih od psihičkih bolesti moramo spomenuti ulogu udruga. Postoji mnogo udruga koje se bave ostvarivanjem prava, edukacijom, savjetovanjem i zaštitom interesa psihički oboljelih osoba. Neke od udruga su: Udruga Vrapčići, Udruga Svitanje, L-udruga, Udruga za psihosocijalnu pomoć i rehabilitaciju, HUBIPP – Hrvatska udruga za *biofeedback* i primjenjenu psihofiziologiju *Biofeedback*, Udruga za unaprjeđenje duševnog zdravlja i kvalitete života duševnog bolesnika i njegove obitelji „Sretna obitelj“ i još mnoge druge. Udruge se zalažu za destigmatizaciju psihički oboljelih, podupiru psihički oboljele i njihove obitelji te potiču da se javno govori i o pozitivnim primjerima među psihički oboljelima.

## CILJ ISTRAŽIVANJA

Istraživanje je provedeno s ciljem da se dobije uvid kako studenti Sveučilišta Sjever, Smjer sestrinstvo, doživljavaju psihički oboljele osobe, kakvi su njihovi stavovi te imaju li predrasude prema njima.

## ISPITANICI I METODE

### Ispitanici

Pri ispitivanju stavova i predrasuda u društvu o psihički oboljelim osobama sudjelovala su 162 studenta Sveučilišta Sjever, Sveučilišni centar Varaždin, Smjer sestrinstvo.

Od ukupnog broja ispitanika 122 (75,3 %) bilo je u dobi između 18 i 25 godina, 15 (9,3 %) u dobi između 25 i 30 godina, a 25 (15,4 %) ispitanika bilo je u dobi između 30 i 45 godina. Najviše ispitanika - 146 (90,1 %) bilo je ženskog spola, dok je 16 ispitanika (9,9 %) bilo muškog spola. Distribucija ispitanika prema dobi i spolu prikazana je u tablici 1.

**TABLICA 1.** Distribucija ispitanika prema dobi i spolu

Dob ispitanika (god.)						Spol ispitanika			
18-25		25-30		30-45		M		Ž	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
122	17,3	15	9,3	25	15,4	16	9,9	146	90,1

## Metode

Kao mjerni instrument korištena je posebno strukturirana anonimna *on line* anketa. Anketa je tijekom ožujka 2017. godine, putem društvenih mreža podijeljena studentima Studija sestrinstva kao Google docs obrazac i studenti su je popunjavali dobrovoljno. Sastojala se od dva pitanja o dobi i spolu, a ostalih 10 pitanja bila su usmjerena na stav studenata prema psihički bolesnim osobama. Ispitanici su na ponuđena pitanja mogli odgovoriti sa „Da“, „Ne“ i „Ne znam“. Uključena su sljedeća pitanja:

Bojite li se psihički bolesnih osoba?

Mislite li da bi psihički bolesne osobe trebalo zatvoriti ili na neki način izolirati iz društva?

Ljudi koji boluju od psihičkih bolesti su uglavnom nasilni i opasni?

Jesu li psihički bolesne osobe seksualno nastrojene?

Psihički bolesne osobe su mentalno zaostale?

Psihičke bolesti uzrokuju loše roditeljstvo?

O psihički bolesnim osobama se u medijima nedovoljno govori?

Da li biste dali posao nekome tko se liječi od psihičke bolesti?

Da li biste prijatelju za kojeg vidite da ima psihičkih poteškoća savjetovali da se obrati liječniku?

Ulaganja u liječenje psihički bolesnih osoba su uzaludna?

## REZULTATI

U tablici 2. prikazani su odgovori ispitanika na pitanja o stavovima prema psihički oboljelim osobama.

Na pitanje: Bojite li se psihički bolesnih osoba, 24 ispitanika (14,8%) odgovorilo je „Da“, većina

**TABLICA 2.** Prikaz pitanja i frekvencije odgovora ispitanika

Pitanje	DA		NE		NE ZNAM	
	N	%	N	%	N	%
Bojite li se psihički bolesnih osoba?	24	14,8	97	59,9	41	25,3
Mislite li da bi psihički bolesne osobe trebalo zatvoriti ili na neki način izolirati iz društva?	10	6,2	131	80,9	21	13
Ljudi koji boluju od psihičkih bolesti su uglavnom nasilni?	14	8,6	129	79,6	19	11,7
Jesu li psihičke bolesne osobe seksualno nastrojene?	15	9,3	93	57,4	54	33,3
Psihički bolesne osobe su mentalno zaostale?	11	6,8	131	80,9	20	12,3
Psihičke bolesti uzrokuju loše roditeljstvo?	47	29	69	42,6	46	28,4
O psihički bolesnim osobama se u medijima nedovoljno govori?	143	88,3	11	6,8	8	4,9
Da li biste dali posao nekom tko se liječi od psihičke bolesti?	68	42	27	16,7	67	41,3
Da li biste prijatelju kojeg vidite da ima psihičkih poteškoća savjetovali da se obrati liječniku?	153	94,4	2	1,2	7	4,4
Ulaganja u liječenje psihički bolesnih osoba su uzaludna?	4	2,5	150	92,6	8	4,9

ispitanika - 97 (59,9 %) odgovorilo je „Ne“, dok ih je 41 (25,3 %) odgovorilo „Ne znam“.

Većina ispitanika je mišljenja da psihički bolesne osobe ne treba zatvoriti ili izolirati od društva (80,9 %), a 13 % ih nije sigurno u to. Također, većina ispitanika smatra da psihički bolesne osobe nisu nasilne (79,6 %).

Kod pitanja „Jesu li psihički bolesne osobe seksualno nastrane?“ većina ispitanika je odgovorila negativno, ali ih je veliki broj nesiguran u odgovor te ih je 33,3 % odgovorilo „Ne znam“.

Kod pitanja „Psihički bolesne osobe su mentalno zaostale?“, 11 ispitanika (6,8 %) odgovorilo je „Da“, većina ispitanika - 131 (80,9 %) odgovorilo je „Ne“, dok ih je 20 (12,3 %) odgovarilo „Ne znam“.

Pitanje „Psihičke bolesti uzrokuju loše roditeljstvo?“ također je izazvalo nesigurnost kod ispitanika te je 47 ispitanika (29 %) odgovorilo „Da“, većina ispitanika - 69 (42,6 %) „Ne“, dok ih je 46 (28,4) odgovorilo „Ne znam“.

Većina ispitanika se slaže da se o psihički bolesnim osobama u medijima nedovoljno govori te ih je većina - 143 (88,3 %) odgovorila „Da“, 11 (6,8 %) „Ne“, dok ih je 8 (4,9 %) odgovorilo „Ne znam“.

Na pitanje: „Da li biste dali posao nekom tko se liječi od psihičke bolesti?“ većina ispitanika - 68 (42 %), odgovorilo je „Da“, 27 (16,7 %) „Ne“, dok ih je 67 (41,4 %) odgovorilo „Ne znam“.

Većina ispitanika bi prijatelju za kojeg vide da ima psihičkih poteškoća savjetovali da se obrati liječniku (94,4 %), svega ih 1,2 % ne bi, a 4,3 % nisu sigurni.

I na posljednje pitanje: „Ulaganja u liječenje psihički bolesnih osoba su uzaludna, 4 (2,5%) ispitanika odgovorilo je „Da“, većina ispitanika - 150 (92,6 %) odgovorilo je „Ne“, dok ih je 8 (4,9 %) odgovorilo „Ne znam“.

## RASPRAVA

Prema rezultatima dobivenima iz ankete vidljivo je da studenti bez obzira na dob i spol imaju različite poglede prema psihički bolesnim osobama. Studenti koji su sudjelovali u istraživanju odslušali su u sklopu Stručnog studija sestrinstva kolegije Filozofija i etika u sestrinstvu, Zdravstvena psihologija, Sociologija zdravlja, Javno zdravstvo, Psihijatrija i mentalno zdravlje te Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika i u tim su kolegijima studenti naučili važnost koju stavovi i predrasude imaju u omogućavanju ili sprečavanju pružanja jednake zdravstvene njege svim osobama bez obzira na njihovu dijagnozu.

Iako je istraživanje skupine autora iz 2003. godine ukazalo na to da se stavovi studenata temelje na strahu i nedovoljnom poznavanju pacijenata oboljelih od psihičkih bolesti (9), u ovom istraživanju većina studenata izjavljuje da se ne boji psihički bolesnih osoba (njih 97), ali 41 student je ipak na to pitanje odgovorio s „Ne znam“, što čini četvrtinu uzorka, a što ukazuje na neizgrađeni stav o tome kod određenog broja studenata. Vjerojatno se i taj stav temelji na mišljenju da su psihički bolesne osobe opasne za okolinu i nasilne. Međutim, 129 studenata (79,6 %) ispitanika smatra da to nije točno.

O izolaciji iz društva ili zatvaranju psihički bolesnih osoba, 131 student je odgovorio da to nije prihvatljivo, dok ih je mali broj (10) mišljenja da je izolacija potrebna.

U drugoj polovici 19. stoljeća i ranom 20. stoljeću jedini način liječenja psihički bolesnih osoba odvijao se u institucijama. Kako je institucionalni oblik skrbi bio opterećen nizom problema, Goffman je uveo u literaturu termin „totalne institucije“ (16). Danas moderna psihijatrija potiče razvoj izvanbolničke psihijatrijske djelatnosti te je ohrabrujuće što je većina ispitanika odgovorila da psihički bolesne osobe ne treba zatvarati i izolirati od društva (17).

Iako 93 studenta (57,4 %) smatraju da psihički bolesne osobe nisu seksualno nastrane, čak 54

(33,3 %) studenata su na to pitanje odgovorili „Ne znam“. Iako u klasifikaciji psihičkih poremećaja postoji i grupa psihoseksualnih poremećaja, ne može se reći da su sve psihički bolesne osobe seksualno nastrane. Pri tome je granica između nastranoga i normalnoga u području seksualnosti vrlo promjenjiva i ne smijemo zaboraviti da su se donedavno i masturbacija i homoseksualnost smatrale nastranostima (4).

Velika većina studenata (131 – 80,9 %), zna da psihički bolesne osobe nisu mentalno zaostale. U medicini postoji jasno razgraničenje između psihički bolesnih osoba i osoba s intelektualnim teškoćama i dobro je da studenti poznaju tu razliku.

Na pitanje o utjecaju psihičkih bolesti na roditeljstvo najviše je bilo podijeljenih mišljenja, tj. najveći broj studenata je odgovorio da psihičke bolesti ne utječu na roditeljstvo, 42,6 %, 47 (29 %) studenata je odgovorilo da utječu, a ih 46 (28,4 %) je odgovorilo da na to pitanje „Ne znam“. U Republici Hrvatskoj postoji Pravilnik o mjerama zaštite osobnih prava i dobiti djeteta (NN 106/2014) u kojem su navedeni i akutno stanje dijagnosticirane psihičke bolesti roditelja i neliječena psihička bolest, poremećaj ličnosti i zloraba ili ovisnost o alkoholu ili drogama kao čimbenici razvojnog rizika za dijete (18), ali to nipošto ne znači da osobe s kontroliranom i liječenom psihičkom bolešću ne mogu biti dobri roditelji. Međutim, povezivanje psihičke bolesti s odgojem može roditelja dovesti do zaključka da nije dobro odgojio svoje dijete što može ozbiljno narušiti samopoštovanje roditelja (19).

Da bi se u medijima trebalo više govoriti o psihički bolesnim osobama smatra 143 (88,3 %) studenata. Na žalost, u medijima se govori o psihički bolesnim osobama ali najčešće u negativnom kontekstu kada su potrebni senzacionalistički napisi koji prodaju novine. Psihički oboljelim osobama pri tome se teško boriti protiv stigme, jer bi njihov javni nastup značio „otkrivanje“ dijagnoze i nakon toga socijalnu izolaciju (4).

Zapošljavanje osoba sa psihičkim bolestima dalo je zanimljive podatke. Samo 42 % studenata je odgovorilo da bi osobi sa psihičkom bolesti u postupku liječenja dali posao, dok je 41,3 % odgovorilo da na to pitanje „Ne znam“, a 16,7 % studenata je negativno odgovorilo na pitanje. Ovo pitanje možda najbolje ocrtava razinu predrasuda prema psihički bolesnim osobama, jer je upravo stigma najveća prepreka u zapošljavanju psihički bolesnih osoba. I psihički bolesne osobe nakon niza odbijanja i negativnih iskustava prilikom traženja posla upadaju u začarani krug samostigmatizacije te počnu misliti o sebi da ne mogu raditi i da nisu sposobni ni za jedan posao. Stigma je povezana sa socijalnom izoliranošću i osjećajem odbačenosti, što potiče stvaranje ovisnosti o drogama i alkoholu, pretjerano hospitaliziranje, ekonomsko propadanje do beskućništva (10).

Najviše pozitivnih odgovora – 153 (94,4 %) bilo je na pitanje: Da li biste prijatelju kojeg vidite da ima psihičkih poteškoća savjetovali da se obrati liječniku; ali ipak su 2 studenata odgovorila „Ne“, a 7 „Ne znam“. A ohrabrujući podatak je da 150 studenata, tj. 92,6 % smatra da liječenja psihički bolesnih osoba nisu uzaludna, a samo 4 studenta je odgovorilo da je liječenje uzaludno.

Iz rezultata je vidljivo da predrasude prema psihički bolesnim osobama postoje i među studentima Studija sestrinstva. Edukacija koja je omogućena velikim brojem kolegijsa zasigurno je pridonijela smanjenju tih predrasuda, ali predrasude i dalje postoje.

## ZAKLJUČAK

Stigma koja je predstavljena negativnim obilježavanjem osoba samo zato što imaju dijagnozu psihičkog poremećaja, danas je veliki društveni, medicinski i etički problem. Usprkos napretku u liječenju osoba sa psihičkim poremećajima i pomaku prema liječenju u zajednici, stigma negativno utječe na traženje

pomoći, prihvaćanje liječenja, uspješan ishod liječenja, kvalitetu života i integraciju oboljelih u zajednici.

Stigma psihičke bolesti vrlo je raširena, ima psihološke, socijalne i ekonomske posljedice za stigmatizirane osobe te narušava ljudska prava oboljelih na poštovanje, ravnopravnost i liječenje. Medicina i psihijatrija kao struka te svi zdravstveni djelatnici moraju razvijati uspješne metode borbe protiv stigme kako bi velikoj skupini ljudi osigurali osnovna ljudska prava. Etičke smjernice naglašavaju da svakog bolesnika treba tretirati s poštovanjem, integritetom i autonomijom, da on ima pravo na potpunu informiranost o svom stanju, o preporučenim dijagnostičkim i terapijskim metodama uključujući alternative, i pravo izbora između ponuđenih metoda. Stigmatizirajući

stavovi osoblja koje liječi bolesnika mogu grubo narušavati ova prava i dovesti do manjka suradnje bolesnika, odbijanje pomoći i lošijeg ishoda liječenja. Stigma podržava strah svih ljudi: ako se razbole od psihičke bolesti, bit će manje vrijedni ljudi.

Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) proglasila je 10. listopada „Svjetskim danom mentalnog zdravlja“ kako bi senzibilizirala javnost, ali i potaknula ulaganja u zaštitu mentalnog zdravlja.

Kada govorimo o studentima studija sestrinstva i stigmatiziranju psihički oboljelih osoba, svakako je najvažnija strategija borbe protiv stigme edukacija koja uključuje znanja o bolesti te suprotstavljanje činjenica predrasudama, a isto tako izravan kontakt s oboljelim osobama tijekom vježbovne nastave na studiju.

## LITERATURA

1. World Health Organization, 2015. Dostupno na: [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/en/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/)
2. Rožman J, Arbanas G. Stigmatiziraju li studenti i studentice sestrinstva oboljele od posttraumatskog stresnog poremećaja? JAHS 2015; 1(1): 43-50; dostupno na: [http://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id\\_clanak\\_jezik=240121](http://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=240121);
3. Silobrčić-Radić M. Mentalno zdravlje. HCJZ. 2011; 7; 28. Dostupno na: <https://www.hcjz.hr/index.php/hcjz/article/download/292/296>
4. Moro Lj, Frančišković T i sur. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada, 2011.
5. Štrkalj-Ivezić S. Život bez stigme psihičke bolesti. Zagreb: Klinika za psihijatriju Vrapče, Medicinska naklada, 2016.
6. Ivezić S. Stigma psihičke bolesti; Psihijatrijska bolnica Vrapče Zagreb; Članak prenesen iz časopisa Medix; 2006; 64: 108-110; dostupno na <http://www.psihijatrija.com/psihijatrija/STIGMA.htm>
7. Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama; NN 76/14; dostupno na <http://www.zakon.hr/z/181/Zakon-o-za%C5%A1titi-osoba-s-du%C5%A1evnim-smetnjama>
8. Nacionalna Strategija Zaštite mentalnog zdravlja za razdoblje od 2011. do 2016. godine (National Strategy for Mental Health Care 2011-2016); dostupno na: <https://www.mindbank.info/item/2082>
9. Filipčić I, Pavičić D, Filipčić A i sur. Attitudes of Medical Staff Towards the Psychiatric Label „Schizophrenic Patient“ tested by Anti – Stigma Questionnaire. Coll Antropol 2003; 27; 1: 301-07.
10. Sesar MA, Ivezić S, Mužinić L, Zubić D. Povezanost između samostigmatizacije, percepcije i socijalne mreže kod oboljelih od shizofrenije. Soc psihijat 2016; 44: 105-19.
11. Horvat K, Štrkalj-Ivezić S. Povezanost osobne stigme i socijalne samoeфикаsnosti osoba s dijagnozom shizofrenije. Soc psihijat 2015; 43: 121-8.
12. Štrkalj-Ivezić S, Martić-Biočina S. Reakcije obitelji na psihičku bolest člana obitelji. Medicina Flumensis 2010; 46(3): 318-324.
13. Taylor SM, Dear MJ. Scaling Community Attitudes Toward the Mentally Ill. 1981. Dostupno na: <https://camiscale.com/article-scaling-community-attitudes-toward-the-mentally-ill/>
14. Modgill G, Patten SB, Knaak S i sur. Opening Minds Stigma Scale for Health Care Providers (OMS-HC): Examination of psychometric properties and responsiveness. BMC Psychiatry 2014; 14: 120. Dostupno na: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-14-120>
15. Discrimination and Stigma Scale (DISC 12). Dostupno na: <https://www.kcl.ac.uk/ioppn/depts/hspr/research/ciemh/cmh/CMH-Stigma-Measures/1DISC12.pdf>
16. Chow WS, Priebe S. Understanding Psychiatric Institutionalization: a Conceptual Review. BMC Psychiatry 2013. 13: 169
17. Sedić B. Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika. Zagreb: Zdravstveno veleučilište, 2007.
18. Ministarstvo socijalne politike i mladih, Pravilnik o mjerama zaštite osobnih prava i dobiti djeteta, NN 106/2014. Dostupno na: [http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2014\\_09\\_106\\_2054.html](http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2014_09_106_2054.html)
19. Ministarstvo socijalne politike i mladih Republike Hrvatske. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Mentalno zdravlje – Javnozdravstveni problem; dostupno na [http://hzjz.hr/wp-content/uploads/2013/11/mental\\_izazov\\_2011.pdf](http://hzjz.hr/wp-content/uploads/2013/11/mental_izazov_2011.pdf)

# Kognitivno-bihevioralni tretman djeteta s hiperkinetskim poremećajem

## */ Cognitive Behavioural Therapy of a Child with Hyperkinetic Disorder*

Ljubica Paradžik<sup>1</sup>, Ana Kordić<sup>1</sup>, Anica Biško<sup>3</sup>, Nela Ercegović<sup>1</sup>, Ljiljana Karapetrić Bolfan<sup>1</sup>, Vlatka Boričević Maršanić<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Psijhijatrijska bolnica za djecu i mladež, Zagreb; <sup>2</sup>Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Medicinski fakultet, Osijek; <sup>3</sup>Klinika za psihijatriju Vrapče, Zagreb, Hrvatska

<sup>1</sup>*Psychiatric Hospital for Children and Adolescents, Zagreb;* <sup>2</sup>*Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Medicine, Osijek;* <sup>3</sup>*University Hospital Vrapče, Zagreb, Croatia*

Hiperkinetski poremećaj ili poremećaj pažnje s hiperaktivnošću (engl. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder - ADHD*) neurorazvojni je poremećaj karakteriziran trijasom simptoma: hiperaktivnost, poremećaj pozornosti i impulzivnost. Postoje tri tipa ADHD-a: predominantno hiperaktivni/impulzivni, predominantno nepažljivi i kombinirani tip. Prevalencija ovog poremećaja iznosi oko 2-7 % kod djece školske dobi te se četiri do pet puta češće javlja u dječaka nego u djevojčica. Za postavljanje dijagnoze potrebni su jasni dokazi klinički značajnog oštećenja socijalnog, akademskog ili radnog funkcioniranja u dvije sredine (vrtić/škola, obitelj).

Prikazan je slučaj dječaka u dobi od 6 g. i 10 mj. kojemu je nakon timske obrade (pregled psihijatra, psihologa, logopeda, EEG pretrage i neurologa) dijagnosticiran hiperkinetski poremećaj te je uključen u kognitivno-bihevioralni tretman. Uključenost roditelja kao koterapeuta omogućila je bolje provođenje i implementaciju bihevioralnih i kognitivnih tehnika u svakodnevnom životu. Rano postavljanje dijagnoze i uključivanje u tretman omogućava bolje funkcioniranje djeteta u školi i kod kuće te smanjuje vjerojatnost razvoja sekundarnih poremećaja.

*/ Hyperkinetic disorder or Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is a neurodevelopmental disorder characterized by three main symptoms: hyperactivity, attention deficit disorder, and impulsiveness. There are three types of ADHD: the predominantly hyperactive/impulsive type, predominantly inattentive, and combination type. The prevalence is 2-7% of school-age children, and it is 4 to 5 times greater in male than female children. Establishing the diagnosis requires clear evidence of significant impairment in social, academic, or work functioning in at least two environments (school/kindergarten and at home).*

*In this paper, we describe a case of a boy aged 6 years and 10 months (1<sup>st</sup> grade of elementary school) who was referred to a multidisciplinary team assessment (child psychiatrist, psychologist, speech therapist, neuropsychiatrist, and EEG). A diagnosis of hyperkinetic disorder was established, and the boy was included in cognitive behavioural therapy. The inclusion of parents as cotherapists enabled better implementation of behavioural and cognitive techniques in everyday life. Early detection/diagnosis and appropriate treatment leads to better outcomes and better child functioning, while also preventing development of secondary disorders.*

**ADRESA ZA DOPISIVANJE:**

Ljubica Paradžik, dr. med.  
 Psihijatrijska bolnica za djecu i mladež  
 Kukuljevićeva 11  
 10 000 Zagreb, Hrvatska  
 E-pošta: ljubica.paradzik@djecja-  
 psihijatrija.hr

**KLJUČNE RIJEČI / KEY WORDS:**

Hiperkinetski poremećaj / *Hyperkinetic disorder*  
 Poremećaj pažnje s hiperaktivnošću (ADHD) /  
*Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)*  
 Djeca / *Children*  
 Kognitivno-bihevioralna terapija / *Cognitive*  
*behavioural therapy*

**UVOD**

Hiperkinetski poremećaj ili poremećaj pažnje s hiperaktivnošću (engl. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder - ADHD*) je neurorazvojni poremećaj karakteriziran trijasom simptoma - hiperaktivnost, poremećaj pozornosti i impulzivnost.

Međunarodna klasifikacija bolesti, 10. revizija, (MKB-10) Svjetske zdravstvene organizacije (1) dijeli hiperkinetski poremećaj (F90) na poremećaj aktivnosti i pozornosti (F90.0), hiperkinetski poremećaj ophođenja (F90.1), ostale hiperkinetske poremećaje i nespecificirane hiperkinetske poremećaje (F90.9). Prema kriterijima MKB-10 za postavljanje dijagnoze trebaju biti zadovoljena sva tri kriterija: hiperaktivnost, impulzivnost i poremećaj pozornosti (1).

Prema Dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje (DSM-V) Američkog psihijatrijskog udruženja, obilježje ADHD-a je trajni model nepažnje i/ili hiperaktivnog impulzivnog ponašanja koji je češći i teži od tipičnog za osobe odgovarajućeg razvojnog stupnja. DSM-V razlikuje tri podtipa ADHD-a: predominantno hiperaktivno-impulzivni tip, predominantno nepažljivi tip te kombinirani tip. Simptomi hiperaktivnosti - impulzivnosti ili nepažnje, koji uzrokuju oštećenje trebaju biti prisutni prije 12-te godine života djeteta te moraju postojati jasni dokazi klinički značajnog oštećenja socijalnog, akademskog ili radnog funkcioniranja i simptomi u dvije sredine (vrtić/škola, obitelj) (2).

Prevalencija hiperkinetskog poremećaja iznosi oko 2-7 % djece školske dobi, a četiri do pet puta se češće javlja kod dječaka nego kod djevojčica (3,4). Nastanak hiperkinetskog poremećaja rezultat je interakcije genetskih čimbenika i utjecaja okoline (5). Hiperkinetski poremećaj je visokonasljedni neurorazvojni poremećaj (6,7). Genetske studije pokazale su kako je učestalost hiperkinetskog poremećaja kod roditelja i braće 2 do 8 puta veća nego u općoj populaciji dok adoptivne studije pokazuju veću učestalost hiperkinetskog poremećaja kod bioloških nego u adoptivnih članova obitelji (8). Simptomi nepažnje dovode se u vezu s insuficijencijom noradrenaličkog (NA) prefrontalnog puta i dopaminergičkog (DA) mezokortikalnog puta, dok se hiperaktivnost i impulzivnost povezuju s insuficijencijom DA nigrostrijatalnog puta (8). Prenatalni (komplikacije u trudnoći, pušenje, korištenje beta agonista) te perinatalni čimbenici (niska porođajna težina djeteta, fetalna iscrpljenost, intracerebralna hemoragija) povećavaju rizik za nastanak hiperkinetskog poremećaja (5). Od okolinskih čimbenika, niži stupanj obrazovanja majke, samohrano roditeljstvo te disfunkcionalnost obitelji mogu biti značajni čimbenici rizika za hiperkinetski poremećaj (5).

Djeca s hiperkinetskim poremećajem već od dojenačke dobi pokazuju pojačanu motoričku aktivnost i manjak potrebe za snom (9). U predškolskoj dobi često mijenjaju aktivnosti, ne dovršavaju aktivnosti do kraja, pokazuju



bučno i svadljivo ponašanje, nepopustljiva su, ne prepoznaju opasnost i sklona su ozljeda (8,9). Dijete s hiperkinetskim poremećajem u školi je nemirno, tijekom sata ustaje, hoda po razredu, ometa drugu djecu u radu (9). Pažnja je kratkotrajna i distraktabilna, početkom školskog dana je bolja, a potom slabi što dovodi do pojačanja motoričkog nemira.

Djeca s hiperkinetskim poremećajem socio-emocionalno su nezreljiva za kronološku dob, pokazuju slabiju toleranciju frustracija, slabu mogućnost odgode poriva, mogu imati napade bijesa na male povode, ponekad uz ozbiljnu destruktivnost. Teško prihvaćaju zahtjeve različitih socijalnih situacija, loše procjenjuju socijalne odnose, ekscitabilni su u grupi vršnjaka, bolje funkcioniraju u manjim skupinama djece (10,11). U adolescenciji motorički simptomi se reduciraju, ali često ostaju osjećaj unutarnjeg nemira i simptomi nepažnje (10).

Već od predškolske dobi, kasnije tijekom školske dobi i adolescencije, zbog ometanja aktivnosti drugih, želje za dominacijom, neprepoznavanja socijalnih situacija te izljeva bijesa djeca s hiperkinetskim poremećajem često su izbjegavana od vršnjaka, nazivana „zločestima“ i/ili „neodgojenima“ od učitelja, što može dovesti do sniženog samopoštovanja, socijalne izolacije, osjećaja krivnje, a nerijetko i depresivnih reakcija.

Čak dvije trećine djece s hiperkinetskim poremećajem ima barem još jedan psihički poremećaj (poremećaj s prkošenjem i suprotstavljanjem i prkošenjem, poremećaj ophođenja, poremećaj učenja, anksiozni poremećaj, poremećaj raspoloženja, tikovi) (12,13). Također su pod povećanim rizikom za zlorabu sredstva ovisnosti u adolescenciji. Procjena prisutnosti komorbidnog poremećaja je važna zbog određivanja adekvatnog tretmana djeteta.

U dijagnostici hiperkinetskog poremećaja važan je multidisciplinski pristup što uključuje pregled kod dječjeg i adolescentnog psihija-

tra, psihologijsko testiranje, pregled logopeda, neuropedijatra te EEG pretragu. Potrebno je prikupiti informacije iz što više izvora (roditelji, stručni suradnici škole/vrtića, učitelji, psiholozi, pedagozi, odgajatelji, liječnik primarne zdravstvene zaštite ili liječnik školske medicine). Anamneza treba biti što detaljnija uključujući rizične čimbenike tijekom trudnoće, perinatalnog razdoblja, razvoja djeteta, neuropsihijatrijskog herediteta. Važna je procjena psihosocijalne situacije obitelji i opservacija djeteta, kao i dobivanje podataka od djeteta u skladu s razvojnom dobi. Psihologijska procjena daje uvid u kognitivno, socijalno i emocionalno funkcioniranje djeteta, pregled logopeda u razvoj govora i školske vještine djeteta, a pregled neuropedijatra je bitan radi isključivanja mogućih organskih oštećenja. EEG je bitno snimiti jer djeca s hiperkinetskim poremećajem mogu imati različite promjene u elektroencefalografskom zapisu, a i zbog činjenice da se kod djece s epilepsijom smetnje iz kruga hiperkinetskog poremećaja javljaju u 20-30 % slučajeva (14). Konačnu dijagnozu hiperkinetskog poremećaja može postaviti isključivo dječji i adolescentni psihijatar na temelju svih prikupljenih podataka, pri čemu je važno utvrditi prisutnost mogućih komorbidnih poremećaja.

Liječenje ADHD-a treba biti multidisciplinsko uz uključenost različitih stručnjaka kao što su dječji psihijatar, psiholog, logoped, edukacijski rehabilitator, liječnik primarne zdravstvene zaštite, liječnik školske medicine. Liječenje je potrebno prilagoditi individualnim potrebama djeteta (težina simptoma, prisutnost komorbidnog poremećaja, snage i prednosti djeteta, obiteljska situacija i dinamika).

Conners i sur. (15) su analizirali multimodalni pristup te navode da je primjena lijekova iz skupine psihostimulansa uz bihevioralne strategije optimalna za poboljšanje socijalnog, obiteljskog i akademskog funkcioniranja. Od lijekova su indicirani psihostimulansi, najče-

šće metilfenidat, u djece starije od 6 godina, ali samo kada se psihosocijalnim intervencijama nije uspjelo postići adekvatno funkcioniranje djeteta.

Tretman djece s hiperkinetskim poremećajem treba započeti što ranije kako bi dijete što prije usvojilo adekvatnije obrasce ponašanja te bilo u mogućnosti ostvariti školsko i socijalno funkcioniranje u skladu sa svojim potencijalima, ali i radi prevencije sekundarnih komplikacija (poremećaj ponašanja, depresija, ovisnosti, prekid školovanja, delinkventno ponašanje, problemi sa zakonom) (16,17).

Cilj ovog rada je prikazati kognitivno-bihevioralni tretman dječaka s hiperkinetskim poremećajem koji je pokazivao niz teškoća na planu socijalnog i akademskog funkcioniranja uz važnost multidisciplinskog pristupa u dijagnostici, ranog uključivanja u tretman, kao i nužnost podrške roditelja kao koterapeuta, učitelja te školske stručne službe u uspješnom liječenju dječaka.

## KOGNITIVNO-BIHEVIORALNI TRETMAN HIPERKINETSKOG POREMEĆAJA

U kognitivno-bihevioralnom tretmanu (KBT) hiperkinetskog poremećaja intervencije su usmjerene na poboljšanje samokontrole, intrinzične motivacije za dovršavanje zadatka, ponašanje u skladu s pravilima. Neke od važnijih tehnika koje se primjenjuju su samoevaluacija, planiranje aktivnosti, stupnjeviti zadatci, direktno klasično potkrepljenje (primjena pozitivnog potkrepljenja u dobro planiranim uvjetima), uvježbavanje socijalnih vještina te upravljanje ljutnjom (edukacija o osjećajima, identifikacija osjećaja, uočavanje ranih znakova ljutnje, abdominalno disanje, STOP tehnika).

KBT se usmjerava i na nedostatke i distorzije u socijalno-kognitivnom funkcioniranju dje-

ce, uključujući distorzije u percepciji vlastitog ponašanja i ponašanja drugih, precjenjivanje neprijateljskog ponašanja drugih i rješavanje problema na direktan neverbalan način (agresivnost). Kognitivne intervencije koje se primjenjuju kod hiperkinetskog poremećaja individualno ili s manjom grupom djece su: verbalne samoupute (razvoj unutarnjeg govora), tehnike rješavanja problema te tehnike nošenja s pogreškama (u svrhu izgradnje mehanizma samokorekcije). Kognitivne strategije primijenjene izolirano su manje učinkovite. Razlozi za to su opća razvojna nezrelost, činjenica da deficiti inhibitorne kontrole nastaju „predverbalno“, prije izvršnih funkcija kao što je unutarnji govor te bolja učinkovitost kognitivne terapije za mijenjanje kognitivnih distorzija nego nadomještanje deficita u kognitivnim strategijama, čest komorbiditet s poremećajima ponašanja. Stoga, kognitivne tehnike u tretmanu djece s hiperkinetskim poremećajem potrebno je primjenjivati zajedno s bihevioralnim strategijama. Zajednički cilj svih tehnika je djelovati na socijalne kognicije u toku frustrirajuće ili provocirajuće situacije (18).

Ako dijete ima komorbidni poremećaj (depresija, anksiozni poremećaj), primjenjuju se i intervencije u okviru KBT-a za ove poremećaje (bihevioralna aktivacija, planiranje aktivnosti, postupno izlaganje, relaksacije, izlaganje u imaginaciji i *in vivo*, desenzitizacija, kognitivna restrukturacija).

U liječenju djece s hiperkinetskim poremećajem osobito je bitna psihoedukacija kako djeteta, tako i roditelja, nastavnika, učitelja. Roditelje treba usmjeriti da djetetu pomognu uspostaviti strukturu dana i aktivnosti, usvojiti radne navike postupnim stupnjevanjem zadataka te potkrepljujući pozitivna ponašanja, ali i uspostaviti dosljednost i usklađenost u odgoju. Intervencije koje su usmjerene na školu su psihoedukacija učitelja o samom poremećaju, druge djece, kao i roditelja druge djece te primjena individualiziranog pristupa u okviru

redovnog nastavnog plana i programa uz poticanje komunikacije i suradnje škola-dijete-roditelj-terapeut.

## PRIKAZ SLUČAJA KOGNITIVNO-BIHEVIORALNE TERAPIJE HIPERKINETSKOG POREMEĆAJA

Dječak u dobi od 6 godina i 10 mjeseci, učenik prvog razreda osnovne škole, upućen je na timsku obradu (pregled dječjeg psihijatra, psihologa, logopeda, neurologa i EEG pretragu) na zahtjev škole. Ranije nije bio uključen u psihološko-psihijatrijski tretman. Razlozi upućivanja bili su sljedeći: od početka škole primijećeno je da je nemiran, vrti se u stolici, ustaje, hoda po razredu, voli biti dominantan u skupini vršnjaka, stalno priča, ne može čekati u redu, ne čeka da ga se prozove kako bi nešto govorio, odgovara odmah, upada u riječ. Teško podnosi komentare djece, svadljiv je, impulzivan, u nekoliko navrata imao je burne reakcije u školi, uz udaranje šakom dječaka, djevojčice i učiteljice. Kod kuće je također nemiran, često mijenja predmet interesa, burno reagira kada se nešto od njega zahtijeva, npr. kod pisanja zadatke plakanjem, vikanjem. Roditelji izbjegavaju mjesta gdje bi mogli sresti djecu iz škole, druge roditelje, srame se, jer ih svi „napadaju“ čim se pojave u školi. U drugom polugodištu prvog razreda dječak je ispisan iz dnevnog boravka.

Dječak živi s oba roditelja, otac je hrvatski ratni vojni invalid, majka boluje od reumatoid-

nog artritisa i hipotireoze te povremeno radi, psihijatrijski hereditet je negativan, obiteljski odnosi su opisani kao uredni. Po majci ima polusestru koja živi sa svojim ocem i dolazi povremeno vikendom. Dječak je pohađao vrtić od treće godine do polaska u školu. Roditelji opisuju kako je dječak oduvijek bio živahniji, volio je biti dominantan, ali su roditelji to uspijevali kontrolirati. U vrtiću neupadan, ali je često izostajao zbog respiratornih infekata. U tom razdoblju najviše vremena provodi s roditeljima, posebno s ocem koji je u mirovini. Socijalni odnosi obitelji su slabije razvijeni, nemaju širu obitelj kod koje bi dječak odlazio. Dječak se slabije druži s djecom izvan škole i ranije izvan vrtića. Dječak nema izvanškolskih aktivnosti i hobija, a dominantni interesi su mu lego kockice, gledanje crtića, igranje igrice na kompjutoru. Slika 1. prikazuje precipitirajuće, predisponirajuće i podržavajuće čimbenike u razvoju dječakovih smetnji.

Smetnje dječaka su izraženije pod nastavom, osobito u dnevnom boravku i krajem školskog dana, te najlošije predvečer kada je umoran, kao i krajem tjedna. Ponašanje je adekvatnije kad je dječak sam s učiteljicom i s manje djece te vikendom kada dječak ima manje obveza.

Rezultati timske obrade ukazivali su na dijagnozu hiperkinetskog poremećaja (F 90.0) kod dječaka prosječnog intelektualnog funkcioniranja. Agresivne reakcije bile su dio simptoma impulzivnosti, a njihova učestalost i intenzitet nisu zadovoljavali kriterije



**SLIKA 1.** Precipitirajući, predisponirajući i podržavajući čimbenici u razvoju dječakovih problema

za postavljanje komorbidnog poremećaja i/ili dijagnoze hiperkinetskog poremećaja opođenja (F90.1). Dječak je uključen u tretman dječjeg psihijatra s edukacijom iz KBT-a prema smjernicama Kendalla (18) te je slučaj tijekom provođenja supervizirao certificirani supervizor KBT-a.

## Planiranje i tijek tretmana

*Funkcionalna analiza ponašanja* (FAP) je postupak kojim se utvrđuje što potiče disfunkcionalno ponašanje, tj. okolnosti koje mu pretihode (trigeri), koje sve oblike neadekvatnog ponašanja djeteta iskazuje (npr. vrištanje, guranje i udaranje druge djece, bacanje stvari), uz procjenu učestalosti, trajanja, intenziteta te posljedica koje slijede. Tako se određuje funkcija ponašanja djeteta, tj. nastoji li djeteta nešto neadekvatnim ponašanjem dobiti ili izbjeći. FAP je proveden u suradnji s roditeljima pomoću strukturirane tablice. Roditelji su pratili: situacije u kojima su se javljali neadekvatni oblici ponašanja (učenje kod kuće), neprihvatljiva ponašanja (odbijanje rada i učenja, plakanje, vikanje, lupanje po stolu, bacanje bilježnice, ležanje na stolu), učestalost (u početku gotovo svakodnevno), intenzitet (mjeren na ljestvici od 1 do 10) te trajanje neprihvatljivog ponašanja (u minutama). Do burnih reakcija dolazilo je zbog mentalnih napora ili zahtjeva da dulje vremena ostane fizički miran te usmjeren na jednu aktivnost (npr. pisanje zadaće). Utvrđeno je kako je funkcija disfunkcionalnih oblika ponašanja izbjegavanje za dječaka nelagodnih situacija. Ponašanje je negativno potkrepljiva-

la popustljivost majke. Učiteljica u školi je također pratila dječakova negativna ponašanja (neprihvatljive riječi u kontaktu s vršnjacima, ometajuće ponašanje u razredu, nesuradnja vezana uz zadatke zadane na satu). Nakon provedenog FAP-a postavljeni su problemi i ciljevi tretmana (tablica 1).

Na samom početku rada s dječakom provedena je *psihoedukacija* roditelja i dječaka (osnovne postavke kognitivno-bihevioralne terapije, edukacija o hiperkinetskom poremećaju, principi tretmana, kolaborativan pristup). Roditelji su podučeni važnosti uspostave usklađenosti i dosljednosti u odgoju, postavljanju pravila i granica, adekvatnog odgovora roditelja na neprihvatljiva dječakova ponašanja. Roditeljima je pojašnjeno da ako roditelj negativno potkrepljuje dječakovo ponašanje (npr. pri odbijanju pisanja zadaće dječak baca bilježnice, a roditelj popusti i odustane od daljnjih zahtjeva, dječak se smiruje) da se neprihvatljivi načini ponašanja na taj način učvršćuju. Ako roditelj, s druge strane, na neprihvatljiva dječakova ponašanja reagira burno (npr. kod zahtjeva dječaka da se kupi ono što on želi, roditelj reagira ljutnjom i vikanjem), dječak dobiva pažnju koja je snažan potkrepljivač te se može očekivati veća frekventnost neadekvatnog ponašanja djeteta.

Zajedno s roditeljima izrađen je *plan aktivnosti* dječaka tijekom dana (struktura dana) koji je istaknut na vidljivo mjesto u kući. Dogovoreno je uključivanje u sport (nogomet) kao dio strukturiranih dnevnih obveza, ali i ugodna aktivnost. U dogovoru s roditeljima izrađena

**TABLICA 1.** Utvrđeni problemi i ciljevi tretmana kod šestogodišnjeg dječaka s hiperkinetskim poremećajem

Problem	Cilj
Impulzivnost, verbalna i fizička agresija	Razviti samokontrolu (na frustracije ostati smiren)
Psihomotorni nemir (ustajanje pod satom, izlaženje iz učionice, vrpčenje, igranje sa školskim priborom pri čemu ometa drugu djecu, ne može mirno sjediti tijekom učenja i obroka)	Razviti samoregulaciju (osvijestiti nemir i naučiti kontrolirati ga kako bi bio usmjeren na zadatke)
Neizvršavanje školskih obveza u školi i kod kuće	Izvršavanje školskih obveza u školi i kod kuće

je *tehnika žetoniranja*: najprije su definirana poželjna (priprema za pisanje zadaće, pisanje jednog dijela zadaće, dovršavanje cijele zadaće, pospremanje igračaka i sl.) i nedozvoljena ponašanja (udaranje djece, lupanje šakom o stol). Roditelji su poželjna ponašanja nagrađivali „smajlicem“ svaki dan. Za dogovoreni broj prikupljenih „smajlića“ dječak je mogao birati veću nagradu (slatkiši, igranje kompjuterske igrice, odlazak u igraonicu). U početku su roditelji određivali nagradu, kasnije je dječak sam smišljao nagradu (odlazak s roditeljima u grad na sladoled, odlazak u kino). Tehnika žetoniranja primjenjivana je i u školi te su poželjni oblici ponašanja (izvršavanje zadaća, aktivno sudjelovanje na nastavi, uloženi trud u zadatke) potkrepljivani zvjezdicama, zlatnom kemijskom i sl.

Putem biblioterapije, tj. pričama, dječak je podučan *tehnikama identifikacije osjećaja* (sreća, tuga, ljutnja) te prepoznavanju ranih znakova ljutnje na tjelesnoj razini, misli koje se javljaju i ponašanja koja pokazuje u trenucima ljutnje. S dječakom je izrađena i njegova vlastita ljestvica ljutnje sa subjektivnom procjenom 1-10 kojom je procjenjivao intenzitet ljutnje u različitim situacijama.

Za *kontrolu ljutnje* dječak je podučan *tehnicama relaksacije – abdominalno disanje* koje je koristio u situacijama prepoznavanja prvih znakova ljutnje. Zatim je uslijedila *STOP tehnika*: udaljavanje iz razreda (uz dogovor i suradnju sa školom) te povratak u prostoriju za nekoliko minuta kada bi se intenzitet ljutnje smanjio. Kasnije je uslijedila modificirana STOP tehnika: abdominalno disanje, distrakcija pažnje (npr. brojanje djece s crvenom majicom) s ciljem „ostati u učionici“ i „ostati smiren“. Svaki pozitivan pomak (i trud i ostvaren rezultat) bio je uparen s pozitivnim potkrepljenjem (pozitivne samoizjave, samopotkrepljivanje, pohvalom i potkrepljivanjem učiteljice i pedagoga pred cijelim razredom i roditeljima). Na seansama je pregledavanjem domaće zadaće

također pozitivan pomak potkrijepljen pohvalom terapeuta.

*Kognitivna restrukturacija* uključivala je identifikaciju negativnih automatskih misli (NAM) i kognitivnih distorzija u percepciji vlastitog ponašanja i ponašanja drugih (precjenjivanje neprijateljskog ponašanja drugih) putem misaonih oblačića, testiranjem NAM-a (traženje dokaza za negativnu misao i protiv nje) te traženjem alternativne i realnije misli. Primjerice, kada dječak prekida učenje s ocem više puta zbog nemira, to razljuti oca. Dječaku se javlja misao: „Ja sam zločest i ništa ne radim dobro. Ja nisam dobro dijete.“ U terapiji je poučen da ove disfunkcionalne misli zamijeni funkcionalnijima: „Tata samo želi da što prije naučim, tako da možemo biti slobodni i ići što prije vani na igralište“ ili „Tata ne misli da sam ja zločest. Samo misli da je moje ponašanje ponekad loše. Uvijek kaže da sam dobar dečko.“. Slično, u školi kada mu djevojčica pod satom likovnog kaže: „To se ne crta tako“, dječaku dolazi misao: „Šta ona meni pametuje?“. Značenje ovog NAM-a za dječaka je „da ispada glup“. Umjesto prepuštanja ovim disfunkcionalnim mislima koje dovode do agresivnog ponašanja, poučen je testirati misli i zamijeniti mislima poput: „Djevojčica ne želi reći da sam glup. Samo mi želi pokazati još jedan način na koji mogu ovo nacrtati.“

Vezano uz psihomotorni nemir, dječak je naučio osvijestiti nemir (prepoznati da je nemiran, da se vrpolji i sl.). Za razvoj samoregulacije korištena je *tehnika unutarnjeg govora* (verbalne samoupute).

Prednosti dječaka korištene su i u tretmanu za poticanje poželjnih ponašanja. Kao najviši dječak u razredu dobio je zadatak predvoditi kolonu (bio je lokomotiva), a kao najjači štititi djevojčice i slabije dječake. U tretmanu su bili uključeni i roditelji te su osim tehnike žetoniranja i pozitivnog potkrepljenja, pomagali dječaku u identifikaciji NAM-a i kognitivnoj restrukturaciji.

## Ishod i evaluacija tretmana

Sveukupno tijekom tretmana ostvareni su sljedeći rezultati: dječak prepoznaje vlastitu ljutnju i kontrolira je u potpunosti te izostaju agresivne reakcije, nemir uspijeva kontrolirati te uspješno izvršava školske obveze (u školi izdrži sjediti pod satom, kao i kod kuće tijekom pisanja zadaće), a i bolje je socijaliziran među vršnjake. Ima puno bolju sliku o sebi – usvojio je vjerovanje da je „dobro dijete koje se trudi“ i „moje ponašanje je ponekad loše, a ne ja“ dok je nekada govorio za sebe da je „zločest“. Ponosan je na sebe i svoje rezultate u školi i kod kuće. Sretan je jer ga učiteljica hvali. Djeca se žele igrati s njim u školi i na nogometu gdje pokazuje sve bolju adaptaciju u vršnjačku skupinu.

Tretman je trajao šest mjeseci. Seanse su se održavale u početku tri puta mjesečno, kasnije dva puta mjesečno te je ukupno održano 16 seansi s dječakom i roditeljima. Suradljivost roditelja i dječaka te motiviranost, koja je tijekom terapije rasla i kod dječaka i roditelja, mogu se istaknuti kao snage i prednosti u tretmanu. Dječak je i nakon godinu dana od završene KBT terapije u praćenju dječjeg psihijatra te nisu zabilježena značajna odstupanja u ponašanju i doživljavanju dječaka.

Poteškoću je početkom tretmana predstavljalo otežano roditeljsko prihvaćanje dječakovog stanja. Također, zamijećene su poteškoće u identificiranju NAM-a s obzirom na dob djeteta. Suradnja sa školom je u početku bila otežana, no nakon edukacije učiteljice i stručnog tima škole kognitivno-bihevioralne tehnike su primjenjivane i u školi što je značajno pridonijelo učinkovitosti cjelokupnog tretmana.

## ZAKLJUČAK

Prikazan terapijski rad s dječakom ukazuje na učinkovitost intervencija u okviru kognitivno-bihevioralne terapije u radu s djecom s teškoćama iz kruga hiperkinetskog poremećaja, što je u skladu i s podacima iz literature (19). Pritom je važno kod djece mlađe dobi tehnike prilagoditi razvojnim karakteristikama djeteta i u tretman uključiti roditelje.

U dijagnosticiranju i tretmanu hiperkinetskog poremećaja iznimno je važan multidisciplinski pristup. Rane intervencije i pravodobno uključivanje u tretman uz suradnju između terapeuta, roditelja i škole nužne su za uspješno liječenje djece s hiperkinetskim poremećajem i u prevenciji razvoja sekundarnih komplikacija (depresija, ovisnosti, prekid školovanja, delinkventno ponašanje, i dr.).

## LITERATURA

1. Folnegović Šmalc, V. Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja - klinički opisi i dijagnostičke smjernice, deseta revizija, MKB-10. Zagreb: Medicinska naklada, 1999.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistic manual of mental disorders (5th ed.). Washington DC: APA, 2013.
3. Barkley RA. Attention deficit hiperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment (3rd ed.). New York: The Guilford Press, 2006.
4. Faraone SV, Sergeant J, Gillberg C, Biederman J. The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? *World Psychiatry* 2003; 2: 104 -13.
5. Biederman J, Faraone SV. Attention-deficit Hyperactivity disorder. *Lancet* 2005; 366(9481): 237-48.
6. Albayrak O, Friedel S, Schimmelmann BG, Hinney A, Hebebrand J. Genetic aspects in attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Neural Transm* 2008; 115(2): 305-15.
7. Rommelese NNJ, Franke B, Geurts HM, Hartman A, Buitelaar JL. Shared heritability of attention deficit/hyperactivity disorder and autism spectrum disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2010; 19: 281-95.
8. Dodig-Čurković, K. i skupina autora. Psihopatologija dječje i adolescentne dobi. Osijek: Svjetla grada, 2013.
9. Nikolić S, Marangunić M. i suradnici. Dječja i adolescentna psihijatrija. Zagreb: Školska knjiga, 2004.
10. Kocijan-Hercigonja D, Buljan-Flander G, Vučković D. Hiperaktivno dijete: uznemireni roditelji i odgajatelji. Jastrebarsko: Naklada Slap, 1998.

11. Boričević Maršanić V, Zečević I, Paradžik Lj, Šarić D, Karapetrić Bolfan Lj. Kognitivne tehnike u kognitivno-biheviornoj terapiji mlade djece s eksternaliziranim poremećajima. *Soc psihijat* 2015; 43(4): 183-90.
12. Juretić Z, Bujas-Petković Z, Ercegović N. Poremećaj pozornosti/Hiperkinetski poremećaj u djece i mladeži. *Pediatr Croat* 2011; 55(1): 61-7.
13. Young J. Common comorbidities seen in adolescent with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Adolesc Med State Art Rev* 2008; 19(2): 216-28.
14. Prpić I, Vlašić-Cicvarić, I. Poremećaj pažnje s hiperaktivnošću (ADHD) i pridružen neurorazvojni poremećaji. *Paediatr Croat* 2013; 57(1): 118-24.
15. Conners CK, Epstein JN, March JS i sur. Multimodal treatment of ADHD in the MTA: An alternative outcome analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40(2): 159-67.
16. Edwards JH. Evidence - Based Treatment for Child AD: „Real World“ Practice Implications. *J Mental Health Counseling* 2002; 24(2): 126-40.
17. Klein RG, Mannuzza S, Ramos Olazagasti MA i sur. Clinical and Functional Outcome of Childhood Attention-Deficit /Hyperactivity Disorder 33 Years Later. *Arch Gen Psychiatry* 2012; 69(12): 1295-1303.
18. Kendall CP. *Child and Adolescent Therapy, Cognitive-Behavioral Procedures* (4th ed.). New York: The Guilford Press, 2011.
19. Miranda A, Presentación M. Efficacy of cognitive-behavioral therapy in the treatment of children with ADHD, with and without aggressiveness. *Psychol Schools* 2000; 37: 169-82.





# 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. Redovna 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.



## SOCIJALNA PSIHIJARIJA – ČASOPIS HRVATSKOGA PSIHIJATRIJSKOG DRUŠTVA

### Izdavač/Publisher

Medicinska naklada

### u suradnji s/in cooperation with

AKADEMIJOM MEDICINSKIH ZNANOSTI HRVATSKE/  
CROATIAN ACADEMY OF MEDICAL SCIENCES

### UREDNIČKI ODBOR/EDITORIAL BOARD

#### Glavni urednici/Editors in Chief

MIRO JAKOVLJEVIĆ, DRAŽEN BEGIĆ

#### Počasni urednici/Honorary Editors

LJUBOMIR HOTUJAC, VASKO MUAČEVIĆ

#### Članovi Uredničkog odbora/Members of the Editorial Board

D. Begić, D. Beritić-Stahuljak, V. Đorđević, Lj. Hotujac, M. Jakovljević, V. Jukić, M. Kramarić, M. Mihanović, V. Muačević

#### Adresa Uredničkog odbora/Address of the Editorial Board

SOCIJALNA PSIHIJARIJA  
Klinika za psihijatriju, Klinički bolnički centar Zagreb, Kišpatičeva 12, 10000 Zagreb, Hrvatska

### UREDNIČKI SAVJET/CONSULTING BOARD

D. Ajduković (Zagreb), G. Dodig (Split), P. Filaković (Osijek), R. Gregurek (Zagreb), I. Kostović (Zagreb), M. Kovač (Popovača), M. Krizmanić (Zagreb), Đ. Ljubičić (Rijeka), V. Pozaić (Zagreb), P. Rudan (Zagreb), V. Šendula-Jengi (Rab), B. Uglešić (Split), V. Vidović (Zagreb)

### MEĐUNARODNI UREDNIČKI SAVJET/INTERNATIONAL CONSULTING BOARD

P. Baudiš (Praha), A. Bertelsen (Risskov), R. Cancro (New York), P. Chanoit (Paris), L. Ciompi (Bern), H. Häfner (Mannheim), M. Kastrup (Hvidovre), F. Lotas Stepke (Santiago de Chile), M. Maj (Napoli), L. Robins (St. Louis), N. Sartorius (Geneve), M. Tansella (Verona), R. Warner (Boulder), M. Weissmann (New York), H.G. Zapotoczky (Graz)

### Tehnička urednica/Technical Editor

Dunja Beritić-Stahuljak

### Oblikovanje korica/Cover design

Andrea Knapić

### Prijelom/Layout

Marko Habuš

### Tisak/Printed by

Medicinska naklada, Zagreb

Časopis je utemeljen 1973. u Klinici za psihijatriju Kliničkog bolničkog centra Zagreb i Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu.

Indeksiran je u bazama: SCOPUS, PsychINFO, Excerpta Medica (EMBASE), Index Copernicus.

Izlazi četiri puta godišnje.

Godišnja pretplata za ustanove iznosi **300,00 kn**; za pojedince **150,00 kn**. Cijena pojedinačnog broja **50 kn** (u cijenu su uključeni poštanski troškovi).

IBAN: HR2223600001101226715, Medicinska naklada, Cankarova 13, 10000 Zagreb, Hrvatska (za časopis *Socijalna psihijatrija*).

The Journal is published four times a year. Orders can be made through our office-address above.

The annual subscription for foreign subscriber is: for institutions **40 €**, for individuals **20 €**, and per issue **10 €** (the prizes include postage).

Payment by check at our foreign currency account:

Zagrebačka banka d.d., Paromlinska 2, 10000 Zagreb, Croatia

**IBAN:** HR2223600001101226715, **SWIFT:** ZBAHR2X (for *Socijalna psihijatrija*).

### Kontakt/Contact

socijalna.psihijatrija@kbc-zagreb.hr

<http://www.kbc-zagreb.hr/soc.psi>