

# **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

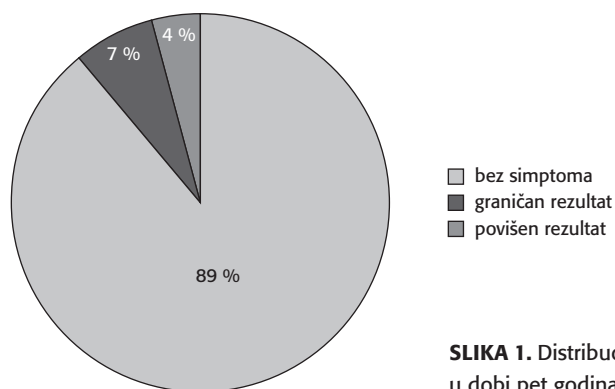
**TABLICA 1.** Sociodemografske karakteristike ispitanika probnog projekta u vrtićima (n=136)

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 %

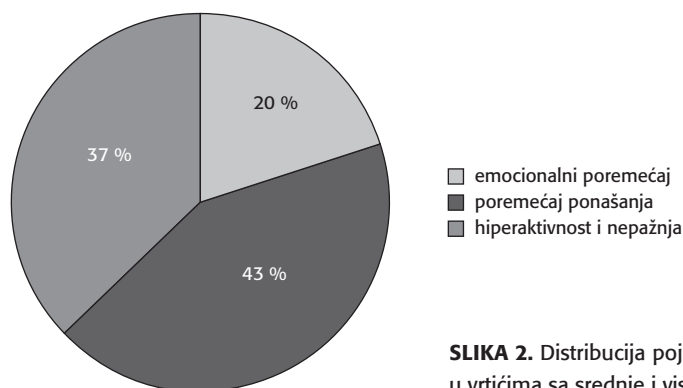
**TABLICA 2.** Sociodemografske karakteristike ispitanika probnog projekta u osnovnim školama (n=156)

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.

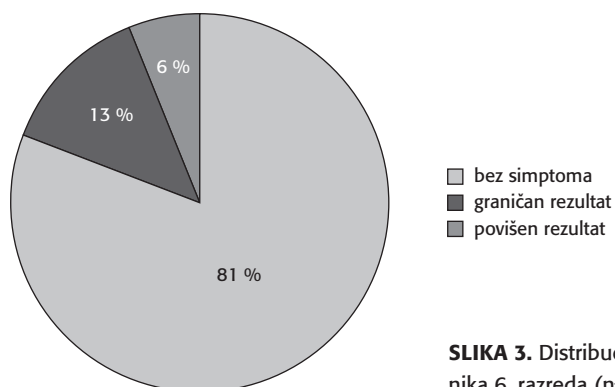
Prevalencija emocionalnog poremećaja u petogodišnjaka iznosi 4,4 %, poremećaja ponašanja 9,6 % te hiperaktivnosti i nepažnje 8,0 %. U 4 % djece sa srednjom i visokom izraženošću psihičkih problema nađen je komorbiditet, tj. rizik za dva psihička poremećaja.



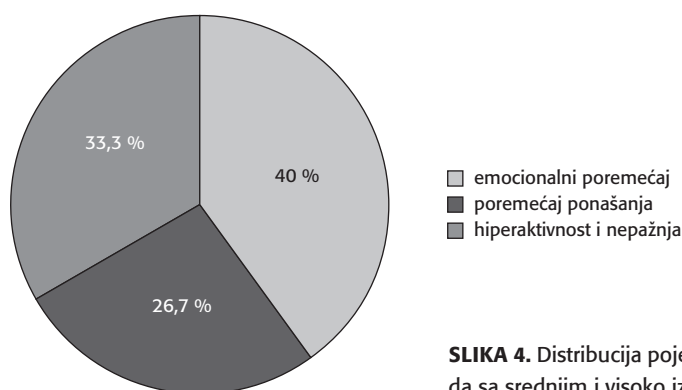
Prema procjeni roditelja na SDQ dječaci imaju značajno višu razinu ukupnog stresa ( $t=2,37$ ,  $df=134$ ,  $p<0,05$ ), problema ponašanja ( $t=2,37$ ,  $df=134$ ,  $p<0,05$ ), hiperaktivnosti i nepažnje ( $t=2,13$ ,  $df=134$ ,  $p<0,05$ ), te problema slaganja s drugom djecom ( $t=2,04$ ,  $df=134$ ,  $p<0,05$ ) 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 ( $n=156$ )



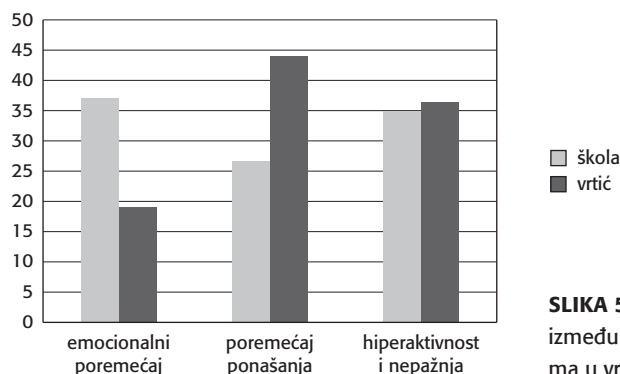
**SLIKA 4.** Distribucija pojedinih psihičkih poremećaja kod učenika 6. razreda sa srednjim i visoko izraženim psihičkim problemima ( $n=30$ )

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 psiholoških 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 intervjuja, 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 mladima iznosi 5 % do 14 % (10,12,38), a mnoga istraživanja su utvrdila 3 do 4 puta veću učestalost u mladima 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. Mladici 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 koristit 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, Shirtcliff 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 peditrically 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, Olfson 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.