

# INTERNALIZIRANI PROBLEMI KOD DJECE I ADOLESCENATA: OBILJEŽJA I MOGUĆNOSTI PREVENCIJE<sup>3</sup>

Pregledni članak  
Primljeno: listopad, 2008.  
UDK 159.98:376.5

Miranda Novak <sup>1</sup>  
Josipa Bašić<sup>2</sup>  
Sveučilište u Zagrebu  
Edukacijsko-rehabilitacijski  
fakultet  
Odsjek za poremećaje u  
ponašanju

## SAŽETAK

*U radu je prikazan pregled internaliziranih problema kod djece i mladih, epidemiološki podaci, čimbenici razvoja tih poremećaja te primjeri preventivnih programa. Svjetski i hrvatski epidemiološki pokazatelji važna su smjernica za procjenu stanja i potreba za prevencijom. No, zbog metodoloških manjkavosti, a nerijetko i zbog nedostatka domaćih podataka, veći dio epidemiološke slike vezan je uz međunarodne izvore. Izabrani su samo neki internalizirani problemi, u odnosu ozbiljnost kliničkih slika ali i raširenost u populaciji djece i adolescenata: anksioznost, depresivnost te*

### Ključne riječi:

internalizirani problemi,  
djeca, adolescenti,  
epidemiologija, preventivni  
programi.

---

<sup>1</sup> Miranda Novak, psihologinja, znanstvena novakinja, e-mail: mnovak@erf.hr.

<sup>2</sup> Prof. dr. sc. Josipa Bašić, socijalna pedagoginja, e-mail: basic@erf.hr

<sup>3</sup> Ovaj je rad dio znanstveno-akcijskog projekta Zajednice koje brinu - razvoj, implementacija i evaluacija modela prevencije u zajednici. Projekt je prihvaćen i financiran od strane Ministarstva znanosti, obrazovanja i športa Republike Hrvatske (broj 00130000002625) i Istarske županije, a od 2007. godine izvodi se u suradnji Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu i Upravnog odjela za zdravstvo i socijalnu skrb Istarske županije. Voditeljica projekta je prof.dr.sc. Josipa Bašić.

*suicidalnost. Poseban naglasak stavljen je na programe prevencije utemeljene na dokazima i znanstvenim pokazateljima te potrebu razvoja evaluiranih model-programa u Hrvatskoj, kao i na važnost pravovremene dugoročne brige za mentalno zdravlje djece i mladih. Rad se osvrće na izbor međunarodno prepoznatih univerzalnih preventivnih programa, kao i selektivnih i indiciranih preventivnih model-programa te mogućnosti vezanih uz prevenciju povučeniosti, niskog samopoštovanja, anksioznosti, depresivnosti i suicida. Temeljem prikazanih programa prevencije naglašene su i praktične implikacije i smjernice za razvoj prevencije internaliziranih poremećaja u hrvatskom okruženju.*

## UVOD

Internalizirani problemi kod djece i mladih su teže uočljivi i teže dostupni opažanju okoline. Novija istraživanja pokazuju da se u zemljama zapadne civilizacije kod približno 10% djece i mladih može govoriti o depresivnom poremećaju, od 2 do 9% djece pokazuje specifične fobije, a kod 2 do 5% djece nalazimo klinički značajne anksiozne simptome (Oatley i Jenkins, 2003.). Pouzdanih hrvatskih podataka o prevalenciji i incidenciji internaliziranih problema u djece i mladih gotovo da i nema, a moglo bi se reći da je politička volja i svijest o nužnosti preventivnih djelovanja više usmjerena na eksternalizirana ponašanja. Slijedom svega navedenoga, jedan od ciljeva ovog rada je predstaviti pregled relevantne svjetske i domaće literature o internaliziranim problemima te ponuditi svjetske informacije o mogućnostima preventivnih strategija. Postoji velika potreba za povećanjem svjesnosti stručne javnosti o javnozdravstvenim posljedicama internaliziranih problema u djetinjstvu i adolescenciji te njihovom utjecaju na psihičko zdravlje u odraslosti. Drugi cilj ovog rada odnosi se na isticanje potrebe za metodološki vjerodostojnijim epidemiološkim istraživanjima, jasnijem praćenju te znanstvenim istraživanjima determinanti koje doprinose razvoju internaliziranih problema.

## DEFINICIJE INTERNALIZIRANIH PROBLEMA

Sad već tradicionalnu podjelu problema djece i mladih na internalizirane i eksternalizirane prvi uvodi Achenbach 1966. godine (prema Achenbach, 1993.) te ih i razrađuje širokom primjenom Skale procjene ponašanja djece od 6 do 18 godina (*Child Behavior Checklist*), tj. verzija za učitelje, roditelje i samoiskaz mladih. Upravo iz široke međunarodne primjene tih upitnika (Rescorla i sur., 2007.), proizašla je taksonomija temeljena na grupiranju ključnih simptoma. Achenbachov (1991.) višedimenzionalni konstrukt procjenjuje ponašanje i osjećaje mladih uz pomoć skale. Sam upitnik sadrži 8 subskala utvrđenih analizom prvog reda: povlačenje, somatske poteškoće, anksioznost/depresija, socijalni problemi, problemi mišljenja, problemi pozornosti, delikventno ponašanje i agresivnost. Analizom drugog reda utvrđena su dva konstrukta: internalizirani

## M. Novak, J. Bašić: Internalizirani problemi kod djece i adolescenata: obilježja i mogućnosti...

i eksternalizirani problemi. Internalizirani problemi čine subskele: povlačenje, somatske poteškoće i anksioznost/depresija, a eksternalizirani problemi se odnose na subskele delikventnog ponašanja i agresivnosti. Unatoč tome, internalizirani i eksternalizirani problemi nisu međusobno isključivi i na mnogim je uzorcima utvrđena njihova pozitivna veza. Cilj primjene Achenbachovih instrumenata nije dijagnostika jer ona zahtijeva i intervju i druge standardizirane instrumente već identificiranje onih koji imaju najveći rizik za razvoj nekog poremećaja. Određivanje smjera problema klinički je korisno svaki put kada treba odlučiti o intervenciji.

Achenbach i Edelbrock (1978.) opisuju poremećaje nedovoljno kontroliranog ponašanja i poremećaje pretjerano kontroliranog ponašanja. Među poremećaje nedovoljno kontroliranog ponašanja Davidson i Neale (2002.) svrstavaju strahove u djetinjstvu, socijalnu povučenost, depresiju u adolescenciji te psihosomatske teškoće - kod svih je prisutan neki oblik povlačenja u ponašanju.

Uz Achenbacha, važnu ulogu u klasifikaciji poremećaja kod djece i mladih ima i DSM-IV (*Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*) koji najčešće koriste stručnjaci za mentalno zdravlje. Ipak, u DSM-IV su za djecu i mlade detaljnije opisani poremećaji ponašanja (*Conduct Disorders*) čijih se 6 kategorija više odnosi na eksternalizirane poremećaje. U Europi je nešto češće korišten sustav Međunarodne klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema, posebno izdanje koje se odnosi na psihijatrijske poremećaje djece i adolescenata. MKB-10 (2001) tako unutar poremećaja u ponašanju i osjećajima koji se pojavljuju u djetinjstvu i adolescenciji opisuje i emocionalne poremećaje koji se pojavljuju osobito u djetinjstvu (F 93). Ipak, što se tiče klasifikacije ozbiljnih kliničkih slika za razdoblje djetinjstva i adolescencije, odnos između etiologije, simptoma i pozadinskih biokemijskih procesa nije dovoljno jasan. U DSM-IV i MKB-10 (2001.) može se pronaći kritički osvrt na postojeću klasifikaciju i svijest o tome da je ipak barem nekakav sustav potreban, iako je nesavršen. Istovremeno, dodatnu težinu donose i poteškoće oko dijagnostike za tu dob: neki stručnjaci smatraju da se dijagnoze mogu odnositi samo za osobe starije od 18 godina. Ovdje je važno istaknuti da opsežnije definiranje i razlikovanje pojmova: problem, poremećaj, poremećaj u ponašanju, simptom, klinička slika i psihijatrijski poremećaj u kontekstu djetinjstva i adolescencije iziskuje dodatne napore znanstvene zajednice i nadilazi opseg ovog rada. Naravno, pitanje definiranja pojmova iznimno je važno za postizanje konsenzusa među različitim strukama te u krajnjem redu predstavlja doprinos razvoju prakse.

Slijedi samo mali prilog raspravi na tu temu. Postoje poteškoće u korištenju sintagme »internalizirani poremećaji u ponašanju« koje se prije svega odnose na činjenicu da ponašanje nije jedina komponenta internaliziranih problema. Postoje mnoge potencijalne terminologijske i jezične zamke - čini se da su neki pojmovi mnogo jasniji na engleskom jeziku. Upravo zbog toga će se u ovom radu pod pojmom internaliziranih problema pisati s aspekta problema koji imaju značajnost u smislu da su rizični čimbenici za razvoj psihičkih

poremećaja u odrasloj dobi. Djeca i mladi koji ih imaju mogli bi se zvati onima »u riziku« od ozbiljnih emocionalnih poteškoća i problema u prilagođavanju (prema Bašić, Ferić, 2004.).

Što se tiče domaćih definicija, Lebedina Manzoni (2007.) u definiciji poremećaja u ponašanju govori o podjeli na dvije široke skupine simptoma koji su komplementarni s podjelom na eksternalizirane i internalizirane probleme: onu skupinu koja stvara problem okolini te onu skupinu koja stvara problem samoj djeci/mladima. Bez obzira na često problematiziranu tezu da je svaka podjela poremećaja ustvari umjetna i nesavršena, Bouillet i Uzelac (2007.) naglašavaju da je podjela na internalizirane i eksternalizirane ipak jedna od najuobičajenijih podjela poremećaja u ponašanju koja se posebno u toj sintagmi koristi u socijalnoj pedagogiji. Stoga, internalizirani ili pretežno pasivni poremećaji odnose se na ponašanja koja su pretjerano kontrolirajuća i usmjerena su prema sebi (npr. simptomi depresije i anksioznosti, povlačenje i zatvaranje u sebe, beživotnost).

## ČIMBENICI RAZVOJA INTERNALIZIRANIH POREMEĆAJA

Sadašnje spoznaje pokazuju da je razvoj poremećaja u ponašanju i osjećajima vođen mnogim višestrukim čimbenicima. Već je Achenbach (1991.) jasno istaknuo da grupiranje sindroma oko internaliziranih problema nikako ne znači da je etiologija sindroma koji su vezani uz inhibiciju ista. On smatra da domene internaliziranih i eksternaliziranih problema, iako su suprotne, nisu međusobno isključive. Oland i Shaw (2006.) tako u svom članku navode stav jednog dijela autora koji se protive podjeli poremećaja kod djece i adolescenata na eksternalizirane i internalizirane već smatraju da je u podlozi obje podjele negativna emocionalnost. Drže važnim da su i kod pasivnih i aktivnih poremećaja u podlozi isti rizični čimbenici te naglašavaju da nije sasvim jasno zbog čega neka djeca razviju tzv. »čiste« poremećaje, a zbog čega neka djeca imaju jednako prisutne simptome i po jednom i po drugom tipu. Ipak, neka istraživanja naglašavaju da je uz internalizirane puno češće vezan ženski rod i rigidnost temperamenta. Dosta je istraživanja koja spominju razlike u nastanku poremećaja s obzirom na spol. Hofstra, Van der Ende i Verhulst (2002.) longitudinalnim su istraživanjem pokazali da za poremećaje raspoloženja kod dječaka možemo govoriti o ukorijenjenosti u ranom djetinjstvu dok kod djevojčica izgleda nastaju kasnije i imaju drukčiji razvojni put, više vezan uz iskustva rane adolescencije.

Potencijalni rizični čimbenici za razvoj poremećaja djelomično su objašnjeni već i interakcijskim modelima psihopatologije, a teorija privrženosti Johna Bowlbija (1969.) pojašnjava povezanost psihopatologije i rane interakcije djeteta-roditelj (Bögels i Phares, 2008.). Ostali važni čimbenici u razvoju internaliziranih problema kod djece mogu biti konflikti među roditeljima, depresija majke, nedovoljna uključenost oca u odgoj, prisutnost psihopatologije kod roditelja, hostilnost roditelja i stroga disciplina, pretjerana uključenost roditelja, prisutnost mnogih stresnih događaja u dosadašnjem iskustvu i/ili zanemarivanje

### M. Novak, J. Bašić: Internalizirani problemi kod djece i adolescenata: obilježja i mogućnosti...

od strane vršnjaka (Oland i Shaw, 2006. te Dadds i Roth, 2007.). Zanimljiv je i utjecaj spola. Bouillet i Uzelac (2007.) opisuju da je plašljivost u prvim godinama školovanja jednako česta i u dječaka i u djevojčica. Tijekom daljnjeg razvoja taj se poremećaj u dječaka pomalo gubi, a u djevojčica ostaje jednako čest ili čak postaje češći što su djevojčice starije. S druge strane, dječaci su jednako povučeni kao i djevojčice do puberteta, a zatim povučenost ima tendenciju porasta kod djevojčica što se uočava već oko desete godine života. Istovremeno, problemi koji se razvijaju u djetinjstvu često ne nestaju s odrastanjem i imaju visoku prediktivnu vrijednost za prognozu kasnijih klinički značajnih simptoma.

Vulić-Prtorić (2002.) je u svom istraživanju učenika od 5. do 8. razreda pokazala da su svi aspekti internaliziranih problema koje je ispitala značajno povezani s percepcijom odbacivanja od strane majke i oca. Vrlo slično, Chess i Tomas (1991.) u Njujorškoj longitudinalnoj studiji upozoravaju da je osnovni izvor razvoja poteškoća kod djece

**Tablica 1.**

Rizični čimbenici i važni prediktori razvoja internaliziranih problema (prilagođeno prema Weiss, Susser i Catron, 1998.; Oland i Shaw, 2006.; Greenberg i sur., 1999.; Vulić-Prtorić, 2002.)

Karakteristike djeteta/adolescenta	Ponašanja roditelja	Socijalna kompetencija djeteta/adolescenta	Okolinski faktori
<ul style="list-style-type: none"><li>• ponašajna zakočenost</li><li>• povučenost</li><li>• negativna reakcija na nove podražaje</li><li>• negativna samoevaluacija i negativne sheme o sebi</li><li>• nisko samopoštovanje</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• anksiozni i vrlo nesigurni roditelji</li><li>• roditelji s nesigurnom privrženošću</li><li>• prezaštitnički roditeljski stil</li><li>• roditelji koji potiču percepciju prijetnje i opasnosti izvana</li><li>• nasilje u obitelji i/ili konflikti roditelja</li><li>• prisutnost psihopatologije kod roditelja</li><li>• zanemarivanje</li><li>• nejasni obrasci komunikacije</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• poteškoće u odnosima</li><li>• nedostatak interpersonalnih vještina</li><li>• česte reakcije povlačenja i izbjegavanja socijalnih situacija te osamljivanje</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• stresni životni događaji</li><li>• siromaštvo</li><li>• odbacivanje od strane vršnjaka</li><li>• odvajanje djeteta od obitelji</li><li>• gubici i tugovanje</li></ul>

neusklađenost temperamenta djeteta i ponašanja roditelja. Neki od važnih prediktora razvoja internaliziranih poremećaja prikazani su u tablici 1.

Iako mnogobrojna istraživanja potvrđuju da prikazani rizični čimbenici dobrim dijelom objašnjavaju varijancu internaliziranih poremećaja, nipošto ne možemo govoriti o uzročno-posljedičnoj vezi već samo o korelatima tzv. pasivnih ponašanja. Za sada je teško govoriti što je prethodilo pojedinom simptomu te bi znanstvena i stručna zajednica toga trebala biti svjesna i u radu i u istraživanjima. Dosadašnji rezultati velikog broja longitudinalnih istraživanja pokazali su da primjerice »teški« temperament djeteta ne mora nužno voditi u psihološke probleme ako su roditelji vješti i znaju se nositi s takvim djetetom (Vulić-Prtorić, 2002.). Istom logikom, postojanje pojedinog rizičnog čimbenika ne znači nužno razvijanje internaliziranih poremećaja kod djece. Ipak, kada poremećaj već nastane, Oland i Shaw (2005.) naglašavaju značajan utjecaj zatvorenog kruga u održavanju u čemu se odmah vide i praktične implikacije za preventivno djelovanje: zbog svojih karakteristika temperamenta zaista vrlo teško uspostavljaju odnose s drugima što dodatno potvrđuje njihov osjećaj neadekvatnosti. Kako bi izbjegli potvrdu vlastite neprilagođenosti, razvijaju izbjegavajuće ponašanje i bježe od socijalnih situacija. Time sami sebi onemogućavaju učenje i razvoj socijalnih vještina pa kad i žele pristupiti drugima budu lošije prihvaćeni zbog manjkavosti u komunikacijskim i drugim vještinama. Istraživanja pokazuju da ih druga djeca doživljavaju kao manje atraktivne za igranje, manje se sviđaju drugima dok se kroz opažanja vidi da se ne angažiraju u puno pozitivnih ponašanja. Time se propuštaju i razvojni zadaci postizanja dobrih i suportivnih odnosa s drugima što se može povezati i s nerazrješavanjem tzv. Eriksonovih razvojnih kriza (Erikson 1959., prema Van Hasselt i Hersen, 1987.). Isto tako, djeca s većim rizikom za razvoj internaliziranih poremećaja imaju poteškoće s postizanjem autonomije i nezavisnosti od roditelja. Primjerice, dijete je bojažljivije, inhibiranije i negativnijeg afekta pa roditelji imaju veću potrebu za zaštitničkim ponašanjem i ne znajući, podržavaju izbjegavajuća ponašanja svog djeteta. Time mu omogućuju da još više učvrsti lošu sliku o sebi i vlastitoj nekompetentnosti i vjerovanja da je svijet opasno mjesto. Bayer, Sanson i Hemphill (2006.) su pronašli umjerenu povezanost razvoja internaliziranih poremećaja i preuključenog/prezaštitničkog roditeljstva i manjka topline kod roditelja. Potkrijepu toj tezi predstavlja i Lewinsohnova bihevioralna teorija razvoja depresivnih poremećaja (Lewinsohn i sur, 1999.) te teorija osobne kompetentnosti Davida Colea i sur. (1997., prema Clarke i sur. 1999.). Lewinsohn naglašava da kod razvoja unipolarnog depresivnog poremećaja važnu ulogu ima nedostatak pozitivnog potkrepljenja od strane važnih bliskih osoba, što često dovodi do deficita pozitivnih iskustava. Sličnu tezu razrađuje i Cole navodeći da djeca i mladi trebaju snažan *feedback* od bližnjih upravo kao temelj razvoja svijesti o vlastitim kompetencijama. Ukoliko je samopercepcija kompetentnosti niska, opet govorimo o rizičnom čimbeniku za razvoj depresivnog poremećaja. Greenberg i sur. (1999.) ističu da su prema dosadašnjim evaluacijama važna dva zaštitna čimbenika: socijalna podrška i strategije suočavanja usmjerene na problem.

## M. Novak, J. Bašić: Internalizirani problemi kod djece i adolescenata: obilježja i mogućnosti...

Bond i sur. (2005.) na australskom uzorku također nalaze važnost snažnih veza s drugima u zaštiti od razvoja poremećaja. Adaptivno suočavanje modelira se kroz interakcije roditelj-dijete u čemu se također može naći razlog za transgeneracijski razvoj sličnih poremećaja.

Generalno, sva se istraživanja slažu da su internalizirani poremećaji posljedično vezani uz lošije veze s drugima, loš školski uspjeh i nižu razinu općeg funkcioniranja. Također, dokazano je da je rigidnost temperamenta, tj. otpor prema promjenama posebno vezan uz tzv. čiste internalizirane simptome (prema Oland i Shaw, 2005.) jer se upravo temeljem toga razvijaju negativna očekivanja od okoline zbog čega je i onemogućena drugačija atribucija događaja i rasklimavanje kognitivnih distorzija što vodi do kroničnosti simptoma. Colman i suradnici (2007.) u prikazu svog 40-godišnjeg longitudinalnog istraživanja pokazali su da djeca i mladi sa samo jednom epizodom nekog poremećaja po internaliziranom tipu imaju veće izgleda za bolje mentalno zdravlje<sup>4</sup> nego oni s perzistirajućim i ponavljajućim poremećajima. Isto tako, Colman i suradnici (2007.) navode podatak da je oko 70% adolescenata koji su imali neki oblik internaliziranog poremećaja imao psihičkih problema kasnije u odraslosti, s 36, 43 i 53 godine.

## PITANJE EPIDEMIOLOGIJE

Kada govorimo o epidemiologiji, podaci koji se prikupljaju, najčešće su vezani uz monitoriranje nekih ozbiljnih stanja i poremećaja koji imaju klinički značaj. Upravo zbog toga naglašavamo potencijalnu diskrepanciju između postojećih podataka i aspekata internaliziranih problema o kojima se govori u ovom članku. No, da bi se uopće odgovorilo na pitanja o raširenosti internaliziranih problema, uzet ćemo da podaci o mentalnim poremećajima<sup>5</sup> u odrasloj dobi mogu biti smjernica za potrebe ovog rada. Iako je povezanost problema u dječjoj dobi s poremećajima u odraslosti neupitna, ona nije jednostavna. O vezi između problema u djetinjstvu i adolescenciji te poremećaja u odrasloj dobi govore Najman i sur. (2008.). Ovi autori pratili su kohortu rođenu od 1981. do 1983. u Brisbaneu, Australija. Njihove su majke ispunile Achenbachov CBCL u njihovoj 5. i 14. godini, djeca su ispunila samoprocjenu ponašanja (*Youth Self Report*) u 14. godini dok je u njihovoj 21. napravljen dijagnostički intervju uz pomoć računala. Iako se potvrdilo da problemi u djetinjstvu predviđaju probleme u odrasloj dobi, velika se polemika razvila oko

---

<sup>4</sup> *Mentalno zdravlje - »stanje općenito dobre čuvstvene i socijalne prilagodbe u različitim područjima života. Mentalno zdrava osoba je zadovoljna, rado živi i ima osjećaj da uspješno koristi svoje potencijale i ostvaruje svoje ciljeve«, prema Petz (ur.), 2005.*

<sup>5</sup> *Mentalni poremećaji - »svaki poremećaj na planu doživljavanja ilili ponašanja, funkcionalnog ili organskog porijekla, koji zahtijeva psihijatrijsku intervenciju, a najčešće i hospitalizaciju«, prema Petz (ur.), 2005.*



testova kojima se radi provjera (*screening*). Pokazalo se da instrumenti nisu dovoljno osjetljivi u predviđanju (Najman i sur, 2008.), tj. da poremećaji u mnoge djece nisu detektirani ili pak se nisu pojavili kada su bili očekivani. Da bismo uopće govorili o važnosti preventivnih programa za mentalno zdravlje zajednice, dobrobit nekog društva ili pak ih tretirali kao ekonomski isplativije načine skrbi, potrebno je utvrditi kolika potreba za intervencijom uopće postoji (Hofstra, Van der Ende i Verhulst, 2002.). Za ovaj su nam zadatak potrebna brojna dodatna istraživanja i znanstveni naponi.

Uz već spomenute metodološke i terminološke ograde, ima još poteškoća. Hrvatskih epidemioloških podataka o mentalnim poremećajima u djece i mladih ima vrlo malo iz čega direktno proizlaze potrebe i smjernice za daljnjim studijama. Naravno, ukoliko epidemiološka slika nije jasna, ne znamo dobro i dovoljno o potrebama pa je vrlo teško bez pravih utemeljenja planirati programe prakse utemeljene na dokazima i osmišljavati evaluaciju istih. Upravo zbog tih činjenica sljedeći pregled, koji u nedostatku podataka o raširenosti poremećaja u ponašanju kod djece i adolescenata donosi i podatke o odraslima, treba uzeti s mjerom kritike i svijesti o metodološkoj neujednačenosti. U nedostatku boljeg, prikazani podaci služe samo kao okvir za promišljanje preventivnih strategija i potreba, s idejom da je prije svake implementacije potrebna studija epidemioloških pokazatelja.

Važnost istraživanja mentalnog zdravlja Europe naglašena je i kroz *Public Health Policy* povelju i *Health Monitoring Programme* 2003.-2008. koji je izdala Europska komisija (2002.). Isti izvor posebno ističe važnost Europske studije epidemiologije rizičnih čimbenika i mentalnih poremećaja (ESEMeD) čija je primarna ideja skupljanje nacionalnih podataka o prevalenciji, rizičnim čimbenicima, kvaliteti života i potrebi za uslugama vezanim uz mentalno zdravlje. Podaci ESEMeD-a temelje se na reprezentativnom uzorku od 21 425 neinstitucionaliziranih odraslih koji predstavljaju 212 milijuna ljudi iz Belgije, Francuske, Njemačke, Italije, Nizozemske i Španjolske. Generalno gledano, 25,9% sudionika ESEMeD-a izvještava o perzistenciji nekog mentalnog poremećaja dok je kod 11,5% njih dijagnosticiran neki mentalni poremećaj u zadnjih 12 mjeseci. Europski podaci temeljeni na ESEMeD-u ističu zabrinjavajuću europsku činjenicu: od odraslih sudionika istraživanja, samo 36,8% koji izvještavaju o prisutnosti poremećaja raspoloženja te samo 20,6% od onih koji imaju anksioznih smetnji, su tražili pomoć u zdravstvenoj ustanovi (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>, 05.05.2008.). Dakle, već staro pitanje dostupnosti usluga i senzibiliziranosti populacije i dalje je aktualno. Iako Hrvatska još nije uključena u ESEMeD i unatoč hitnoj potrebi za uključivanje Hrvatskog zavoda za mentalno zdravlje u cijeli proces (Zakon o zdravstvenoj zaštiti, 2003, <http://www.hzzo-net.hr/zakoni/3-3.htm>), pokazatelji europskog zdravlja mogu služiti kao dobri indikatori za usporedbu s postojećim domaćim epidemiološkim podacima.

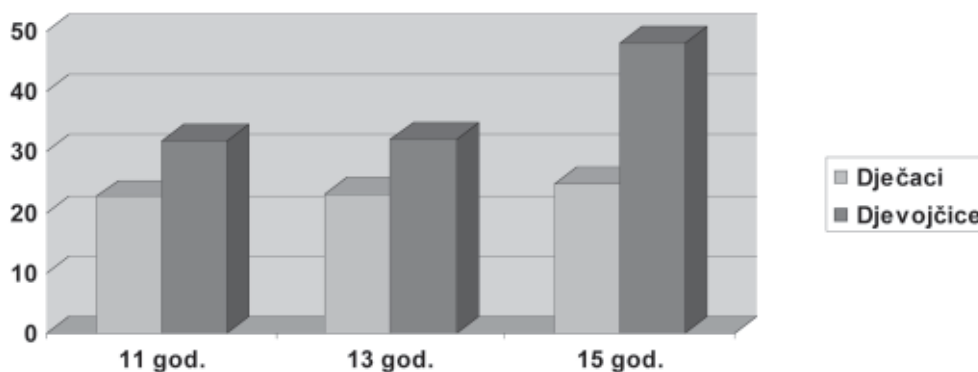


## EPIDEMIOLOŠKI OKVIR

Što se tiče slike internaliziranih problema kod mladih, za ilustraciju rizika mogu poslužiti tri istraživanja provedena 1995., 1996. i 2006. od strane Odsjeka za poremećaje u ponašanju, Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta (Bouillet i Uzelac, 2007.). Istraživanja su provedena na uzorku ispitanika osmih razreda osnovne škole na području Grada Zagreba, a budući da su uzorci bili različite veličine, ovi nam podaci mogu poslužiti kao uvid u fenomenologiju pojave. Primjerice, Bouillet i Uzelac (2007.) pokazuju da je plašljivost u ispitanoj populaciji 1995. prisutna u 10%, 1996. u 6,1% a 2006. u 4% djece u uzorku. Povučenosť je prisutna u 21% djece u uzorku 1995., 10,8% djece 1996. te 6,5% djece 2006. godine. Rasprostranjenost teškoća kod djece i mladih oslikavaju i podaci istraživanja »Zdravlje i ponašanje u vezi sa zdravljem u školske djece« koji je 2001./2002. na uzorku od 4 397 učenika petih, šestih i sedmih razreda osnovne škole i prvih razreda srednje škole proveo Hrvatski zavod za javno zdravstvo (Kuzman, Pejnović-Franelić i Pavetić-Šimetin, 2004.). Učenike je u ovom istraživanju pitano o simptomima poput boli u trbuhu, potištenosti, nervoze, lošeg raspoloženja i teškoća spavanja. Zanimljivo je da udio ispitanika koji pate od navedenih simptoma barem dva puta tjedno raste s dobi, s tim da je najveći porast zabilježen za učenice u dobi od 15 godina (slika 1.).

Slika 1.

Postotak učenika koji iskazuju dva ili više simptoma internaliziranih problema više nego jednom tjedno (preuzeto iz Kuzman, Pejnović-Franelić i Pavetić-Šimetin, 2004., str. 25).



U istraživanju iz 2005. Keresteš (2005.) se bavi učiteljima razredne nastave koji su procjenjivali učeničke emocionalne teškoće i teškoće u ponašanju. Procjena 2 620 učenika Krapinsko-zagorske županije je da su emocionalne teškoće zastupljene u 3,5% djevojčica te 4,2% dječaka. Učitelji, naravno, izvještavaju da su im emocionalne poteškoće najmanji problem u održavanju nastave. Nešto specifičnijim uzorkom bavile su se Ajduković i Sladović

Franz (2004.) koje su primjenom Achenbachovog upitnika samoprocjene ponašanja mladih ispitala probleme djece koja žive u dječjim domovima i udomiteljskim obiteljima. Ajduković i Sladović Franz (2004.) navode podatke da samo 35% djece u dječjim domovima u odnosu na 75% djece u udomiteljskim obiteljima ima normalan rezultat na upitniku. U nastavku autorice opisuju da je kod djece u domovima s internaliziranim problemima značajno povezana dob izdvajanja iz obitelji, tj. što je dijete starije, ima više smetnji povlačenja, somatskih problema te anksiozne/depresivne smetnje. No, što je dijete duže u domu, polako se prilagođava zahtjevima sredine i domski tretman utječe na smanjenje simptoma. Uz ove, vrlo su značajni nalazi da su pod većim razvojnim rizicima za internalizirane probleme djevojčice, i u skupini udomiteljske i u skupini domske djece (Ajduković i Sladović Franz, 2004.). Zanimljiv je i zaključak da razina internaliziranih problema kod obje skupine djece nije značajno povezana s indeksom doživljena stresa prije izdvajanja iz obitelji već je povezana s razinom svakodnevnog stresa koji dijete doživljava, slabijom socijalnom podrškom, slabijom prilagodbom na školu i školskim neuspjehom.

Furniss, Beyer i Guggenmos (2006.) navode da se prvi šiljak u distribuciji usluga s područja dječjeg mentalnog zdravlja javlja u dobi od 6. do 9. godine. Taj nalaz upućuje na pitanje - jesu li smetnje češće kada dijete uđe u školski sustav ili pak su postojale i ranije, a do tada nisu detektirane? U njihovom istraživanju na njemačkom području nađeno je da je prevalencija psihijatrijskih sindroma 12,4% kod djece od 6 godina. Istovremeno, S\_ensen, Dalsgaard i Thomsen (2006.) donose podatke da je u Danskoj od 1994. do 2002. godine došlo do povećanja potražnje kliničkih usluga za 54%, s posebnim naglaskom na povećanje broja dijagnoza depresivnog poremećaja kod djece i mladih.

Značajan je podatak da postoje dokazi da su i roditelji i učitelji nedovoljno sigurni u prepoznavanju teškoća u djece, s posebnim naglaskom na internalizirane (Dwyer, Nicholson i Battistutta, 2006.). Također, među iskazima roditelja i učitelja djece s anksioznom i depresivnom simptomatologijom postoji često neslaganje i velika razlika s obzirom na samoiskaz djece (korištene Achenbachove skale). Upravo su Dwyer, Nicholson i Battistutta (2006.) utvrdili da roditelji točno identificiraju samo 30 do 46% djece s internaliziranim poremećajem u ponašanju dok učitelji uspijevaju još manje - 26 do 34%. Ovakvi podaci su posebno zabrinjavajući jer jasno akcentiraju poteškoće prepoznavanja internaliziranih problema. Vjerojatno je logično da učitelji takvu »nevidljivu« djecu ne dožive jer su mirni i ne ometaju nastavu, no tada je edukacija i senzibiliziranje učitelja na pravovremeno reagiranje također ključna za preventivne akcije. Jednake su i potrebe za radom s roditeljima, iako je tu situacija još alarmantnija i zaista je pitanje zbog čega roditelj ima poteškoća s identificiranjem poteškoća kod svog djeteta. Uz to što se teško prepoznaje, nameće se zaključak da se internalizirani spektar poremećaja u ponašanju ne doživljava toliko ozbiljnim i velik broj djece je kasno identificiran (prema Bayer, Sanson i Hemphill, 2006. te Dwyer, Nicholson i Battistutta, 2006.).

## EPIDEMIOLOŠKI POKAZATELJI ZA POJEDINE PROBLEME

Sukladno terminološkom pregledu internaliziranih problema, u odlomku koji slijedi bit će prikazani epidemiološki podaci po pojedinim kategorijama problema. Izabrane su samo neke internalizirane teškoće, prateći ozbiljnost kliničkih slika, ali i raširenost u populaciji djece i adolescenata. Ovdje opet naglašavamo problematičnost kod dijagnosticiranja u djece i adolescenata te podvlačimo našu poziciju pri pisanju ovog članka: govorimo o prisutnosti značajnih simptoma koji takvu djecu i mlade stavljaju »u rizik« od razvijanja ozbiljnijih poteškoća s mentalnim zdravljem u budućnosti. Podacima s područja mentalnog zdravlja i mentalnih bolesti koristit ćemo se kao ilustriranjem potreba za preventivnim strategijama.

### ANKSIOZNOST

Problemi i simptomi vezani uz anksioznost najčešći su oblici poteškoća o kojima izvještavaju i djeca i adolescenti. Gledajući razvojno, sastavni su dio procesa sazrijevanja i u normalnom su tijeku sazrijevanja adaptivni odgovori koji dijete čuvaju od opasnih situacija i djeluju motivacijski. Ipak, u slučaju intenziviranja strahova i razvoja dodatnih simptoma anksioznosti, javlja se značajna neugoda i uznemirenost djeteta i članova obitelji. Također, djeca koja pokazuju veći broj ranih znakova anksioznosti u većem su riziku od razvoja poremećaja anksioznog spektra (Rapee i sur., 2005.). Poteškoće anksioznog spektra pokazale su se stabilnima ukoliko ih se ne tretira te su vezane uz brojne druge psihološke poteškoće, posebice uz depresivnost i poremećaje hranjenja. Ostali rizični čimbenici za razvoj ozbiljnijih kliničkih slika anksioznosti uključuju povučenost kao dio temperamenta, izloženost traumatskim i negativnim životnim događajima kao i anksiozni/prezaštitnički roditeljski stil. Epidemioloških pokazatelja o anksioznim poremećajima ima malo i čini se da je najviše istraživana socijalna fobija i jednostavne fobije. a potrebno je još mnogo istraživanja za razjašnjavanje epidemiološke slike (Strauss i Lahey, 1987). Socijalne fobije zasigurno predstavljaju »vidljiviji« oblik anksioznosti, dok ostali oblici prođu relativno neopaženo zbog nedovoljnog znanja o simptomima. Anksiozna djeca često se srame svojih strahova pa »glume da su dobra« (Kendall, 1994., prema Campbell, 2003.). Naravno, takva djeca mnogo rjeđe dobiju primjerenu pomoć i budu uključena u savjetovanje. Logično, prognoze za upravo tu skupinu djece su mnogo lošije i često vode razvoju dramatičnijih kliničkih slika (Dadds i Roth, 2007.). Brojčano, prevalencija anksioznih poremećaja kod djece i adolescenata je prema DSM-IV (1996.) oko 4%. Bernstein i Borchardt (1991., prema Vulić-Prtorić, 2002.) navode podatke da je specifičnih fobija u djece 2,4%, a kod adolescenata 3,6%. Sama Vulić-Prtorić (2002.) u svom istraživanju strahova kod djece i adolescenata otkriva da 12% ispitanika od 2 237 djece i adolescenata iznimno često doživljava neki strah. Autorica opisuje da se strahovanje intenzivira upravo

u 5. razredima osnovne škole i prvim razredima srednje škole, što je, uz manjkavost u prepoznavanju, još jedan gorući pokazatelj potrebe za preventivnim djelovanjem, kako ne bi došlo do razvoja ozbiljnih problema. Istraživanje Glavine i Keresteš (2007.) koje je provedeno na uzorku učenika šestih razreda pokazalo je da ukupna anksioznost ni pojedini aspekti anksioznosti nisu statistički značajno povezani sa sociometrijskim statusom, tj. bez obzira na iskazanu anksioznost, učenici su jednako dobro ili loše prihvaćeni kao i njihovi vršnjaci. Autorice unatoč takvom nalazu napominju da je potrebno dodatno istražiti utjecaj anksioznosti na odnose s vršnjacima te ističu nužnost sofisticiranih nacрта.

## DEPRESIVNOST

Prikaz stanja mentalnog zdravlja u Europskoj uniji (2004.) pokazuje da je ukupna prevalencija depresivnog poremećaja 3,90%, no neka europska istraživanja upozoravaju da se ta brojka kreće od 5 do 10%, ovisno o definiciji depresije i promatranoj populaciji. Isti izvor primjerice ističe podatak da je 1999. u Njemačkoj prevalencija depresivnog poremećaja bila 8,30% (uključeno stanovništvo od 18 do 65 godina) dok npr. u Velikoj Britaniji 2000. ta stopa iznosi 2,80% (uključeno stanovništvo od 16 do 64 godina).

Hrabak-Žerjavić i suradnici (2004.) opisuju da je u Hrvatskoj 2002. kod odrasle populacije bilo 3 755 hospitalizacija i 136 272 dana bolničkog liječenja zbog depresivnih poremećaja te se oni nalaze na 3. mjestu po broju i trajanju hospitalizacija u skupini duševnih poremećaja. Također, stopa hospitalizacija odraslih zbog tog razloga u razdoblju od 1995. do 2002. godine ima trend porasta. Što se tiče depresije kod djece i mladih, Kocijan Hercigonja i Hercigonja Novković (2004.) ističu da postoje brojna razmimoilaženja među profesionalcima oko nedovoljno usuglašenih kriterija prilikom procjene stanja i zamaskiranosti kliničke slike problemima u ponašanju. Sad već malo zastarjele svjetske epidemiološke studije iznose da je incidencija depresije (Kashani i Sherman 1988., prema Kocijan Hercigonja i Hercigonja Novković, 2004.) kod predškolske djece 0,9%, kod školske djece 1,9%, a kod adolescenata 4,7%. Novija istraživanja pokazuju kako se u zapadnim zemljama kod približno 10% djece i mladih može govoriti o klinički značajnoj depresiji (Campbell, 2003., Dadds, 2007.). Rasprava stručne psihijatrijske zajednice opet navodi važnost populacije koja se procjenjuje - velike su razlike između pedijatrijske i neurološke populacije. Silobrčić-Radić (2004.) prikazuje da je kod depresije djece i mladih do 19 godina tijekom 2002. godine prisutna nešto viša stopa hospitalizacije kod muškog spola nego kod ženskog (dob 10-19, stopa M 6,6/100 000, stopa Ž 5,1/100 000) dok se s porastom dobi broj žena koje imaju značajnije depresivnije smetnje povećava. Glavina i Keresteš (2007.) opisuju da su do 13. godine života dječaci depresivniji od djevojčica te da je kod dječaka razina depresije prilično stabilna kroz razvoj dok kod djevojčica simptomi depresije rastu s povećanjem dobi. U navedenome je jasan i smjer preventivnih intervencija.

## SUICIDALNOST

Podaci Svjetske zdravstvene organizacije pokazuju da svake godine širom svijeta samoubojstvo počini 1 milijun ljudi. Isto tako, samoubojstvo je u gotovo svim zemljama među glavnih deset uzroka smrti dok je za osobe u dobi od 15 do 44 godine samoubojstvo među tri vodeća uzroka smrti (Cho i sur., 2006.).

Nedavna svjetska istraživanja o mladim ljudima koji su izvršili samoubojstvo pokazuju visoku učestalost poremećaja ličnosti, no pokazuje se da je sa samoubojstvom povezan i anksiozni poremećaj, opsesivno-kompulzivni poremećaj te poremećaji hranjenja ali i neki oblik ovisnosti (Hawgood i De Leo, 2008.). Europska komisija (The State of Mental Health in European Union, 2004., <http://europa.eu.int>) u prikazu podataka za Europu opisuje da između pojedinih europskih zemalja postoji velika diskrepancija u stopama suicida u čemu zasigurno treba tražiti i čimbenike klime i geografskih obilježja - najvišu stopu ima Litva s 81 suicidom na 100 000 stanovnika dok je među najnižima Grčka sa 6 samoubojstava. Također, iako se stopa samoubojstava u Europi smanjuje od 80-ih godina 20. stoljeća, još uvijek je ona veća od ostatka neeuropskog svijeta. Nove članice Europske unije imaju čak i do 80% veće stope od ostatka Europe. Prema Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo, u Hrvatskoj je stopa 34,6 za muškarce te 11,7 za žene što našu zemlju stavlja negdje u sredinu europske liste (stopa 19,7 prema popisu stanovništva iz 2001. godine, preuzeto sa: [http://www.hzjz.hr/epidemiologija/kron\\_mas/Samouboj.htm](http://www.hzjz.hr/epidemiologija/kron_mas/Samouboj.htm)). Stopa suicida mladih od 15 do 19 godina opada, bez obzira na sliku koju stvaraju mediji. Naime, Silobrčić-Radić (2004.) navodi da je stopa suicida maloljetnika 8,4 za 2000., 7,7 za 2001. te 8,0 za 2002. godinu. Samo za usporedbu, 1996. je stopa za istu dob bila 13,5. Stopa od 7,7 samoubojstava u dobi od 15 do 19 godina iznesena na kongresu dječje psihijatrije u Tel Avivu 2001. (Folnegović-Šmalc, Kocijan Hercigonja i Barac, 2001.) Hrvatsku smješta na 8. mjesto u Europi. Folnegović-Šmalc, Kocijan Hercigonja i Barac (1991.) navode da najvažnije rizike nose školski problemi, suicidalnost u obiteljskoj anamnezi, loša komunikacija roditelja i djeteta te stresni životni događaji. Najčešći znakovi suicidalnog ponašanja kod djece su potištenost, promjene u ponašanju, gubitak interesa za rane hobije i prijatelje, povlačenje od okoline, problemi koncentracije, zakazivanje u učenju, umor i bezvoljnost. Mnoge su zemlje uključile edukaciju o prevenciji suicida djece i mladih u svoja zakonodavstva, a osim podučavanja roditelja postupanju sa svojom djecom, važan je i utjecaj na učitelje i ostalo školsko osoblje (Bellanger, Jourdain i Batt-Moillo, 2007.).

## PREVENTIVNI PROGRAMI

Vrlo zorni pokazatelji iz SAD-a koje su najdalje odmaknule u preventivnoj praksi danas demonstriraju: prevencija vodi zdravlju, socijalnoj i ekonomskoj dobrobiti, povećanju socijalne uključenosti, redukciji rizika za mentalne i ponašajne poremećaje te krajnje,

smanjenju zdravstvenih troškova (Cowen i Durlak, 2000.). Da bi se osiguralo pozitivno mentalno zdravlje, reduciralo veliku količinu emocionalnih i ekonomskih poteškoća, ojačalo zajednice i povećalo potencijale pojedinca, najnoviji trendovi javnih politika s utemeljenjem na Lisabonskoj strategiji (<http://www.eapn.org>) okreću se postavljanju akcijskog plana za promociju mentalnog zdravlja i prevenciju poremećaja kod djece i mladih u svakoj zemlji. Jane-Llopis i Anderson (2005.) u prikazu javnih politika u brizi za mentalno zdravlje zajednice jasno ističu da je mentalno zdravlje svačiji posao za koji je odgovornost podijeljena među zdravstvenim sustavom, školstvom, pravosuđem, socijalnom skrbi, urbanim planiranjem, tržištem rada i ostalim ključnim dimenzijama društva. Preventivni programi omogućuju jačanje čimbenika zaštite te podršku otpornosti djeteta ili mlade osobe (Bašić i Ferić, 2004.) te utječu na razvojni put pojedinca. Bašić (2008., u tisku) naglašava da se razvoj raznih učinkovitih preventivnih programa usmjerenih na opću populaciju i specifične poremećaje odvija zadnjih godina 20. stoljeća, s najvećim zamahom u SAD-u. Govoreći o mjestu provođenja programa, Bašić (2008., u tisku), Kataoka i sur. (2003.), Greenberg, Domitrovich i Baumbarger (1999.) te ostali važni autori, veliku pažnju posvećuju upravo preventivnom djelovanju u školi. Razlog tome je djelomično zbog količine vremena koju djeca provedu u sustavu školovanja, ali najviše zbog važnosti školskog okruženja za razvoj i pozitivne i/ili negativne životne ishode svakog pojedinca. Uključenost škole kroz više se evaluacijskih studija pokazalo vezano uz socijalni i emocionalni razvoj i resurse u zajednici (Greenberg i sur., 2003.), a pozitivni utjecaj na mentalno zdravlje djece i mladih ne može se postići samo kroz tretiranje onih s mentalnim poremećajima. Prema tome, škola je često mjesto provedbe univerzalnih preventivnih programa čija je namjera preveniranje problema prije njihova nastanka. Upravo zahvaćanjem cijele populacije kroz škole izbjegnuto je isticanje i stigmatiziranje neke populacije koja je zbog nekih karakteristika u riziku ili je već razvila poremećaj (Noam i Herman, 2002.).

## **PRIKAZ UNIVERZALNIH, INDICIRANIH I SELEKTIVNIH PROGRAMA PREVENCIJE S ASPEKTA INTERNALIZIRANIH PROBLEMA<sup>6</sup>**

U ovdašnjem prikazu programa načinjen je subjektivni izbor i presjek tzv. model i obećavajućih programa koji su se temeljem evaluacije pokazali najefektivnijima (Kazdin, i Weisz, 2003.) tj. primjer su prakse utemeljene na dokazima uspješnosti (kriteriji za model: barem je jedan od ishoda poboljšan za 20% te značajan na razini od 5%, korištena

---

<sup>6</sup> Podjela prevencije na primarnu, sekundarnu i tercijarnu je zastarjela. Bašić (2008., u tisku) navodi da je primjerenije koristiti terminologiju univerzalna, selektivna i indicirana prevencija (Gordon, 1983., 1987.; Mrazek i Haggerty 1994.; Johnson 2002., prema Bašić, 2008., u tisku).

### M. Novak, J. Bašić: Internalizirani problemi kod djece i adolescenata: obilježja i mogućnosti...

kontrolna grupa, dovoljno velik uzorak). Također, rezultati primjene su prilagođeni okvirima teksta, s većim naglaskom na efekte vezane uz internalizirane probleme i jačanje zaštitnih čimbenika koji potencijalno preveniraju njihov razvoj. Nastojalo se voditi računa o zemljama iz kojih dolaze programi no prednjače evaluirani američki programi s podlogom znanstvene utemeljenosti<sup>7</sup> (*science-based*) ([http://www.childtrends.org/Lifecourse/allprograms\\_menu.htm](http://www.childtrends.org/Lifecourse/allprograms_menu.htm)). U Hrvatskoj također postoje programi koji se smatraju primjerima dobre prakse, no nažalost, ni jedan od tih programa ne može se smatrati do kraja utemeljen na teorijskim polazištima niti pak adekvatno evaluiranim, unatoč subjektivnoj dobrobiti za sudionike. Bouillet i Žižak (2008.) u svom radu opisuju model izrade standarda dobre prakse u području prevencije i tretmana poremećaja u ponašanju u Republici Hrvatskoj. Analiza 14 programa 2007. godine pokazuje velik napredak u odnosu na prvu analizu iz 2002. godine, no ni jedan od standarda dobre prakse<sup>8</sup> nije zadovoljen u potpunosti.

Uz navedene (vidi tablicu 2. i 3.), od univerzalnih preventivnih programa značajnima su se pokazali gotovo svi koji se odnose na učenje vještina rješavanja problema (npr. *Problem Solving for Life, Problem Solving Skills Training Program, Social Problem Solving*) ili pak rješavanje problema imaju inkorporirano u inače širi program. Indicirani i selektivni programi strukturirani su prema indikacijama za primjenu kako bi se lakše pratili. Neki od programa nisu spomenuti zasebno zbog sličnosti s predstavljenima, primjerice *Rally* program (Noam i Herman, 2002.) koji se također provodi u školskom okruženju i namijenjen je poticanju akademskih i socijalnih kompetencija. Ista je situacija s programom *FRIENDS* (Oswald i Mazefsky, 2006.) koji se temelji na sličnim postavkama kao predstavljeni programi za prevenciju anksioznosti.

Nedostaci čak i ovdje prikazanih preventivnih programa odnose se na činjenicu da vrlo mali broj programa ima dugoročne efekte koji se pokazuju u *follow up-u*, a česti su i prigovori da nema dovoljno podataka o razvojnem tijeku problema u ponašanju djeteta ili adolescenta. Generalno uzevši, pred domaćom je prevencijskom praksom i znanosti o prevenciji da, uz ostale smjernice, pokuša utemeljiti model-programe koji će odgovarati svjetskim kriterijima.

---

<sup>7</sup> *Science-based* - znanstveno utemeljeni programi; osnova im je sprega između teoretskog logičkog modela koji je dokazan i temeljem kojeg su planirane programske komponente (*Science-Based Prevention Programs and Principles, 2002.*).

<sup>8</sup> *Standardi dobre prakse trebali bi biti utemeljeni na dokazima* - eng. *evidence-based*.



**Tablica 2.** Prikaz univerzalnih preventivnih programa koji utječu na potencijalni razvoj i/ili ishode internaliziranih poremećaja (prilagođeno prema Hawkins i sur., 2002, Oswald i Mazefsky, 2006.)

NAZIV PROGRAMA I AUTORI	CILJNA POPULACIJA	AKTIVNOSTI	EVALUACIJA	ISHODI
DARE TO BE YOU  Miller Heyl  SAD	<ul style="list-style-type: none"> <li>djeca 2 - 5 g.</li> <li>roditelji</li> <li>odgajatelji i učitelji</li> <li>članovi zajednice</li> <li>(kasnije prošireno i na ostale dobne skupine)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>roditelji i djeca prolaze teme: samoodgovornost, samoeфикаsnost, komunikacije i socijalne vještine, a roditelji uče o »normalnom« razvoju djeteta</li> <li>15 sati se educira zajednicu, tj. ključne ljude i odgajatelje</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>petogodišnje praćenje 827 obitelji, sudionika programa</li> <li>usporedba mjera s nekoliko lokaliteta</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>povećanje roditeljske kompetencije</li> <li>povećano zadovoljstvo roditeljstvom</li> <li>toplija i više podržavajuća veza roditelji-dijete</li> <li>povećanje djetetovih razvojnih mogućnosti</li> </ol>
PATHS Promoting Alternative Thinking Strategies Greenberg SAD	<ul style="list-style-type: none"> <li>djeca iz starijih vrtićkih skupina te 1. i 2. razreda osnovne škole (5 - 8 g.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>provodi ih učiteljica u školskom okruženju</li> <li>aktivnosti usmjerene na 5 područja: samikontrola, razumijevanje emocija, samopoštovanje, interpersonalne odnose i rješavanje problema</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>za svaku evaluaciju korištena i kontrolna skupina</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>značajno veća vještina rješavanja problema i razumijevanja emocija</li> <li>veće korištenje prosocijalnog ponašanja</li> <li>manje problema u ponašanju</li> </ol>
ZIPPY'S FRIENDS Befrienders International  11 zemalja	<ul style="list-style-type: none"> <li>djeca iz starijih vrtićkih skupina i učenici 1. i 2. razreda osnovne škole</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>24 susreta, 6 velikih tema</li> <li>teme se prorađuju kroz priče čiji je glavni akter kukac Zippy</li> <li>osjećaji, komunikacija, stvaranje i prekidanje veza/odnosa, rješavanje konflikata, nošenje s promjenama te suočavanje</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>glavna evaluacija provedena u Litvi i Danskoj: usporedba mjera s obzirom na različite škole, primjenu u raznim razredima i na drugom jeziku</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>poboljšanje vještina suočavanja, poboljšanje socijalnih vještina, veća empatija</li> <li>povećana sposobnost generiranja alternativa u problemnim situacijama</li> <li>veća otpornost na stres</li> </ol>
STEP School Transitional Environment Project Felner SAD	<ul style="list-style-type: none"> <li>učenici na prijelazu iz nižih u više razrede osnovne škole</li> <li>učenici 8. razreda na prijelazu u srednju školu</li> <li>škole i školsko osoblje</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>stvaranje kohorti učenika koji su u razdoblju tranzicije</li> <li>restrukturiranje uloge razrednika koji postaje savjetnik i voditelj te olakšava komunikaciju između učenika i učitelja ali i obitelji</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>kvazieksperimentalan longitudinalan dizajn</li> <li>izvještavanje učitelja i učenika</li> <li>skale depresivnosti, anksioznosti, stresa, samopoštovanja</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>manje razine stresa kod učenika iz STEP kohorti</li> <li>bolji indikatori prilagodbe (niža anksioznost, depresivnost, boljeg samopoštovanja)</li> <li>adekvatnije ponašanje u školi</li> </ol>

M. Novak, J. Bašić: Internalizirani problemi kod djece i adolescenata: obilježja i mogućnosti...

Nastavak tablice 2.

NAZIV PROGRAMA I AUTORI	CILJNA POPULACIJA	AKTIVNOSTI	EVALUACIJA	ISHODI
<p>POSITIVE YOUTH DEVELOPMENT PROGRAM</p> <p>Weissberg</p> <p>SAD</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• učenici viših razreda osnovne škole (11 - 14 g.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 20 grupnih susreta u školskom se okruženju provodi 15 tjedana</li> <li>• aktivnosti usmjerene na razvoj socijalne kompetencije i prevenciju korištenja droga</li> <li>• nošenje sa stresom, samopoštovanje, rješavanje problema, asertivnosti i potiče</li> </ul>	<p>na korištenje podrške iz okoline istraživanja u dvije nezavisne škole, uz usporedbu s kontrolnom skupinom</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mjere vještina suočavanja, socijalne i emocionalne prilagođenosti te samopercepcije</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. značajno bolje vještine suočavanja</li> <li>2. bolja socijalna i emocionalna prilagodba problema</li> <li>3. efikasnije rješavanje problema</li> </ol>
<p>RESOURCEFUL ADOLESCENT PROGRAM</p> <p>Shochet i sur.</p> <p>Australija, SAD, Njemačka, Švicarska, Kina</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• adolescenti (12 - 15 g.) i njihovi roditelji</li> <li>• uključivanje učitelja</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• program provodi trener u grupama od 8 do 12 učenika kroz 11 susreta od 45 minuta</li> <li>• te tri grupna susreta s roditeljima u trajanju od 180 minuta</li> <li>• radi se na razvoju otpornosti, uz primjenu kognitivno-bihevioralnih metoda</li> <li>• cilj je razvitak i održanje socijalne mreže i podržavajući odnosi s drugima</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• neeksperimentalni dizajn - usporedba s kontrolnom skupinom</li> <li>• upitničke mjere depresije i beznada</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. istraživanja su potvrdila kratkoročan efekt smanjenja depresivnih simptoma te održanje rezultata nakon 10-mjesečnog follow up-a</li> <li>2. nisu utvrđeni nikakvi efekti vezani uz roditelje</li> </ol>
<p>SUICIDE PREVENTION PROGRAM</p> <p>Klingman</p> <p>Izrael</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• učenici 8. razreda</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• program se provodi u grupama kroz 12 susreta tjedno</li> <li>• čine ga tri faze: edukacijska (stres i uloga emocija i kognicija u održavanju), faza uvežbavanja (razvoj adaptivnih vještina suočavanja, prepoznavanje znakova rizika za suicid) te faza primjene (izvan učionice)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mjerenje u dvije vremenske točke te usporedba s kontrolnom skupinom</li> <li>• emocionalni indikatori - indeks potencijalnog suicida, skala usamljenosti, mjere empatije</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. značajni rezultati za mušku populaciju: smanjenje znakova potencijalnog suicida te povećanje empatije</li> </ol>

**Tablica 3.** Prikaz selektivnih i indiciranih programa namijenjenih prevenciji internaliziranih i mentalnih poremećaja (prilagođeno prema Clarke, Hawkins, Murphy, Sheeber, Lewinsohn i Seeley 1995., Hawkins i sur., 2002., Weisz i sur, 2005., Mishara i Ystgaard, 2006., Oswald i Mazefsky, 2006., Rapee i sur., 2006.)

NAZIV PROGRAMA I AUTORI	CILINA POPULACIJA	AKTIVNOSTI	EVALUACIJA	ISHODI
PRIMARY MENTAL HEALTH PROJECT <i>Children's Institute</i> <i>Cowen i sur.</i>	SAD • dvije verzije: rano djetinjstvo (0-5 g.) te srednje i kasno djetinjstvo (6-12 g.) • uključivanje nakon	<i>screeninga</i> • program je namijenjen ranoj detekciji i prevenciji poteškoća prilagodbe koje ometaju učenje i razvijanju otpornosti • kroz 10-14 tjedana u 30-40 minuta individualni rad se temelji na igri, ekspresivnim i	kreativnim tehnikama • eksperimentalni i neeksperimentalni dizajn potvrdili su učinkovitost programa	• korištene upitničke mjere 1. veća orijentiranost na zadatak i bihevioralna kontrola 2. povećana asertivnost 3. utvrđen utjecaj na druželjubivost učenika
RECAP <i>Reaching Educators, Children and Parents</i> <i>Weiss</i> <i>SAD</i>	• djeca vrtičke dobi s prisutnim internaliziranim ili eksternaliziranim poremećajima	• 1-godišnji program uključuje individualni rad s djetetom, grupni rad s vršnjacima, odgajateljima i roditeljima s ciljem prevencije razvoja ozbiljnijih problema	• neeksperimentalni dizajn • <i>follow up</i> od godinu dana • prikupljanje kvantitativnih i kvalitativnih pokazatelja	1. učitelji izvijestavaju o manje internaliziranih simptoma 2. manji broj negativnih nominacija od strane vršnjaka
<b>POVIŠENA ANKSIOZNA SIMPTOMATOLOGIJA</b>				
QUEENSLAND EARLY INTERVENTION AND PREVENTION OF ANXIETY PROJECT <i>Dadds i Spence</i> <i>SAD</i>	• djeca i adolescenti (7 - 14 g.) s povišenim i klinički značajnim razinama anksioznih simptoma te njihovi roditelji	• program se provodi u školskom okruženju, kroz 10-tjedni grupni rad koji se temelji na kognitivno bihevioralnim principima • radi se na postupnom izlaganju zastrašujućim podražajima • 3 seanse za roditelje u kojima se roditelje poučava kako reagirati na ispoljavanje anksioznosti kod djeteta		1. nije bilo značajnih efekata odmah nakon programa no nakon 6 mjeseci pokazano značajno smanjenje dijagnosticiranih poremećaja

M. Novak, J. Bašić: Internalizirani problemi kod djece i adolescenata: obilježja i mogućnosti...

Nastavak tablice 3.

NAZIV PROGRAMA I AUTORI	CILJNA POPULACIJA	AKTIVNOSTI	EVALUACIJA	ISHODI
COPING CAT Kendall SAD (prilagođen za Australiju kao COPING KOALA, Barret i sur.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>djeca od 6 do 13 g.</li> <li>adolescenti od 14 do 17 g.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>program se sastoji od 6 komponenata: psihoedukacija, tehnike za nošenje s tjelesnim simptomima, kognitivno restrukturiranje, rješavanje problema te izlaganje</li> <li>provodi se kroz 16 tjedana</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>slučajni klinički uzorak uspoređen s kontrolnom skupinom</li> <li>follow up nakon godine dana te nakon 2 do 5 g.</li> <li>izvještaji ključnih ljudi iz okoline</li> <li>opažanje u prirodnim uvjetima</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>64% djece nije ispunjavalo dijagnostičke kriterije za neki od poremećaja anksioznog spektra za razliku od kontrolne skupine gdje je to bilo samo 5% djece</li> <li>rezultati održani i tijekom follow up-a</li> <li>djeca, roditelji i učitelji izvještavaju o smanjenju simptoma</li> </ol>
STRESS INOCULATION TRAINING Kiselica i sur. SAD	<ul style="list-style-type: none"> <li>adolescenti koji izvještavaju o povišenoj razini anksioznih simptoma</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>8 grupnih susreta u školskom okruženju usmjerenih edukaciju i učenje vještina vezanih uz emocionalnu regulaciju, progresivnu relaksaciju, kognitivno restrukturiranje i asertivnost</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>usporedba eksperimentalne i kontrolne skupine (uparivanje)</li> <li>upotreba upitničkih mjera anksioznosti i doživljaja stresa</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>sudionici programa izvještavaju o značajno manjoj anksioznosti i stresu</li> </ol>
<b>POVIŠENA DEPRESIVNA SIMPTOMATOLOGIJA</b>				
COPING WITH STRESS COURSE Clarke i Lewinsohn SAD	<ul style="list-style-type: none"> <li>adolescenti od 14 do 18 g. koji su se zbog depresivnog raspoloženja već javljali po pomoć</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>program obuhvaća psihoedukaciju, tehnike kognitivnog restrukturiranja</li> <li>15 grupnih seansi od 45 minuta održavaju se u školskom okruženju</li> <li>adolescente se podučava kognitivnom restrukturiranju kroz primjenu kreativnih materijala</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>adolescenti s povišenim rezultatom na upitniku depresije uspoređivani su s kontrolnom grupom</li> <li>follow up nakon 12 mjeseci</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>eksperimentalna grupa značajno se razlikovala od kontrolne po smanjenju simptoma</li> <li>praćenje nakon 12 mjeseci pokazalo je značajno manji broj dijagnosticiranih velikih depresivnih epizoda i distimije</li> </ol>

Nastavak tablice 3.

NAZIV PROGRAMA I AUTORI	CILJNA POPULACIJA	AKTIVNOSTI	EVALUACIJA	ISHODI
<p>PENN PREVENTION PROGRAM</p> <p>Gillham i sur.</p> <p>SAD</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>djeca od 10 do 13 g. u riziku za razvijanje depresivnih simptoma i konflikte u obitelji</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>zasniva se na kognitivno bihevioralnim principima</li> <li>kroz 12 tjedana djecu se u grupama od 10 do 12 članova uči tehnikama suočavanja, tehnikama za adaptivno interpretiranje situacija, asertivnosti, rješavanju problema i relaksaciji</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>dvije grupe u riziku: s povišenim depresivnim simptomima te lošom obiteljskom situacijom (konflikti roditelja) te dvije kontrolne grupe</li> <li>upitnik depresivnosti</li> <li>follow up nakon 6, 12, 18 i 24 mjeseci</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>djeca nakon tretmana iskazuju značajno manje depresivnih simptoma</li> <li>bolje ponašanje u školi i kod kuće nakon 6 mjeseci</li> </ol>
<b>SUICIDALNA PONAŠANJA</b>				
<p>SOS - Signs for Suicide</p> <p>SAD, Kanada, Irska</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>adolescenti od 13 do 17 g.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>dvodnevni program u kojem su mladi nakon <i>screeninga</i> prosljeđeni na savjetovanje te ih se educiralo kako da prepoznaju znakove depresije i rizika za samoubojstvo</li> <li>razredne diskusije na temu suicida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>eksperimentalna i kontrolna skupina</li> <li>test znanja o samoubojstvu</li> <li>mjere stavova</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>sudionici programa imaju veća znanja o suicidu i znakovima rizika</li> <li>poželjniji stavovi kod eksperimentalne skupine</li> <li>izvršavanje o manjem broju pokušaja samoubojstva kod eksperimentalne skupine</li> </ol>
<p>COUNSELORS CARE(C-CARE) i COPINGAND SUPPORT TRAINING (CAST)</p> <p>Eggert</p> <p>SAD</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>učenici srednjih škola s utvrđenim rizikom suicida vezanim uz odustanje iz škole</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>uključeni učenici prema posebnim dijagnostičkim kriterijima (uz visoku stopu izostanaka)</li> <li>programi su usmjereni na davanje podrške, razvijanje socijalne mreže s vršnjacima i važnim odraslima te poticanje traženja pomoći i jačanje samipoštovanja</li> <li>CAST se provodi u malim grupama kroz 12 tjedana</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>dvije eksperimentalne grupe (C-CARE i CAST) koju su činili mladi u riziku uspoređivana je s kontrolnom grupom</li> <li>korištene brojne upitničke mjere</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>smanjenje depresivnih simptoma</li> <li>značajne su promjene u samopoštovanju, oni koji su prošli CAST trening su bili bolji u rješavanju problema</li> <li>značajno poboljšanje odnosa u obitelji</li> </ol>

## UMJESTO ZAKLJUČKA

Internalizirani problemi kod djece i adolescenata važan su prediktor mentalnog zdravlja i ishoda za budućnost. Istovremeno, zbog načina manifestacije, teškoće iz internaliziranog spektra često su teže prepoznatljive: učitelji takvu djecu drže mirnom i ne predstavljaju im smetnju na nastavi, a roditelji također pridaju premalo važnosti simptomatologiji. Upravo zbog toga velik je broj djece kasno identificiran, a dalekosežne posljedice vidljive su kasnije u lošijem mentalnom zdravlju, težim kliničkim slikama, većem broju komorbiditeta s ostalim poremećajima, većim stopama hospitalizacije u ranoj odrasloj dobi i ozbiljnom javnozdravstvenom teretu. Što bolja prognoza i ishodi iziskuju pravovremene reakcije i uključivanje djece i mladih u preventivne programe te jačanje zaštitnih čimbenika.

Pred Hrvatskom je izazov odgovaranja na standarde koje su postavili svjetski, prvenstveno američki preventivni programi. Postojanje mnogobrojnih izvora podataka zasigurno olakšava svim dionicima koji su zainteresirani za dobrobit djece i mladih te daje smjer domaćoj preventivskoj znanosti. Sudeći prema prikazanim programima univerzalne, indicirane i selektivne prevencije, sveobuhvatniji interdisciplinarni pristup te jasna politika o mentalnom zdravlju djece i mladeži izazovi su na koje će odgovoriti doba pred nama.

### LITERATURA:

1. Achenbach, T. M. (1991). **Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR and TRF profiles**. Burlington: University of Vermont Department of Psychiatry.
2. Achenbach, T. M. (1993). **Empirically based taxonomy: How to use syndromes and profile types derived from the CBCL/4-18, TRF, and YRS**. Burlington: University of Vermont Department of Psychiatry.
3. Achenbach, T. M. & Edelbrock, C. S. (1978). The classification of child psychopathology: A review and analysis of empirical efforts. **Psychological Bulletin**, 85, 1275-1301.
4. Ajduković, M. & Sladović Franz, B. (2004). Samoprocjene ponašanja djece i mladih u dječjim domovima i u udomiteljskim obiteljima u Hrvatskoj. **Društvena istraživanja**, 13 (6), 1031-1054.
5. Bašić, J. (2008, u tisku). **Teorije prevencije: Prevencija poremećaja u ponašanju i rizičnih ponašanja u djece i mladih**. Zagreb: Školska knjiga.
6. Bašić, J. & Ferić, M. (2004). Djeca i mladi u riziku - rizična ponašanja. U: Bašić, J., Koller-Trbović, N. & Uzelac, S. **Poremećaji u ponašanju i rizična ponašanja: pristupi i pojmovna određenja**. Zagreb: Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet, Sveučilište u Zagrebu.

7. Bayer, J., Sanson A. & Hemphill S. (2006). Parent influences on early childhood internalizing difficulties. **Journal of Applied Developmental Psychology**, 27, 542-559.
8. Bellanger, M., Jourdain A. & Batt-Moillo, A. (2007). Might the decrease in the suicide rates in France be due to regional prevention programmes? **Social Science and Medicine**, 65, 431-441.
9. Bögels S. & Phares V. (2008). Father's role in the etiology, prevention and treatment of child anxiety: A review and new model. **Clinical Psychology Review**, 28, 539-558.
10. Bond, L., Toumorou, J., Thomas, L., Catalano, R. & Patton, G. (2005). Individual, Family, School and Community Risk and Protective Factors for Depressive Symptoms in Adolescents: A Comparison of Risk Profiles for Substance Use and Depressive Symptoms. **Prevention Science**, 6 (2), 73-88.
11. Bouillet, D. & Uzelac, S. (2007). **Osnove socijalne pedagogije**. Zagreb: Školska knjiga.
12. Bouillet, D. & Žižak, A. (2008). Standardi u radu s djecom i mladima s poremećajima u ponašanju. **Ljetopis socijalnog rada**, 15 (1), 21-48.
13. Bowlby, J. (1969). **Attachment and loss** (vol 1.). New York: Basic Books.
14. Campbell, M. (2003). Prevention and intervention for anxiety disorders in children and adolescents: a whole school approach. **Australian Journal of Guidance and Counselling**, 13, 47-62.
15. Chess, S. & Thomas, A. (1991). **Goodness of Fit: Clinical Implications from Infancy through Adult Life**. New York: Psychology Press.
16. Cho, H., Guo, G., Iritani, B. & Hallfors, D. (2006). Genetic Contribution to Suicidal Behaviors and Associated Risk Factors among Adolescents in the U.S. **Prevention Science**, 7, 303-311.
17. Clarke, G. N., Hawkins, W., Murphy, M., Sheeber, L. B., Lewinsohn, P. M. & Seeley, J. R. (1995). Targeted Prevention of Unipolar Depressive Disorder in an At-Risk Sample of High School Adolescents: A Randomized Trial of a Group Cognitive Intervention. **Journal of American Academy and Adolescence Psychiatry**, 34 (3), 312-321.
18. Clarke, G. N., Rohde, P., Lewinsohn, P. M., Hops, H. & Seeley, J. R. (1999). Cognitive-Behavioral Treatment of Adolescent Depression: Efficacy of Acute Group Treatment and Booster Sessions. **Journal of American Academy and Adolescence Psychiatry**, 38 (3), 272-279.
19. Colman, I., Wadsworth M., Croudace T. & Jones, P. (2007). Forty-Year Psychiatric Outcomes Following Assessment for Internalizing Disorder in Adolescence. **American Journal of Psychiatry**, 164 (1), 126-133.
20. Cowen, E. & Durlak, J. (2000). Social policy and prevention in mental health. **Development and Psychopathology**, 12, 815-834.
21. Dadds, M. & Roth, J. (2007). **Prevention of anxiety disorders: Results of a universal trial with young children**. New York: Springer Science and Business Media.



**M. Novak, J. Bašić: Internalizirani problemi kod djece i adolescenata: obilježja i mogućnosti...**

22. Davidson, G. C. & Neale, J. M. (2002). **Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja**. Jastrebarsko: Naklada Slap.
23. Dwyer, S., Nicholson J. & Battistutta, D. (2006). Parent and Teacher Identification of Children at Risk of Developing Internalizing or Externalizing Mental Health Problems: A Comparison of Screening Methods. **Prevention Science**, 7 (4), 343-357.
24. Folnegović-Šmalc, V., Kocijan Hercigonja D. & Barac, B. (1991). **Prevenција suicidalnosti**. Zagreb: Hrvatski lječnički zbor i Hrvatsko društvo za kliničku psihijatriju.
25. Furniss, T., Beyer T. & Guggenmos J. (2006). Prevalence of behavioural and emotional problems among six-years-old preschool children: baseline results of a prospective study. **Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology**, 41, 394-399.
26. Glavina, E. & Keresteš, G. (2007). Anksioznost i depresivnost kao korelati sociometrijskog statusa u grupi vršnjaka. **Suvremena psihologija** 10(1), 7-21.
27. Greenberg, M., Weissberg, R. P., O'Brien, M. U., Zins, J. E., Fredericks, L., Resnik, H. & Elias, M. J. (2003). Enhancing school-based prevention and youth development through coordinated social, emotional and academic learning. **American Psychologist**, 58 (6-7), 466-474.
28. Greenberg, M., Domitrovich, C. & Bumbarger, B. (1999). **Preventing mental disorders in school-age children - A review of the effectiveness of prevention programs**. Pennsylvania: Prevention Research Center for the Promotion of Human Development, Pennsylvania State University.
29. Hawkins, J., Catalano, R. & Arthur, M. (2002). Promoting science based prevention in communities. **Addictive Behaviors**, 27, 951-976.
30. Hawgood J. & De Leo D. (2008). Anxiety disorders and suicidal behaviour: An update. **Current Opinion in Psychiatry**, 21, 51-64.
31. Hofstra M., Van der Ende, J. & Verhulst, F. (2002). Child and adolescent problems predict DSM-IV disorders in adulthood: A 14-year follow-up of a Dutch epidemiological sample. **Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, 41 (2), 182-189.
32. Hrabak-Žerjavić, V, Silobrčić Radić, M., Folnegović-Šmalc, V. & Mimica, N. (2004). Javnozdravstveno značenje depresivnih poremećaja. **Medicus**, 13(1), 11-17.
33. <http://europa.eu.int> (02.09.2008.)
34. [http://www.hzjz.hr/epidemiologija/kron\\_mas/Samouboj.htm](http://www.hzjz.hr/epidemiologija/kron_mas/Samouboj.htm) (02.05.2008.)
35. <http://www.eapn.org>(23.09.2008.)
36. [http://www.childtrends.org/Lifecourse/allprograms\\_menu.htm](http://www.childtrends.org/Lifecourse/allprograms_menu.htm) (20.05.2008.)
37. Jane-Llopis, E. & Anderson, P. (2005). **Mental health promotion and mental disorder prevention: A policy for Europe**. Nijmegen: Radboud University Nijmegen.
38. Kataoka, S. H., Stein, B. D., Jaycox, L. H., Wong, M., Escudero, P., Tu, W., Zaragoza, C. & Fink, A. (2003). A school-based mental health program for traumatized Latino

- immigrant children. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, 42 (3), 311-318.
39. Kazdin, A. & Weisz, J. (2003). **Evidence-based psychoterapies for children and adolescents**. New York: Guilford Press.
  40. Keresteš, G. (2005). Učiteljske procjene problematičnosti i učestalosti emocionalnih teškoća i teškoća u ponašanju kod učenika nižih razreda osnovne škole. **Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja**, 42 (1), 3-15.
  41. Kocijan Hercigonja, D. & Hercigonja Novković, V. (2004). Depresija kod djece. **Medicus**, 13 (1), 89-93.
  42. Kuzman, M., Pejnović-Franelić, I. & Pavetić-Šimetin, I. (2004). **Ponašanje u vezi sa zdravljem u djece školske dobi 2001./2002.** Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.
  43. Lebedina Manzoni, M. (2007). **Psihološke osnove poremećaja u ponašanju**. Jastrebarsko: Naklada Slap.
  44. Lewinsohn, P. M., Allen, N. B., Seeley, J. R. & Gotlib, I. H. (1999). First onset versus occurrence of depression: Differential processes of psychosocial risk. **Journal of Abnormal Psychology**, 108 (3), 483-490.
  45. **Međunarodna klasifikacija bolesti - 10: Klasifikacija poremećaja djece i adolescenata**. (2003). Jastrebarsko: Naklada Slap.
  46. Mishara, B. & Ystgaard M. (2006). Effectiveness of a mental health promotion program to improve coping skills in young children: Zippy's friends. **Early Childhood Quarterly**, 21, 110-123.
  47. Najman, J. M., Herron, M.A., Hayabakhsh, M.R., Dingle, K., Jamrozik, K., Bor, W., O'Callaghan, M.J., Williams, G. (2008). Screening in early childhood for risk for later mental health problems: A longitudinal study. **Journal of Psychiatric Research** 42, 694-700.
  48. Noam G. & Hermann C. (2002). Where education and mental health meet: Developmental prevention and early intervention in schools. **Development and Psychopathology**, 14, 861-875.
  49. Oatley, K. & Jenkins, J. M. (2003). **Razumijevanje emocija**. Jastrebarsko: Naklada Slap.
  50. Oland A. & Shaw D. (2005). Pure versus co-occurring Externalizing and internalizing symptoms in children: Potential role of socio-developmental milestones. **Clinical Child and Family Psychology Review**, 8 (4), 247-270.
  51. Oswald, D. & Mazefsky C. (2006). Empirically supported psychotherapy interventions for internalizing disorders. **Psychology in Schools**, 43 (4), 439-449.
  52. Petz, B. (ur.) (2005). **Psihologijski rječnik**. Jastrebarsko: Naklada Slap.
  53. Rapee, R., Wignall, A., Sheffield, J., Kowalenko, N., Davis, A., McLoone, J. & Spence, S. H. (2006). Adolescents reactions to universal and indicated prevention programs

**M. Novak, J. Bašić: Internalizirani problemi kod djece i adolescenata: obilježja i mogućnosti...**

- for depression: Perceived stigma and consumer satisfaction. **Prevention Science**, 7, 167-177.
54. Rapee, R., Kennedy, S., Ingram, M., Edwards, S. & Sweeny, L. (2005). Prevention and early intervention of anxiety disorders in inhibited preschool children. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 73 (3), 488-497.
55. Rescorla, L., Achenbach, T., Ivanova, M.Y., Dumenci, L., Almgvist, F., Bilenberg, N. (2007). Behavioral and emotional problems reported by parents of children ages 6 to 16 in 31 societies. **Journal of Emotional and Behavioural Disorders**, 15 (3), 130-142.
56. **Science-Based Prevention Programs and Principles**. (2002). Fishers Lane, Rockville: Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
57. Silobričić-Radić, M. (2004). **Mentalne bolesti i poremećaji u Republici Hrvatskoj**. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.
58. Sørensen, M., Dalsgaard S. & Thomsen P. (2006). Internalizing disorders in child psychiatric patients across time: Diagnoses and causes for referral. **Nord Journal of Psychiatry**, 60, 126-131.
59. Strauss, C. & Lahey, B. (1987). In: Van Hasselt, B. V., & Hersen, M. (Eds.) **Handbook of adolescence psychology**. New York: Pergamon Press.
60. **The State of Mental Health in European Union**. (2004). European Communities, European Commission.
61. Van Hasselt, B. V. & Hersen, M. (Ur.) (1987). **Handbook of adolescence psychology**. New York: Pergamon Press.
62. **Višeosna klasifikacija duševnih poremećaja u djece i adolescenata: MKB-10 klasifikacija duševnih poremećaja ponašanja u djece i adolescenata**. (2001). Jastrebarsko: Naklada Slap.
63. Vulić-Prtorić, A. (2002). Obiteljske interakcije i psihopatološki simptomi u djece i adolescenata. **Suvremena psihologija**, 5 (1), 31-51.
64. Vulić-Prtorić, A. (2002). Strahovi u djetinjstvu i adolescenciji. **Suvremena psihologija**, 5 (2), 271-293.
65. Weiss B., Susser, K. & Catron T. (1998). Common and specific features of childhood psychopathology. **Journal of Abnormal Psychology**, 107 (1), 118-127.
66. Weisz, J., Sandler, I., Durlak, J. & Anton, B. (2005). Promoting and protecting youth mental health through evidence-based prevention and treatment. **American Psychologist**, 60 (6), 628-648.
67. Zakon o zdravstvenoj zaštiti (2003). **Narodne novine**, 121/03 (preuzeto sa <http://www.hzzo-net.hr/zakoni/3-3.htm>, 05.05.2008.).

Miranda Novak  
Josipa Bašić  
University of Zagreb  
Faculty of Education and Rehabilitation Sciences  
Department for Behavioural Disorders

## **INTERNALIZED PROBLEMS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS: CHARACTERISTICS AND PREVENTION POSSIBILITIES**

### **SUMMARY**

*The article deals with internalized problems in children and adolescents, epidemiological data, developmental factors of these disorders, as well as with examples of prevention programmes. International and Croatian epidemiological indicators represent an important guideline for situation analysis and prevention needs assessment. However, due to methodological deficiencies, and the lack of domestic data, a large portion of the epidemiological picture is related to international sources. Only a few internalized problems have been selected related to the severity of clinical picture and the prevalence in the population of children and adolescents: anxiety, depression and suicidality. Special emphasis is put on the prevention programmes based on scientific evidence and indicators, as well as on the need for development of evaluated model programmes in Croatia. The importance of timely, long-term care for mental health in children and adults is also underlined. The article comments on the choice of internationally recognized universal prevention programmes, as well as on selective and indicated prevention model programmes and the possibilities related to the prevention of introversion, low self-esteem, anxiety, depression and suicidality. On the basis of the analyzed prevention programmes, practical implications and guidelines for the prevention of internalized disorders in the Croatian context are presented.*

**Key words:** *internalized problems, children, adolescents, epidemiology, prevention programs.*