

SADRŽAJ / CONTENTS

PREGLEDI / REVIEWS

- L. Akrap, N. Jakšić
3 Uloga neurokognitivnih deficitova kod shizofrenije – istraživanja i klinička praksa
/ The role of neurocognitive deficits in schizophrenia – studies and clinical practice

J. Dujmović

- 14 Terapijski vrtovi i terapijska hortikultura kao intervencija u zdravstvu**
/ Therapeutic gardens and therapeutic horticulture as intervention in the health care system

V. Boričević Maršanić, I. Zečević, Z. Vukić, T. Franić, Lj. Karapetić Bolfan, S. Javornik

- 22 Uloga humora u medicini i djelovanje klaunova-doktora**
/ Role of humor in medicine and the work of clown doctors

STRUČNI RADOVI / PROFESSIONAL PAPERS

- A. Pavelić Tremac, R. Sviben, D. Kovačević, N. Jokić-Begić
32 Mogućnost razlikovanja kategorija psihičkih poremećaja i poremećaja ponašanja na različitim testovima kognitivnih sposobnosti, upitnicima ličnosti i projektivnim tehnikama
/ The possibility of distinguishing categories of mental and behavioral disorders in various tests of cognitive ability, personality questionnaires, and projective techniques

T. Mohorić, V. Takšić, D. Šekuljica

- 46 Uloga razumijevanja emocija u razvoju simptoma depresivnosti i anksioznosti u ranoj adolescenciji**
/ The role of emotional understanding in the development of depression and anxiety symptoms in early adolescence

OSVRTI / ANNOTATIONS

- V. Štalekar
59 Izložbe psihijatrijskih pacijenata
/ Exhibitions of psychiatric patients
- V. Jukić
64 Filmska tribina Film i psihijatrija u Klinici za psihijatriju Vrapče – film kao edukacijsko sredstvo
/ Film stand Film and psychiatry in Vrapče University Psychiatric Hospital – educational films for psychiatric use

PRIKAZ KNJIGE / BOOK REVIEW

- D. Begić
83 Karl Jaspers: Opća psihopatologija
/ Karl Jaspers: General Psychopathology

VIJEST / NEWS

- P. Buccí
86 Beta verzija MKB-11 poglavlja o mentalnim i ponašajnim poremećajima
/ Beta version of ICD-11 Chapters on Mental and Behavioral disorders
- 89 Upute autorima / Instructions to authors**

Uloga neurokognitivnih deficitova kod shizofrenije – istraživanja i klinička praksa

/ The role of neurocognitive deficits in schizophrenia – studies and clinical practice

Leonida Akrap, Nenad Jakšić

Klinički bolnički centar Zagreb, Klinika za psihijatriju, Zagreb, Hrvatska
University Hospital Centre Zagreb, Department of Psychiatry, Zagreb, Croatia

Shizofrenija je kronična psihijatrijska bolest koju, osim pozitivne i negativne simptomatike, karakterizira deficitarno kognitivno funkcioniranje. U ovom preglednom radu opisali smo opće intelektualne, kao i specifične kognitivne sposobnosti tipično narušene kod pacijenata sa shizofrenijom. Pokušali smo odgovoriti na pitanja vezana uz njihovu učestalost, dijagnostičku specifičnost, odnos s ostalim simptomima bolesti, longitudinalni tijek i neuroanatomsku podlogu. Navedene kliničke implikacije ovih istraživanja odnose se na upotrebu standardne neuropsihologičke dijagnostike te provođenje nefarmakoloških oblika tretmana, poput kognitivne remedijacije i kognitivne rehabilitacije. Podrobnije je opisan relativno noviji oblik terapije - tzv. metakognitivni trening (MKT) za shizofreniju - pri čemu provedene empirijske studije ukazuju na obećavajuću tretmansku učinkovitost. Općenito govoreći, relevantnost istraživanja kognitivnih deficitova leži u u potencijalnim mogućnostima predviđanja razvoja budućih psihičkih poremećaja kod pojedinih osoba, kao i u prognoziranju funkcionalnih ishoda kod već oboljelih.

/ Schizophrenia is a chronic psychiatric disease characterized by deficient cognitive functioning, along with positive and negative symptomatology. In this review we describe the general intellectual as well as the specific cognitive abilities typically impaired in patients with schizophrenia. We also tried to answer questions regarding prevalence, diagnostic specificity, relations to other disease symptoms, longitudinal course, and neuroanatomical underpinnings. The clinical implications of these questions are related to the use of standard neuropsychological diagnostics and nonpharmacological treatment options, such as cognitive remediation and cognitive rehabilitation. We provided a more detailed description of a recently devised therapeutic modality – metacognitive training (MCT) for schizophrenia – with empirical studies suggesting promising treatment efficacy. In general, the relevance of research into cognitive deficits lies in the potential ability to predict future psychotic disorders among certain individuals, as well as in anticipating functional outcomes among those already suffering from this illness.

ADRESA ZA DOPISIVANJE:

Nenad Jakšić, mag. psih.
Klinički bolnički centar Zagreb
Klinika za psihijatriju
Kišpatićeva 12
10 000 Zagreb, Hrvatska
E-pošta: nenad_jaksic@yahoo.com

KLJUČNE RIJEČI / KEY WORDS:

shizofrenija / schizophrenia
neurokognitivni deficiti / neurocognitive deficits
neuropsihologička dijagnostika / neuropsychological diagnostics
kognitivna rehabilitacija / cognitive rehabilitation
metakognitivni trening / metacognitive training

UVOD

Premda su pioniri proučavanja shizofrenije, poput Kraepelina i Bleulera, kognitivne (intelektualne) deficitne opisali kao temeljne manifestacije bolesti, do početka 90-tih godina prošlog stoljeća prevladavalo je shvaćanje kognitivnih deficitne kao sporednih pojava, epifenomena drugih karakteristika, tj. pozitivnih i negativnih simptoma bolesti (1,2). Iako do sada nisu uvedeni u DSM i MKB klasifikacijske sustave kao dijagnostički kriteriji za shizofreniju, za što ima argumenata i zagovornika (3), dosljedno *suvremenoj konceptualizaciji shizofrenije kao bolesti mozga*, posljednjih 20-ak godina dolazi do promjene istraživačke paradigme i „promocije“ kognitivnih deficitne iz sekundarnih u *fundamentalne simptome, direktnе manifestacije neuropatologije shizofrenije* (4). Dijelom i zbog relativne mjerljivosti, tj. lakoće njihova operacionaliziranja (zadacima i testovima), kognitivni deficitne postali su ključne varijable u istraživanjima etiologije, tijeka i ishoda shizofrenije, ujedno i predmet i sredstvo istraživanja funkciranja mozga.

Porast interesa za kogniciju shizofrenih pacijenata paralelan je s razvojem kognitivne neuroznanosti i tehnologije slikevog prikazivanja funkciranja mozga (5). Iz tog zajedništva dijelom dolazi i poticaj za dodavanje prefiksa neurokognitivni kojim se ističe kako su u centru pažnje cerebralne reprezentacije spoznajnih funkcija. Također, novom terminologijom nastoji se razlikovati kognitivne deficitne od drugih promjena kognicije, npr. sadržajnih poremećaja mišljenja u shizofreniji. Doista, ako bismo kogniciju shvatili široko, kao spoznaju sebe i realiteta, shizofreniju bi se u cjelini moglo nazvati „velikim kognitivnim poremećajem“. Uobičajeno je ipak (neuro)kognitivne deficitne definirati uže: *kao privremene ili trajne poremetnje mentalnih sposobnosti, posjećevši od nižih razina procesiranja informacija (pažnje, percepcije) do najsloženijih intelektualnih funkcija (apstraktog mišljenja, pamćenja, učenja i opće inteligencije)*, koje registriramo i kvantificiramo (neuro)psihologiskim testovima i zadatcima. Opći cilj neurokognitivnog pristupa jest usporediti obrazac učinka shizofrenih pacijenata s obrascom pacijenata s ozljedama mozga na standardiziranim testovima i zadatcima, kako bi se analogno moglo identificirati mozgovne abnormalnosti koje karakteriziraju shizofreniju (6,7).

TEMELJNA I KLINIČKA ISTRAŽIVANJA

Stručni i znanstveni radovi o kogniciji shizofrenih pacijenata broje se u tisućama. Opći im je cilj omogućiti uvid u prirodu i etiologiju shizofrenije, ali i poboljšanje dijagnostike, prognoze i tretmana oboljelih (8). Po osnovnoj metodologiji najčešće se radi o interdisciplinarnim istraživanjima s manjim brojem ispitanika koja koriste funkcionalne snimke mozga pri izvođenju određenog kognitivnog zadatka, obično kompjuterski prezentiranog u laboratorijskim uvjetima (više ili manje eksperimentalni nacrti) ili kliničkim istraživanjima koja pretežno uspoređuju rezultate dobivene u standardiziranim baterijama testova i zadatka poznatih skupina pacijenata (npr. shizofreni pacijenti vs. normalni ispitanici vs. druge kliničke skupine) (9).

Metodološki problemi

U „šumi“ mnogobrojnih i često kontradiktornih podataka iz literature nije se lako snaći. Nestrpljiviji lako mogu steći dojam da je u shizofreniji ometeno gotovo sve i ništa posebno. Zato je važno procijeniti metodološku kvalitetu studija odnosno izvore ograničenja generalizacije rezultata. Primjerice, često nije moguće komparirati rezultate studija koje koriste nizu izgled ili nominalno slične zadatke, ali koji nisu normativno usklađeni prema varijanci, diskriminativnosti („težini“), senzornom modalitetu i slično (10). Također, pitanje veličine uzorka

nije rješivo samo povećanjem broja ispitanika jer se tako nužno povećava heterogenost obuhvaćenih shizofrenih fenomena; ujednačavanje uzorka po inteligenciji i obrazovanju može rezultirati uzorkom koji se sistematski razlikuje od stvarne populacije shizofrenih. Snalaženje u podatcima otežano je i zbog terminološke zbrke. Primjerice, ista se kognitivna funkcija naziva različitim terminima i mjeri raznolikim zadatcima, ili se pak isti zadatak koristi za operacionalizaciju različitih funkcija (5).

Ohrabrujuća su nastojanja oko unaprjeđenja metodologije istraživanja koje poduzima FBIRN (engl. *Functional Imaging Biomedical Informatics Research Network*), istraživački multicentrički projekt započet 2005. u SAD-u (10). U svim uključenim centrima pokušavaju se ujednačiti tehničke karakteristike snimanja MR-om i fMR-om, kriterije postavljanja dijagnoze i selekcije ispitanika, trening procjenjivača, izbor i tehnike prezentacije kognitivnih zadataka, i slično. Provode se koordinirana istraživanja na jedinstvenom, dosad najvećem uzorku shizofrenih pacijenata koji je ikada ispitivan standardiziranom metodologijom (125 pacijenata i isto toliko kontrolnih ispitanika). Slično, inicijativa CNTRICS (engl. *Cognitive Neuroscience Treatment Research to Improve Cognition*) izrasla 2007. iz MATRICS-a (engl. *Measurement And Treatment Research To Improve Cognition In Schizophrenia*), pokrenuta je s ciljem razvoja novih lijekova koji će direktno ciljati na ublažavanje kognitivnih deficitata kod shizofrenih osoba (11). U okviru projekta čini se selekciju kognitivnih zadataka za svaku od ciljanih funkcija po jasno definiranim kriterijima (konstruktua validnost, dobre psihometrijske karakteristike, diferencira shizofrene od drugih skupina, primjenjivost na animalne modele, jasnoća veze s funkcionalnim ishodom shizofrenije, itd.). Ovaj proces rezultirao je konstrukcijom baterije zadataka koji ukupno traju svega 60 minuta, postoje alternativne forme zadataka, te su prikupljeni i normativni podatci (12,13).

Ipak, koliko god izgledaju znanstveno, ni metode manipulacije mozgom niti metode za procjenu bihevioralnih manifestacija tih manipulacija nisu potpuno selektivne. Ne postoji ni jedna metoda utjecanja na mozak koja bi aktivirala samo jedan aspekt mozgovnog funkcioniranja, niti postoji mjera ponašanja (zadatak) koja odražava samo jedan psihološki proces. Uvid u funkcioniranje mozga shizofrenih osoba može se dobiti samo konvergentnim i strpljivim prikupljanjam podataka iz više istraživačkih pristupa i metoda.

Rezultati istraživanja

Konkretna pitanja na koja istraživanja nastoje odgovoriti sažimaju se u sljedećim temama.

Kakav je profil (vrsta i izrazitost) neurokognitivnih deficitata od shizofrenih bolesnika?

Kao skupina, shizofreni pacijenti postižu znatno slabije rezultate od normalnih ispitanika u većini neurokognitivnih zadataka i u pravilu pokazuju tzv. *generaliziranu disfunkcionalnost* koja se konzistentno uočava u gotovo svim provedenim studijama, neovisno o kulturnoj pripadnosti pacijenata (7,14). Usprkos napretku u farmakoterapiji i mogućnostima ispitivanja vrlo specifičnih mentalnih funkcija, ova generalizirana disfunkcionalnost još uvijek je najkonzistentnija odlika učinka shizofrenih pacijenata na neuropsihologiskim testovima. Ipak, identificiraju se funkcije koje su nešto jače, *diferencijalno ometene* (15,16), a među njima najčešće se navode sljedeće:

- *selektivna/kompleksna pažnja* (što su zadataci složeniji i dulje traju, koriste „šum“, više simultanih podražaja, interferenciju ili zahtijevaju tzv. paralelno funkcioniranje - to učinak shizofrenih više zaostaje za zdravima)
- *brzina procesiranja informacija* (uključujući jednostavne i složenije zadatke)
- *radno pamćenje*
- *kratkoročno i odgođeno pamćenje* (ponajviše je deficitarno verbalno pamćenje, ali i

- pamćenje neverbalnog materijala pokazuje značajno zaostajanje)
- *izvršne (egzekutivne) funkcije*, povezane s funkcioniranjem prefrontalnog korteksa, a uključuju funkcije poput rješavanja problema, apstraktног rezoniranja, planiranja, te mentalne fleksibilnosti (moguće je da su deficiti pažnje, radnog pamćenja i brzine procesiranje primarni, a zaostajanje ostalih funkcija posljedica je njihova prijenosa na višu kognitivnu razinu)
 - *socijalna inteligencija*, proširena novijim konceptima socijalne metakognicije, sa momotrenja i teorije uma (17).

U odnosu na gore navedene kognitivne sposobnosti, funkcije poput jezika i motoričkih sposobnosti su relativno očuvanje u shizofrenih bolesnika (iako su i one deficitarne u odnosu na zdravu populaciju) (18,19).

Koja im je učestalost i dijagnostička specifičnost, javljaju li se slični deficiti i kod drugih psihijatrijskih poremećaja?

Većina shizofrenih osoba (oko 75 %) pokazuje neke neurokognitivne deficite, ali ih i do 50 % u pojedinim zadatcima postiže rezultate u okviru prosjeka (15,20). Unutar skupina shizofrenih velika je varijabilnost obrazaca deficitata (vjerojatno bitno ovise i o premorbidnoj razini i strukturi sposobnosti) pa nisu dovoljno diferencijalno-dijagnostički validni. Dapače, vrlo slične deficitice pokazuju teže depresivni pacijenti.

Zanimljivo, neka istraživanja pokazuju da muški shizofreni pacijenti imaju slabije kognitivno funkcioniranje u odnosu na pacijentice (21,22), što se dovodi u vezu s ranije poznatom činjenicom o lošijem ishodu ove bolesti u muškaraca (23,24).

Kakav je longitudinalni tijek neurokognitivnih odstupanja u shizofreniji?

Registriraju se kod djece pod rizikom od obolijevanja (25). Roditelji i braća kasnije oboljele djece u prosjeku postižu nešto slabije rezultate u mjerama intelektualnih sposobnosti (atenu-

irani kognitivni deficiti) u odnosu na zdrave pojedince (18), a neka istraživanja pokazala su slične nalaze na daljim rođacima te djece (26). Velika longitudinalna epidemiološka istraživanja pokazuju da su, uz socijalno izbjegavanje (shizoidne crte), neurokognitivni deficitni najraniji znak ili korelat kasnijeg razvoja shizofrenije (27). Procjenjuje se da oko 15. godine života dolazi do ubrzanja zaostajanja opće intelektualne sposobnosti za zdravima. Iako pogađa osobe u cijelom rasponu inteligencije, čini se da kasnije oboljeli u prosjeku imaju premorbidno niži kognitivni inteligencije u odnosu na zdrave pojedince, i to u prosjeku 8 IQ jedinica dok su još djece (28). Izvještava se da premorbidno niski IQ povećava rizik od obolijevanja od shizofrenije 3-13 puta. Nažalost, ovi podatci još uvijek nisu od dovoljne koristi za predikciju razvoja bolesti, s obzirom da su slični rezultati pronađeni i kod pacijenata s depresijom (29). Buduća prospektivna istraživanja usmjerit će se na premorbidno ispitivanje specifičnih kognitivnih funkcija kao potencijalnih diferencijalnih prediktora razvoja psihičkih poremećaja. Primjerice, jedna nedavna longitudinalna studija ukazala je na ulogu primarno deficitarnog odgođenog pamćenja u predviđanju razvoja psihičkog poremećaja kod zdravih i rizičnih ispitanika (30).

Kognitivni deficiti se pojavljuju u prodromalnoj fazi bolesti, umjereno variraju s težinom i akutnošću psihičkih simptoma, ublažavaju se, ali ne nestaju potpuno ni u dobroj remisiji (31,32).

Ne pokazuju značajniju progresiju tijekom trajanja bolesti, uglavnom su statični tijekom dugih razdoblja (16,33). Ipak, do 20 % shizofrenih bolesnika ipak pokazuje progresivno propadanje kognitivnih sposobnosti. Također, težina kognitivnih deficitata povezana je s dobi pojave bolesti, u smislu da raniji početak bolesti obično znači i veću kognitivnu deterioraciju (14).

U kakvom su odnosu sa psihičkim (pozitivnim i negativnim) simptomima?

Većina kognitivnih deficitata samo je djelomično simptomatski ovisna, odnosno tek

su umjereno povezani s težinom simptoma (34,35). Nešto veće kovariranje sa simptomima, tj. veću izraženost u akutnoj fazi bolesti pokazuju deficiti pažnje i neposrednog pamćenja dok su deficiti izvršnih funkcija trajniji. Neurokognitivni deficiti, pogotovo oni u domeni izvršnih funkcija, značajno više koreliraju s negativnim nego s pozitivnim simptomima (15,34,36), dijelom možda zbog sličnosti u njihovim definicijama. S pozitivnim simptomima (slušnim halucinacijama) donekle je povezana auditivna radna memorija. Ima i radikalnih interpretacija ovih nalaza - da temeljni simptomi shizofrenije zapravo proizlaze iz kognitivnih deficitova. Ipak, čak i ako je povezanost kognitivnih deficitova i težina simptoma neupitna, shizofreni pacijenti s niskom razinom simptoma bolesti pokazuju ozbiljna kognitivna odstupanja (37).

Postoji li povezanost neurokognitivnih deficitova i funkcionalnog ishoda shizofrenije?

Kognitivno funkcioniranje u cjelini, a osobito deficiti radnog pamćenja, pažnje i izvršnih funkcija, u odnosu na simptomatske i kliničke varijable, najbolji su pojedinačni prediktor funkcionalnog ishoda shizofrenije (38,39). Najjasnije su povezani s mjerama socijalnog funkcioniranja (40,41). Pozitivna veza s ishodom ostvaruje se i preko korelacija verbalnog pamćenja i izvršnih funkcija s uvidom u bolest (indirektno utječu na suradljivost pacijenta u liječenju). Povoljan prognostički faktor je i viši globalni kvocijent inteligencije.

Koje su neuroanatomske strukture involvirane u shizofreniji?

Radi se o širokoj cerebralnoj disfunkciji, poremećajima u većem broju neuroanatomske regije i funkcionalnih sustava (7). Najčešće se spominje prefrontalni korteks, osobito (DLPFC), temporalni režanj, hipokampus, te bazalni gangliji. Zanimljiv nalaz ukazuje da umjesto dugo prisutne ideje o „hipofrontalnosti“, rezultati upućuju na disregulaciju veza DLPFC koja se može manifestirati i hiper- i hipoaktivnošću

(u odnosu na normalne), ovisno o vrsti zadatka koji se obavlja (42).

Može li se na kognitivne deficitove djelovati lijekovima ili edukativno-terapijskim tretmanima?

Uglavnom se smatraju terapijski refrakterni. Ima izvještaja o blagom povolnjom djelovanju treninga vještina, ali s ograničenim prijenosom u svakodnevni život. Smatra se da klasični antipsihotici imaju nepovoljne učinke na kogniciju (43), dok se novim generacijama antipsihotika pripisuje indirektni povoljan, ali nezadovoljavajući učinak (44). Neliječeni bolesnici ipak pokazuju vrlo sličan obrazac deficitova kao i oni liječeni.

Identifikacijom cerebralnih reprezentacija deficitova pokušava se odrediti potencijalne mete za razvijanje novih lijekova koji bi umjesto na simptome, direktno djelovali na poboljšanje kognicije shizofrenih. „Liječenje“ neurokognitivnih deficitova neki autori smatraju najvažnijim izazovom za psihijatriju u 21. stoljeću.

IMPLIKACIJE ZA KLINIČKU PRAKSU

(Neuro)psihologička dijagnostika

(Neuro)psihologičko ispitivanje superiorna je metoda za utvrđivanje kognitivnih sposobnosti i deficitova neke osobe. Objektivnije je i preciznije od bilo koje kliničke ili anamnestičke procjene stručnjaka, parcijalnih i prigodnih ljestvica i zadataka, samoprocjene pacijenta ili članova njegove obitelji. Kliničkom psihologiskom obradom primarno se promatra ponašanje pojedinca, koje, za razliku od nalaza slikovnog prikazivanja rada mozga, ima direktnije implikacije za svakodnevno funkcioniranje osobe. Ponekad se može otkriti funkcionalne deficitove koji tehnikama snimanja mozga (još) nisu detektibilni.

Klinički psihodijagnostički postupci su nešto neprecizniji, ali obuhvatniji, realističniji i flek-

8 sibilniji nego li situacije eksperimentalnih i laboratorijskih mjerjenja koji minuciozno analiziraju pojedinačne funkcije u strogo kontroliranim uvjetima. Zahvaćanjem većih segmenata ponašanja pružaju se veće mogućnosti predikcije ponašanja pojedinca u svakodnevici.

Važno je podsjetiti da se ne radi o mehaničkom, „psihotehničkom“ postupku „testiranja“, već sveobuhvatnoj proceduri koja sjedinjuje kliničke i psihometrijske metode, prati interakciju kognitivnih i emocionalnih aspekata ponašanja, integrira podatke o pacijentu iz svih dostupnih izvora. Psihodiagnostički pristup koji koristi samo 1 test odbačen je još 50-tih godina prošlog stoljeća, a umjesto ispitivanja pacijenta jednom standardiziranom baterijom zadatka, suvremenim pristupom testiranju svih kliničkih skupina zahtjeva primjenu „baterije“ različitih tehnika i metoda prilagođenih pojedincu.

Za razliku od opsežnih, standardiziranih neuropsihologičkih baterija testova u užem smislu (namijenjene dijagnostici cerebralnih bolesti i oštećenja poput baterije testova *Halstead-Reitan* ili *Luria-Nebraska*; uključuju zadatke za procjenu npr. afazija, agnozija.., a daju i globalne „indekse organiteta“), u procjeni psihotočnog pacijenta češće se koristi kompozit različitih prigodno kombiniranih tehnika koje nisu normativno ujednačene. Može se reći da je, u kontekstu naše teme, cilj kliničke psihodiagnostike utvrditi *individualni profil očuvanih i insuficijentnih kognitivnih funkcija* shizofrenog bolesnika uzimajući u obzir brojne aspekte i izvore podataka (anamnezu, opaženo ponašanje, fazu bolesti, somatsko stanje, faktore ličnosti, raspoloženja i motivacije, pacijentova shvaćanja svrhe ispitivanja itd.).

Podaci o kognitivnim sposobnostima dobiveni ovakvim psihodiagnostičkim postupcima

1. Pomažu u diferencijaloj dijagnostici shizofrenije. Osobito doprinose ranom prepoznavanju shizofrenije u mladim, kod kojih su smetnje učenja i koncentracije jedan

od najčešćih prodromalnih ili ranih znakova bolesti. Mogu doprinjeti diferenciranju shizofrenije od sumanutog poremećaja.

2. Koristan su pokazatelj težine trenutnog stanja, odnosno disfunkcionalnosti pacijenta. Što je stanje pacijenta regresivnije, zbog disimulacije i konfuznosti, manja je pouzdanost njegovih iskaza u tehnikama za ispitivanje ličnosti pa nam učinak u kognitivnim zadatcima postaje „krunski svjedok“ za procjenu tipa i težine psihopatologije (npr. ispodprosječna intelektualna efikasnost nekog studenta pouzdaniji je znak psihoze nego bilo koje odstupanje u upitnicima ličnosti).
3. Uvid u individualni profil deficit-a, odnosno očuvanih funkcija doprinosi razumijevanju prirode kognitivnih smetnji (subjektivni doživljaj ili objektivni deficit, disfunkcija ili trajno oštećenje, i slično).
4. Pruža osnovu za planiranje tretmana općenito, eventualno i kognitivne rehabilitacije, temelj je za procjenu koliko pacijent može profitirati od određenog tipa liječenja.
5. Koriste u procjeni „organiteta“, kako kod trijaže pacijenata koje treba uputiti na slikanje mozga, tako i kod procjene komorbiditeta, npr. u kroničnih pacijenata kod sumnje na razvoj demencije.
6. U procjeni adaptacijskih mogućnosti i prognozi funkcioniranja u svakodnevnom životu pa tako olakšavaju donošenje s tim povezanih administrativnih odluka (npr. procjenu preostale radne sposobnosti).
7. (Neuro)psihologiska obrada može biti i sastavni dio kontinuiranog praćenja efekata psiholoških tretmana i učinka lijekova.

Svaka (neuro)psihologiska procjena obavezno uključuje, često i započinje testom *opće inteligencije*, koji služi kao temeljna, ključ za procjenu validnosti i značenja svih ostalih ispitnikovih rezultata, uključujući i one iz domene ličnosti i emocija.

U kliničkoj obradi, osobito teže ometenih osoba, preferiraju se *multifaktorski testovi inteligencije* poput Wechslerove *ljestvice inteligencije za odrasle (WAIS, WAIS-R i WAIS III)* koji uključuje 10-ak podljestvica, različitih zadataka od kojih mnogi zahvaćaju radno pamćenje, pažnju, brzinu procesiranja, izvršne funkcije itd. Prema dobivenim rezultatima psiholog postavlja i testira dijagnostičke hipoteze te dograđuje bateriju testova (npr. uočava da pacijent slabo pamti pa nadopunjuje ispitivanje specifičnim tehnikama za pamćenje poput AVLT-a (*Auditory Verbal Learning Test*) ili Wechslerove *ljestvice pamćenja*.

Mnogo više od brojčanog rezultata govori analiza strukture (varijabilnosti) učinka u višefaktorskim testovima intelektualnih/kognitivnih sposobnosti. Iako ne postoji jednoznačan, stabilan i tipičan profil kognitivnih deficitata koji se očekuje u svakog shizofrenog pacijenta (na individualnoj razini saznanja iz temeljnih istraživanja samo ugrubo pokazuju gdje da ih tražimo), raspršenje rezultata oko „osobnog prosjeka“ dobar je indikator težine patologije. Što su disproporcije ili oscilacije učinka u različitim zadatcima veće, veća je vjerojatnost da je na djelu neki patološki faktor.

Analiza varijabiliteta rezultata bitna je i za razlikovanje *primarne* ili *premorbidne razine intelektualnih sposobnosti*, očuvanosti *intelektualnog kapaciteta* i aktualne *učinkovitosti* ispitanika. Od pomoći je usporedba učinka ispitanika u testovima stabilnih funkcija (npr. rječnika, opće informiranosti) ili u tzv. *testovima snage* (vremenski neograničeni) s *testovima brzine* (vremenski ograničeni, osjetljivi na distrakcije pažnje, poput **revidirane serije beta**). Usporedba test-retest također može razjasniti je li neki deficit reverzibilan, situacijski uvjetovan ili jednostavno netočno izmjerен. Nadalje, za konačnu procjenu pacijentova funkcioniranja *kvalitativna analiza* načina rješavanja zadatka, razumijevanje upotrijebljenih kognitivnih strategija ili razlo-

ga zatajivanja u nekoj aktivnosti, može biti i važnija od samog testnog postignuća. U konačnoj interpretaciji rezultata i zaključcima o pacijentu psiholog uzima u obzir cjelokupni kontekst, sva saznanja o pacijentu i sve faktore, uključujući i one nekognitivne prirode, koji su mogli utjecati na postignuće (obrazovanje, raspoloženje, razinu stresa, motivaciju, metakomunikaciju itd.). Razumije se da je kontrola svih ovih činilaca još delikatniji zadatak kad se radi o psihotičnom bolesniku.

Tretman

Saznanja o važnosti kognitivnih deficitata, osobito o njihovoj povezanosti s funkcionalnim ishodom shizofrenije, potiču promjene „filozofije“ i „tehnologije“ tretmana psihoza. Još od 70-tih (sporadično), a intenzivno od početka 90-tih godina prošlog stoljeća istražuju se mogućnosti direktnog djelovanja na kognitivne deficitate, njihova „liječenja“ i ublažavanja vježbanjem. Razvijaju se metode tzv. *kognitivne remedijacije*, grupni i individualni tretmani koji pokušavaju djelovati direktno na kogniciju, a indirektno na poboljšanje učinkovitosti i kvalitete svakodnevnog života shizofrenih pacijenata (45). Primjenjuju se različite varijante klasične *kognitivne rehabilitacije* (tehnike vježbanja i kompenzacije oštećenih kognitivnih funkcija kod osoba s ozljedama ili bolestima mozga), često podržane kompjuteriziranim programima sa zadatcima za pojedine intelektualne funkcije (npr. *CogPack*, *CogLab*, i slično) (46). Direktan trening specifičnih kognitivnih funkcija rješavanjem nekog tipa zadatka kombinira se s učenjem verbalnih instrukcija, kompenzatornih strategija i mnemotehnika, vježanjem metakognicije, te socijalnih vještina. Vrlo često su ove metode uklopljene u šire psihosocijalne i psihoedukativne programe (dominantno kognitivno-bihevioralnog pristupa). Jedan od prvih, možda i danas najobuhvatniji standar-dizirani program ovog tipa - IPT (*Integrated Psychological Therapy*), razvijen početkom

90-tih (47) u sukcesivnim koracima integrira trening deficitarnih neurokognitivnih funkcija, socijalne kognicije, socijalnih vještina i rješavanja problema.

Rezultati prvih evaluacijskih studija kognitivnih tretmana u shizofreniji bili su skromni, no relativno novije meta-analize ukazuju na umjerene pozitivne učinke ovih tretmana na kognitivne sposobnosti, socijalne vještine, čak i na simptomatska poboljšanja (48). Primjerice, dokumentirani su povoljni učinci na globalne kognitivne sposobnosti, kao i pojedine funkcije poput pažnje, psihomotorne brzine i radnog pamćenja (46). Nisu zanemarivi ni nespecifični učinci poput povećanja samopouzdanja ili dobre prihvaćenosti ovih metoda kod samih pacijenata. Učinci tretmana bolji su kod mlađih pacijenata, tj. kod kraćeg trajanja psihoze te ako su uklopljeni u šire psihijatrijske i psihosocijalne intervencije (45,49). Manje su optimistični dokazi o prijenosu, generalizaciji i trajnosti pozitivnih učinaka na svakodnevno funkcioniranje pacijenata. Ipak, malobrojne longitudinalne studije izvještavaju o trajanju povoljnijih učinaka, uključujući faktore socijalne prilagođenosti, i do 12 mjeseci nakon tretmana (46,49). Zanimljiv je podatak kako su se kompjuterizirani programi pokazali jednako učinkovitim kao i oni provedeni od kliničara (50), što je posebice relevantno s obzirom na praktičnost uporabe kompjuterskih programa u svakodnevnoj kliničkoj praksi.

Recentniji modeli tzv. *metakognitivnog treninga* (MKT) (51) usmjereni su pretežno na korekciju deficita sposobnosti metareprezentacije i disfunkcionalnih kognitivnih stilova (npr. prebrzog zaključivanja, pristranih kauzalnih atribucija, odbacivanja podvrgavajućih dokaza) kod pacijenata s nekom od dijagnoza iz shizofrenog spektra. U svrhu osvještavanja i korekcije kognitivnih pristranosti kod ovih pacijenata, MKT koristi elemente iz klasičnih psahoekudativnih tretmana, kognitivne remedijacije i kognitivno-bihevioralne terapije. Sam

program sastoji se od 10 modula, pri čemu svaki od modula ima uvodni dio i vježbe, kao i zaključke sa ciljevima učenja. Kao oblik grupnog tretmana shizofrenih bolesnika na Klinici za psihijatriju KBC-a Zagreb od kraja 2011. godine primjenjuje se metakognitivni trening prema modelu S. Moritza i sur. sa Sveučilišta u Hamburgu (52). S vremenom se ovaj oblik tretmana počeo koristiti i u drugim psihijatrijskim ustanovama u Hrvatskoj (npr. Psihijatrijska bolnica „Sv. Ivan“, Klinika za psihijatriju „Vrapče“).

Nekoliko istraživanja bavilo se ispitivanjem provedivosti, sigurnosti i učinkovitosti metakognitivnog treninga. Preliminarna studija potvrdila je izvrsnu tretmansku adherentnost (53). Pacijenti su subjektivnu učinkovitost i relevantnost za svakodnevni život procijenili znatno boljima u odnosu na aktivni kontrolni tretman. Također, jedna je studija (54) pokazala srednju veličinu učinka u redukciji pozitivnih simptoma u usporedbi s aktivnom kontrolom tijekom razdoblja od 4 tjedna. Koristeći samo jednu radionicu koja se sastojala od dva modula vezana za prebrzo zaključivanje, Ross i sur. (55) su nakon tretmana pronašli veću opreznost pacijenata prilikom zaključivanja u odnosu na kontrolnu skupinu. Ovaj nalaz ima posebnu važnost budući da je dosad fenomen prebrzog zaključivanja smatrana trajnom osobinom, a ne promjenjivim stanjem. Nadalje, Kumar i sur. (56) su izvijestili o značajnom smanjenju pozitivnih simptoma u odnosu na neaktivnu kontrolnu skupinu dok je jedna novija studija dobila nalaz o smanjenom distresu vezanom uz deluzije te napretku u domeni subjektivne kvalitete života i elemenata pamćenja u usporedbi s također neaktivnom kontrolnom skupinom (57). Ipak, potrebno je istaknuti studiju provedenu na relativno velikom uzorku shizofrenih pacijenata, koja je ukazala na pozitivan, ali podjednak učinak MKT i standardnog tretmana s obzirom na redukciju simptoma deluzije,

kognitivnog uvida i pristranosti te metakognitivnih vjerovanja (58). Naponslijetu, recentna meta-analiza tretmanskih učinaka MKT-a pokazala je pozitivan, doduše mali do umjereni, pozitivan učinak ovog treninga na pozitivne simptome i deluzije shizofrenih pacijenata (59). Stupanj prihvaćenosti ovog tretmana od pacijenata se u navedenoj meta-analizi pokazao vrlo visokim, što je općenito jedan od bitnih faktora s obzirom na dugoročne učinke tretmanskih intervencija kod različitih psihijatrijskih populacija.

Jedino istraživanje učinkovitosti metakognitivnog treninga na domaćim pacijentima sa shizofrenijom provedeno je 2013. godine (60), pri čemu su rezultati ukazali na značajna poboljšanja na mjerama vizualne pažnje, verbalne fluentnosti, verbalno-logičkog pamćenja i brzine vizualnog procesiranja. Redukcija pozitivnih simptoma shizofrenije bila je na razini statističkog trenda, dok nije uočena promjena na planu negativnih simptoma i interpersonalnih odnosa. Također, polaznici treninga iskazali su visok stupanj subjektivnog zadovoljstva provedenim programom. Ipak, treba napomenuti neke metodološke nedostatke ovog istraživanja kao što su mali uzorak pacijenata i nepostojanje kontrolne skupine.

ZAKLJUČAK

11

Shizofrenija je veliki psihijatrijski poremećaj čije je jedno od glavnih obilježja narušeno kognitivno funkciranje. Pokušali smo opisati opće intelektualne, kao i specifične kognitivne sposobnosti tipično narušene kod pacijenata sa shizofrenijom. Nadalje, određene karakteristike i korelati ovih kognitivnih fenomena, poput njihove rasprostranjenosti, diferencijalno-dijagnostičke korisnosti, povezanosti s temeljnim kliničkim simptomima bolesti i longitudinalnog razvoja, detaljnije su objašnjeni u tekstu. Prodiskutirane su glavne kliničke implikacije ovih istraživanja, koje uključuju provođenje standardne neuropsihologičke dijagnostike te korištenje nefarmakoloških oblika tretmana, poput kognitivne remedijacije i kognitivne rehabilitacije. Podrobnije je opisan relativno noviji oblik terapije - tzv. metakognitivni trening (MKT) za shizofreniju - pri čemu provedene empirijske studije sugeriraju obećavajuću tretmansku efikasnost. Općenito govoreći, relevantnost istraživanja kognitivnih deficitova leži u u potencijalnim mogućnostima predviđanja razvoja budućih psihotičnih poremećaja kod pojedinih osoba, kao i u prognoziranju budućih funkcionalnih ishoda kod već oboljelih.

LITERATURA

1. Kremen WS, Seidman LJ, Faraone SV, Toomey R, Tsuang MT. The paradox of normal neuropsychological function in schizophrenia. *J Abnorm Psychol* 2000; 109: 743-52.
2. Jakovljević M. Shizofrenija u teoriji i praksi. Knjiga 1: Etiopatogeneza i klinička slika. Zagreb: Pro Mente, 2011.
3. Keefe RSE, Fenton WS. How should DSM-V criteria for schizophrenia include cognitive impairment? *Schizophr Bull* 2007; 33: 912-20.
4. Reichenberg A, Harvey PD. Neuropsychological impairments in schizophrenia: Integration of performance-based and brain imaging findings. *Psychol Bull* 2007; 133: 833-58.
5. Garethy PA, Freeman D. Cognitive approaches to delusion: a critical review of theories and evidence. *Br J Psychol* 1999; 38: 113-54.
6. Heinrichs RW, Zakzanis KK. Neurocognitive deficits in schizophrenia: a quantitative review of the evidence. *Neuropsychology* 1998; 12: 436-45.
7. MacDonald AW. Schizophrenia: Presentation, Affect and Cognition, Pathophysiology, and Etiology. U: Blaney PH, Krueger RF, Millon T, ur. Oxford Textbook of Psychopathology, 3rd Edition. New York: Oxford University Press, 2015.
8. Gold JM, Harvey D. Cognitive deficits in schizophrenia. *Schizophrenia* 1993; 16: 295-309.
9. Snitz B, Daum I. The neuropsychology of schizophrenia: A selective review. *J Neuropsychol* 2001; 12: 1-10.
10. Potkin SG, Ford JM. Widespread cortical dysfunction in schizophrenia: The FIBRN Imaging Consortium. *Schizophr Bull* 2009; 35: 15-278.
11. Carter CS, Barch DM. Cognitive Neuroscience-based approaches to measuring and improving treatment effects on cognition in schizophrenia: the CNTRICS initiative. *Schizophr Bull* 2007; 33: 1131-7.

12. Kern RS, Nuechterlein KH, Green MF i sur. The MATRICS Consensus Cognitive Battery, part 2: co-norming and standardization. *Am J Psychiatry* 2008; 165: 214-20.
13. Nuechterlein KH, Green MF, Kern RS i sur. The MATRICS Consensus Cognitive Battery, part 1: test selection, reliability, and validity. *Am J Psychiatry* 2008; 165: 203-13.
14. Fioravanti M, Bianchi V, Cinti ME. Cognitive deficits in schizophrenia: an updated meta-analysis of the scientific evidence. *BMC Psychiatry* 2012; 12: 64.
15. Reichenberg A. The assessment of neuropsychological functioning in schizophrenia. *Dialogues Clin Neurosci* 2010; 12: 383-92.
16. Schaefer J, Giangrande E, Weinberger DR, Dickinson D. The global cognitive impairment in schizophrenia: consistent over decades and around the world. *Schizophr Res* 2013; 150: 42-50.
17. Frith CD, Corcoran R. Exploring „theory of mind“ in people with schizophrenia. *Psychol Med* 1996; 26: 521-30.
18. Dickinson D, Ramsey ME, Gold JM. Overlooking the obvious: a meta-analytic comparison of digit symbol coding tasks and other cognitive measures in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64: 532-42.
19. Mesholam-Gately RI, Giuliano AJ, Goff KP, Faraone SV, Seidman LJ. Neurocognition in first-episode schizophrenia: a meta-analytic review. *Neuropsychology* 2009; 23: 315-36.
20. Reichenberg A, Harvey PD, Bowie CR i sur. Neuropsychological function and dysfunction in schizophrenia and psychotic affective disorders. *Schizophr Bull* 2009; 35: 1022-9.
21. Vaskinn A, Sundet K, Simonsen C, Hellvin T, Melle I, Andreassen OA. Sex differences in neuropsychological performance and social functioning in schizophrenia and bipolar disorder. *Neuropsychology* 2011; 25: 499-510.
22. Krysta K, Murawiec S, Klasik A, Wiglusz MS, Krupka-Matuszczyk I. Sex-specific differences in cognitive functioning among schizophrenic patients. *Psychiatr Danub* 2013; 25: 244-6.
23. Begić D. Psihopatologija. Zagreb: Medicinska naklada, 2014.
24. Medved V. Shizofrenija i srodnji poremećaji. U: Begić D, Jukić V, Medved V. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada, 2015.
25. Woodberry KA, McFarlane WR, Giuliano AJ i sur. Change in neuropsychological functioning over one year in youth at clinical high risk for psychosis. *Schizophr Res* 2013; 146: 87-94.
26. Glahn DC, Almasy L, Blangero J i sur. Adjudicating neurocognitive endophenotypes for schizophrenia. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 2007; 144B: 242-9.
27. Fusar-Poli P, Bechdolf A, Taylor MJ, Bonoldi I, Carpenter WT, Yung AR, McGuire P. At risk for schizotypal or affective psychoses? A meta-analysis of DSM/ICD diagnostic outcomes in individuals at high clinical risk. *Schizophr Bull* 2013; 39: 923-32.
28. Woodberry KA, Giuliano AJ, Seidman LJ. Premorbid IQ in schizophrenia: a meta-analytic review. *Am J Psychiatry* 2008; 165: 579-87.
29. Koenen KC, Moffitt TE, Roberts AL i sur. Childhood IQ and adult mental disorders: a test of the cognitive reserve hypothesis. *Am J Psychiatry* 2009; 166: 50-7.
30. Zhang T, Li H, Stone WS. Neuropsychological Impairment in Prodromal, First-Episode, and Chronic Psychosis: Assessing RBANS Performance. *PLoS One* 2015; 10: e0125784.
31. Giuliano AJ, Li H, Mesholam-Gately RI i sur. Neurocognition in the psychosis risk syndrome: a quantitative and qualitative review. *Curr Pharm Des* 2012; 18: 399-415.
32. Bora E, Murray RM. Meta-analysis of cognitive deficits in ultra-high risk to psychosis and first-episode psychosis: do the cognitive deficits progress over, or after, the onset of psychosis? *Schizophr Bull* 2014; 40: 744-55.
33. Johnson-Selfridge M, Zalewski C. Moderator variables of executive functioning in schizophrenia: meta-analytic findings. *Schizophr Bull* 2001; 27: 305-16.
34. Dominguez MD, Viechtbauer W, Simons CJP, van Os J, Krabbendam L. Are Psychotic Psychopathology and Neurocognition Orthogonal? A Systematic Review of Their Associations. *Psychological Bull* 2009; 135: 157-71.
35. Ventura J, Thames AD, Wood RC, Guzik LH, Hellemann GS. Disorganization and reality distortion in schizophrenia: a meta-analysis of the relationship between positive symptoms and neurocognitive deficits. *Schizophr Res* 2010; 121: 1-14.
36. Henry JD, Crawford JR. A meta-analytic review of verbal fluency deficits in schizophrenia relative to other neurocognitive deficits. *Cogn Neuropsychiatry* 2005; 10: 1-33.
37. Aleman A, Hijman R, de Haan EH, Kahn RS. Memory impairment in schizophrenia: a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1358-66.
38. Green MF. What are functional consequences of neurocognitive deficit in schizophrenia? *Am J Psychiatry* 1996; 153: 321-30.
39. Milev P, Ho BC, Arndt S, Andraesen NC. Predictive values of neurocognition and negative symptoms on functional outcome in schizophrenia: a longitudinal first-episode study. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 495-506.
40. Green MF, Kern RS, Heaton RK. Longitudinal studies of cognition and functional outcome in schizophrenia: implications for MATRICS. *Schizophr Res* 2004; 72: 41-51.
41. Green MF, Kern RS, Braff DL, Mintz J. Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: are we measuring the „right stuff“? *Schizophr Bull* 2006; 26: 119-36.
42. Potkin SG, Turner JA, Brown GG i sur. Working memory and DLPFC inefficiency in schizophrenia: The FBIRN study. *Schizophr Bull* 2009; 35: 19-31.
43. Fusar-Poli P, Smieskova R, Kempton MJ, Ho BC, Andreasen NC, Borgwardt S. Progressive brain changes in schizophrenia related to antipsychotic treatment? A meta-analysis of longitudinal MRI studies. *Neurosci Biobehav Rev* 2013; 37: 1680-91.
44. Walters Y, Agius M. Do atypical antipsychotics improve cognition? *Psychiatr Danub* 2014; 26: S285-8.
45. Galletly C, Rigby A. An Overview of Cognitive Remediation Therapy for People with Severe Mental Illness. *ISRN Rehab* 2015; 2013: 984932.
46. Hurford IM, Kalkstein S, Hurford MO. Cognitive Rehabilitation in Schizophrenia. *Psychiatric Times* 2011; 28(3). Preuzeto sa: <http://www.psychiatrictimes.com/schizophrenia/content/article/10168/1822689>

47. Volker R, Mueller DR, Mueser KT, Brenner HD. Integrated Psychological Therapy (IPT) for Schizophrenia: Is It Effective? *Schizophr Bull* 2006; 32: S81-S93.
48. McGurk S, Twamley EW, Sitzer D i sur. A meta-analysis of cognitive remediation. *Am J Psychiatry* 2007; 164: 1791-1802.
49. Wykes T, Huddy V, Cellard C, McGurk SR, Czobor P. A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: methodology and effect sizes. *Am J Psychiatry* 2011; 168: 472-85.
50. Grynszpan O, Perbal S, Pelissolo A i sur. Efficacy and specificity of computer-assisted cognitive remediation in schizophrenia: a meta-analytical study. *Psychol Med* 2011; 41: 163-73.
51. Moritz S, Woodward TS. Metacognitive training in schizophrenia: from basic research to knowledge translation and intervention. *Curr Opin Psychiatry* 2007; 20: 619-25.
52. Jakšić N, Akrap L, Jakovljević M. Metacognitive training for patients with schizophrenia. Oralna prezentacija: The Second Seminar of the Croatian School of Creative Psychopharmacotherapy. Osijek, 2012.
53. Moritz S, Woodward TS. Metacognitive training for schizophrenia patients (MCT): A pilot study on feasibility, treatment adherence, and subjective efficacy. *German J Psychiatry* 2007; 10: 69-78.
54. Aghotor J, Pfueller U, Moritz S, Weisbrod M, Roesch-Ely D. Metacognitive training for patients with schizophrenia (MCT): feasibility and preliminary evidence for its efficacy. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2010; 41: 207-11.
55. Ross K, Freeman D, Dunn G, Garety P. A randomized experimental investigation of reasoning training for people with delusions. *Schizophr Bull* 2011; 37: 324-33.
56. Kumar D, Zia-ul-Haq M, Dubey I i sur. Effect of meta-cognitive training in the reduction of positive symptoms in schizophrenia. *Eur J Psychother Counsel* 2010; 12: 149-58.
57. Moritz S, Kerstan A, Veckenstedt R i sur. Further evidence for the efficacy of a metacognitive group training in schizophrenia. *Behav Res Ther* 2011; 49: 151-7.
58. van Oosterhout B, Krabbendam L, de Boer K. Metacognitive group training for schizophrenia spectrum patients with delusions: a randomized controlled trial. *Psychol Med* 2014; 44: 3025-35.
59. Eichner C, Berna F. Acceptance and Efficacy of Metacognitive Training (MCT) on Positive Symptoms and Delusions in Patients With Schizophrenia: A Meta-analysis Taking Into Account Important Moderators. *Schizophr Bull* 2016. pii: sbv225.
60. Akrap L, Jakšić N, Čuržik D, Čipčić-Schmidt S. Metacognitive training for patients with schizophrenia (MCT): a Croatian pilot study of its efficacy. Poster prezentacija: 1st International Conference on Creative Psychopharmacotherapy. Dubrovnik, 2013.

Terapijski vrtovi i terapijska hortikultura kao intervencija u zdravstvu

/ Therapeutic gardens and therapeutic horticulture as intervention in the health care system

Josip Dujmović

Klinički bolnički centar Zagreb, Klinika za psihijatriju, Zagreb, Hrvatska

University Hospital Centre Zagreb, Department of Psychiatry, Zagreb, Croatia

Medicus curat, hortus sanat

U članku je riječ o terapijskom potencijalu vrtova i vrtlarenja, te načinima kako ga implementirati u sustav zdravstva. Bogati imaginarni i simbolički register vrta, duga povijesti primjene i suvremeni znanstveni dokazi potvrđuju blagotvorni učinak vrtova i vrtlarenja na tjelesno, psihičko, socijalno i duhovno zdravlje. U posljednjih nekoliko desetljeća u zemljama razvijenog zapada terapijska hortikultura i/ili hortikulturalna terapija utemeljene su kao zdravstvena i/ili socioterapijska profesija. Bolnice također ponovno otkrivaju terapijski potencijal vrtova. Hortikultura ima osobiti potencijal za oplemenjivanje (sustava zaštite) psihičkog zdravlja.

/ This article is about the therapeutic potentials of gardens and gardening and ways to introduce them into health care system. Gardens and gardening benefit physical, mental, social, and spiritual health as demonstrated by their symbolic and imaginary register, the long history of gardening, and contemporary scientific evidence. Within the last decades, therapeutic horticulture (or horticultural therapy) has been established as a health and social care profession in the developed Western world, and hospitals are once again discovering the healing potential of hospital gardens. Horticulture in particular has the potential to enrich mental health (and the health care system).

ADRESA ZA DOPISIVANJE:

Josip Dujmović, dr. med.

KBC Zagreb

Klinika za psihijatriju

Kišpatićeva 12

10 000 Zagreb, Hrvatska

E-pošta: jdujmov@gmail.com

KLJUČNE RIJEČI / KEY WORDS:

hortikultura / horticulture

terapijska hortikultura / therapeutic horticulture

terapijski vrt / therapeutic garden

okupacijska terapija / occupational therapy

zdravstvena skrb / health care

UVOD

Koncept „dobrog života“ (grč. *eudaimonia*), središnja preokupacija starogrčke filozofije, podrazumijeva življenje različitih praksi: intelektualnih, duhovnih, meditativnih, karakter-formirajućih, tjelesnih, koje nisu nužno usmjereni nekom specifičnom blagostanju, npr. sreći ili zdravlju, nego čovjekovu unutarnjem rastu i cvatu. Vrtovi i vrtlarenje ujedinjuju koloplet praksi za življenje „dobrog života“ (1). Bogati imaginarni i simbolički registar vrta na osobiti način korespondira s izvornom idejom terapije kao brige i njege o potrebitom drugom (2) (grč. *therapeia*), i s poetikom blagosti u terapijskom.

Terapijski rad – rad s tuđom ili vlastitom patnjom, kao jedna od praksi „dobrog života“, nalazi u ideji vrta svoje praprizorenje: koncept vrta sadržan je u svim monoteističkim religijama kao slika Božje brige za čovjeka i blaženstva koje proizlazi iz te brige. Briga i njega za vrt zaposjedaju imaginarij čovjekove potrebe da pomaže, brine i njeguje – vrtlar je terapeut (u) vrtu, i potrebe da sam bude zbrinut i njegovani – jednom stvoren, vrt njeguje vrtlara – okusima, bojama, mirisima.

Cilj ovog rada je prikaz terapijskih potencijala vrtova i vrtlarenja s naglaskom na mogućnost formaliziranja njihova učinka u sustavu zdravstvene skrbi implementacijom terapijskih vrtova i terapijske hortikulture.

ŠTO JE TERAPIJSKA HORTIKULTURA

Hortikultura je uzgoj vrta (lat. *hortus* – vrt, *cultura* – uzgoj, razvoj, oplemenjivanje). Može se definirati i kao znanost i umijeće o uzgoju i njezi flore i faune u vrtu. Agrikultura je pak uzgoj flore u polju (lat. *ager* – polje). Hortikulturu prevodimo kao vrtlarenje, a agrikulturu kao poljoprivredu. Vrt se od polja ne razlikuje samo formom, nego načinom i svrhom uzgoja, zaključno s time da vrt kao forma postaje sa-

držaj uzgoja. *Terapijska hortikultura* označava različite prakse kojima se formalizira imanentni terapijski potencijal vrta i vrtlarenja više ili manje strukturiranim aktivnostima vrtlarenja. U istom se značenju koristi termin *hortikulturna terapija*. Neformalni terapijski učinak hortikulture nazvat će se onda *hortikultura kao terapija*.

Terapijska hortikultura kao formalizirana terapijska djelatnost implicira dva modela: medicinski i socijalni. *Medicinski model* polazi od dijagnoze, odnosno simptoma, indikacije (i kontraindikacije) za terapiju, vodi se jasnim terapijskim planom i ima za cilj oporavak od bolesti ili ozljede. Primjer je hortikultura kao vrsta fizikalne terapije u programu rehabilitacije od cerebrovaskularnog inzulta. *Socijalni model* polazi od hortikulture kao svršishodne okupacije, imanentne terapijske prirode vrtlarenja te ima za cilj podršku psihosocijalnom funkcioniranju osobe. Primjer je hortikultura kao vrsta okupacijske terapije za osobe s psihičkim smetnjama. Semantički, terminom hortikulturna terapija može se naglasiti medicinski, a terminom terapijska hortikultura socijalni model provođenja terapije vrtlarenjem.

ŠTO JE TERAPIJSKI VRT

Briga za vrt, a ne fizičko postojanje vrta je suština vrta i suština njegovog terapijskog djelovanja. No vrt nije samo prostor za vrtlarenje, nego i „za odmor, mir, nedužnost i slatku samoću“ (3). U smislu formalizirane terapije, gostoljubljiv je za muzikoterapiju, sastanak terapijske zajednice ili jutarnju tjelovježbu. Stoga, u najširem i najpreciznijem smislu, terapijski je vrt svaki onaj vrt koji svojim prisutnošću pruža utjehu u nečijoj patnji.

Formalno, terapijski vrtovi su posebno dizajnirani vrtovi s ciljem jačanja motoričkih, senzoričkih, kognitivnih, afektivnih, alimentarnih, duhovnih i socijalnih potencijala za skladan

život i zdravlje. Terapijski vrtovi i terapijska hortikultura omogućuju svakom ljudskom biću, bez obzira na ograničenja, da radi, stječe nova znanja i opušta se. (*Nota bene*: pridjev *terapijski* izvodi se od riječi terapija, a pridjev *terapeutski* od riječi terapeut; moguće je da se potonji pridjev pogrešno preferira pod utjecajem engleskog jezika (engl. *therapeutic*) koji ne pozna ovu razliku).

KRATKA POVIJEST (TERAPIJSKE) HORTIKULTURE

Prva su hortikultura prehistojski šumski vrtovi u kojima je čovjek priputomljavao divlji biljni i životinjski svijet. Zarana se vrtovi, osim *alimentarnih*, stvaraju i iz estetskih razloga: najstariji fizički dokaz vrta su crteži ornamentalnog bilja iz faraonskih grobnica iz 16. stoljeća prije Krista, prikazuju cvijet lotusa (4). U starom je Egiptu zabilježeno i prvo formalizirano korištenje vrtova u *terapijske* svrhe: kraljevski liječnici preporučali su dvorjanima koji su patili od psihičkih tegoba šetnju vrtovima palače (5). Babilonske viseće vrtove, jedno od sedam čuda starog svijeta, dao je izgraditi car Nabukodonosor II. u 6. stoljeću prije Krista također u terapijske svrhe: svojoj nostalgičnoj supruzi kao podsjetnik na zelenilo njene rodne Medije (6). U Hipokratovoj raspravi „O zraku, vodi i tlu“ iz 5. st. pr. Kr. nalazimo čuveni aforizam: liječnik liječi, priroda ozdravljuje (lat. *Medicus curat, natura sanat*). Sv. Benedikt 1100. godine piše o zdravstvenim dobrobitima vrta u samostanu Clairvaux, Francuska, koji je, kao i mnogi ondašnji samostani, služio i kao hospicij: privatnosti, zelenilu, mirisima i pjevu ptica (7).

Formaliziranje terapijskog učinka vrtova i vrtlarenja ipak je izostalo sve do 18. stoljeća kada se pojavljuju prvi bolnički vrtovi, i to u sklopu psihijatrijskih bolnica. U istom su razdoblju pacijenti uprezani u agrikulturne radeve na bolničkim farmama i vinogradima. Kada je 1817. godine otvorena prva privatna

psihijatrijska ustanova, *Friends Hospital* u Philadelphiji, ciljano je uređen prvi bolnički terapijski vrt u kojem su pacijenti vrtlarili po principima terapijskog rada (8); 1896. godine prvi je spomen terapijske hortikulture izvan psihijatrije, u odgojnoj ustanovi za napuštenu djecu (8).

Poslije I. svjetskog rata, hortikultura je prepoznata kao adjuvantna terapijska metoda pri fizikalnoj terapiji i rehabilitaciji ratnih veterana. Godine 1917. u Bolnici Bloomingdale u saveznoj državi New York počinje prvo formalno obrazovanje iz hortikulture kao zdravstvene djelatnosti (8). Godine 1936. Savez okupacijskih terapeuta Engleske službeno je priznao hortikulturu kao „specifični tretman za somatske i psihičke poremećaje“ (8), a 1953. godine hortikulturna terapija provodi se prvi put u *nebolničkom* ambijentu, u Arnold Arboretumu Sveučilišta Harvard u Bostonu (8).

Godine 1959. godine *New York University Medical Center* pokreće program hortikulturne terapije u Institutu za medicinsku rehabilitaciju; hortikulturni terapeut je dio tima zajedno sa psihologom i liječnikom (8). Godine 1972. Sveučilište u Kanzasu otvara prvi studij hortikulturne terapije na svijetu, a godinu dana poslije osnovana je Američka asocijacija za hortikulturnu terapiju (AHTA) (8). U Europi je prvi studij hortikulturne terapije otvoren 1993. godine na Sveučilištu Coventry u Velikoj Britaniji. Hortikulturna terapija tako se postepeno etablirala kao profesija.

MEHANIZAMI I SPEKTAR TERAPIJSKOG UČINKA HORTIKULTURE

Terapijski učinak „dobrog života“ u vrtu nadiči koncept zdravlja kao pojediničnog označitelja „dobrog života“, čak i u dobro poznatoj najsveobuhvatnijoj definiciji zdravlja kao bio-psihosocijalnog blagostanja. Razvrst će ga, prigodno, u sljedećih pet kategorija:

1. *Poboljšanje tjelesnog zdravlja* – Priroda dje luje na ljudsko zdravlje posve neposredno: promatranjem prizora prirode nakon neko liko minuta dolazi do poželjnog fiziološkog odgovora u smislu snižavanja krvnog tlaka, snižavanja frekvencije otkucaja srca, urav noteženja EEG aktivnosti mozga (9,10). Stanovnici gradova koji stanuju bliže zelenim površinama u projektu žive dulje od stanovnika čiji su stanovi udaljeniji od zelenih površina, neovisno o socioekonomskom statusu (11). Ovaj učinak prirode tumači se dostupnošću i prakticiranjem fizičke aktivnosti – ponajprije šetnje (12). Aktivnim boravkom u vrtu (vrtlarenjem) provodi se umjerena tjelovježba na svježem zraku što je u zdravstvenom smislu najpreporučljiviji oblik fizičke aktivnosti. Vrt naspram parka nudi dodatni spektar motiva i aktivnosti. Uzgoj vlastite hrane, u konačnici, prilika je za neposredno poboljšanje kulture i kvalitete prehrane.
 2. *Poboljšanje psihičkog zdravlja* – Poetika vrta posve je nalik poetici psihoterapijskog. U egzemplarnom vrtu krijebit će sama atmosfera koju vrt stvara, a vrtlare smirujuća prisutnost bilja kao gratifikacija za posvećenost i brigu. Uređivanje jedne gredice vrta može pružiti dobrodošli osjećaj kontrole nad vlastitim mentalnim prostorima. Vrtlarenje je aktivnost koja unosi značajnu razinu strukture i regularnosti u život vrtlara. Postojanje strukture u (svakodnevnom) životu – u smislu regularnosti rada, odmora, objeda, intimnosti, samoće ili psihoterapijskih susreta, terapijski rezonira s temeljnom ljudskom psihičkom potrebom: potrebom za sigurnošću. Goethe odnos između vrtlara i vrta naziva odnosom dobrovoljne ovisnosti što je, smatra, najbolji položaj u kojem se čovjek može zateći (13).
- Da bi vrt napredovao, moraju se osluškivati zakonitosti prirode, no istodobno vrtlarenje

otvara široki prostor za ljudsku kreativnost. Vrt kao takav je čovjekova kreacija i živa slika interakcije između (biološke) datosti i volje koja mijenja datost. Put do intrapsihičkog, često nedostupan riječima, može se otvoriti u tišini neposredne interakcije sa zemljom i živim svijetom. Jezik cvijeća, nazivan još i floriografija, u viktorijansko doba smatran idealnim sredstvom komunikacije, posredovat će psihoterapijske intervencije terapeuta koji pozna simboliku bilja i tegobe vrtlara.

Znanstvena istraživanja na različitim skupinama korisnika potvrdila su sljedeće dobrobiti terapijske hortikulture i terapijskih vrtova na psihičko zdravlje: poboljšanje dobrog osjećanja (*well-being*) (14-19), poboljšanje kvalitete života (20,21), poboljšanje raspoloženja (22), ublažavanje depresije (23-25), smanjenje doživljaja stresa (26,27), jačanje osjećaja samokontrole (28).

3. *Poboljšanje društvenog zdravlja* – Vrtlarenje je prilika za jačanje društvenih potencijala pojedinca i zajednice. Ova vrijednost hortikulture često je naglašena objedinjenim terminom terapijska i *socijalna hortikultura*. Osobito je dobrodošla za osobe koje se nalaze u riziku društvene isključenosti, npr. u domovima umirovljenika ili drugim vrstama ustanova. Terapijska hortikultura omogućuje ostvarivanje međuljudskog kontakta, pa i komunikacije bez riječi. Znanstvena istraživanja na raznim skupinama korisnika potvrdila su sljedeće dobrobiti terapijske hortikulture: poboljšanje društvene interakcije (29-31), poboljšanje integracije u društvo (32), poboljšanje grupne kohezije (33), razvijanje zdravih obrazaca društvenog funkcioniranja (34,35).
4. *Poboljšanje duhovnog zdravlja* – Vrt je i prostor imanentne duhovnosti. Agamben definira duhovnost kao svijest o činjenici da individuirano biće nije posve individu-

irano, nego da sadrži i određenu dozu neutvrđene realnosti koju ne treba samo čuvati, nego i poštovati (36). Vrtovi nas, piše Flaubert, privlače ne zato što nalikuju valovitom zelenilu vidljivih krajolika, nego zato što prizivaju ono što se ne može vidjeti, što je ispod zemlje (37). Možda se odgovor na pitanje o ubikvitarnoj važnosti koju ljudi pridaju vrtovima krije upravo u osluškivanju i njegovanju ove „neutvrđene realnosti“ u komadiću prisvojene prirode.

Duhovna komponenta zdravlja, osobito psihičkog, u fokusu je medicinskog interesa posljednjih desetljeća. Dokazano je da su različiti oblici prakticiranja duhovnosti povezani s nižom prevalencijom depresije (38), anksioznosti (39), suicida i ovisnosti o drogama (40). Obradivanje vrta kao prakticiranje duhovnosti vjerojatno će svojom suptilnošću izmaći sličnim istraživanjima kao što vrtlarenje ili razgovor s biljem izmišljenim istraživanjima o zdravstvenoj koristi fizičke aktivnosti ili komunikacije.

5. *Stjecanje znanja, vještina i vrlina – Vrtlarenjem se njeguju odgovornost, inicijativnost, samopouzdanje (41-43), timski rad, strpljivost, optimizam, pamćenje (44) i koncentracija 45,46), kako su znanstvena istraživanja već potvrdila ili će tek potvrditi. Pogled na bilje koje raste i razvija se zahvaljujući čovjekovoj posvećenosti nudi ohrabrenje za neka druga životna ulaganja, ili, kako nas uči Voltaire, za smiraj u vrtu koji je sam sebi dovoljan i svrhovit. No ako i jest utočište od života, vrt je nužno gostoljubljiv mudrosti zato što ponovno posreduje između suprotstavljenosti koje definiraju iskustvo čovjeka (47), kao što su djelovanje i kontemplacija, druženje i samoča, pokornost i sloboda, čovjek i priroda... Zato Candide (48) načelno odustajući od filozofije i društvenog angažmana, i ponovno mudruje i društveno djeluje obrađujući svoj vrt.*

SADRŽAJ RADIONICA TERAPIJSKE HORTIKULTURE

Suština vrtlarenja je u svrsishodnom, umjerenom i ugodnom radu. Terapijsko vrtlarenje stoga se ne razlikuje bitno od bilo kojeg prosvjećenog vrtlarenja. Radi se u vrtu ili u interijeru; na povišenim gredicama ili za radnim stolom; u manjoj ili srednje velikoj grupi. Za primjer dajemo rasađivanje gusto posijanih klica bosiljka iz veće zajedničke posude u manje lončanice – aktivnost koja se može raditi u interijeru već od ranog proljeća, a potom posložiti lončanice na prozore bolesničkih soba ili, kada vrijeme dopusti, presaditi u vrt. Ovom se aktivnošću vježbaju koncentracija, strpljivost i pažljivost, a gratifikacija je opipljiva, vidljiva, mirisna i ukusna.

Vrtlarenje je aktivnost koja prati godišnja doba zatvarajući krug od sadnje, uzgoja, presadnje, zalijevanja, branja plodova, priprema i konzumiranja hrane. U proljeće se priprema tlo, sije se sjeme u kljilišta, rasađuju i presadjuju klice. Sadi se cvijeće, povrće, voće, ukrasno bilje, začinsko bilje. Ljeti se zalijeva, oblikuje i podvezuje bilje, plijevi korov, prešaju se biljke za herbarij. U jesen se beru plodovi, skuplja i pohranjuje sjeme. Boravi se na svježem zraku. Uči se o biljnoj svijetu. Tijekom cijele godine, a ponajviše zimi, dok vrt miruje, izrađuju se artefakti na temu vrta: kućice za korisne kukce, pojilišta za ptice, ladice za čuvanje sjemena, pletene košare za lončanice... Staklenik omogućuje cjelogodišnji rad u vrtu i oko vrta.

MOGUĆNOSTI IMPLEMENTACIJE

Terapijski potencijal čovjekove interakcije s biljkama i vrtovima već se desetljećima koristi u razvijenim zemljama Zapada, te je prepoznat u stručnim i znanstvenim časopisima. U Hrvatskoj nažalost ne postoji mogućnost stjecanja zvanja hortikulturnog terapeuta. Edukaciju iz hortikultурne terapije najlogičnije bi bilo implementirati u program obra-

zovanja okupacijskih terapeuta odnosno rehabilitatora.

Programi terapijske hortikulture mogu se provoditi u zajednici ili pri institucijama. Bolnice kao prostori patnje prizivaju vrtove kao simbol terapijskog rada s patnjom. Bolnički vrtovi vizualno oponiraju estetici bolnica nudeći razvedene eksterijere naspram uduženih hodnika i soba, zelenilo i mirise naspram sterilnosti, prirodu naspram tehnologije, domicilne biljke i oblike naspram otuđenosti i neizvjesnosti. Većina bolnica i lječilišta ima tradiciju parkova što je potencijal za implementaciju programa terapijske hortikulture u sklopu okupacijske terapije pri psihijatrijskim odjelima ili fizikalne terapije i rehabilitacije pri odjelima fizijatrije, ili naprsto uređivanje terapijskih vrtova za boravljenje ili gledanje iz bolesničkih soba.

Mnoge bolnice na Zapadu, nakon desetljeća isključive posvećenosti tehnologiji, ponovno otkrivaju terapijsku snagu vrtova (npr. *Bellevue Hospital Centre* i *Rusk Institute* u New Yorku). Prijelomni podstreh ovoj praksi bio je dokaz neposrednog terapijskog učinka prirode na oporavak u bolnici objavljen u časopisu *Science* 1984. godine: mjereno danima bolničkog liječenja i količinom potrebovanih analge-

tika, dokazano je da je oporavak od kirurških zahvata u bolničkim sobama s pogledom na zelenilo brži i bezbolniji nego u sobama bez pogleda na zelenilo (50). Veliki broj prethodno citiranih istraživanja odnosi se upravo na interakciju hospitaliziranih pacijenata i uređenih bolničkih vrtova.

Jednako je dragocjeno korištenje terapijskih potencijala hortikulture za podršku životu u zajednici i sprječavanje institucionalizacije osoba s bolešću ili invalidnošću. Programe terapijske hortikulture optimalno je udomiti u gradskim parkovima kako bi bili lako dostupni korisnicima. Za primjer dajemo dva terapijska vrta u središtu Londona: jedan nasuprot parlamenta koji nudi terapijski i vokacijski program hortikulture za mlade osobe u riziku socioekonomске deprivacije (50); drugi vrt u parku Battersea uređuje udruga Thrive (51) za raznoliku skupinu svojih članova. U potonjem sam vrtu, za edukacijskog posjeta, zatekao u istoj srednje velikoj grupi vrtlara: osobe sa psihičkim tegobama, bolesnike koje se oporavljaju od srčanog i moždanog udara, umirovljenike koji žive u susjedstvu, volontere. Hortikultura je uistinu terapija za sve, bez ograničenja i podjela.

SLIKA 1. Terapijski vrt KBC-a Zagreb, lokacija Rebro, nastao i nestao 2012. godine kao dio pilot projekta terapijske hortikulture Klinike za psihijatriju KBC-a Zagreb u suradnji s udrugama Archisquad, Ludruga, Parkticipacija i Prostor za vrt.



Terapijsko je immanentno konceptu vrta. Terapijski učinak hortikulture tiče se tjelesne, psihičke, društvene i duhovne dimenzije zdravlja. Terminima terapijski vrt i terapijska hortikultura označuje se formaliziranje tog učinka.

Posljednjih desetljeća terapijska hortikultura zaživjela je kao profesionalna djelatnost u zemljama razvijenog Zapada. U Hrvatskoj terapijska hortikultura kao priznata intervencija u sustavu zdravstva čeka svoje oživotvorene.

LITERATURA

1. Cooper DE. *A Philosophy of Garden*. London: Oxford University Press, 2006.
2. Robert L. Thomas. *Strong's exhaustive concordance: New American standard Bible*. New York: Zondervan, 2004.
3. Marvell A. *Garden Poems, Thoughts in a Garden*. U: Cooper DE, *A Philosophy of Garden*, London: Oxford University Press, 2006.
4. Hugonot JC. *Le Jardin dans l'Egypte ancienne*. Pariz: Peter Lang, 1989.
5. Lewis CA. *Fourth annual meeting of national council for therapy and rehabilitation through horticulture*. U: *Development of the Profession of Horticultural Therapy*. Philadelphia, The Food Products Press, 1976.
6. Foster KP. *Gardens of Eden: Flora and Fauna in the Ancient Near East*. New Haven: Yale University Press, 1998.
7. Gerlach-Spriggs N, Kaufman RE, Warner SB. *Restorative gardens: The healing landscape*. New Haven and London: Yale University Press, 1998.
8. Simson SP, Straus MC. *Horticulture As Therapy: Principles and Practice*. London: Routledge, 1998.
9. Ulrich RS, Simons RF, Losito BD, Fiorito E, Miles MA, Zelson M. Stress recovery during exposure to natural and urban environments. *J Environ Psychol* 1991; 11: 201-30.
10. Wichrowski M, Whiteson J, Haas F, Mola A, Rey M. Effects of horticultural therapy on mood and heart rate in patients participating in an inpatient cardiopulmonary rehabilitation program. *J Cardiopulmonary Rehab* 2005; 25: 270-4.
11. Mitchell R, Popham F. Effect of exposure to natural environment on health inequalities: an observational population study. *Lancet* 2008; 372: 1655-60.
12. Kaczynski A, Henderson K. Environmental correlates of physical activity: a review of evidence about parks and recreation. *Leisure Sci* 2007; 29: 315-54.
13. Goethe JW von. *Elective Affinities*. London: Harmondsworth. London: Penguin, 1971.
14. Ulrich RS, Parsons R. Influences of passive experiences with plants on individual well-being and health. U: Relf D, ur. *The role of horticulture in human well-being and social development*. Portland: Timber Press, 1992.
15. Galindo M, Rodriguez J. Environmental aesthetics and psychological well-being: Relationships between preference judgements for urban landscapes and other relevant affective responses. *Psychology in Spain* 2001; 4: 13-27.
16. Kaplan R. The nature of the view from home: Psychological benefits. *Environment Behav* 2001; 33: 507-42.
17. Jarrott SE, Kwack RH, Relf D. An observational assessment of a dementia-specific horticultural therapy program. *HortTechnol* 2002; 12: 402-10.
18. Barnicle T, Stoelzle Midden K. The effects of a horticultural activity program on the psychological well-being of older people in a long-term care facility. *Hort Technol* 2003; 13: 81-5.
19. Hartig T. Restorative environments: Guest editor's introduction. *Environment Behav* 2003; 33: 475-9.
20. Willets HC, Sperling A. The role of the therapeutic recreationist in assisting the oncology patient to cope. New York: Futura, 1983.
21. Waliczek TM, Mattson RH, Zajicek JM. Benefits of community gardening to quality of life issues. *J Environment Horticulture* 1996; 14: 204-9.
22. Whitehous S, Varri JW, Sei M i sur. Evaluating a children's hospital garden environment: Utilization and consumer satisfaction. *J Environment Psychol* 2001; 21: 301-314.
23. Relf PD. Horticulture as a recreational activity. *Am Health Care Association J* 1978; 4: 68-71.
24. Mooney PF, Milstein SL. Assessing the benefits of a therapeutic horticulture program for seniors in intermediate care. U: Francis M, Lindsay P, Stone RJ, eds. *The healing dimension of people-plant relations: Proceedings of a research symposium*. Los Angeles: University of CA, 1994.
25. Cooper Marcus C, Barnes M. *Healing gardens: Therapeutic benefits and design recommendations*. London, Chichester, UK: J. Wiley, 1999.
26. Ulrich RS, Simons RF, Losito BD, Fiorito E, Miles MA, Zelson M. Stress recovery during exposure to natural and urban environments. *J Environment Psychol* 1991; 11: 201-30.
27. Rodiek S. Influence of an outdoor garden on mood and stress in older persons, *J Therapeutic Horticulture* 2002; 13: 13-21.
28. Relf D, McDaniel A, Butterfield B. Attitudes toward plants and gardening. *HortTechnology* 1992; 2: 201-4.
29. Langer E, Rodin J.. The effects of choice and enhanced personal response for the aged: A field experiment in an institutional setting. *J Personality Soc Psychol* 1976; 34: 191-8.
30. Moore B. *Growing with gardening: A twelve-month guide for therapy, recreation, and education*. Raleigh: Chapel Hill, University of North Carolina Press, 1989.

31. Perrins-Margalis N, Rugletić J, Schepis N, Stepanski H, Walsh M. The immediate effects of group-based horticulture on the quality of life of persons with chronic mental illness. *Occup Ther Ment Health* 2000; 16: 15-30.
32. Kweon BS, Sullivan WC, Wiley AR. Green common spaces and the social integration of inner-city older adults. *Environment Behav* 1998; 30: 832-58.
33. Bunn DE. Group cohesiveness is enhanced as children engage in plant stimulated discovery activities. *J Therap Horticulture* 1986; 1: 37-43.
34. Langer E, Rodin J. The effects of choice and enhanced personal response for the aged: A field experiment in an institutional setting. *J Personality Soc Psychol* 1976; 34: 191-8.
35. Kuo FE, Bacaicoa M, Sullivan WC. Transforming inner-city landscapes. Trees, sense of safety and preference. *Environment Behav* 1998; 30: 28-59.
36. Agamben G. Profanazioni. U: Profanacije, Zagreb: MeandarMedia, 2010.
37. Flaubert G. Bouvard and Pécuchet. London: Harmondsworth, Penguin, 1976.
38. Smith TB, McCullough ME, Poll J. Religiousness and depression: evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychol Bull* 2003; 129: 614-36.
39. Schumaker JF. Religion and Mental Health. New York: Oxford University Press; 1992.
40. Koenig HG, McCullough M, Larson DB. Handbook of religion and health: a century of research reviewed. New York: Oxford University Press, 2001.
41. Moore, B. Growing with gardening: A twelve-month guide for therapy, recreation, and education. Releigh: Chapel Hill, University of North Carolina Press, 1989.
42. Blair D, Giesecke C, Sherman S. A dietary, social, and economic evaluation of the Philadelphia urban gardening project. *J Nutrition Education* 1991; 23: 161-7.
43. Feenstra G, McGrew S, Campbell D. Entrepreneurial community gardens: Growing food, skills, jobs and communities. Davis CA: University of CA - Davis, 1999.
44. Wells NM. At home with nature: Effects of „greenness“ on children's cognitive functioning. *Environment Behav* 2000; 32: 775-95.
45. Taylor AF, Kuo FE, Sullivan WC. Coping with ADD: The surprising connection to green play settings. *Environment Behav* 2001; 33: 54-77.
46. Namazi KH, Haynes SR. Sensory stimuli reminiscence for patients with Alzheimer's disease: Relevance and implications. *Clin Gerontol* 1994; 14: 29-45.
47. Miller M. Gardens as Art. U: Kelly M, ur. Encyclopedia of Aesthetics. New York: Oxford University Press, 1998.
48. Voltaire. Candide. Zagreb: Nakladni zavod Hrvatske, 1947.
49. Ulrich RS. View through a window may influence recovery from surgery. *Science* 1984; 224: 420-1.
50. <http://www.rootsandshoots.org.uk/>.
51. <http://www.thrive.org.uk/>.

Uloga humora u medicini i djelovanje klaunova-doktora

/ Role of humor in medicine and the work of clown doctors

Vlatka Boričević Maršanić^{1,2}, Iva Zečević¹, Zoran Vukić³, Tomislav Franić⁴, Ljiljana Karapetrić Bolfan¹, Svebor Javornik¹

¹Psihijatrijska bolnica za djecu i mladež, Zagreb, ²Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Medicinski fakultet, Osijek, ³CRVENI NOSOVI klaunovidoktori, Zagreb i ⁴Klinički bolnički centar Split, Klinika za psihiatriju, Split, Hrvatska

¹Psychiatric Hospital for Children and Youth, Zagreb, ²Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Medical School, Osijek and ³Split University Hospital Center, Department of Psychiatry, Split, Croatia

Humor ima povoljne učinke na zdravlje jer štiti od negativnih utjecaja stresa i ublažava tjelesnu i emocionalnu bol. Djeluje relaksirajuće, umanjuje strah, tugu i anksioznost te poboljšava imunološki sustav, respiratorni i kardiovaskularni sustav. Omogućuje realniju procjenu situacije i distanciranje od stresa. U bolničkom okruženju korisna je metoda za smanjenje stresa i boli te za postizanje bolje suradnje pacijenata tijekom invazivnih pretraga. Djelovanje klaunova-doktora predstavlja jedinstven način primjene humora u bolničkom okruženju. Rezultati istraživanja potvrđuju da intervencije klaunova-doktora ublažavaju neke negativne učinke hospitalizacije na bolesnike, naročito djecu, jer donose zabavu i smijeh, mijenjaju raspoloženje i percepciju bolesti i liječenja te psihološki osnažuju osobu. Potvrđen je i pozitivan učinak klaunova-doktora na roditelje i članove obitelji bolesne djece, te bolničko osoblje. U radu su prikazane novije spoznaje o učinku humora na tjelesno i mentalno zdravlje te djelovanje klaunova-doktora u svijetu i Hrvatskoj.

Humor is beneficial to health as it protects from the negative effects of stress and lessens physical and emotional pain. It brings relaxation, decreases fear, sadness, and anxiety and improves the immune, respiratory, and cardiovascular systems. It facilitates a more rational perception of a situation and distancing oneself from stress. In a hospital environment, humor is an effective way of reducing stress and pain and to achieving better cooperation with patients during invasive interventions. The work of clown doctors represents a unique way of the application of humor in a hospital environment. Research data have shown that clown doctor interventions reduce the negative consequences of hospitalization in patients, especially children, as they bring fun and laughter, change the mood and perception of the situation, and psychologically strengthen the patients. A positive effect of clown doctors on parents and family members of sick children, as well as on hospital staff, has also been confirmed. This paper describes recent findings on the effect of humor on physical and mental health and presents the work of clown doctors in the world and Croatia.

ADRESA ZA DOPISIVANJE:

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@djeca-psihijatrija.hr

KLJUČNE RIJEČI / KEY WORDS:

humor/ humor
tjelesna i emocionalna bol / physical and emotional pain
hospitalizacija / hospitalization
klaunovi-doktori / clown doctors
djeca / children
roditelji / parents
medicinsko osoblje / medical staff

UVOD

Riječ humor dolazi iz latinskog jezika, a označava likvor, vlagu ili paru. Također, riječ humor ima značenje snage ili hira. Humor je oblik zabave i vrsta ljudske komunikacije sa svrhom da nasmije ljude i učini ih sretnima. Humor djeluje relaksirajuće, oslobađa od straha, tuge i anksioznosti, omogućuje realniju procjenu situacije u kojoj se osoba nalazi. Osim što može olakšati svakodnevnicu, humor također može biti neprijateljski, odbojan i zajedljiv. U vrijeme stare Grčke humor se smatrao agresivnim, napadačkim i neozbiljnim.

Posljednjih godina objavljena su mnoga istraživanja koja su potvrdila pozitivan utjecaj humora na zdravlje ljudi (1,2). Nekoliko studija pokazuje pozitivnu korelaciju između humora i boljeg nošenja sa stresom (3,4), poboljšanja imuniteta, kardiovaskularne i respiratorne funkcije, smanjenja anksioznosti i depresije.

Bolest i hospitalizacija su stresogene situacije u životu svakog pojedinca, a naročito djeteta. Bol zbog tjelesne bolesti, dijagnostičkih i terapijskih postupaka te neizvjesnost oko ishoda su neugodna stanja koja često rezultiraju osjećajem straha, nepovjerenja, ljutnje, krivnje. Kod manje djece dodatni stresogeni čimbenik je odvajanje od roditelja i bliskih osoba. Humor ima značajnu ulogu u smanjenju tjelesne i emocionalne boli kod bolesnika tijekom boravka u bolnici.

Posljednjih godina intenzivno se radi na humanizaciji boravka bolesnika u bolnicama, naročito djece. Brojne bolnice imaju različite programe za podršku hospitaliziranim pacijentima koji uključuju razne vrste art terapije i terapije igrom za djecu. Terapija smijehom uključuje šalu kako bi se umanjila tjeskoba koja može biti vrlo snažna kod djece i odraslih koji trpe bolove, i prevladali anksioznost i strah od doktora (5). Cilj terapije smijehom je dati podršku i onima koji brinu o pacijentima, medicinskom timu i osoblju. Klaunovi-dokto-

ri su profesionalci posebno educirani za rad u bolničkom okruženju. Oni s djecom izgrađuju siguran, podržavajući i osnažujući odnos, u kojem ima igre, smijeha i mašte (6,7). Glavni zadatak klaunova-doktora je rad s pacijentovim osjećajem, odnosno smanjenje tjeskobe povezane s hospitalizacijom, samom bolešću ili liječenjem. I najvažnije, svi klaunovi-doktori nose crveni nos koji je poznat i kao „najmanja maska na svijetu“ (8).

U radu će biti prikazane novije spoznaje o učinku humora na zdravlje te djelovanje klaunova-doktora.

HUMOR

Humor se smatra složenim konceptom koji sadrži kognitivne, emocionalne, ponašajne, fiziološke i socijalne aspekte (9), a odnosi se i na stabilnu osobinu ličnosti (10).

S evolucijskog stajališta humor je važan za opstanak, kao i druge osobine koje su se selekcijom zadržale. Funkcije smijeha bitne za opstanak uključuju funkciju povezivanja, funkciju mirenja i osnaživanje imuniteta. Različiti aspekti humora, poput pretvaranja negativnog u pozitivno, optimizam i nada učinkovite su strategije suočavanja (11). Humor je povezan s nekoliko strategija za ublažavanje stresnih životnih situacija: distanciranje od stresogena, suočavanje sa stresom (12), kao i brže i lakše rješavanje problema koji su doveli do stresa (13). Pozitivnom procjenom i realističnjim kognitivnim procesiranjem informacija (14), humor dovodi do kognitivno-afektivne promjene i omogućuje pojedincu suočavanje s izazovnom ili zastrašujućom situacijom, a da ga pri tom ne preplave neugodni osjećaji (15). Humor se smatra zrelim obrambenim mehanizmom, jer smanjuje stres dok istodobno ego i realitet ostaju povezani (16).

Tri su glavne teorije koje objašnjavaju ulogu humora: teorija olakšanja za koju je smijeh

tjelesno i psihičko oslobađanje napetosti, *teorija nepodudarnosti* čija je osnovna misao da humor proizlazi iz nepodudarnosti onoga što znamo ili očekujemo s onim što se uistinu dogodi, npr. u vici, i *teorija superiornosti* koja humor vidi kao pokazivanje nadmoći nad drugima. Svaka teorija uzima u obzir ulogu humora u određenim situacijama: za humor olakšanja napetosti to su socijalne situacije, humor nepodudarnosti važan je za zauzimanje nove perspektive, a humor superiornosti za kritiziranje drugih ili povezivanje grupe (11). Doživljaj humora ovisi o određenim kognitivnim sposobnostima kao što su pažnja, radna memorija, mentalna fleksibilnost, verbalno apstraktno mišljenje, ali i o emocionalnom stanju osobe i sposobnosti doživljavanja pozitivnih emocija (17). Kognitivne sposobnosti nužne su za razumijevanje humora, ali nisu nužne za fiziološke učinke smijeha. Drugim riječima, pojedinci će doživjeti slične tjelesne reakcije bez obzira smiju li se zbog oslobađanja napetosti ili zbog uočavanja nesklada (11).

Martin i Doris (18) navode nekoliko vrsta humora:

1. *Smijeh na vlastiti račun* – šala na vlastiti račun i prihvatanje da se drugi ljudi šale na njihov račun. Takvi su ljudi skloni prepoznati vlastite nedostatke te upotrebljavaju humor za suočavanje s tuđim podsmijehom ili kritikom. Nađena je pozitivna korelacija između ove vrste humora i sklonosti razvoju depresije (19), kao i pozitivna korelacija s povišenom razinom srama i nelagode u društvu kod osoba ženskog spola (20). Vrlo često takve će osobe otkriti koliko su nesigurne u nastojanju da ismiju neki svoj nedostatak, pa im zapravo ova vrsta humora služi kao obrambeni mehanizam – ako se prvi našalimo na vlastiti račun to neće moći drugi.
2. *Agresivni humor* - ismijavanje na tuđi račun (napasna duhovitost). Ovom tipu hu-

mora sklone su agresivne osobe s manjkom empatije te često upotrebljavaju cinizam, ironiju i podsmijeh. Pozitivna je korelacija ove vrste humora i osjećaja nelagode u društvu kod osoba muškoga spola, ali ne i kod osoba ženskoga spola (20).

3. *Povezujući humor* – humor koji povezuje i namijenjen je stvaranju osjećaja zajedništva, zbližavanju kao i smanjivanju osjećaja napetosti. Ovaj tip humora povezujemo s otvorenim, dobromanjernim ljudima koji se dobro socijaliziraju i vrlo često imaju ulogu „povezivača“ unutar grupe. Takvi ljudi su manje skloni tuzi, anksioznosti i depresivnim epizodama (19).
4. Humor tipa „*život kroz ružičaste naočale*“ – vrsta humora pomoću koje se ljudi lakše nose sa svakodnevnim životnim izazovima i stresom. Kao i kod povezujućeg humora ovom tipu humora sklone su optimistične osobe koje društvo dobro prihvata. Ovakve osobe često se opisuju kao „veseljake“ i podizatelje morala.

UTJECAJ HUMORA NA ZDRAVLJE I ULOGA HUMORA U MEDICINI

Tjelesna bol je simptom zbog kojeg se bolesnici najčešće obraćaju zdravstvenoj službi. Emocionalnu ili mentalnu bol često zovemo i patnjom. To je stanje duboke žalosti često povezane sa strahom, tjeskobom i ostalim neugodnim emocijama koje se javljaju nakon nekog, za pojedinca, nenadoknadivog i značajnog gubitka. Ova vrsta boli može se pojaviti i kao reakcija na intenzivnu tjelesnu bol, osobito ako je pojedinac percipira kao opasnu za život i zdravlje (21).

Bol je uvijek subjektivna. Svaki pojedinac nauči upotrebljavati tu riječ preko iskustva povezanih s ozljedom u mlađoj dobi. Nema sumnje da se radi o osjećaju u dijelu ili dijelovima organizma, no on je uvijek neugodan i stoga

predstavlja i emocionalan doživljaj. Peyron i sur. (22) smatraju da je doživljaj boli rezultat integracije triju komponenata: osjetne, emocionalno-motivacijske i kognitivno-evaluacijske komponente, iako doživljaj boli može proizvesti i svaki od čimbenika pojedinačno.

Svako bolno podraživanje izaziva popratna neugodna emocionalna stanja, a emocionalna stanja, utječu na percepciju boli. Oko 40 % bolesnika koji boluju od kronične boli, pate i od različitih stupnjeva depresije (23). Bol ne izaziva depresiju kod svih bolesnika. Kod onih bolesnika koji imaju dobre mehanizme suočavanja, koji nastavljaju sa svojim uobičajenim aktivnostima usprkos neugodi i koji nalaze načina kontrolirati svoju bol, rjeđe se pojavljuju i depresija i anksioznost (21). Još je veća povezanost između intenziteta boli i stupnja anksioznosti. Anksioznost, kao stanje zabrinutosti pred nečim što bolesnik prepostavlja da će se dogoditi, kao popratna emocija prati gotovo svaku bol i raste s njenim intenzitetom. Smatra se da opojne droge koje se koriste za smanjenje boli kod nekih bolesnika zapravo više djeluju na smanjenje stupnja tjeskobe i tako indirektno na smanjenje intenziteta boli. Morfij, npr. bolje djeluje na smanjenje boli, ako je bol praćena jakom tjeskobom. Kod bolesnika koji pate od boli, ali u kojih je stupanj tjeskobe manji, djelovanje morfija je slabije (21).

U kliničkoj praksi pokazalo se kako su emocionalna stanja pacijenta povezana s boli, a mogu biti i dobar prediktor razvoja bolesti i brzine oporavka. Najviše je istraživan utjecaj depresije i anksioznosti. Dickens i sur. (24) su u meta-analizi 12 nezavisnih istraživanja potvrdili kako se depresija češće nalazi kod pacijenata s kroničnom boli, nego kod kontrolne skupine, te je u značajnoj korelaciji s procijenjenim intenzitetom boli. Ovaj učinak objašnjava se time što i bol i depresija koriste neke zajedničke neuralne mehanizme, od kojih je najznačajniji utjecaj neurotransmitera serotonina. Tome u prilog idu nalazi McQuay i sur. (25) koji

su pokazali da se nakon 3 mjeseca korištenja antidepresiva smanjila razina doživljene boli i kod pacijenata koji nisu bili depresivni. Za kliničku praksu su značajni nalazi kako se raznim postupcima smanjivanja potištenosti i tjeskobe pacijenata (kao što su informiranja o razvoju bolesti i liječenju, relaksacijske tehnike, distrakcije i dr.) može značajno smanjiti intenzitet postoperacijske boli, a time i ubrzati oporavak bolesnika (26).

U teorijama koje objašnjavaju nastanak doživljaja boli, revolucionaran zaokret u odnosu na dotadašnje teorije boli koje su se koncentrirale ponajprije na ulogu perifernih faktora, napravili su Melzack i Wall 1965. godine (27), postavivši teoriju nadziranog ulaza (*„gate control theory“*) kojom su pretpostavili da su središnji psihološki procesi također značajni za doživljaj boli. Oslanjajući se na teoriju nadziranog ulaza istraživači su raspravljali o tome kako procesi povezani s humorom mogu proizvesti inhibitorne suparničke signale/ulaze u prijenosu signala vezanih za bol (28).

Humor je stoljećima bio poznat kao sredstvo za suzbijanje boli. Još je Aristotel smatrao da humor smanjuje bol. Henri Bergson je 1900. godine govorio da je humor prirodni, spontani odgovor koji odvraća pozornost s bolnog sadržaja. Humor i smijeh lako su dostupni, a prirodno su povezani s pozitivnim emotivnim stanjem.

Mehanizmi kojima humor utječe na zdravlje su upravo pozitivna emocionalna stanja, odnosno smanjenje emocionalne boli. Jer kada se smijemo, ne možemo istodobno osjećati tugu, uznemirenost ili ljutnju - smijeh potiskuje negativne i uznemirujuće emocije (29). Humor tako ima funkciju emocionalne regulacije, što se pozitivno odražava na zdravstveno stanje pojedinca. Kod prisutnosti pozitivnih emocija dolazi do pojačanog otpuštanja endorfina u krvotok, što dovodi do analgetskog učinka. Endorfini blokiraju prijenos živčanih impulsa na putu iz perifernih u središnje živčane struk-

ture čime bitno povećavaju toleranciju na bol, a poznati su i po tome što izazivaju pozitivno raspoloženje i smanjuju napetost, te općenito djeluju na dobrobit organizma (30).

Pozitivne emocije, bez obzira na to kako je do njih došlo, imaju povoljan učinak na zdravlje, jer smanjuju napetost, povećavaju toleranciju na bol (31), poboljšavaju imunitet (32) ili doveđe do izostanaka negativnih kardiovaskularnih učinaka koji mogu nastati zbog negativnih emocija (33). Humor može indirektno povoljno utjecati na zdravlje preko povećanja socijalne mreže pojedinca. Osobe koje se koriste humorom kako bi smanjile sukobe i napetosti u odnosima s drugima i povećale pozitivne osjećaje kod drugih, imaju veći broj kvalitetnih socijalnih odnosa. Za uzvrat, viši stupanj socijalne podrške umanjuje stres i poboljšava zdravlje (34).

Posljednjih nekoliko godina porastao je broj istraživanja učinka humora na zdravstveno stanje ljudi. Humor se u njima pokazuje kao važan moderator u stresnim i bolnim situacijama. Dobar smisao za humor povezan je s opuštanjem mišića, kontrolom boli i nelagode, pozitivnim raspoloženjem i općenito psihološkim zdravljem uključujući i zdravo samopoumanje (14,15).

Neka istraživanja potvrđuju korist humora i smijeha u kardiološkim rehabilitacijama (35), percepciji boli i suočavanju sa stresom (18), modulaciji hormona stresa (3) te poboljšanju imuniteta kod djece i odraslih (2).

Hospitalizacija se smatra vrlo stresnim događajem u životu zbog toga što uzrokuje emocionalnu bol koja može dosegnuti razinu traume, pogotovo kod djece (36). Osjećaj napetosti, uznemirenost i tjeskoba samo su neki od mnogih simptoma koje djeca mogu doživjeti tijekom razdoblja hospitalizacije (37), jer svako odvajanje djeteta od roditelja za njega je zastrašujuće, zabrinjavajuće i tužno (21). Od lazak djeteta u bolnicu još više naglašava ovu neugodnu situaciju jer se uz probleme koji se

javljaju kod odvajanja malog djeteta od roditelja javljaju i dodatni problemi zbog simptoma bolesti, neugodnih dijagnostičkih i terapijskih postupaka i nelagode bolničke okoline. Posljedice hospitalizacije znatno su teže ako je dijete duže vrijeme odvojeno od majke.

Hospitalizam je opći pojam za sve specifične psihološke i tjelesne poremećaje uzrokovane dugotrajnim boravkom u bolnici ili drugoj ustanovi. Mogu se javiti simptomi kao što su pomanjkanje apetita, gubitak tjelesne težine ili izostanak očekivanog porasta tjelesne težine, poremećaj spavanja, noćne more, apatija, psihomotorna usporenost, nezainteresiranost te drugi simptomi tipični za stanje depresije. Ono što je pri tome bitno jest činjenica da se mnoge od ovih posljedica javljaju tek nakon izlaska djeteta iz bolnice. Zbog toga, nažalost, mnogi zdravstveni djelatnici nisu ni svjesni mogućeg utjecaja hospitalizacije na mentalno zdravlje djece (21). Čak i kratke pedijatrijske hospitalizacije mogu imati negativne posljedice na emocionalni, ponašajni i spoznajni razvoj djeteta (38).

Djeca u bolnici 50 % do 80 % „budnih“ sati provode bez ikakvih aktivnosti (21). Komunikacija djeteta s medicinskim sestrama, a pogotovo s liječnicima, često je oskudna. Posljednjih godina puno se radi na humanizaciji boravka djeteta u bolnici. Aktivnosti obuhvaćaju uređivanje bolničkih prostora kako bi bile ugodne za djecu i zadovoljavale njihove potrebe, ali i edukaciju osoblja i roditelja o emocionalnim potrebama i poteškoćama djece tijekom hospitalizacije, te utjecaju na mentalno zdravlje i razvoj djeteta. Posebna pozornost se obraća edukaciji o načinima zadovoljavanja emocionalnih potreba djeteta u bolnici (važnost pripreme djeteta za boravak u bolnici, posjeta i boravka roditelja uz dijete u bolnici, dobre komunikacije s djetetom, igre u bolnici i sl.) (21).

Neke su bolnice s vremenom razvile različite programe za podršku hospitaliziranim pacijentima. Ti programi uključuju razne vrste

art terapije i terapije igrom za djecu. Danas u mnogim bolnicama postoje police sa stripovima i sobe s DVD uređajem na kojem se puštaju komedije. Mlađa djeca dobro reagiraju na jednostavne interakcije kao što su škakljanje, igranje „ku-kuc“ i dobivanje malih igračaka. Starija djeca vole viceve, zagonetke i jednostavan humor poput nespretnosti, krivih izgovaranja, zabuna i sl. Terapija smijehom uključuje šalu kako bi se umanjila tjeskoba koja može biti vrlo snažna kod djece i odraslih koji trpe bolove, i prevladali anksioznost i strah od doktora (2). Cilj terapije smijehom je dati podršku i onima koji brinu o pacijentima, medicinskom timu i osoblju. Jedinstveni oblik humora s ciljem poboljšanja zdravlja kod ljudi u bolničkom okruženju je rad klaunova-doktora.

KLAUNOVI-DOKTORI

Djeca se, na sreću, lako nasmiju. Istraživanje je pokazalo da se djeca obično nasmiju oko 400 puta u danu, dok odrasli samo 15 puta (39). Gdje je nestalo ostalih 385? Odrastanjem gubimo spontanost koja je karakteristika djece. I ne samo to, iako je već i smijanje 15 puta na dan mali broj, u bolnicama ta brojka može pasti na nulu.

Smijeh kao odgovor na određeni humoristični poticaj prirodna je pojava, a uvođenje smiješnih podražaja ne zahtijeva ni puno vremena niti iziskuje velika finansijska ulaganja. Klaunovi-doktori koriste klaunovske tehnike razvijene u svijetu cirkusa u kontekstu bolnice s ciljem poboljšanja psihofizičkog stanja bolesnika (40). Klaunovi su vjerojatno radili u bolnicama još od doba Hipokrata, jer su liječnici tog vremena smatrali kako dobro raspoloženje pozitivno utječe na proces ozdravljenja. Međutim, prisutnost profesionalnih klaunova u bolnici datira tek unatrag 30-ak godina (41). Klaunovi-doktori pružaju psihosocijalnu podršku bolesnima, nemoćnim i zaboravljenima, ponajprije djeci na liječenju u bolnici. Klauno-

vi-doktori su visoko kvalificirani profesionalni izvođači koji su prošli audiciju i trening za rad s osjetljivim populacijama - ublažavaju patnju i olakšavaju proces oporavka pomoći humora i životne radosti kao terapijskog sredstva. Sama pojava klauna, čovjeka u šarenoj odjeći, prevelikim cipelama i nataknutim crvenim nosom, najavljuje vladavinu smijeha, neozbiljnosti, pomicanja svih granica i rušenja uobičajenih pravila. Njegov je zadatak povezujući tehnike klaunova sa znanjima o psihološkim faktorima vezanima uz bolest raditi na promjeni osjećaja pacijenta i članova obitelji (41). U praksi se posebno usredotočuje na „zdrave dijelove“ pacijenta kako bi se utjecalo na „zahvaćene dijelove“ i ubrzalo proces oporavka (40).

CRVENI NOSOVI – klaunovi-doktori svoj rad temelje na 20-godišnjem iskustvu Međunarodne organizacije *RED NOSES Clowndoctors International* te trenutno u Hrvatskoj provode četiri programa.

Dječji program. Dijete u bolnici nalazi se u iznimno teškom položaju s obzirom na bolest i fizičke teškoće koje dolaze s time, a dodatno i zbog bolničkog okruženja koje kod djeteta može izazvati strah, nepovjerenje, nemoć te potrebu za blizinom poznate osobe i aktivnostima koje će mu zaokupiti pažnju i probuditi maštu.

Dvočlani timovi klaunova-doktora redovno posjećuju djecu u bolnicama. Klaunovi idu od jednog bolesničkog kreveta do drugog, prilagođavaju se potrebama svakog pojedinačnog djeteta, uzimajući u obzir njihovo psihičko i fizičko stanje. Kako je igra najbolji način komunikacije s djetetom, posebice u stresnim situacijama, klaunovi-doktori unose u bolničko okruženje novi način komunikacije s bolesnom djecom, pokušavajući im otkloniti pažnju od bolesti i straha, donoseći im svijet igre, smijeha i radosti. Na granici između stvarnosti i mašte otvaraju se nove kreativne mogućnosti za djecu pacijente. Kada djeca imaju priliku igrati se i iskušavati svoje mogućnosti umjesto da im je pažnja usmjerena

na trenutna ograničenja uzrokovana bolešću, mogu ponovno steći povjerenje u vlastite sposobnosti, što rezultira povećanjem samopouzdanja i daje nadu da će se njihovo zdravstveno stanje poboljšati. Zanimljiv je i aspekt uloga koje se uspostavljuju u odnosu između klauna i djeteta: dijete je ono koje je vrlo pametno i mudro, a klaun je „nespretan i glup“. Mlađa djeca pokazuju izrazito zadovoljstvo u situaciji kada se susreću s klaunom koji sve radi krivo i naopako, ali istodobno to žele popraviti i zato su mu potrebni djetetov mudar savjet i pomoć. Ova vrsta scenarija snažno utječe na rast djetetovog samopoštovanja i samopouzdanja, što se ujedno pozitivno reflektira na njegovu percepciju bolesti i cjelokupnog stanja.

Intervencije klaunova-doktora nisu obvezne, niti ih se nameće. Djeca i odrasli uvijek mogu izabrati žele li društvo klaunova-doktora ili ne. Ta je mogućnost djeci jako važna, jer im daje priliku donijeti odluku u okruženju u kojem drugi donose odluke za sve ostalo umjesto njih. Djeca obično aktivno sudjeluju u igrama klaunova-doktora, kao na primjer u razrješavanju malih nesporazuma ili izvođenju zabavnih trikova. Dijete ima osjećaj da je njegova pomoć nužno potrebna klaunu, što u osnovi i jest istina. To jača osjećaj povjerenja i samopoštovanja kod djeteta zbog čega je spremnije na suradnju s drugima, a potiče se i djetetov osobni rast (40).

Program za starije i nemoćne osobe. Klaunovi-doktori posjećuju osobe treće životne dobi na stacionarnoj njezi (odjel pojačane njege za teško pokretne i nepokretne korisnike) u domovima za starije i nemoćne u Zagrebu, Rijeci i Osijeku od 2013. godine. Starije osobe na stacionarnoj njezi često imaju ograničene mogućnosti opažanja, komunikacije i kretanja. Klaunovi-doktori kod starijih osoba bude ugodna sjećanja i grade mostove prema svijetu mladosti. Uz pomoć humora klaunovi-doktori razbijaju dnevnu rutinu starijim osobama i pružaju im mogućnost da se ponovno aktivno uključe u život igrom i smijehom.

Program za krizne situacije. Klaunovi-doktori posjećivali su djecu i odrasle u školama i drugim ustanovama nakon razornih poplava na istoku Hrvatske i u Bosni i Hercegovini 2014. godine. Klaunovi su svojom veselom umjetničkom izvedbom donijeli osmijeh na lica ljudi koji su u poplavama izgubili svoje domove. Pokušali su im vratili nadu kako bi lakše prebrodili teške trenutke u kojima se nalaze i trgnuli se iz stanja beznađa.

CIRKUS PACIJENTUS je radionica cirkuskih vještina za djecu na dugotrajnom liječenju. Klaunovi-doktori su do sada proveli sedam takvih radionica u trajanju od tjedan dana i to u Psihijatrijskoj bolnici za djecu i mladež, Zagreb, KBC Zagreb, KBC Rijeka, KBC Osijek, KBC Split, a planira se i nastavak u 2016. godini u Klinici za dječje bolesti Zagreb i KBC Sestre milosrdnice. Djeca uče razne trikove, bolnički odjel pretvara se u pozornicu na kojoj je sve moguće: žongliranje lopticama i čunjevima, vrtnja tanjura, mađioničarski trikovi i pjesme. Dijete više nema pasivnu ulogu u bolnici, ono postaje aktivno. Završna predstava i pljesak roditelja i medicinskog osoblja jačaju samopouzdanje djece te osjećaj uspjeha i ponosa. Konačni cilj poticanja interesa za cirkuskom umjetnošću jest pobuđivanje želje za životom što je ključan dio liječenja i oporavka.

CRVENI NOSOVI u Europi i Hrvatskoj razvijaju i specijalizirane programe za specifične populacije pacijenata. Uskoro počinju s implementacijom programa *Skype s Klaunom* na hemato-onkološkim odjelima. Putem suvremenе tehnologije klaunovi-doktori će moći doprijeti i do najvulnerabilnijih pacijenata koji zbog osjetljivosti općeg zdravstvenog stanja mogu ostvarivati minimalne socijalne kontakte s okolinom. Djeca će u kasno-popodnevno vrijeme, kada su aktivnosti u bolnici smanjene i kada nastupa vrijeme pojačane tjeskobe uzrokovane dugim boravcima u bolnici, imati mogućnost ostvariti kontinuiran kontakt s klaunom-doktorom putem *skypea*.

REZULTATI ISTRAŽIVANJA UČINKOVITOSTI KLAUNOVA-DOKTORA

Tijekom posljednjih godina brojna istraživanja učinaka intervencija klaunova-doktora našla su kako oni mogu ublažiti neke negativne utjecaje hospitalizacije i pozitivno utjecati na iskustva bolesne djece i njihovih roditelja (14,43). Istraživanja koja su proučavala specifične skupine djece pokazala su pozitivan utjecaj intervencija klaunova doktora na djecu s poteškoćama (43), djecu s bolestima respiratornog sustava (44), djecu u prijeoperacijskom razdoblju (45) i onu koja su primala anesteziju (46).

Dvije pokušne studije (47,48) ispitivale su učinkovitost klaunova-doktora u ulozi distraktora tijekom srčane kateterizacije i invazivnog postupka na pedijatrijskom onkološkom odjelu. Rezultati su pokazali da su sama djeca i roditelji izvještavali o manjoj uznemirenosti kada je klaun bio prisutan tijekom srčane kateterizacije. Liječnici su potvrdili značajno smanjenje patnje djece, pozitivne promjene u ponašanju i raspoloženju zdravstvenih djelatnika te kako je postupak bilo značajno lakše provesti uz klaunove nego bez njih. Randomizirano kontrolirano istraživanje u Italiji ispitivalo je utjecaj prisutnosti klauna na prijeoperacijsku anksioznost djeteta i roditelja kod primjene anestezije (46). Skupina s klaunom imala je statistički značajno manju razinu anksioznosti nego skupina bez klauna.

U nedavnom istraživanju koje je ispitivalo utjecaj klaunova-doktora na psihološku nelagodu seksualno zlostavljanih maloljetnika tijekom anogenitalnog pregleda (49) nađeno je da su djeca koja su bila u društvu klauna pokazala manje straha, izvještavala o nižoj razini boli i imala manji broj nametajućih misli.

Medicinske sestre pozitivno su reagirale na klaunove u dječjim bolnicama (50) izvještavajući o smanjenju negativnog raspoloženja i utjecaju na njihovu komunikaciju i igru s dje-

tetom. U sličnom istraživanju 76 % liječnika smatralo je da su klaunovi dio zdravstvenog osoblja, 88 % da su u bolnici kako bi zaigrali djecu, a čak 93 % osoblja smatralo je kako je učinak klaunova koristan za bolnicu (51). Od roditelja, 80 % je uživalo u posjetu klauna vjerujući da to isto doživljavaju i njihova djeca, a 94 % je zapazilo da je njihovo dijete sretnije nakon posjete klauna.

ZAKLJUČAK

Posljednjih desetljeća na humor se počelo gledati kao na važnu sastavnicu mentalnog i tjelesnog zdravlja, a ne samo kao na socijalno poželjnju osobinu ličnosti. Postojeća literatura i istraživanja o humoru kao načinu nošenja sa stresom i ublažavanja boli potvrđuju pozitivne učinke humora i na tjelesnom i na emocionalnom planu.

Poseban oblik primjene humora u bolničkom okruženju je rad klaunova-doktora. Klaunovi-doktori donose smijeh i životnu radost u problematične i teške situacije s kojima se bolesni, nemoćni i zaboravljeni, ponajprije djeca na liječenju u bolnici suočavaju.

Smijeh ostvaruje pozitivan utjecaj na stanje pacijenta djelujući na četiri različite razine: *fiziološka razina* – smijeh stimulira imuno-loški odgovor organizma zbog smanjenja razine hormona stresa kortizola i oslobođanja hormona endorfina, *emocionalna razina* – pomoću smijeha negativne emocije zamjenjuju se pozitivnima, *kognitivna razina* – klaunov performans odvlači pažnju pacijenta s njegove trenutne situacije i probudi maštu, *socijalna razina* – smijehom se stvara veza između djece i klaunova te se ujedno stimulira daljnja socijalna interakcija bolesne djece. Zbog toga humor može biti jednostavno, jeftino i prirodno terapijsko sredstvo koje se može koristiti u različitim terapijskim okruženjima.

LITERATURA

1. Provine RR. Laughter: A Scientific Evaluation. New York: Viking, 2000.
2. Berk LS, Felten DL, Tan SA i sur. Modulation of neuroimmune parameters during the eustress of humor-associated mirthful laughter. *Altern Ther Health Med* 2001; 7: 62-76.
3. Kuiper NA. Humor and resiliency: Towards a process model of coping and growth – *Eur J Psychol* 2012; 8: 475-91.
4. Lefcourt HM, Davidson K, Shepherd R, Phillips M, Prkachin K, Mills DE. Perspective-taking humor: Accounting for stress moderation. *J Soc Clin Psychol* 1995; 14: 373-91.
5. Bennett HJ. Using humor in the office setting: A pediatric perspective. *J Fam Pract* 1996; 42: 462-4.
6. Koller D, Gryski C. The life threatened child and the life enhancing clown: Towards a model of therapeutic clowning. *Evid Based Complement Alternat Med* 2008; 5: 17-35.
7. Ford K, Tesch L, Carter B. Fundamentally important: Humour and fun as caring and practice. *J Child Health Care* 2011; 15: 247-9.
8. Farneti A. La maschera più piccola del mondo. Aspetti psicologici della clownerie. Bologna: Alberto Perdisa, 2004.
9. Martin RA. Humor. U: Kazdin AE, ur. Encyclopedia of psychology, vol 4. American Psychological Association, Washington. New York: Oxford University Press, 2000.
10. Ruch W. The sense of humor: explorations of a personality characteristic. New York: Mouton de Gruyter, 1998.
11. Wilkins J, Eisenbraun AJ. Humor Theories and the Physiological Benefits of Laughter. *Holist Nurs Pract* 2009; 23: 349-54.
12. Kuiper NA, Martin RA. Humor and self-concept. *Humor* 1993; 6: 251-70.
13. Abel, MH. Humor, stress, and coping strategies. *Humor* 2002; 15: 365-81.
14. Kuiper N, Martin R. Laughter and stress in daily life: relation to positive and negative affect. *Motiv Emot* 1998; 22: 133-53.
15. Martin RA, Kuiper NA, Olinger LJ, Dance KA. Humor, coping with stress, self-concept, and psychological well-being. *Humor* 1993; 6: 89-104.
16. Steiner H, Araujo KB, Koopman C. The response evaluation measure (REM-71): a new instrument for the measurement of defenses in adults and adolescents. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 467-73.
17. Wild, B, Rodden FA, Grodd W, Ruch W. Neural correlates of laughter and humour. *Brain* 2003; 126: 2121-38.
18. Martin RA, Doris-Puhlik P, Larsen G, Gray J, Weir K. Individual differences in uses of humor and their relation to psychological well-being: Development of the Humor Styles Questionnaire. *J Res Pers* 2003; 37: 48-75.
19. Frewen PA, Brinker J, Martin RA, Dozois DJA. Humor styles and personality vulnerability to depression. *Humor* 2008; 21: 179-95.
20. Hamps WP. Humor and shyness: The relation between humor styles and shyness. *Humor* 2006; 19: 179-87.
21. Havelka M. Zdravstvena psihologija. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 1995.
22. Peyron R, Garcia-Larrea L, Gregoire MC i sur. Haemodynamic brain responses to acute pain in humans. Sensory and attentional networks. *Brain* 1999; 122: 1765-80.
23. Romano J, Turner J. Chronic pain and depression: does the evidence support a relationship? *Psychol Bull* 1985; 97: 18-34.
24. Dickens CI, McGowan L, Clark-Carter D, Creed F. Depression in rheumatoid arthritis: a systematic review of the literature with meta-analysis. *Psychosom Med* 2002; 64: 52-60.
25. McQuay HJ, Tramèr M, Nye BA, Carroll D, Wiffen PJ, Moore RA. A systematic review of antidepressants in neuropathic pain. *Pain* 1996; 68: 217-27.
26. Skevington SM, White A. Is laughter the best medicine? *Psychol Health* 1998; 13: 157-69.
27. Melzack R, Wall PD. Pain mechanisms: a new theory. *Science* 1965; 150: 971-9.
28. Nevo O, Keinan G, Teshimovsky-Arditi M. Humor and pain tolerance. *Humor* 1993; 6: 71-88.
29. Dowling JS, James AF. A multidimensional sense of humor scale for school-aged children: Issues of reliability and validity. *J Pediatr Nurs* 1999; 14: 38-43.
30. Wall PD, Melzack R, ur. Textbook of pain, 3rd edition. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1994.
31. Bruehl S, Carlson CR, McCubbin JA. Two brief interventions for acute pain. *Pain* 1993; 54: 29-36.
32. Stone AA, Neale JM, Cox DS, Napoli A, Valdimarsdottir H, Kennedy ME. Daily events are associated with a secretory immune response to an oral antigen in men. *Health Psychol* 1994; 13: 440-6.
33. Fredrickson BL. What good are positive emotions? *Rev Gen Psychol* 1998; 2: 300-19.
34. Zhao J, Wang Y, Kong F. Exploring the mediation effect of social support and self-esteem on the relationship between humor style and life satisfaction in Chinese college students. *Pers Indiv Differ* 2014; 64: 116-30.
35. Tan SA, Tan LG, Berk LS, Lukman ST, Lukman LF. Mirthful laughter an effective adjunct in cardiac rehabilitation. *Can J Cardiol* 1997; 13: 190-214.
36. Golden L, Pagala M, Sukhavasi S. Giving toys to children reduces their anxiety about receiving premedication for surgery. *Anesth Analg* 2006; 102: 1070-2.
37. Kain ZN, Mayes LC, Weisman SJ, Hofstadter MB. Social adaptability, cognitive abilities, and other predictors for children's reactions to surgery. *J Clin Anesth* 2000; 12: 549-54.
38. Vagnoli L, Bastiani C, Turchi F, Caprilli S, Messeri A. Preoperative anxiety in pediatrics: Is clown's intervention effective to alleviate children discomfort? *Algia Hospital* 2007; 2: 114-19.
39. Hassett J, Houlihan J. Different Jokes for Different Folks. *Psychol Today* 1979; 12: 64-71.
40. Dionigi A, Gremigni P. Psicologia dell'umorismo. Roma: Carocci, 2010.
41. Dionigi A, Flangini R, Gremigni P. Clowns in hospital. U: Gremigni P, ur. Humor and Health Promotion. New York: Nova Science Publishers,, 2012.

42. Battrick C, Glasper EA, Prudhoe G, Weaver K. Clown humour: the perceptions of doctors, nurses, parents and children. *J Children's Young People's Nurs* 2007; 1: 174-9.
43. Kingsnorth S, Blain S, McKeever P. Physiological responses of disabled children to therapeutic clowns: A pilot study. *Evid Based Complement Alternat Med* 2011; 2011:732394.
44. Bertini M, Isola E, Paolone G, Curcio G. Clowns benefit children hospitalized for respiratory pathologies. *Evid Based Complement Alternat Med* 2011; 2011: 879125.
45. Golan G, Tighe P, Dobija N, Perel A, Keidan I. Clowns for the prevention of preoperative anxiety in children: A randomized controlled trial. *Pediatr Anesth* 2009; 19: 262-66.
46. Vagnoli L, Caprilli S, Robiglio A, Messeri A. Clown doctors as a treatment for preoperative anxiety in children: A randomized, prospective study. *Pediatrics* 2005; 116: 563-7.
47. Slater J, Gorfinkle K, Bagiella E, Tager F, Labinsky E. Child Behavioral Distress During Invasive Oncologic Procedures and Cardiac Catheterization with the Big Apple Circus Clown Care Unit. Columbia University, NY: Rosenthal Center for Complementary and Alternative Medicine, 1998.
48. Smerling AJ, Skolnick E, Bagiella E, Rose C, Labinsky E, Tager F. Perioperative clown therapy for pediatric patients. *Anesth Analg* 1999; 88: 243-56.
49. Tener D, Lang N, Ofir S, Lev-Wiesel R. The Use of Medical Clowns as a Psychological Distress Buffer during Anogenital Examination of Sexually Abused Children. *J Loss Trauma* 2011; 17: 12-22.
50. Blain S, Kingsnorth S, Stephens L, McKeever P. Determining the effects of therapeutic clowning on nurses in a children's rehabilitation hospital. *Arts and Health: Int J Res Policy Pract* 2012; 4: 26-38.
51. Koller D, Gryski C. The life threatened child and the life enhancing clown: Towards a model of therapeutic clowning. *Evid Based Complement Alternat Med* 2008; 5: 17-35.

Mogućnost razlikovanja kategorija psihičkih poremećaja i poremećaja ponašanja na različitim testovima kognitivnih sposobnosti, upitnicima ličnosti i projektivnim tehnikama

/ The possibility of distinguishing categories of mental and behavioral disorders in various tests of cognitive ability, personality questionnaires, and projective techniques

Ana Pavelić Tremac, Renata Sviben, Dražen Kovačević¹, Nataša Jokić-Begić²

Neuropsihijatrijska bolnica „Dr. Ivan Barbot“, Popovača, ¹Sveučilišni studijski centar forenzičnih znanosti, Split i ²Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet, Odsjek za psihologiju, Zagreb, Hrvatska

Dr. Ivan Barbot Neuropsychiatric Hospital, Popovača, ¹University Study Center for Forensic Sciences, Split and ²University of Zagreb, Faculty of Humanities and Social Sciences, Department of Psychology, Zagreb, Croatia

Jedan od ciljeva kliničke procjene je diferencijalno-dijagnostička kategorizacija bolesti i poremećaja te je važno znati koliko psihološki mjerni instrumenti mogu pomoći u razlikovanju različitih dijagnostičkih skupina. Cilj i svrha ovog istraživanja je utvrditi diferencijalno dijagnostičku vrijednost baterije psiholoških mjernih instrumenata, odnosno ispitati mogućnost razlikovanja kategorija psihičkih poremećaja i poremećaja ponašanja na testu kognitivnih sposobnosti (WB II), upitniku ličnosti (MMPI-201) i projektivnoj tehničici (WTZ). Podatci su prikupljeni na pacijentima Neuropsihijatrijske bolnice „Dr. Ivan Barbot“ u Popovači u razdoblju od kolovoza 2009. godine do 2014. godine. Pacijenti su bili upućeni na psihološku procjenu tijekom bolničkog ili ambulantnog liječenja. Analizirani su odgovori 794 pacijenata s različitim psihičkim poremećajima i poremećajima ponašanja. Rezultati pokazuju kako se različite kategorije psihičkih poremećaja i poremećaja ponašanja razlikuju u testovnim postignućima i izraženosti simptoma. Radom se potvrdila potreba za uključivanjem sveobuhvatne baterije psiholoških mjernih instrumenata u kliničku procjenu, jer se jedino kombinacijom rezultata dobivenih na različitim tehnikama mogu dobiti rezultati koji će povećati valjanost diferencijalno-dijagnostičkog procesa.

One of the goals of clinical evaluation is a differential-diagnostic classification of diseases and disorders; it is important to know how helpful psychological instruments can be in distinguishing between the different diagnostic groups. The aim and purpose of this study was to determine the differential-diagnostic value of a battery of psychological instruments, and explore the possibility of distinguishing categories of mental and behavioral disorders through cognitive tests (WB II), personality inventory (MMPI-201), and projective techniques (WTZ). Data were collected on patients from the Dr. Ivan Barbot Neuropsychiatric Hospital in the period from August, 2009 until 2014. Patients were referred for psychological assessment during hospitalization or outpatient treatment. We analyzed the answers of 794 patients with various mental and behavioral disorders. The results show how the different categories of mental and behavioral disorders vary with the test scores and severity of symptoms. Our study confirms the need for the inclusion of a comprehensive battery of psychological measuring instruments in the clinical assessment; it is only by combining the results obtained by different techniques that we can get results that will increase the validity of the differential-diagnostic process.

ADRESA ZA DOPISIVANJE:

Ana Pavelić Tremac, prof. psihol.
Neuropsihijatrijska bolnica „Dr. Ivan
Barbot“
Jelengradská 1
44 317 Popovača, Hrvatska
ana.pavelic-tremac@npbp.hr

KLJUČNE RIJEČI / KEY WORDS:

psihički poremećaji / *mental disorders*
poremećaji ponašanja / *behavioral disorders*
diferencijalno-dijagnostička kategorizacija /
differential-diagnostic categorization
psihologički mjerni instrumenti / *psychological
instruments*

33

UVOD

Psihologičko procjenjivanje se odnosi na proces prikupljanja informacija o osobama koje će biti korištene kao osnova za donošenje dobro utemeljenih odluka procjenjivača ili drugih osoba kojima će rezultati biti priopćeni (1). Proces procjenjivanja započinje intervjonom i nastavlja se odabirom i uporabom psihologičkih testova te uključuje kliničara koji uzima u obzir raznovrsne testovne rezultate dobivene iz različitih izvora i razmatra ih u kontekstu klijentove prošlosti, prikupljenih informacija i opaženog ponašanja kako bi shvatio i opisao osobu koju procjenjuje (2). Psihologička procjena ima tri glavna cilja. Prvi cilj je dijagnostička klasifikacija, odnosno klinička procjena u svrhu dijagnosticiranja mentalnih poremećaja. Točna dijagnostička klasifikacija je neophodna za mjerodavne odluke o načinu liječenja, za istraživanje uzroka psihičkih poremećaja, te za klasifikaciju psihičkih poremećaja koja kliničarima omogućava učinkovitu međusobnu komunikaciju. Drugi cilj uključuje opis osobe iz kojeg bi proizašlo njeno potpuno i detaljnije razumijevanje. Konačno, treći cilj procjenjivanja je predviđanje ili prognoza budućeg ponašanja, kako u uobičajenim životnim situacijama, tako i u uvjetima pojačanih zahtjeva na pojedinca (1).

Za razliku od procjenjivanja, psihologičko testiranje uključuje primjenu psihologičkog testa kao standardiziranog postupka s pomo-

ću kojeg se izaziva neka određena aktivnost, a onda se učinak te aktivnosti mjeri i vrednuje tako da se individualni rezultat usporedi s rezultatima koji su dobiveni kod drugih individuuma u jednakoj situaciji (3). Međutim, specifičnost kliničke psihologije je u njenom idiografskom pristupu. Značenje rezultata dobivenog testiranjem mora se promatrati kroz prizmu svih relevantnih informacija o osobi, stoga, određeni rezultat može imati vrlo različito značenje. Ni na jedno kliničko pitanje ne može se odgovoriti isključivo testovnim rezultatom, jer različita stanja mogu dovesti do identičnog rezultata na određenom testu. Klinički psiholozi u pravilu provode kliničku procjenu, a ne isključivo testiranje kako bi došli do što točnjeg značenja dobivenog rezultata.

Procjenjivanje se koristi u svrhu opisa funkcionaliranja osobe i uključuje prikupljanje informacija o kognitivnom funkcioniranju, ličnosti i neuropsihologičkim karakteristikama, težinu poteškoća i kapacitet za samostalan život; potvrđivanja, odbacivanja ili modificiranja utilsaka formiranih od strane drugih stručnjaka (psihiyatara, psihologa i ostalih stručnjaka za mentalno zdravlje); prepoznavanja potrebe za terapijom, razotkrivanja poteškoća koje bi se mogle javiti u tretmanu, davanje preporuka za intervencije i prognoziranja ishoda; kao pomoć pri diferencijalnoj dijagnostici; za praćenje tretmana i procjenu uspjeha intervencija ili identificiranje novih problema (2). Za prikupljanje navedenih informacija i provjeravanje diferen-

cijalno dijagnostičkih hipoteza, psiholog koristi baterije psihologičkih mjernih instrumenata. Međutim, baterije za procjenjivanje ponekad rezultiraju konfliktnim i kontradiktornim testovnim rezultatima koje psiholog zajedno s prikupljenim informacijama i opaženim poнаšanjima mora uzeti u obzir kako bi opisao klijenta sintetizirajući sve podatke. Korištenje samo jedne metode (npr. intervju ili opažanje osobe), kako bi se prikupili podaci o osobi, može dovesti do nepotpunog ili pristranog shvaćanja funkciranja osobe, koje kliničara onda vodi do upitnih dijagnostičkih odluka i odluka povezanih s tretmanom (2).

Praksa pojedinih kliničara uključuje uporabu standardne baterije psihologičkih tehnika. U Neuropsihologičkoj bolnici „Dr. Ivan Barbot“ psiholozi koriste standardnu bateriju psihodijagnostičkih instrumenata koja se nadopunjuje drugim testovima ovisno o cilju procjene. Iako postoje novije verzije testova, u ovom istraživanju smo koristili starije verzije testova koje su bile podvrgnute brojnim postupcima validacije. Pri konstrukciji i validaciji tih istih psihodijagnostičkih instrumenata, psiholozi i istraživači se vode smjernicama i kategorijama psihičkih poremećaja i poremećaja u poнаšanju kako ih definira Dijagnostički i statistički priručnik. Međutim, u praksi bolničkog okruženja psiholozi se vode pravilima i smjernicama onako kako ih definira Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema – Deseta revizija (MKB-10). Stoga smo u ovom radu htjeli provjeriti diferencijalno dijagnostičku vrijednost baterije testova prema pravilima i smjernicama MKB – 10 (4).

Cilj i svrha ovog istraživanja je utvrditi diferencijalno dijagnostičku vrijednost baterije psihologičkih mjernih instrumenata, točnije, ispitati mogućnost razlikovanja kategorija psihičkih poremećaja i poremećaja poнаšanja na testu kognitivnih sposobnosti (WB II), upitniku ličnosti (MMPI-201) i projektivnoj tehniči (WTZ).

METODA

Sudionici

U istraživanju su analizirani odgovori 794 pacijenta Neuropsihijatrijske bolnice „Dr. Ivan Barbot“ u razdoblju od kolovoza 2009. do 2014. godine. Pacijenti su bili upućeni na psihologiju procjenu tijekom bolničkog ili ambulantnog liječenja. Analizirani su odgovori pacijenata s različitim psihičkim poremećajima i poremećajima poнаšanja. U analizu su uključeni oni pacijenti koji su zadovoljili sljedeće kriterije: pripadnost jednoj od sljedećih kategorija iz MKB-10: F20-29 (shizofrenija, shizotipni i sumanuti poremećaji), F30-39 (poremećaji afekta), F40-48 (neurotski, vezani uz stres i somatoformni poremećaji), te F60-69 (poremećaji ličnosti i poнаšanja odraslih). Broj sudionika u svakoj kategoriji poremećaja je podjednak. Većina sudionika (56 %) imala je komorbiditet s drugim psihijatrijskim stanjima, zlouporabom alkohola ili psihoaktivnih tvari. Od ukupno 794 pacijenta, 237 ih je u trenutku psihologische obrade ambulantno liječeno, a 557 bolnički. Prosječna dob (\pm standardna devijacija, SD) sudionika je $44,89 \pm 11,79$ godina, a većinu uzorka (86,3 %) čine muškarci. Svaki pacijent je prošao psihijatrijski pregled nakon kojeg je upućen na psihologiju procjenu koja je uključivala klinički intervju i psihologisko testiranje. Tijekom psihologische procjene korištena je baterija psihodijagnostičkih instrumenata koji su bili individualno prilagođeni pacijentu, ali baterija je uvijek uključivala Wechslerov test za odrasle i omladinu namijenjen procjeni kognitivnog funkcioniranja (5), Minnesota Multifazni Personalni Inventar verzija 201 namijenjen procjeni psihopatoloških simptoma (6) i projektivnu tehniku Wartegg test crtež (7).

Psihodijagnostički instrumenti

Wechslerov test inteligencije za odrasle i mlađe (WB II) je konstruirao David Wechsler 1960. godine, a najčešće je korišten individualni test za procjenu kognitivnih sposobnosti. Sastoji se

od dvije ljestvice, verbalne i neverbalne, te 11 podtestova. Verbalnu ljestvicu čine podtestovi: Poučenost, Shvaćanje, Pamćenje, Računanje, Zajednički pojmovi i Rječnik. Neverbalnu ljestvicu čine podtestovi: Razvrstavanje slika (Strip), Dopunjavanje slika, Sastavljanje kocki, Sastavljanje predmeta i Šifriranje. Sa WB II utvrđujemo razinu opće inteligencije, strukturu (profil) mentalnih sposobnosti, unutrašnji odnos između ostvarenja i mentalnih kapaciteta, način misaonog rješavanja problema, te razinu apstraktnog mišljenja. Odgovori ispitanika se ocjenjuju prema standardnom kluču, a rezultat se izražava za svaki podtest posebno u standardiziranim vrijednostima, a na osnovi njih se računa verbalni IQ, neverbalni IQ i ukupni IQ (usklađen s dobним normama).

Minesota Multifazni Personalni Inventar verzija 201 (MMPI-201) je varijanta MMPI standardizirana za populaciju bivše Jugoslavije (6). Sastojeći se od 201 tvrdnje, koje se procjenjuju s „točno“ ili „netočno“. Tvrđnje su grupirane u 11 ljestvica, a odgovori mogu biti indikativni za jednu ili više njih. Test sadrži i tri ljestvice valjanosti – L, F i K koje mjere prikladnost i spremnost sudionika na ovaj tip testiranja. Ljestvica L odražava sudionikovu rigidnost ili naivnost prilikom odgovaranja; ljestvica F odražava konfuzno mišljenje, manjak razumijevanja testovnog materijala ili prenaglašavanje postojećih simptoma; a ljestvica K otkriva potiskivanje, odnosno obranu od ekspresije patologije. Kliničke ljestvice su: Hs (hipohondrijaza) – abnormalna zabrinutost za tjelesne funkcije; D (depresija) – depresivni simptomi; Hy (histerija) – konverzivni simptomi; Pd (psihopatske devijacije) – nezrelost, impulzivnost i asocijalno ponašanje; Pa (paranoidnost) – senzitivnost, hostilnost; Pt (psihastenija) – anksioznost i opsativno mišljenje; Sc (shizofrenija) – konfuzno i bizarno mišljenje i Ma (hipomanija) – euforija i hiperaktivnost. Interpretacija rezultata se temelji na konfiguraciji profila, jer su ljestvice psihometrijski, ali i fenomenološki međusobno povezane. Pri interpretaciji se koriste samo one ljestvice koje imaju $T \geq 70$.

Wartegg test crteža (WTZ) je projektivna tehnika čiji je predmet mjerena ličnost u najširem smislu riječi. Kao i za ostale projektivne tehnike, očekuje se da ispitanik prenese svoje unutrašnje stanje u nestrukturirani materijal. Protokol se sastoji od osam bijelih kvadrata obrubljenih crnim rubom koji potiču motoričku tendenciju prema šaranju, popunjavanju prostora i zacrnjivanju. U svakom kvadratu su prisutni početni podražaji koji su izabrani prema arhetipskom značenju. Test je analizom dječjih crteža razvio Ehrig Wartegg, a teorijska podloga testa ima ishodište u učenju C. G. Junga o arhetipovima, te na geštaltističkim načinima percipiranja (7). Analiza crteža omogućuje, prema autoru, slojevnu dijagnostiku koja se temelji na otkrivanju veza između perceptivnih funkcija, nagonskih reakcija i kortikalne slojevitosti koja se kreće u rasponu od primarne refleksne reakcije (šaranja) do složenih simboličkih elaboracija. Kvadrati se odnose na identitet; afektivnost; planiranje, motivaciju i nastojanje; tjeskobu; sposobnost suočavanja i prevladavanja prepreka; racionalno-emocionalnu integraciju; senzibilnost i socijalne odnose. Crteži se ocjenjuju prema čestini pojave različitih odgovora za svaki kvadrat posebno. Prema čestini odgovori su razvrstani u četiri kategorije. Prvu kategoriju čine adekvatni odgovori (N+) – najčešći odgovori u zdravoj populaciji; crteži i sadržaj prate osnovne karakteristike podražaja. Drugu kategoriju čine neadekvatni odgovori (N) – crtež i sadržaj odstupaju od očekivanog odgovora. Patološki odgovori (Np) čine treću kategoriju odgovora i oni se najčešće javljaju kod osoba s psihičkim poremećajima. Originalni odgovori (O) čine četvrtu kategoriju, a odnose se na rijetke odgovore koji nisu navedeni u popisu i njih je potrebno procjenjivati s obzirom na adekvatnost, neadekvatnost i patološko značenje. Što je veći broj patoloških crteža to se može pretpostaviti da osoba ima aktualno izraženije psihičke smetnje (7).

Razlike među skupinama provjerene su jednosmјernom analizom varijance. Provedenim analizama varijance utvrđene su statistički značajne razlike na svim primjenjenim instrumentima.

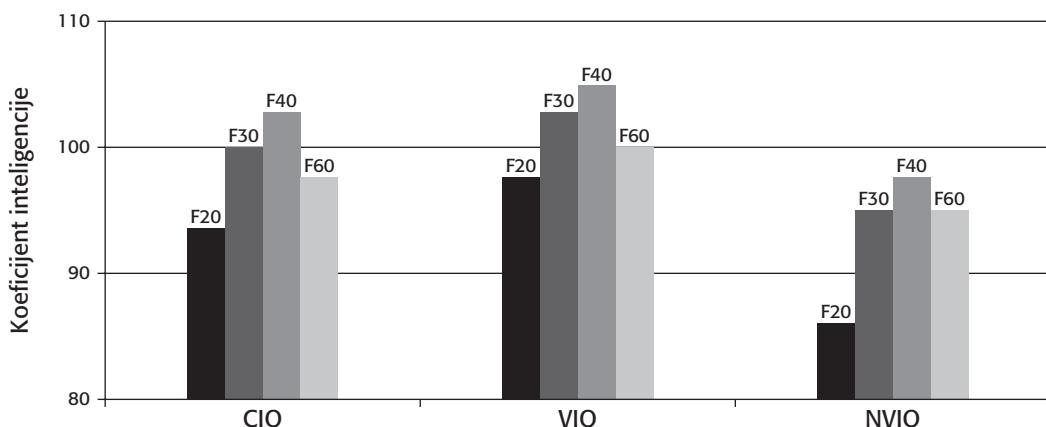
Rezultati istraživanja pokazuju da najbolje postignuće na testu inteligencije WB II postižu pacijenti iz kategorije neurotskih poremećaja, dok najslabije postignuće postižu pacijenti iz skupine shizofrenije i to posebno slabije postignuće na neverbalnoj ljestvici gdje je prosječno postignuće na razini podprosječnog intelektualnog statusa.

Prosječni MMPI-201 profili pokazuju da najniže vrijednosti na kliničkim ljestvicama postižu sudionici sa shizofrenijom, dok ostale kategorije imaju izrazito izražene neurotske ljestvice (hipohondrijaza-depresija-histerija). Što se tiče frekvencije patoloških odgovora na WTZ-u, najviše patoloških odgovora ima skupina sudionika s dijagnosticiranim neurotskim, somatoformnim poremećajima i poremećajima povezanim sa stresom, a zatim sudionici sa poremećajima ličnosti.

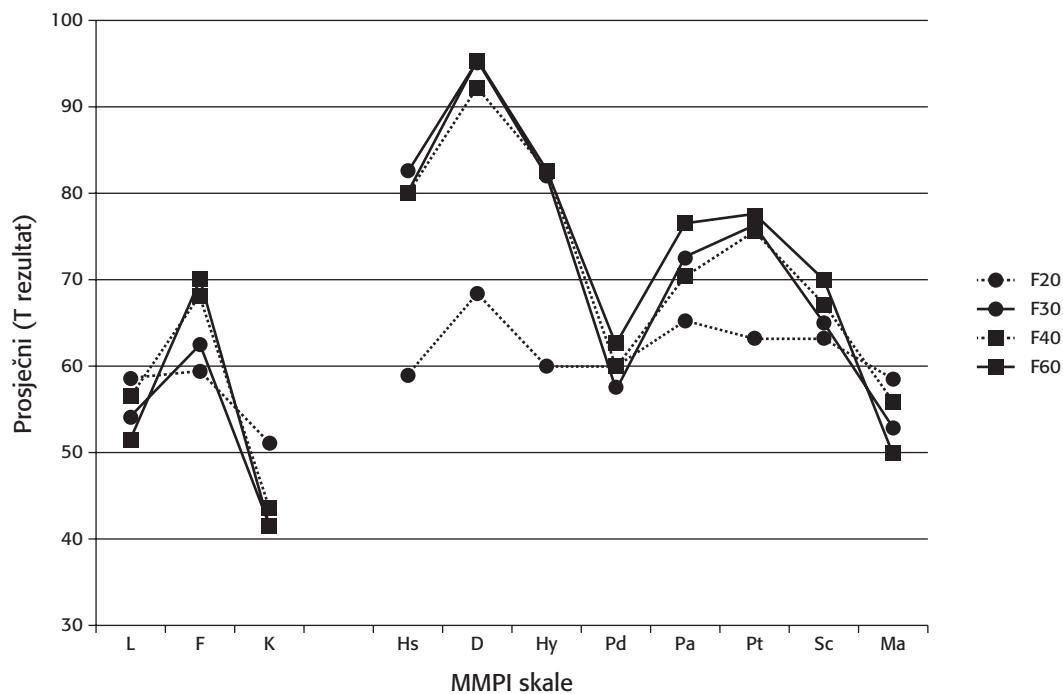
Kako bismo odgovorili na glavno istraživačko pitanje, odnosno utvrdili diskriminativnu vrijednost primijenjene baterije psihodijagnostičkih instrumenata, proveli smo diskriminacijsku analizu. Skupine su definirane s obzirom

na primarnu dijagnozu pod kojom se nalaze u tretmanu. Diskriminacijska analiza je rezultirala dvjema statistički značajnim diskriminacijskim funkcijama, označavajući da se sudionici koji pripadaju različitim kategorijama psihičkih poremećaja i poremećaja u ponašanju razlikuju s obzirom na postignuća u testovima i izraženosti simptoma. Dobiveni koeficijenti Wilks Λ , koji predstavljaju omjer između unutarnjeg i ukupnog varijabiliteta, bili su ($\chi^2 = .462$, $p < .000$) i ($\chi^2 = .828$, $p < .025$). Ovi rezultati ukazuju da postoje statistički značajne razlike između četiri kategorije poremećaja u testovnim postignućima na WB II, MMPI-201 i WTZ. Analizom koeficijenata korelacije prikazanih strukturalnom matricom utvrđene su varijable koje su se najviše razlikovale među kategorijama. U tablici 2 je prikazana struktura diskriminacijskih funkcija na primjenjenim psihodijagnostičkim instrumentima.

U tablici 3 prikazani su grupni centroidi koji određuju poziciju svake kategorije s obzirom na dobivene funkcije. Funkcija 1 je definirana niskim rezultatima na kliničkim ljestvicama Hy (histerija), Hs (hipohondrijaza) i D (depresija), te niskim rezultatima na podtestovima Slaganje predmeta i Šifriranje. Ova funkcija dobro odvaja skupinu oboljelih od shizofrenije od ostalih triju kategorija psihičkih poremećaja. Podtest Sastavljanje predmeta je



SLIKA 1. Prosječne vrijednosti koeficijenta inteligencije na WB-II (cjelokupna, verbalna, neverbalna ljestvica)



SLIKA 2. Prosječni (T rezultati) MMPI-201 profili četiri dijagnostičke skupine

najviše zasićen neverbalnim faktorom, ali i faktorom općeg intelektualnog funkciranja. Podtest Šifriranje je, kao i podtest Sastavljanje predmeta, zasićen neverbalnim faktorom, faktorom pamćenja i faktorom općeg intelektualnog funkciranja, a pojedine analize otkrivaju i zasićenost faktorom otpornost prema distrakciji. Stoga, s obzirom na sadržaj podtestova koji definiraju Funkciju 1 može se zaključiti kako shizofreni pacijenti u odnosu na pacijente s poremećajem afekta, neurotskim i poremećajima ličnosti pokazuju odstupanja u neverbalnom i općem intelektualnom funkciranju, te pamćenju i otpornosti na distrakciju. Uz odstupanja u intelektualnom funkciranju, shizofreni pacijenti pokazuju i niže rezultate na kliničkim ljestvicama hipochondrijaza-depresija-histerija iz MMPI-201.

Funkcija 2 je definirana nižim rezultatima na kliničkim ljestvicama Pd (psihopatske devijacije) i F (konfuzno i bizarno mišljenje, te agravacija postojećih simptoma), nižim rezultatom na podtestu Razvrstavanje slika (Strip), te bolje odvaja kategoriju afektivnih poremećaja

od neurotskih pacijenata i poremećaja ličnosti i ponašanja. Podtest Razvrstavanje slika je u manjoj mjeri zasićen neverbalnim faktorom i faktorom pamćenja, a osim njih saturiran je i s više specifičnih (neintelektualnih) faktora. Ne-intelektualni faktori po Wechsleru su prije svega motivacija, pažnja (koncentracija) i emocije. Uspjeh na ovom podtestu izražava prije svega tzv. socijalnu inteligenciju, to jest, sposobnost učinkovitog rješavanja socijalnih situacija. Gledajući sadržaj podtestova koji definiraju Funkciju 2 može se zaključiti kako pacijenti s afektivnim poremećajima u odnosu na pacijente iz ostale dvije kategorije pokazuju odstupanja dijelom u neverbalnom funkciranju i pamćenju, ali i u nekim specifičnim neintelektualnim aspektima funkciranja kao što su motivacija, pažnja i koncentracija, te emocije. Što se tiče odstupanja u izraženosti simptoma na MMPI-201 kliničkim ljestvicama, pacijenti s afektivnim poremećajima imaju niže rezultate na ljestvicama psihopatskih devijacija i F ljestvici valjanosti (konfuzno i bizarno mišljenje, te agravacija postojećih simptoma).

TABLICA 2. Struktura diskriminacijskih funkcija na primjenjenim psihodiagnostičkim instrumentima

		Koeficijenti				
		Podtestovi	Standardizirani diskriminacijski	Strukturni		
			Funkcija 1	Funkcija 2	Funkcija 1	
Wechslerova ljestvica inteligencije	Verbalni	Poučenost	-.192	.211	.067	.032
		Shvaćanje	.155	-.229	.161	-.156
		Pamćenje	-.060	.293	.061	.250
		Računanje	.162	-.121	.162*	.036
		Z. pojmovi	.018	-.081	.185	.046
	Neverbalni	Strip	-.002	.114	.143	.301*
		Nadopunjavanje	.031	.207	.154	.243
		Kocke	-.110	.030	.184	.229
		Sastavljanje	.393	.299	.358*	.332
		Šifriranje	.322	-.119	.269*	.095
MMPI - 201	Kliničke ljestvice Kontrolne	L	-.116	.131	-.257	-.102
		F	.162	1,187	.149	.409*
		K	-.159	-.052	-.396	-.117
		Hs	.409	.239	.532*	.012
		D	.781	-.038	.509*	.100
		Hy	.290	-.446	.560*	-.047
		Pd	-.236	.621	-.113	.507*
		Pa	-.392	-.479	.099	.177
		Pt	-.279	.023	.273	.080
		Sc	-.320	-.534	.125	.200
		Ma	.106	-.209	-.189*	-.063
WTZ	Ukupni br. izostavljenih i patoloških odg.	.037	.238	.115	.323	

* najveća apsolutna korelacija između svake varijable i svake diskriminacijske funkcije

TABLICA 3. Grupni centroidi svake kategorije s obzirom na dobivene funkcije

Kategorije psihičkih poremećaja i poremećaja u ponašanju	Grupni centroidi	
	Funkcija 1	Funkcija 2
F (20-29) – shizofrenija, shizotipni i sumanuti poremećaj	1,441	.048
F (30-39) – poremećaji afekta	.490	.684
F (40-48) – neurotski, vezani uz stres i somatoformni poremećaji	.650	.008
F (60-69) – poremećaji ličnosti i ponašanja odraslih	.260	.681

A posteriori klasifikacija izvedena na osnovi diskriminacijskih funkcija točno je klasificirala 74 % oboljelih od shizofrenije, poremećaja sličnih shizofreniji i sumanutih stanja, 51 % oboljelih od afektivnih poremećaja, 33 % osoba s neurotskim poremećajima i 57 % osoba s dijagnosticiranim poremećajem ličnosti i ponašanja odraslih, što je više u odnosu na slučajno pogađanje kojim bi vjeratnost točnog svrstavanja bila na razini 25 %.

RASPRAVA

Dobiveni rezultati pokazuju kako se različite kategorije psihičkih poremećaja i poremećaja ponašanja statistički značajno razlikuju u testovnim postignućima i izraženosti simptoma. Usporedba profila ispitivanih skupina pokazuje da najbolje postignuće na testu inteligencije WB II postiže kategorija neurotskih poremećaja, dok najslabije postignuće postižu shizofreni pacijenti, posebno na neverbalnoj ljestvici na kojoj je postignuće na razini podprosječnog intelektualnog funkcioniranja. Osim podprosječnog intelektualnog funkcioniranja shizofrenih na neverbalnoj podljestvici WB II, ostali prosjeci svih četiriju ispitivanih kategorija kreću se u okvirima prosječnog intelektualnog funkcioniranja. Kada se pogledaju odstupanja na pojedinim podtestovima za ispitivane kategorije, najniži rezultati uočavaju se kod shizofrenih i to na podtestovima Strip i Šifriranje. Rezultati ovog istraživanja su u skladu s rezultatima istraživanja Munjize, Stojiljkovića, Dulović, Rosandić i Marić (8) o razlikama prema trenutnoj intelektualnoj učinkovitosti kod osoba s pojedinim psihijatrijskim poremećajima. Ono je pokazalo da se osobe razlikuju prema intelektualnoj učinkovitosti i to tako da je najniža vrijednost kod osoba s neafektivnim psihozama, a najvišu učinkovitost su imali pacijenti s neurotskim poremećajima. Pri ispitivanju verbalne i neverbalne inteligencije uočen je isti trend, pri čemu je univerzalno niži rezultat bio

na neverbalnoj ljestvici, kao i u ovom istraživanju. Autori su konstatirali da težina psihičke bolesti stoji u obrnutoj proporciji s trenutnom intelektualnom učinkovitosti, ako se pod „težinom“ smatra dubina psihopatologije i njena povezanost s organskim (8). Istraživanje Cvetić o kognitivnim deficitima u shizofreniji na Wechslerovom testu inteligencije pokazalo je da se globalna kognitivna sposobnost za skupinu shizofrenih ispitanika kreće na razini prosjeka, kao što je dobiveno i u ovom istraživanju (9). Ono što je također značajno jest da je i u ovom istraživanju potvrđen najviši ukupni rezultat na podtestu Poučenost. Ovaj podtest mjeri premorbidnu razinu funkcioniranja, što ukazuje da su pacijenti imali višu razinu premorbidnog kognitivnog funkcioniranja prije početka bolesti.

Usporedba MMPI-201 profila za sve četiri kategorije opet pokazuje izdvajanje skupine shizofrenih pacijenata koji ponovno postižu najniže rezultate, za razliku od profila ostalih ispitivanih kategorija. Shizofreni pacijenti postižu izrazito niže rezultate na kliničkim ljestvicama Hs (hipohondrijaza), D (depresija) i Hy (histerija) – takozvanoj neurotskoj trijadi. No, kod ljestvica valjanosti skupina shizofrenih pacijenata postiže najviše rezultate na ljestvici laganja i obrane od psihopatologije, odnosno pokazuju tendenciju disimulaciji. Ostale tri dijagnostičke skupine pokazuju tendenciju naglašavanja postojećih psihopatoloških poteškoća odnosno tendenciju simulacije. Pacijenti su uglavnom upućivani na procjenu na početku ili neposredno prije hospitalizacije, dakle njihovo psihičko stanje je u većini slučajeva bilo pogoršano, što je također moglo utjecati na povišene profile. Većina pacijenata u ovom istraživanju bila je hospitalizirana u vrijeme psihologische obrade pa povišene profile na MMPI možemo objasniti i subjektivnim teškim podnošenjem postojećih psihopatoloških poteškoća zbog kojeg su onda i hospitalizirani, a kod jednog dijela pacijenata vjerojatno i nekom dobiti. Ali je isto tako moguće, i da

su rezultati ovakvi i zbog nekih drugih razloga u trenutku psihologische procjene. Brojne studije su pokazale da je iskrivljavanje odgovora na upitnicima ličnosti moguće i da se događa u situacijama gdje postoji motivacija za stvaranje specifičnih dojmova (10,11). Osim činjenice da ispitanici mogu stvoriti pozitivan ili negativan dojam, oni također mogu iskriviti rezultate upitnika u smjeru određenog profila ličnosti željenog u određenoj situaciji (12). Dva su suprotna načina iskrivljavanja odgovora u upitnicima ličnosti. Simulacija je pokušaj prikazivanja vlastitih svojstava i stanja drugačijim nego što jest; pogotovo oponašanjem simptoma mentalne bolesti i drugih obveza da bi se izbjegla ili postigla neka korist (3). Disimulacija je namjerno prikrivanje postojećeg nedostatka, na primjer bolesti ili nekih nepoželjnih osobina ličnosti (3). Gotovo svi pacijenti iz dijagnostičke skupine shizofrenije su u trenutku psihologische procjene bili hospitalizirani, većinom na Zavodu za forenziku, a zatim na akutnom ili kroničnom odjelu pa se povišenje rezultata na kontrolnim ljestvicama i sravnjen profil na kliničkim ljestvicama može objasniti njihovom motivacijom za izlaskom iz bolnice ili dobivanjem nekog drugog benefita. Minimiziranje dokaza psihičke disfunkcije, ili pretvaranje i obrana od izražavanja psihopatoloških događaja može se dogoditi kada osoba pokušava zadržati određena prava, želi nešto dobiti ili vratiti, npr. vraćanje sposobnosti, pri procjeni za uvjetni otpust, otpuštanja s prisilne hospitalizacije ili skrbništva nad djecom, procjenu mentalne sposobnosti nakon počinjenja kaznenog djela (13). Mjesto i svrha ispitivanja mogu biti vrlo važni čimbenici za rezultate i na kliničkim i na ljestvicama valjanosti MMPI. U jednom istraživanju hrvatski branitelji s višim razinama posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP) nastojali su odabratи društveno neprihvatljive odgovore, opisujući sebe kao nepouzdane, agresivne i manje društvene (14). U određenim situacijama testirani ljudi mogu pokušati prikazati sebe u socijalno poželjnom

svjetlu (npr. za disimulaciju), dok se na nekim drugim mjestima i u drugim vremenima mogu prikazivati na suprotan način (gore navedeni primjer PTSP-a). U takvim okolnostima se pojedinac prikazuje kao teško psihički bolesna osoba kojoj je potrebna pažnja i posebna pomoć (15,16).

Klinička ljestvica shizofrenije (Sc) je dizajnirana za dijagnosticiranje shizofrenije. Sastoјi se od heterogenih čestica koje reflektiraju poremećaje u mišljenju, raspoloženju, ponašanju, kao što su halucinacije, sumanutosti, neusklađen afekt i povlačenje iz socijalnih odnosa. Uz nju, za dijagnosticiranje shizofrenije važno je povišenje na kliničkoj ljestvici paranoidnosti (Pa). Ova ljestvica sadrži čestice koje se odnose na paranoidne simptome, kao što su ideje reference, persekulcije, grandioznosti, ali i interpersonalnu osjetljivost. Karakterističan izgled profila na MMPI naziva se tzv. „shizofreno V“. Međutim, podatci pokazuju da 56 % do 80 % shizofrenih pacijenata ne postiže povišenja na te dvije ljestvice, odnosno, da je dijagnosticiranje shizofrenije otežano ako se slijede ovi kriteriji (17). U svom istraživanju o korisnosti upotrebe MMPI u svrhu dijagnostike i procjene depresije, manje i psihoze autori navode kako rezultati pokazuju da ne postoje MMPI profili koji mogu poslužiti kao pouzdan indikator da se radi o psihozi. Zaključuju da su profili koje ova vrlo heterogena skupina postiže vrlo idiosinkratični (17). U ovom istraživanju također nismo dobili karakterističan profil s povišenjima na ljestvicama. Profil je snižen u odnosu na ostale kategorije i izjednačen na svim kliničkim ljestvicama.

Pregled prosječnog broja patoloških i izostavljenih odgovora na projektivnoj tehniци Wartegg ukazuje da ih najviše ima skupina s dijagnosticiranim neurotskim, somatoformnim i poremećajima povezanim sa stresom, a zatim sudionici s poremećajima ličnosti. U ove dvije skupine je najviše pacijenta s posttraumatiskim stresnim poremećajem koji je prešao u

trajne promjene osobnosti nakon doživljenog katastrofalnog događaja. Iako je maksimalan rezultat 8, pacijenti iz ove dvije kategorije imaju prosječno oko 1,5 patološki odgovor. Pacijenti iz ove dvije kategorije uglavnom crtaju ratne motive ili izostavljaju odgovore u pojedinih kvadratima više od pacijenata iz ostalih skupina dijelom i zbog zamora tijekom psihologiske obrade (ovu tehniku u pravilu primjenjujemo na kraju obrade), a dijelom zbog nesuradljivosti. Što se tiče ovih dijagnostičkih skupina u praksi najčešće susrećemo pacijente koji ili žele ponajprije razgovarati o doživljajima s ratišta, percipiranoj nepravdi, krivnji i slično, a primjena psihologiskih tehnika im je sporedna stvar, ili pacijente koji samo žele što prije i brže riješiti ono što stavimo pred njih.

Provedena diskriminacijska analiza rezultira je s dvije statistički značajne funkcije. Prva funkcija, koja je definirana neverbalnim i općim kognitivnim faktorom, te faktorom pamćenja i otpornosti na distrakciju, ali i nižim rezultatima na MMPI-201 kliničkim ljestvicama hipohondrijaza-depresija-histerija (Hs-D-Hy) razlikuje kategoriju F20-29 koja obuhvaća shizofreniju, shizotipni i sumanuti poremećaj od ostale tri kategorije. Najčešća dijagnoza za ovu kategoriju u ovom istraživanju je shizofrenija. Pacijenti s ovom psihičkom bolesti pokazuju lošije postignuće u rješavanju podtestova Razvrstavanje slika i Šifriranje. Rješavanje zadatka Razvrstavanje slika zahtjeva shvaćanje situacije u cjelini i misaonu i perceptivnu organizaciju. Rješavanje nam također daje informaciju o učinkovitom rješavanju socijalnih situacija metodi rješavanja zadatka, je li plansko i sistematsko ili je metodom pokušaja i pogreške. Sudionik treba imati zadovoljavajuću motivaciju, odsutnost bilo kakvih negativnih utjecaja, pažljivo shvaćanje uputstava i potpunu koncentraciju kako bi ostvario dobar uradak u ovom vremenski ograničenom zadatku. Šifriranje zahtjeva asocijativnu elastičnost mišljenja, pamćenje i sposobnost učenja. Uradak na ovom podtestu ukazuje na brzinu mentalnog

reagiranja i učinkovitost trajnjeg misaonog napora. Dobiveni rezultati su u skladu s nalazima iz literature, ali i testnim psihosindromima koji su navedeni u priručniku za WB II test inteligencije. Istraživanje (9) pokazuje da shizofreni pacijenti pokazuju znakove kognitivne poremećenosti i to na području pažnje koji se manifestiraju u blažim deficitima pri kratkoročnoj koncentraciji, te brzini perceptivno motorne reakcije, izrazitijim deficitima pri brzini složene perceptivno motorne reakcije, selektivnoj pažnji, otpornosti na distrakciju, brzini procesiranja i dugoročnoj koncentraciji. Na području pamćenja se uočavaju izrazitiji deficiti pri kratkoročnom pamćenju i radnoj memoriji. Što se tiče egzekutivnih funkcija, pokazuju izrazitije deficite u misaonoj fleksibilnosti i serijalnoj organizaciji. Također, pokazuju sustavno slabije rezultate u većini kognitivnih zadataka, odnosno generaliziranu kognitivnu disfunkcionalnost (17). Prema testnim psihosindromima koji su navedeni u priručniku za korištenje WB II testa, shizofreniju karakterizira viši verbalni IQ od neverbalnog, velika interesantna varijabilnost, lošije postignuće na Razvrstavanju slika a rezultat na podtestu Sastavljanje predmeta je niži od rezultata na podtestu Sastavljanje kocki (5). Ovakve rezultate je potvrdilo i ovo istraživanje. Opća karakteristika oboljelih od shizofrenije je smanjena intelektualna sposobnost. Pogotovo su manje učinkoviti u onim podtestovima koji zahtijevaju neposredan i usmjereni mentalni napor, kao što je podtest Šifriranje. Pokazuju usporeno i manje fleksibilno mišljenje i teže k perseveraciji. Naročito su neuspješni u konkretnim i praktičnim situacijama, kao što je subtest Sastavljanje predmeta. Istraživanje koje se bavilo uspoređivanjem skupine shizofrenih s različitim skupinama oboljelih od psihorganskih poremećaja s obzirom na uradak na Wechslerovim ljestvicama pokazalo je gotovo iste rezultate kao i ovo istraživanje (5). Oboljeli od shizofrenije postizali su značajno niže rezultate na podtestovima Razvrstavanje slika, Sastavljanje predmeta i Šifriranje (17).

Druga diskriminacijska funkcija koja je definirana neverbalnim faktorom i faktorom pamćenja, nekim specifičnim neintelektualnim faktorima, te nižim rezultatima na kliničkim ljesticama psihopatskih devijacija i F ljestvici valjanosti (konfuzno, bizarno mišljenje; naglašavanje postojećih simptoma), razlikuje kategoriju afektivnih poremećaja od kategorije neurotskih i poremećaja ličnosti. Najčešća dijagnoza za ovu kategoriju u ovom istraživanju je depresija. Ranije je navedeno što zahtijeva rješavanje podtesta Razvrstavanje slika. Osobe s depresivnim poremećajem ne zadovoljavaju ranije navedene uvjete, odnosno zbog izraženih poteškoća s motivacijom, koncentracijom i emocijama, ne uspijevaju postići dobre rezultate. Kategorija afektivnih poremećaja u odnosu na druge dvije kategorije postiže lošije rezultate na gotovo svim podtestovima WB II. Na prva dva podtesta (Poučenost i Shvaćanje) pacijenti postižu najbolji rezultat jer osim što ti podtestovi mijere opće, ranije stečeno znanje i njegovo iskazivanje na socijalno prihvatljiv način, oni se primjenjuju na početku procjene dok pacijenti imaju visoku motivaciju i koncentraciju. Bolji rezultat na podtestu Zajedničkih pojmova možemo objasniti time što on zahtijeva najmanje spontane verbalizacije. Lovretić i Mihaljević-Peleš (18) navode kako istraživanja kognitivne funkcije kod depresije upućuju na oštećenje izvršne funkcije povezano s deficitom pozornosti, brzinom obrade informacija i zapamćivanja, kratkotrajnog pamćenja i radnog pamćenja u verbalnim i vizualnim zadatcima. Također, ističu i nedostatak motivacije koji često karakterizira depresivne bolesnike, te navode kako je moguće objašnjenje nedostatka motivacije izostanak primjerene reakcije na eksplisitnu nagradu jer ne percipiraju nagradu kao stimulirajuću zbog sniženog hedonističkog kapaciteta (18). Podtest Razvrstavanje slika je zadatak koji je vremenski ograničen i koji nam, između ostalog ukazuje na učinkovitost rješavanja socijalnih situacija. Uspjeh u njemu ovisi o vremenu u kojem ga

osoba rješi, stoga, rješavanje zadatka pretpostavlja motiviranost osobe da što prije i točnije riješi zadatak, odnosno da stekne uvid u radnju na slikama i posloži slike pravilnim redoslijedom. Sudeći prema rezultatima, depresivne osobe ne percipiraju uspjeh u rješavanju ovog zadatka stimulirajućim, ali bismo neuspjeh u ovom zadatku mogli objasniti i njihovom nezainteresiranosti za socijalne kontakte.

Diskriminacijskom analizom je utvrđeno da na MMPI-201 profilima niži rezultati na ljestvici psihopatske devijacije i F (bizarno, konfuzno mišljenje; naglašavanje postojećih simptoma) ljestvici valjanosti razlikuju kategoriju afektivnih poremećaja od neurotskih i poremećaja ličnosti. Pregledom ljestvica valjanosti ovih triju skupina na MMPI-201 uočava se podjednaka spremnost na prikazivanje u socijalno poželjnijom svjetlu (L) i ljestvici K (obrana od eksprese patologije), te naglašavanju postojećih simptoma. Povišenja na kliničkim ljestvicama kreću se prema patološkim vrijednostima, odnosno gotovo sve ljestvice se nalaze iznad vrijednosti T 70. Dominantno povišenje je na neurotskoj trijadi Hs-D-Hy koje karakterizira nizak prag tolerancije na frustraciju, pri čemu u stresnim situacijama reagiraju psihosomatskom reakcijom. Uz povišenje na tim ljestvicama, uočava se povišenje i na kliničkim ljestvicama psihaštenije (Pt) i paranoidnosti (Pa), a ovo povišenje je posebno naglašeno kod skupine poremećaja ličnosti i poremećaja u ponašanju. Povišenje na ljestvici paranoidnosti ukazuje na hipersenzitativnost i česte interpersonalne probleme zbog naglašene latentne agresivnosti koja povremeno provaljuje i ometa odnose. Dobivena sličnost u profilima objašnjava visoku stopu komorbiditeta i nekonzistentnost simptoma između ove tri skupine poremećaja. U svom istraživanju profila ličnosti pacijenata s distimijom i paničnim poremećajem, Batinić, Saula-Marojević i Vukosavljević-Gvozden (19) također izvještavaju o profilima koji dosežu patološke vrijednosti, a dominantno odstupanje je na neurotskoj trijadi. Također, zaključuju kako su sličnosti u

profilima na MMPI-201 odraz visoke stope komorbiditeta između tih poremećaja. Kao što je ranije navedeno, većina sudionika (56 %) ima komorbiditet s drugim psihijatrijskim stanjima, zloporabom alkohola ili psihotaktivnih tvari.

Diskriminacijska analiza utvrdila je da niži rezultat na ljestvici psihopatskih devijacija odvaja kategoriju afektivnih poremećaja od neurotskih i poremećaja ponašanja. Klinička ljestvica psihopatskih devijacija negativno korelira s kliničkom ljestvicom depresije, stoga, niži rezultat na ljestvici psihopatskih devijacija ukazuje na povišenje na ljestvici D koja je karakteristična za depresivne poremećaje, što se u ovom istraživanju i potvrdilo. Wetzler i Marlowe (20) u svom istraživanju o korisnosti upotrebe MMPI u svrhu dijagnostike i procjene depresije, manije i psihoze također govore o zajedničkom profilu depresije i različitim dijagnostičkim skupinama.

Dobiveni rezultati pokazuju da pripadnost različitim kategorijama psihičkih poremećaja i poremećaja ponašanja rezultira različitim postignućem na testu kognitivnih sposobnosti WB II, te različitom strukturonu simptoma na MMPI-201. Rezultati pokazuju da testovi nisu toliko uspješni pri diferencijalnoj dijagnostici poremećaja, osim u slučaju psihotičnih poremećaja, gdje se postiže 74 % točnih klasifikacija. Ako se uzme u obzir da osobe s psihotičnim poremećajem karakterizira smanjena opća intelektualna učinkovitost i kognitivna distorzija realiteta, tada je za očekivati dobiveno razlikovanje na testovima. Međutim, za preostale tri kategorije testovi se nisu pokazali toliko uspješnima. Objasnjenje ovih rezultata može se naći u nedostacima kategorijskog pristupa klasifikaciji poremećaja. Kategorijска klasifikacija dijeli psihičke poremećaje i poremećaje ponašanja na temelju kriterija s definiranim značajkama. Dijagnostički kriteriji pomažu kliničaru pri donošenju ispravne dijagnoze, odnosno diferencijalne dijagnostike na temelju uputa kako razlikovati jedan poremećaj od

ostalih koji imaju slične simptome. Kategorije također omogućuju lakšu komunikaciju među stručnjacima. Međutim, pojavila su se dva važna problema, a to je prekomjerna dijagnostička pojava određenih poremećaja, odnosno komorbiditet koji u većini slučajeva predstavlja prisustvo zajedničke i dijeljene patologije. Drugi problem je granica između poremećaja. Postojanje kategorija implicira da je svaki poremećaj entitet za sebe s jasnim granicama koje ga dijeli od ostalih poremećaja, što se u velikoj većini slučajeva ne može tvrditi. Kako bi se riješilo ta dva problema stručnjaci preporučuju dimenzionalni model klasifikacije koji bi davao točnije i podrobnije opise psihopatologije jer bi uzimao u obzir razne neurokemijske, interpersonalne, kognitivne i druge medijacijske i moderirajuće varijable koje pomažu da se razvije i oblikuje pojedinčev psihopatološki profil (21). Kategorije F30-39, F40-48 i F60-69 odabrane u ovom istraživanju pokazuju međusobno preklapanje u simptomima. To bi moglo objasniti jednak trend testovnih rezultata. Stoga, slabija učinkovitost testovne baterije da razlikuje kategorije možda leži upravo u tim preklapajućim simptomima.

ZAKLJUČAK

Dobiveni rezultati potvrđuju potrebu za uključivanjem sveobuhvatne baterije psihologičkih mjernih instrumenata u kliničku procjenu, jer se jedino kombinacijom rezultata dobivenih na različitim tehnikama mogu dobiti rezultati koji će povećati valjanost diferencijalno-dijagnostičkog procesa.

Najveći nedostatak ovog istraživanja je uzorak koji je prigodan klinički pa ne možemo utjecati na komparabilnost prema nekim drugim karakteristikama kao što su dob, spol, trajanje bolesti, zastupljenost specifičnih dijagnoza i slično. Nešto više od polovine pacijenata ima komorbiditet s drugim psihijatrijskim stanjima, zloporabom alkohola ili psihotaktivnih

tvari, dakle ne možemo govoriti o jasnim psihičkim poremećajima ili poremećajima ponašanja, odnosno zaključivati o tome kakvi su, na primjer, tipični rezultati depresivnih ili maničnih pacijenata, budući da su svrstani u veću kategoriju afektivnih poremećaja. Pacijenti nisu izjednačeni po spolu pa ne možemo zaključivati ni u tom smjeru o tipičnim rezultatima bilo unutar kategorija poremećaja, bilo o razlikama po spolu. Na rezultate je svakako moglo utjecati i poznavanje testnog materijala, jer su u uzorak uključeni i pacijenti koji su retestirani. Moguće je da bismo poboljšali dis-

kriminativnu snagu baterije ako bismo iz analize isključili formalno nevalidne MMPI profile (disimulativne i simulativne prema pravilima iz priručnika). U tom bi slučaju naš uzorak bio bitno manji. Naime, u kliničkoj praksi uzimamo u obzir sve dijelove psihologejske procjene (intervju i tehnike) i onda se odlučujemo na interpretaciju i nevalidnih MMPI profila, uz dodatan oprez. Ovo je svakako vrijedno istraživanje koje osim što ukazuje na potrebu sveobuhvatne baterije, ukazuje i na potrebnu ponovnu validaciju tehnika koje se primjenjuju u svakodnevnom radu kliničara.

LITERATURA

- Nietzel M, Bernstein DA, Milich R. *Uvod u kliničku psihologiju*. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2002.
- Meyer GJ, Finn SE, Eysde LD i sur. *Psychological testing and psychological assessment – A review of evidence and issues*. Am Psychol 2001; 56: 128-65.
- Petz B. *Psihologjski rječnik*. Jastrebarsko: Naklada Slap, 1992.
- Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema – Deseta revizija (MKB – 10). Zagreb: Medicinska naklada, 1994.
- Wechslerov test inteligencije za odrasle i omladinu – popravljen oblik II. Ljubljana: Zavod SR Slovenije za produktivnost dela, 1986.
- Biro M, Berger J. *Praktikum za primenu i interpretaciju*. Beograd: Savez društava psihologa SR Srbije, 1985.
- Kostelić-Martić A, Jokić-Begić N. *Priručnik: Wartegg test crteža*. Zagreb, 2003.
- Munjiza A, Stojiljković D, Dulović M, Rosandić H, Marić N. Da li se osobe sa pojedinim psihijatrijskim poremećajima razlikuju prema koeficijentu inteligencije? Engrami 2007; 29: 24-32.
- Cvetić T. Kognitivni deficit u shizofreniji: Komparativna analiza pozitivnog i negativnog podtipa shizofrenije. Engrami 2004; 26: 35-44.
- Ellingson JE, Sackett PR, Consistency of Personality Scale Scores Across Selection and Development Contexts. Summary from Poster Section Presented on Annual Conference of the Society for Industrial and Organizational Psychology (San Diego, 2001).
- Smith DB, Ellingson JE. A new look at social desirability in motivating context. J Appl Psychol 2002; 87: 211-19.
- Krahe B. Faking personality profiles on a standard personality inventory. Pers Indiv Differ 1989; 10: 437-54.
- Caruso KA, Benedek DM, Auble PM, Bernet W. Concealment of psychopathology in forensic evaluations: a pilot study of intentional unmasking dissimulators. J Am Acad Psychiatry Law 2003; 31: 444-50.
- Mršić Husar S, Bogović A. The EPI profiles of veterans with chronic PTSD. Contemp Psychol 2008; 11: 273-84.
- Butcher JN. Frequency of MMPI-2 scores in forensic evaluations (MMPI-2 Newsletter. MMPI-2 Workshops, University of Minnesota, 1997).
- Butcher JN, Williams CL, Bitne odrednice interpretacija MMPI-2 i MMPI-A Inventara. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2000.
- Jokić-Begić N, Akrap L, Franić M. Kognitivne osobitosti psihijatrijskih bolesnika. Suvremena psihologija 2005; 8: 163-78.
- Lovretić V, Mihaljević-Pešić A. Je li poremećaj kognitivnih funkcija u depresiji put u demenciju? Soc psihijat 2013; 41: 109-17.
- Batinic B, Saula-Marovic B, Vukosavljevic-Gvozden T. Personality profiles of patients with dysthymic and panic disorder. Psychiatr Danub 2013; 25: 115-22.
- Wetzler S, Marlowe DB. The diagnosis and assessment of depression, mania, and psychosis by self-report. J Pers Assess 1993; 60: 1-31.
- Widiger TA, Samuel DB. Diagnostic categories or dimensions? A question for the Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders – Fifth Edition. J Abnorm Psychol 2005; 114: 494-504.
- Begić D, Jokić-Begić N. Heterogeneity of posttraumatic stress disorder symptoms in Croatian war veterans: retrospective study. Croat Med J 2007; 48: 133-9.

Uloga razumijevanja emocija u razvoju simptoma depresivnosti i anksioznosti u ranoj adolescenciji

/ The role of emotional understanding in the development of depression and anxiety symptoms in early adolescence

Tamara Mohorić, Vladimir Takšić, Danijela Šekuljica¹

Sveučilište u Rijeci, Filozofski fakultet, Odsjek za psihologiju i ¹Osnovna škola „Fran Krsto Frankopan“, Krk, Hrvatska

*University of Rijeka. Faculty of Humanities and Social Sciences, Department of Psychology, Rijeka and
¹Fran Krsto Frankopan Elementary School, Krk, Croatia*

Razumijevanje emocija uključuje sposobnosti razumijevanja uzroka i odrednica emocija, razumijevanje veza između različitih emocija, razumijevanje razvoja emocija te sposobnost promišljanja o emocijama, a to znanje može se zatim iskoristiti za razumijevanje kako vlastitog, tako i tuđeg ponašanja. Cilj provedenog istraživanja bio je ispitati povezanost razumijevanja emocija s osobinama ličnosti te razvojem simptoma anksioznosti i depresivnosti adolescenata. Također, željni smo provjeriti može li razumijevanje emocija pridonijeti objašnjenju razvoja simptoma anksioznosti i depresivnosti kod djece, nakon kontrole neverbalne inteligencije i osobina ličnosti. Prema dobivenim rezultatima djevojčice postižu bolje rezultate u odnosu na dječake i na testu razumijevanja emocija i testu rječnika emocija. Učenici 7. i 8. razreda značajno su uspješniji u rješavanju testa razumijevanja emocija od učenika 5. razreda. Razumijevanje emocija značajno je negativno povezano s depresivnosti, ali nije značajno povezano s mjerom anksioznosti. Također, razumijevanje emocija je značajan negativan prediktor depresivnosti koji objašnjava dodatnih 1 % varijance depresivnosti, nakon kontrole neverbalne inteligencije i osobina ličnosti.

Emotional understanding includes several abilities, such as understanding emotional causes and determinants, understanding the relationships between emotions and their development, and the ability to transfer linguistic information about emotions in order to better understand other people's behavior. The main goals of our research were to examine the relationship between emotional understanding and the Big Five personality traits and anxiety and depression symptoms in early adolescents. We were also interested in whether emotional understanding has a unique contribution in the explanation of anxiety and depression symptoms after controlling for nonverbal intelligence and personality factors. According to our results, girls were better than boys in emotional understanding, and pupils in the 7th and 8th grade were better than pupils in the 5th grade. Emotional understanding was negatively correlated with symptoms of depression, but was not correlated with anxiety symptoms. It also accounted for an additional 1% in the explanation of depressive symptoms after controlling for nonverbal intelligence and personality traits.

ADRESA ZA DOPISIVANJE:

Dr. sc. Tamara Mohorić
Filozofski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Odsjek
za psihologiju Sveučilišna avenija 4
51 000 Rijeka, Hrvatska
Tel: 051 265 774
e-pošta: tmohoric@ffri.hr

KLJUČNE RIJEČI / KEY WORDS:

razumijevanje emocija / *emotional understanding*
petofaktorski model ličnosti / *Big Five personality traits*
anksioznost / *anxiety*
depresivnost / *depression*
rana adolescencija / *early adolescence*

UVOD

Razumijevanje emocija (ili znanje o emocijama) uključuje sposobnosti razumijevanja uzroka i odrednica emocija, razumijevanje veza između različitih emocija, razumijevanje razvoja emocija te sposobnost promišljanja o emocijama (1,2). Također uključuje razumijevanje onoga što svaka emocija „signalizira“, kako bi se moglo odrediti motivacijsku podlogu emocije (3). Sve to može pomoći u razumijevanju nečijih želja i motiva koji su u podlozi, a to znanje zatim se može iskoristiti za razumijevanje kako vlastitog, tako i tuđeg ponašanja. Na temelju razumijevanja i prepoznavanja emocija također određujemo i koje su emocije najprikladnije za pojedinu situaciju te koji je najbolji način za njihovo izražavanje u danoj situaciji (1,4). Razumijevanje povezanosti različitih emocija omogućuje dublje razumijevanje emocija i načina na koji one djeluju na ponašanja (5). Kod razumijevanja emocija važno je i prepoznavanje da se emocije mogu kombinirati (pojedine složene emocije nastaju kombinacijom jednostavnijih emocija) te da istodobno mogu postojati kontradiktorna stanja, npr. ljubav i mržnja (1,5).

Razumijevanje emocija i petofaktorski model ličnosti

Razumijevanje emocija grana je emocionalne inteligencije, prema modelu Mayera i Saloveya (1). Van Rooy i Viwesvaren (6) u meta-analizi pronalaze male do umjerene korelacije između EI i osobina ličnosti iz petofaktorskog modela. Nekoliko je mogućnih objašnjenja tih veza. *Ekstrovertirane* osobe su otvorene i neformalne u kontaktu s drugima, što je vjerojatno povezano s višom interpersonalnom inteligencijom. Lakše uspostavljaju kontakte s drugima te su vjerojatno bolji u „čitanju“ i razumijevanju vlastitih i tuđih emocija. Osobe koje postižu više rezultate

na ljestvici *Ugodnosti* obično su tople i prijateljski raspoložene, imaju poštovanja prema drugima te su osjetljivije na tuđe želje i potrebe. *Savjesnost* i emocionalna inteligencija na prvi pogled ne bi trebale biti visoko povezane. Osobe koje postižu više rezultate na ljestvici *Savjesnosti* su pouzdane, uporne i usmjerene na ostvarivanje cilja, a manje na praćenje, interpretiranje i suočavanje s emocijama. Osobe koje su visoko na ljestvici *Neuroticizma* su zabiljedne, lako se isprovociraju, depresivne i ranjive. S druge strane, emocionalno stabilne osobe su izvrsne u suočavanju s emocijama te je stoga za očekivati pozitivnu povezanost emocionalne stabilnosti i emocionalne inteligencije. *Otvorenost* bi također trebala biti povezana s emocionalnom inteligencijom. Ova se ljestvica još naziva i *Intelektom*, a obuhvaća osobine koje se najčešće koriste kada se opisuju inteligentne osobe (npr. pametan, bistar, brz) (6).

Razumijevanje emocija i anksioznost

Anksioznost se može promatrati kao odgovor na uvjete iz okoline, unutrašnji poriv ili kao osobinu ličnosti. Može biti rezultat percepcije prijetnje nečijoj dobrobiti, samopoštovanju ili identitetu. Stoga je anksioznost povezana s povišenom aktivacijom autonomnog živčanog sustava koji djeluje kao obrambeni mehanizam i štiti osobu (7). Najšire prihvaćena podjela anksioznosti je ona na anksioznost kao stanje i kao crtu (8). Anksioznost kao stanje i kao crta ličnosti smatraju se multidimenzionalnim konstruktima. Anksioznost kao stanje ima dvije komponente: briga (kognitivna komponenta koja uključuje ruminirajuće misli o potencijalnom neuspjehu, neadekvatnosti osobe, nesposobnosti da se suoči s problemom) i emocionalnost (simptomi autonomnog živčanog sustava, npr. znojenje, ubrzano kucanje srca, suha usta) (9). Anksioznost kao crta ličnosti podijeljena je u tri kategorije na temelju okolinskih uvjeta

koji je mogu izazvati, a to su interpersonalna, fizička opasnost i dvosmislena/nejasna situacija (10).

Istraživanja su pokazala da se osobe s višom EI bolje suočavaju i upravljaju dnevnim stresorima te su uspješniji u regulaciji i upravljanju vlastitim emocijama. Bolje suočavanje sa stresorima (povezano s višom emocionalnom inteligencijom) povezano je s nižom anksioznosti. Različita istraživanja pronašla su povezanost EI i stresa (11-14). Ciarrochi, Chan i Bajgar (15) su također pronašli umjerene povezanosti između EI i anksioznostima, dok su Furnham i sur. (16) pronašli da visoko anksiozni pojedinci imaju niže rezultate na mjeri EI u odnosu na nisko anksiozne pojedince.

Razumijevanje emocija i simptomi depresivnosti

Iako djeca najčešće započinju terapiju upravo zbog problema anksioznosti i depresije, tek 70-tih godina prošlog stoljeća počinje se značajnije govoriti o depresivnosti kod djece i adolescenata (17). Posljednjih 30-ak godina vidljiva je veća učestalost depresije kod djece te ujedno pomak ka sve nižoj dobi javljanja prvih simptoma (18). Prema podatcima Svjetske zdravstvene organizacije prevalencija depresije u općoj populaciji je 1,9 % za muškarce i 3,2 % za žene pri čemu gotovo jedan od osam adolescenata i jedno od 33 djece ima iskustvo depresije (19). Ulaskom u adolescenciju dramatično raste broj depresivnih raspoloženja i poremećaja (20). Ispitujući utjecaj dobi i spola na rezultate na ljestvici depresivnosti djece uzrasta 8 do 15 godina u Hrvatskoj, Živčić (21) pronalazi značajan glavni učinak dobi, koji ukazuje na povećanje depresivnih simptoma s uzrastom. Najvjerojatnije objašnjenje vezano je uz biološke, socijalne i psihološke promjene u kasnom djetinjstvu i ranoj adolescenciji, koje dovode do promjene raspoloženja i veće osjetljivosti adolescenata.

Razvoj depresivnih simptoma povezan je s genetskim, biološkim, razvojnim i kognitivnim procesima (17). Kada se adolescent suoči sa stresnom situacijom upravo su negativne (odnosno disfunkcionalne) interpretacije događaja one koje stvaraju i održavaju depresivne simptome. Isto tako, školsko okruženje može pridonijeti razvoju simptoma, posebno kod adolescenata koji se ne mogu nositi sa zahtjevima školskog programa. Depresija je jedan od najizraženijih psiholoških i emocionalnih problema tijekom adolescencije i ima značajni učinak na prilagodbu i psihološko funkcioniranje adolescenata. U istraživanju koje su proveli Mahon i Yarcheski (22) depresivna raspoloženja imala su izravan pozitivan učinak na razvoj depresivnih simptoma (osjećaj bespomoćnosti, krivnje, bezvrijednosti, gubitak apetita, poteškoće sa spavanjem) i izravan negativni učinak na procjenu psihološke dobrobiti, kao i na socijalnu podršku. Depresivna djeca i adolescenti imaju lošije socijalne vještine potrebne za ostvarivanje pozitivnih odnosa s vršnjacima. Kao posljedica lošijih socijalnih vještina javit će se socijalno povlačenje, koje će opet podržati javljanje depresivnih simptoma. Također, prema rezultatima istraživanja depresija je povezana s negativnim vršnjačkim procjenama. Iz svega navedenog proizlazi kako bi upravo emocionalna inteligencija, posebno razumijevanje vlastitih i tuđih emocija, mogla biti zaštitni faktor u razvoju depresivnih simptoma. Prema Engelbergu i Sjöbergu (23) upravo je prepoznavanje i razumijevanje onih informacija koje se prenose emocijama važno za ostvarivanje uspješnih odnosa s drugima. Stoga možemo očekivati da će adolescenti s razvijenijom sposobnosti razumijevanja emocija bolje funkcionirati u skupini vršnjaka, biti manje socijalno izolirani i pokazivati manje depresivnih simptoma. Stabilnost depresivnih simptoma i snaga predviđanja velike depresivne epizode ukazuju na potrebu za identificiranjem adolescenata koji su pod većim rizikom za razvoj

depresije te pravodobno uključivanje u tretmane (24).

CILJ RADA

Osnovni je cilj istraživanja bio provjeriti ulogu razumijevanja emocija u objašnjenju simptoma depresije i anksioznosti u ranoj adolescenciji. U skladu s ciljem, postavljena su dva problema istraživanja.

Problemi istraživanja:

1. Ispitati povezanost razumijevanja emocija s osobinama ličnosti petofaktorskog modela te razvojem simptoma anksioznosti i depresivnosti.
2. Provjeriti pridonosi li razumijevanje emocija objašnjenju razvoja simptoma anksioznosti i depresivnosti kod djece, nakon kontrole neverbalne inteligencije i osobina ličnosti.

Hipoteze:

1. U skladu s postavkama modela emocionalne inteligencije, prema kojima se ona razlikuje od osobina ličnosti, očekuje se niska povezanost s osobinama ličnosti petofaktorskog modela. Pri tome se viša povezanost očekuje s ekstraverzijom i otvorenosću za iskustva, a niža s ugodnosti i emocionalnom stabilnosti te neuroticizmom. Osim toga se očekuje negativna povezanost razumijevanja emocija i simptoma anksioznosti i depresivnosti.
2. Model emocionalne inteligencije prepostavlja da je za ostvarivanje uspješnih odnosa s drugima važno prepoznavanje i razumijevanje upravo onih informacija koje se prenose emocijama. Zbog toga očekujemo statistički značajan doprinos sposobnosti razumijevanja emocija u objašnjenju razvoja simptoma anksioznosti i depresivnosti, čak i nakon kontrole neverbalne inteligencije i osobina ličnosti.

METODA

49

Sudionici

U istraživanju su sudjelovali učenici petog do osmog razreda osnovnih škola s područja grada Rijeke, otoka Krka te Dubrovnika. U ispitivanju je sudjelovalo 220 djevojčica i 236 dječaka, dok 37 ispitanika (7,5 %) nije naznačilo kojeg je spola. Prosječna dob ispitanika je 12,61 godina ($SD = 1,16$), uz raspon od 10 do 15 godina.

Instrumentarij

TEST RAZUMIJEVANJA EMOCIJA (25)

Test razumijevanja emocija (TRaE) sastoji se od 42 čestice. Svaka čestica predstavlja opis određene situacije (u odnosu na vršnjake ili školske obaveze), a zadatak ispitanika je odgovoriti kako se u toj situaciji osjeća glavni lik priče. Ponođeno je 5 odgovora, od kojih je jedan točan prema postavkama Rosemanovog modela emocija (26). Viši rezultat znači da ispitanik bolje razumije emocije. Od 17 mogućih emocija koje se mogu objasniti temeljem Rosemanovog modela (26) test razumijevanja emocija obuhvaća njih 14 (5 pozitivnih: nada, radost, olakšanje, sviđanje i zahvalnost; 8 negativnih: strah, tuga, napetost, frustracija, ljutnja, žaljenje, krivnja, sram; i 1 neutralna: iznenađenje). Tih 14 emocija opisano je s po 3 testne čestice, koje uključuju situacije među vršnjacima (slobodno vrijeme, izlasci) i situacije vezane uz školu (ispitivanja, testovi). Zadatak je ispitanika prepoznati koja emocija će se javiti u opisanoj testnoj situaciji.

Koefficijent pouzdanosti tipa unutarnje konzistencije Cronbach alfa iznosi .73. Prosječni dobiveni rezultat iznosi 26,91, uz standardnu devijaciju od 5,56. Raspon rezultata je od 4 do 40 (mogući od 0 do 42).

TEST RJEČNIKA EMOCIJA (27)

Test rječnika emocija (TRE) ispituje sposobnost imenovanja i razumijevanja emocija u zadanim riječima, odnosno sposobnost razumije-

vanja značenja koje prenose emocije. U analizi metrijskih osobina dobivene su zadovoljavajuće pouzdanosti na različitim uzorcima ($\alpha=0,87$ do $\alpha=0,92$) (27). Originalni test se sastoji od 102 čestice, dok je u ovom istraživanju korištena skraćena verzija napravljena od 35 izabranih čestica, koja je pokazala zadovoljavajuću pouzdanost ($\alpha=0,92$) (28).

Test se sastoji od 35 podražajnih riječi koje opisuju neko raspoloženje ili emociju. Zadatak je ispitanika da za svaku podražajnu riječ odaberu sinonim, od šest mogućih odgovora, s time da je samo jedan točan prema rješenju iz Rječnika hrvatskog jezika.

Pouzdanost testa rječnika emocija (TRE35) tipa unutarnje konzistencije na ispitanom uzorku je zadovoljavajuća i iznosi .86. Prosječni dobiveni rezultat iznosi 15,07, uz standardnu devijaciju od 6,93. Raspon rezultata je od 1 do 32 (mogući od 0 do 35).

NEVERBALNI NEPREKINUTI NIZOVI (29)

Test *Neverbalni neprekinuti nizovi* je mjera fluidne inteligencije, s osnovnim zadatkom otkrivanja i shvaćanja odnosa među likovima u nizu, odnosno nalaženja jednog ili više pravila koja određuju njihov redoslijed. Ima kraći i duži oblik, koji oba imaju svoju A i B formu. Svaki zadatak u testu sastoji se od 14 manje ili više složenih niza likova, oblika ili sličica. Zadatak je ispitanika da shvati odnos između elemenata niza te od 6 ponuđenih odgovora umetne jedan lik koji najbolje nastavlja prekinuti niz. U ovom je istraživanju korišten kraći oblik testa (A forma). Zadaci testa dobro razlikuju bolje i slabije ispitanike te imaju zadovoljavajuću unutarnju valjanost (29). Pouzdanost tipa unutarnje konzistencije za formu A kraćeg testa iznosi .84, međutim to su podatci dobiveni na odraslim ispitanicima. U Priručniku je navedeno da prosječni rezultat koji na ovom testu postižu učenici 5. razreda iznosi 8,34 (SD = 4,22) (29).

Dobivena pouzdanost je nešto niža od one koju navode autori, ali još uvijek prihvatljiva i iznosi .79. Prosječni dobiveni rezultat iznosi 12,24, uz standardnu devijaciju od 3,79. Raspon rezultata je od 1 do 20 (mogući od 0 do 20).

PRIDJEVSKA MJERA PETOFAKTORSKOG MODELA LIČNOSTI (30)

Podatci o temeljnim osobinama ličnosti dobiveni su korištenjem *Pridjevske mjere petofaktorskog modela ličnosti*. Upitnik se sastoji od 25 pridjeva koji opisuju osobine ličnosti petofaktorskog modela (npr. marljiv, ljubazan, nervozan). Zadak je ispitanika da za svaki pridjev označi u kojoj mjeri ga opisuje, na ljestvici Likertovog tipa od 5 stupnjeva (1= nikada nisam takav, 5= uvijek sam takav). Svaka od pet osobina ličnosti opisana je sa 5 odgovarajućih pridjeva. Metrijske karakteristike i struktura ljestvice provjerene su na uzorku od 948 učenika od 5. do 8. razreda. Konfirmatorna faktorska analiza potvrđila je strukturu od 5 faktora, uz zadovoljavajući postotak objašnjene varijance (30).

Na našem uzorku dobivene su pouzdanosti tipa unutarnje konzistencije od .59 (ekstraverzija) do .72 (savjesnost).

LJESTVICA DEPRESIVNOSTI ZA DJECU (21)

Ljestvica depresivnosti za djecu sastoji se od 27 skupina od po tri čestice koje se odnose na simptome dječje depresije. Te tri čestice opisuju po jedan simptom depresije (kao što su tuga, umor, problemi s jelom i sl.), koji varira u intenzitetu. Ispitanik bira onu od tri ponuđene čestice (u svakoj skupini) koja najbolje opisuje njegove osjećaje i stanja u posljednja 2 tjedna. Pojedini odgovor boduje se sa 0, 1 ili 2 boda, što čini raspon rezultata od 0 do 54 boda, s time da viši rezultati znače i izraženije simptome depresije. Ljestvica je pouzdan instrument za rano otkrivanje depresivnih simptoma kod osnovnoškolske djece i dobra je mjera probira, no ipak je samo mjera intenziteta simptoma

depresije, i ne treba se koristiti kao dijagnostičko sredstvo.

Budući da je u ovom istraživanju ljestvica korištena samo kao mjera procjene simptoma depresije kod adolescenata, a ne kako bi se uočili oni učenici koji možda imaju izražene simptome kliničke depresije, zbog dobi ispitanika i delikatnosti čestice izbačena je čestica 9. *Ne razmišjam o tome da se ubijem; Razmišjam o tome da se ubijem, ali ne bih to učinio; Želim se ubiti.* Tako ljestvica korištena u ovom ispitivanju ima ukupno 26 čestica, uz mogući raspon rezultata od 0 do 52 boda.

Pouzdanost ljestvice tipa unutarnje konzistencije iznosi .80, što je u skladu s rezultatima koje navodi autorica testa ($\alpha=.82$). Prosječni dobiveni rezultat iznosi 10,06, uz standardnu devijaciju od 6,19. Raspon rezultata je od 0 do 36.

VIŠEDIMENZIONALNA LJESTVICA ANKSIOZNOSTI ZA DJECU (31)

Anksioznost je ispitana korištenjem *Višedimenzionalne ljestvice anksioznosti za djecu (The Multidimensional Anxiety Scale for Children – MASC)*, koja ispituje pojedine glavne simptome anksioznosti kod djece i adolescenata. Sastoji se od 4 ljestvice (fizički simptomi anksioznosti, socijalna anksioznost, izbjegavanje negativnih posljedica i separacijska anksioznost). Tri ljestvice mogu se analizirati i na razini podljestvica, što je potvrđeno i u kasnijim istraživanjima, konfirmatornom faktorskom analizom (32,33). Pouzdanosti ljestvica i cjelokupnog upitnika su zadovoljavajuće i kreću se od .72 do .90 (31). Ljestvica je prevedena na hrvatski jezik i korištena u istraživanju na uzorku djece od 5. do 8. razreda (34), gdje je također potvrđena četverofaktorska struktura ljestvice.

Upitnik se sastoji od 39 tvrdnji na koje se odgovara na ljestvici Likertovog tipa od 4 stupnja (0 = nikad se ne osjećam tako, 3 = često se osje-

ćam tako), uz maksimalni rezultat od 117. Viši rezultat znači da adolescent ima više izražene simptome anksioznosti.

Pouzdanost ljestvice tipa unutarnje konzistencije iznosi .89, što je vrlo slično rezultatima koje navode autori (31,34). Prosječni dobiveni rezultat iznosi 37,41, uz standardnu devijaciju od 14,41. Raspon rezultata je od 4 do 82.

POSTUPAK

Učenici su anonimno ispunjavali navedene instrumente tijekom dva školska sata. Ispitivanje u razredu provodio je stručni suradnik škole (najčešće školski psiholog) ili razrednik tog razreda. Oni su dobili detaljne pismene upute, kako bi se što više ujednačili uvjeti provođenja ispitivanja. Budući da u istraživanju sudjeluju djeca, pristanak za istraživanje dao je ravnatelj škole. Roditelji su bili obaviješteni o provođenju ispitivanja na roditeljskim sastancima ili putem pisanih obavijesti, ovisno o procjeni stručnog suradnika ili ravnatelja škole. Nakon završetka ispitivanja učenicima je objašnjena svrha ispitivanja i odgovoren je na sva njihova pitanja, kako bi se otklonile eventualne nejasnoće ili sumnje.

REZULTATI

Pri obradi rezultata korišteni su različiti statistički postupci ovisno o postavljenim problemima. Sve analize rezultata učinjene su pomoću programa SPSS for Windows (verzija 20.0) namijenjenog statističkoj obradi podataka.

Prvo su provjerene razlike u prosječnim vrijednostima primjenjenih mjera, između dječaka i djevojčica. Značajne razlike prikazane su u tablici 1.

Prema dobivenim rezultatima djevojčice postižu bolje rezultate u odnosu na dječake i na testu razumijevanja emocija i testu rječnika

TABLICA 1. Rezultati provedenih ANOVA za ispitivanje spolnih razlika u mjeranim varijablama

Mjerni instrument		M	F-test	Stupnjevi slobode
Test razumijevanja emocija	Djevojčice Dječaci	28,29 25,60	27,36**	1, 441
Test rječnika emocija	Djevojčice Dječaci	16,20 13,89	12,78**	1, 441
Ugodnost	Djevojčice Dječaci	21,17 19,99	17,36**	1, 425
Višestruka ljestvica anksioznosti (ukupan rezultat)	Djevojčice Dječaci	40,62 33,86	21,109**	1, 359

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

emocija, što je u skladu s nalazima istraživanja prema kojima žene imaju bolje rezultate na različitim mjerama emocionalne inteligencije (35).

Kao što je i očekivano, nisu pronađene spolne razlike u prosječnom rezultatu na testu neverbalne inteligencije između dječaka i djevojčica, kao niti na mjeri depresivnosti. Što se tiče mjera ličnosti, jedina statistički značajna razlika dobivena je u dimenziji ugodnosti, pri čemu djevojčice postižu više rezultate. Taj su nalaz dobili i Hudek-Knežević, Kardum i Kalebić-Maglica (30), iako su u njihovom uzorku pronađene i spolne razlike na dimenzijama ekstraverzije, savjesnosti i neuroticizma (djevojčice na svim ljestvicama postižu više rezultate). Na svim podljestvicama, kao i na ukupnoj mjeri anksioznosti, djevojčice imaju više prosječne rezultate, što je u skladu s rezultatima istraživanja Marcha i sur. (31).

Kako bi se provjerilo razlikuju li se učenici različite dobi u sposobnosti razumijevanja emocija, ispitane su razlike u uspješnosti rješavanja testa razumijevanja emocija između učenika različitih razreda. Interakcija između varijabli spol i razred provjerena je dvosmjernom analizom varijance.

Prema dobivenim rezultatima postoji statistički značajna razlika u prosječnom rezultatu koji na testu postižu učenici različitih razreda ($F_{(7,436)}=5,79$; $p<0,01$). Post-hoc analiza (Scheffe-

ovim testom) pokazala je da su učenici 7. i 8. razreda značajno uspješniji u rješavanju testa od učenika 5. razreda. Nije pronađena interakcija između varijabli spol i razred.

Doprinos sposobnosti razumijevanja emocija u objašnjenu kriterijskih varijabli provjeren je hijerarhijskom regresijskom analizom. Provedene su dvije analize. U obje analize u prvom su koraku unesene varijable spol i razred, u drugom opća inteligencija i osobine ličnosti, a u trećem koraku mjera razumijevanja emocija. U prvoj hijerarhijskoj regresijskoj analizi kriterijska varijabla je bila anksioznost, a u drugoj depresivnost.

Prvo su izračunati koeficijenti korelacije između primjenjenih mjeru. Dobivene korelacije prikazane su u tablici 2.

Razumijevanje emocija značajno je negativno povezano s depresivnosti, ali nije značajno povezano s mjerom anksioznosti. Druga mjera emocionalne inteligencije (test rječnika emocija) nije značajno povezana ni s depresivnosti ni s anksioznosti, kao ni neverbalna inteligencija (neverbalni neprekinuti nizovi). Osobine ličnosti povezane su i s depresivnosti (sve negativno, osim neuroticizma, koji je pozitivno povezan s depresivnosti) i s anksioznosti (neuroticizam i savjesnost pozitivno, ekstraverzija negativno).

Rezultati prve hijerarhijske regresijske analize prikazani su u tablici 3.

TABLICA 2. Korelacija između mjera emocionalne inteligencije, opće inteligencije, osobina ličnosti, depresivnosti i anksioznosti

	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(1) Neuroticizam	-.02	.10*	.11*	.09	-.03	.36**	.36**	-.08	-.03
(2) Ekstraverzija		.49**	.40**	.41**	-.03	-.12*	-.23**	-.06	.08
(3) Otvorenost			.55**	.41**	.08	-.02	-.21**	.14**	.15**
(4) Savjesnost				.62**	.03	.10*	-.27**	.08	.14**
(5) Ugodnost					.01	.05	-.25**	.06	.22**
(6) Neverbalni neprekin. niz.						.05	-.02	.34**	.34**
(7) Ljestvica anksioznosti							.23**	.09	.06
(8) Ljestvica depresivnosti								-.09	-.18**
(9) Test rječnika em.									.52**
(10) Test razumijevanja em.									1

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

TABLICA 3. Rezultati hijerarhijske regresijske analize za kriterijsku varijablu depresivnost

Prediktori	BETA	R	R ²	ΔR ²	F - promjena	Ukupni F
1. korak		.09	.008			1,53
Spol	.01					
razred	.09					
2. korak		.51	.263	.254	20,99**	16,25**
Neverbalni nepr. niz.	-.07					
Ekstraverzija	-.06					
Ugodnost	-.21**					
Savjesnost	-.09					
Neuroticizam	.38**					
Otvorenost	-.06					
3. korak		.52	.276	.013	3,36*	15,41**
Test raz. emocija	-.13*					

N=374, ΔR² – doprinos pojedine grupe prediktora objašnjenoj varijanci; R² - ukupni doprinos objašnjenoj varijanci; *p<0,05; **p<0,01

Kako je vidljivo iz tablice, tri skupine prediktora zajedno objašjavaju 27 % varijance depresivnosti. Spol i razred nisu značajni prediktori depresivnosti te objašjavaju samo 1 % varijance. Ugodnost je negativan prediktor, a neuroticizam pozitivan prediktor depresivnosti. Svi prediktori druge skupine zajedno objašjavaju 25 % varijance. Razumijevanje emocija značajan je negativan prediktor de-

presivnosti, koji objašnjava dodatnih 1 % varijance depresivnost, nakon kontrole neverbalne inteligencije i osobina ličnosti.

U drugoj hijerarhijskoj analizi kriterij je bila mjera anksioznosti. Rezultati te hijerarhijske analize prikazani su u tablici 4.

Tri skupine prediktora zajedno objašjavaju 21 % varijance anksioznosti. Spol je značajan

TABLICA 4. Rezultati hijerarhijske regresijske analize za kriterijsku varijablu anksioznost

Prediktori	BETA	R	R ²	ΔR ²	F - promjena	Ukupni F
1. korak		.21	.042			6,91**
<i>Spol</i>	-.20**					
razred	-.05					
2. korak		.45	.208	.166	10,7**	10,12**
Neverbalni nepr. niz	.05					
<i>Ekstraverzija</i>	-.13*					
Ugodnost	.02					
Savjesnost	.11					
<i>Neuroticizam</i>	.36**					
Otvorenost	-.07					
3. korak		.46	.211	.002	0,96	9,10**
Test raz. emocija	.05					

N=317, ΔR² – doprinos pojedine skupine prediktora objašnjenoj varijanci; R² - ukupni doprinos objašnjenoj varijanci; *p<0,05; **p<0,01

prediktor anksioznosti, koji zajedno s razredom, objašnjava 4 % varijance. Druga skupina objašnjava 16 % varijance, s time da je ekstraverzija značajan negativan prediktor, a neuroticizam značajan pozitivan prediktor anksioznosti. Razumijevanje emocija nije pridonijelo objašnjenju anksioznosti, nakon kontrole neverbalne inteligencije i osobina ličnosti.

RASPRAVA

Razumijevanje emocija grana je emocionalne inteligencije (1) i prema Mayeru i sur. (36) trebala bi biti umjereno povezana s ostalim inteligencijama, kako bi pokazala da pripada domeni sposobnosti, ali opet ne previšoka, kako bi bila dovoljno različita od tradicionalne inteligencije. Također, trebala bi imati značajan doprinos u objašnjenju kriterijskih varijabli.

Što se tiče dobnih i spolnih razlika u uspješnosti rješavanja testa, rezultati pokazuju da su djevojčice uspješnije na testu razumijevanja emocija od dječaka te također da su učenici 7. i 8. razreda uspješniji od učenika 5. razreda. Nije dobivena značajna interakcija spola

i dobi. Ovakvi nalazi u skladu su s nalazima istraživanja (35,37), prema kojima žene obično imaju bolje rezultate na mjerama emocionalne inteligencije u odnosu na muškarce. Nekoliko je mogućih objašnjenja - od onih da su te razlike posljedica različitog odgoja i socijalizacije dječaka i djevojčica te su stoga djevojčice bolje pripremljene i naučene kako „čitati“ i razumjeti tuđe emocije, do onih koji govore da možda postoje biološke razlike koje dovode do ovih razlika. Buduća istraživanja trebat će dati odgovor na to pitanje.

Kako bi se objasnio rezultat prema kojem su učenici 7. i 8. razreda uspješniji u rješavanju testa razumijevanja emocija od učenika 5. razreda, važno je razumjeti kako se razvija sposobnost razumijevanja emocija. Sposobnost prepoznavanja tuđih emocija razvija se paralelno s razvojem svijesti o našim vlastitim emocijama, s razvojem sposobnosti empatije, odnosno uživljavanja u emocionalno stanje drugih te sa sposobnošću da razumijemo uzroke emocija i njihove ponašajne posljedice. Što više učimo o tome zašto se ljudi ponašaju na određeni način, to smo više u mogućnosti donositi zaključke o tome kako se oni osjećaju,

čak i kada to možda nije očito ili nije u skladu s vanjskim znakovima, odnosno ponašanjem (38). Djeca već u relativno ranoj dobi pokazuju sposobnost *prepoznavanja* tuđih emocija te koriste tuđe ponašanje u određivanju vlastitog emocionalnog odgovora. Međutim, kako bi dobila pravi uvid u *razumijevanje* tuđeg emocionalnog iskustva djeca trebaju biti u mogućnosti izvesti brojne složene aktivnosti (dekonstruirati facijalnu ekspresiju, razumjeti situacijske „okidače“ pojedinih emocija, razumjeti da drugi ljudi imaju vlastite namjere, vjerovanja i drugačije emocije). Kako odrastaju, djeca razvijaju navedene sposobnosti te ih koriste u sve većoj mjeri. U ranoj adolescenciji, koja traje od otprilike 10.-12. do 14. godine dolazi do daljnog povećanja složenosti u razumijevanju emocija (39). Adolescenti razumiju da su emocije individualne reakcije na specifične situacije, znaju da se emocije ne mogu u potpunosti kontrolirati te da osoba može doživljavati više emocija istodobno.

Što se tiče odnosa *sposobnosti razumijevanja emocija* i osobina *ličnosti petofaktorskog modela*, najviša povezanost dobivena je za osobinu ugodnosti, zatim za osobine savjesnosti i otvorenosti. Nije pronađena povezanost između sposobnosti razumijevanja emocija i osobina neuroticizma i ekstraverzije. Osobe koje postižu više rezultate na ljestvici *Ugodnosti* obično su tople i prijateljski raspoložene, imaju poštovanja prema drugima te su osjetljive na tuđe želje i potrebe. Te će karakteristike vjerovatno biti povezane s kognitivnim i ponašajnim procesima usmjerenima na tuđe emocije, što će rezultirati i boljim razumijevanjem emocija drugih. *Savjesnost* i emocionalna inteligencija na prvi pogled ne bi trebale biti visoko povezane, međutim, osobe visoko na toj ljestvici procjenjuju se i kao staložene (prisebne) što znači da mogu regulirati vlastite emocije, a vjerovatno onda i bolje razumiju tuđe emocije od osoba koje se procjenjuju manje staloženima. *Otvorenost* se još naziva i *Intelektom*, a obuhvaća osobine koje se naj-

češće koriste kada se opisuju inteligentne osobe (npr. dosjetljiv, svestran, snalažljiv). Takve osobe sigurno više pažnje posvećuju i emocijama drugim, pa ih stoga vjerovatno i bolje razumiju. Slični rezultati dobiveni su i u drugim istraživanjima (40,41).

Djeca u razdoblju rane adolescencije pod povećanim su rizikom za razvoj depresivnih raspoloženja. To je razdoblje koje uključuje početak puberteta i pubertetskih promjena, promjena u kognitivnim sposobnostima, posebno sposobnostima ispitivanja i razumijevanja emocija, promjena u socijalnim interakcijama s vršnjacima i članovima obitelji (4,43). Depresivni simptomi uključuju umor, iritabilnost, nemogućnost donošenja odluka, somatske probleme i nedostatak zanimanja za svakodnevne aktivnosti, a mogu interferirati sa sposobnošću adolescenta da se uspješno suočava s razvojnim zadatcima te potencijalno dovesti do dugotrajnih negativnih posljedica za fizičko i psihološko zdravlje i dobrobit (24,44).

Iako u našem istraživanju nisu pronađene razlike između dječaka i djevojčica u učestalosti javljanja depresivnih simptoma, slično kao i u istraživanju koje su provele Yarcheski i Mahon (45), rezultati istraživanja obično pokazuju da u razdoblju prije adolescencije dječaci imaju izraženije depresivne simptome, ali u adolescenciji djevojčice čak 3 puta češće izražavaju simptome depresije, a ta se razlika pronalazi i kod odraslih žena i muškaraca (46). Depresivna raspoloženja u adolescenciji povezana su s drugim ozbiljnim problemima, poput problema ponašanja i delinkventnog ponašanja (47), zlorabe droge ili adolescentne trudnoće (48) te s javljanjem kliničke depresije (22) što znači da bi istraživanje i djelovanje na korelate adolescentnih depresivnih simptoma trebalo biti važno posebno onim profesionalcima koji se bave adolescentima. Adolescent koji bolje razumije emocije, vjerovatno je i bolji u socijalnim odnosima i bolje prihvaćen od strane vršnjaka, imat će priliku za više pozitivnih iskustava, što

će vjerojatno rezultirati i manjim depresivnim simptomima. Slično tome, adolescenti koji su ljubazni, suosjećajni, dobronamjerni i prijateljski raspoloženi (što su karakteristike osobe koja je visoko na ljestvici Ugodnosti), također će biti bolje prihvaćeni od strane vršnjaka, imat će priliku za više pozitivnih iskustava što će rezultirati rjeđim javljanjem depresivnih simptoma. Kvaliteta percipirane socijalne podrške mogla bi posredovati između povezanih sposobnosti razumijevanja emocija i osobina ličnosti s depresivnim simptomima (49).

Anksioznost je emocija, neugodni osjećaj napesti praćen fiziološkim promjenama, ali i bri-gama i strahovima (50), što znači da će nerazumijevanje emocija koje se javljaju u određenim situacijama sigurno pridonijeti osjećaju napesti i nesigurnosti osobe. Kako navodi Muris (51), epidemiološka istraživanja pokazala su da su anksiozni poremećaji među najčešćim oblicima psihopatologije u djetinjstvu/adolescenciji te da kod određenog postotka djece ta anksioznost može biti kronična i trajati do odrasle dobi. Brojni faktori pridonose javljanju anksioznih simptoma, od genetike, temperamenta i osobina ličnosti, negativnih životnih iskustava (npr. smrt člana obitelji ili razvod roditelja) do obiteljskih odnosa. Djekočice obično imaju izraženiju anksioznost (52), što je dobiveno i u našem istraživanju. Ekstraverzija je negativan prediktor anksioznosti, što se može i očekivati, budući da se ekstrovertirane osobe opisuju kao druželjubive, radosne, pričljive i otvorene i kao takve su vjerojatno manje sklene razvijanju anksioznih simptoma. Adolescenti koji su nervozni, napeti, zabrinuti, razdražljivi i tužni skloniji su razvoju anksioznosti, koju karakteriziraju upravo briga i napetost. Neuroticizam se pokazao značajno povezanim s anksioznosću i u istraživanju koje su proveli Zinbarg i sur. (53). Djeca koja su imala izraženiju ponajnu inhibiciju (što se smatra prekursorom i facetom neuroticizma) su pod većim rizikom za razvoj fobija i drugih anksioznih poremećaja u kasnjem djetinjstvu, odnosno socijalne

fobije u adolescenciji. Dok ekstraverzija djeluje kao zaštitni faktor u razvoju anksioznosti, neuroticizam je upravo osobina koja pridonosi razvoju anksioznih simptoma i povećanoj ranjivosti osobe. Razumijevanje emocija nije se pokazalo značajnim prediktorom razvoja simptoma anksioznosti u našem istraživanju. Povezanost anksioznosti i razumijevanja emocija je složena i vjerojatno uključuje određene medijacijske varijable, koje posreduju u tom odnosu. Uključivanje dodatnih varijabli u istraživanje, poput načina suočavanja ili drugih osobina (npr. samopoštovanja, otpornosti, socijalnih vještina), sigurno bi pridonijelo boljem razumijevanju i objašnjavanju veze između anksioznosti i razumijevanja emocija.

ZAKLJUČAK

Sposobnost razumijevanja emocija, kao jedna od komponenti emocionalne inteligencije, važna je za adolescente, posebno stoga što je adolescencija razdoblje u kojem je bitno uspostaviti kvalitetnu mrežu socijalne podrške izvan obitelji, s prijateljima i vršnjacima (44). Rana adolescencija je razdoblje u kojem vršnjačke veze dobivaju sve veću važnost i u kojem započinje proces individualizacije, odnosno postizanja autonomije. Nakon kontrole inteligencije i osobina ličnosti, razumijevanje emocija imalo je značajan doprinos u objašnjenju depresivnosti, ali ne i anksioznosti. Dalnjim bi istraživanjima svakako trebalo detaljnije provjeriti odnose razumijevanja emocija i svakog od ispitanih kriterija, s posebnim naglaskom na ispitivanje eventualnih medijatorskih ili moderatorskih varijabli koje bi mogle utjecati na odnos razumijevanja emocija i kriterijskih varijabli. Također, bilo bi dobro uključiti više različitih mjera, posebno emocionalne inteligencije i kognitivnih sposobnosti, kako bi se dobila točnija slika pozicije razumijevanja emocija unutar postojećih dobro ispitanih i poznatih konstrukata.

1. Mayer JD, Salovey P. Što je emocionalna inteligencija? U: Salovey P i Sluyter DJ, ur. Emocionalni razvoj i emocionalna inteligencija, pedagoške implikacije. Zagreb: Educa, 1997.
2. Salovey P, Mayer JD. Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality* 1990; 9: 185-211.
3. Cobb CD, Mayer JD. Emotional intelligence; What the research says. *Educational Leadership* 2000; 58: 14-18.
4. Bastian VA. Are the claims for emotional intelligence justified? Unpublished doctoral dissertation. University of Akedaide: Department of Psychology, 2005.
5. Salovey P, Bedell BT, Detweiler JB, Mayer JD. Current directions in emotional intelligence. U: Lewis M, Haviland-Jones JM, ur. *Handbook of Emotions*, 2nd ed. New York: Guilford Press, 2000.
6. Van Rooy DL, Viswesvaran C. Emotional intelligence: A meta-analytic investigation of predictive validity and nomological net. *J Vocational Behav* 2004; 65: 71-95.
7. Spielberger C. *Anxiety and Behavior*. New York: Academic Press, 1966.
8. Morris L, Davis D, Hutchings C. Cognitive and emotional components of anxiety: Literature review and revised Worry-Emotionality Scale. *J Educ Psychol* 1981; 73: 541-55.
9. Endler NS, Crooks DS, Parker JDA. The interaction model of anxiety: An empirical test in a parachute jumping situation. *Anxiety, Stress and Coping* 1992; 5: 301-11.
10. Endler NS i sur. Multidimensionality of state and trait anxiety: Factor structure of the Endler Multidimensional Anxiety Scales. *J Personality Soc Psychol* 1991; 60: 919-26.
11. Ciarrochi J, Deane FP, Anderson S. Emotional intelligence moderates the relationship between stress and mental health. *Personality and Individual Differences* 2002; 32: 197-209.
12. Salovey P, Stroud LR, Woolery A, Epel ES. Perceived emotional intelligence, stress reactivity and symptom reports: Further explorations using the Trait Meta Mood Scale. *Psychol Health* 2002; 17: 611-27.
13. Woitaszewski SA, Aalsma M C. The contribution of emotional intelligence to the social and academic success of gifted adolescents as measured by the Multifactor Emotional Intelligence Scale – Adolescent version. *Roeper Rev* 2004; 27: 25-30.
14. Bastian V, Burns N, Nettelbeck T. Emotional intelligence predicts life skills, but not as well as personality and cognitive abilities. *Personality and Individual Differences* 2005; 39: 1135-45.
15. Ciarrochi, J, Chan AYC, Bajgar, J. Measuring emotional intelligence in adolescents. *Personality and Individual Differences* 2001; 31: 1105-19.
16. Furnham A, Petrides KV, Sisterson G, Baluch B. Repressive coping style and positive self-presentation. *Br J Health Psychol* 2003; 8: 223-49.
17. Davis NM. Depression in children and adolescents. *J School Nursing* 2005; 21: 311-17.
18. Živčić-Bećirević I. Depresivni simptomi s obzirom na dob i spol djece. Godišnjak Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta u Rijeci 1994; 3: 191-8.
19. Tešić V. Depresija, vodeća bolest našeg doba. HČZ 2006; br 28.
20. Živčić, I. Depresija u djetinjstvu i adolescenciji. Godišnjak Zavoda za psihologiju Filozofskog fakulteta u Rijeci 1993; 2: 151-64.
21. Živčić I. Prikaz skala depresivnosti za djecu. Godišnjak Zavoda za psihologiju Filozofskog fakulteta u Rijeci 1992; 1: 173-9.
22. Mahon NE, Yarcheski A. Outcomes of depression in early adolescents. *Western J Nursing Res* 2001; 23: 360-75.
23. Engelberg E, Sjöberg L. Emotional intelligence, affect intensity, and social adjustment. *Personality and Individual Differences* 2004; 37: 533-42.
24. Galambos NL, Leadbeater BJ, Barker ET. Gender differences in and risk factors for depression in adolescence: A 4-year longitudinal study. *Int J Behav Develop* 2004; 28: 16-25.
25. Mohorić T. Razumijevanje emocija kao komponenta emocionalne inteligencije u ranoj adolescenciji. Zagreb: Filozofski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, neobjavljena doktorska disertacija, 2012.
26. Roseman II. Appraisal determinants of discrete emotions. *Cognition and Emotion* 1991; 5: 161-200.
27. Takšić V, Harambašić D, Velemir B. Emotional Vocabulary Test as an attempt to measure the emotional intelligence ability - understanding emotion aspect. Rad prezentiran na The 28th International Congress of Psychology, Beijing, 2004.
28. Šiljan H. Emocionalna kreativnost: odnos sa emocionalnom inteligencijom, validacija potencijalne nove mjere i spolne razlike. Rijeka: Diplomski rad. Filozofski fakultet Sveučilišta u Rijeci, 2005.
29. Hadžiselimović Dž, Ambroši-Randić N. Neverbalni neprekiniti nizovi. Test intelektualnih sposobnosti (priručnik). Pula: Filozofski fakultet, 2006.
30. Hudek-Knežević J, Kardum I, Kalebić-Maglica B. The source of stress and coping styles as mediators and moderators of the relationship between personality traits and physical symptoms. *Rev Psychol* 2005; 12: 91-101.
31. March JS, Parker JD, Sullivan K, Stallings P, Conners C. The multidimensional anxiety scale for children (MASC): factor structure, reliability and validity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 554-65.
32. Baldwin JS, Dadds MR. Reliability and validity of parent and child versions of the Multidimensional Anxiety Scale for Children in community samples. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007; 46: 252-60.
33. Rynn MA, Barber JP, Khakid-Khan S i sur. The psychometric properties of the MASC in a pediatric psychiatric sample. *Anxiety Disorders* 2006; 20: 139-57.
34. Bojtor S. Odnos anksiozne osjetljivosti, psihosomatskih problema i dimenzija anksioznosti kod djece osnovnoškolske dobi. Diplomski rad. Filozofski fakultet Sveučilišta u Rijeci, 2008.
35. Chiarrochi J, Chan AYC, Caputi P. A critical evaluation of the emotional intelligence construct. *Personality and Individual Differences* 2000; 28: 539-61.
36. Mayer JD, Caruso DR, Salovey P. Emotional intelligence meets traditional standards for an intelligence. *Intelligence* 1999; 27: 267-98.

37. Luebbers S, Downey LA, Stough C. The development of an adolescent measure of EI. *Personality and Individual Differences* 2007; 42: 999-1009.
38. Saarni C. The development of emotional competence. New York: Guilford Press, 1999.
39. Smrtnik Vitulić H. The development of understanding of basic emotions from middle childhood to adolescence. *Studia Psychologica* 2009; 51: 3-20.
40. van der Zee K, Thijss M, Schakel L. The relationship of emotional intelligence with academic intelligence and the big five. *Eur J Personality* 2002; 16: 103-25.
41. Shafer AB. Relation of the Big Five and factor V subcomponents to social intelligence. *Eur J Personality* 1999; 13: 225-40.
42. Heath PA, Camarena PM. Patterns of depressed affect during early adolescence. *J Early Adolesc* 2002; 22: 252-76.
43. Clarizio HF. Assessment and treatment of depression in children and adolescents. U: Brandon V. *Clinical Psychology*. Publishing House, 1994.
44. Siu AFY. Trait emotional intelligence and its relationships with problem behavior in Hong Kong adolescents. *Personality and Individual Differences* 2009; 47: 553-7.
45. Yarcheski A, Mahon NE. A causal model for depression in early adolescents. *Western J Nursing Res* 2000; 22: 879-94.
46. Gjerde PJ, Block J. Preadolescent antecedents of depressive symptomatology at age 18: A prospective study. *J Youth Adolesc* 1991; 20: 217-32.
47. Overbeek G, Biesecker G, Kerr M, Stattin H, Meeus W, Engels RME. Co-occurrence of depressive moods and delinquency in early adolescence: The role of failure expectations, manipulativeness and social context. *Int J Behav Develop* 2006; 30: 433-43.
48. Overholser JC, Freiheit SR, DiFilippo JM. Emotional distress and substance abuse as risk factors for suicide attempts. *Canad J Psychiatry* 1997; 42: 402-7.
49. Ciarrochi J, Heaven PCL, Supavadeeprasit S. The link between emotion identification skills and socio-emotional functioning in early adolescence: A 1-year longitudinal study. *J Adolesc* 2008; 31: 565-82.
50. Vallance A, Garralda, E. Anxiety disorders in children and adolescents. *Psychiatry* 2008; 7: 325-30.
51. Muris P. The pathogenesis of childhood anxiety disorders: Considerations from a developmental psychopathology perspective. *Int J Behav Develop* 2006; 30: 5-11.
52. Locker J, Cropley M. Anxiety, depression and self-esteem in secondary school children. *School Psychology International* 2004; 25: 333-45.
53. Zinbarg RE, Mineka S, Craske M i sur. The Northwestern.UCLA youth emotion project: Associations of cognitive vulnerabilities, neuroticism and gender with past diagnoses of emotional disorders in adolescents. *Behav Res Therapy* 2010; 48: 347-58.

Izložbe psihijatrijskih pacijenata

Vlasta Štalekar

Klinički bolnički centar Zagreb, Klinika za psihijatriju, Zagreb, Hrvatska

1. IZLOŽBA VRAPČANSKI JASTUCI U GALERIJI FORUM

U Galeriji Forum u Zagrebu od 7. do 23. prosinca 2015. održana je izložba *Vrapčanski jastuci* koju su postavile Andreja Kulunčić, vizualna umjetnica i Dubravka Stijačić, defektologinja i psihoterapeutica, voditeljica Odjela za psihosocijalne metode liječenja i radnu terapiju u Klinici za psihijatriju Vrapče. Grupa pacijenata koja je sudjelovala u psihoterapiji prihvatile se izrade jastuka pod vodstvom Vlatke Prstačić, dizajnerice tekstila i suradnice u kreativnim radionicama Bolnice. Dizajn jastuka osmisle su dizajnerice studija „Kuna zlatica“, Ana Kunej i Zlatka Salopek. Izložbu su omogućili Gradski ured za obrazovanje, kulturu i sport Zagreb, Ministarstvo kulture RH i Klinika za psihijatriju Vrapče.

Na otvorenju izložbe govorili su ravnatelj Kulturno informativnog centra Emil Matešić, ravnatelj Klinike za psihijatriju Vrapče prof. dr. sc. Vlado Jukić i voditelj Galerije Forum Antun Maračić. Tada je javnost upoznata (ne po prvi put) s projektom izrade jastuka koji se razvija od 2010. Za vrijeme trajanja izložbe u galerijskom je prostoru rekonstruiran proces izrade jastuka koji se i dalje šiju u okviru terapijskih radionica u Bolnici Vrapče.

Izložba je pružila niz specifičnosti: prezentirala je višegodišnji rad interdisciplinarnog tima u kojem su udruženi umjetnost i struka (psihijatrija) i njeni korisnici (pacijenti) s ciljem destigmatizacije duševnih bolesnika, ublaža-

vanja i dokinuća predrasuda i diskriminacije prema njima (bolest se svakome može dogoditi). Konačno, svrha je svake, pa tako i ove izložbe, pokazati djelo javnosti, privući posjetitelje, uvući ih u aktivno sudjelovanje. Izložba je postala mjesto razgovora i susreta, kupnje i poklanjanja jastuka. Ali, i više od toga. Već prema prvim dojmovima s otvorenja izložbe sve je ukazivalo da se događa nešto neobično: izložba je prerasla u poziv javnosti da sudjeluje u izradi novih izložaka u privremeno prenesenoj radionici iz psihijatrijske bolnice u galeriju. U kontekstu tzv. *socijalne estetike*, navodi Irena Bekić: „na djelu imamo kolaboraciju umjetnosti i zajednice do krajnjih konzervacija: umjetnost, naime, nudi institucionalni okvir, resurse i izvore financiranja za realizaciju ne-umjetničkog projekta zajednice. Tom obliku suradnje pripadaju i Vrapčanski jastuci“ (1).

Projekt *Vrapčanski jastuci* zaživio je u kreativnim radionicama Bolnice Vrapče, no – valja istaći – tek uključivanjem umjetnosti. Jastuci su našli svoj put do javnosti i prije izložbe putem web stranica (www.vrapci.org) i aktivnosti na *facebook-u*, prisustvom u medijima, tv i novinskim intervjuima angažiranih voditeljica Projekta i otvorili prostor za javni govor o tabuiziranim temama psihijatrijskih pacijenata ali i bolnice, pa i struke. Sama izložba vrhunac je ovih interdisciplinarnih aktivnosti, bila je ugodna oku, edukativna, prodajna i interaktivna tijekom radionica i razgovora. Na izložbi su, uz jastuke, dominirale poruke otisnute na

zidu, stoga vidljive i izvana: „Jastuci su simboličan predmet u kojem se objedinjuju asocijacije na toplinu i sigurnost doma i zazor od bolesničke sobe. Jastuci su put ka destigmatizaciji duševno oboljelih i poziv na uvažavanje tuđe i svoje takve situacije“.

I lokacija Galerije Forum u središtu gradskog tkiva, koja je samo staklenim zidom odvojena od uličnih zbivanja, omogućila je i prolaznicima neku vrstu uključenosti, mogućnost da upiju informaciju o rečenoj problematici „onako nemanjerno, u hodu“. U tom se kontekstu možemo podsjetiti kako se promatrač, promatrano djelo i sam akt promatranja međusobno uvjetuju, nadopunjaju i mijenjaju percepciju. To i jesu pravi dometi stvaralaštva, kako navodi Antun Maračić: „umjetnosti koja je u ovom slučaju samozatajno mimikrirana u korist efičnosti društvene akcije i želje za promjenom nabolje“ (1). Ovim pristupom upravo pacijenti, sa svojim proizvodom, bivaju glavni akteri procesa destigmatizacije u javnosti, no vizualna umjetnica Andreja Kulunčić svoju društveno angažiranu umjetnost tankočutno balansira sa zaštitom pacijenata od nepotrebnog eksponiranja ne umanjujući njihovu prisutnost tijekom cijelog Projekta.

Dubravka Stijačić navodi da je do izložbe došlo jer je Andreja Kulunčić dobila poziv od Galerije Forum da tamo napravi izložbu, a oni su prihvatali njen prijedlog da to budu *Vrapčanski jastuci*, a to je značilo – podsjetimo još jednom – preseljenje vrapčanske radionice u Galeriju Forum. Nije li to znak posvećenosti umjetnici Projektu i paradigma socijalno angažirane umjetnosti? Bile su održane i tri večeri tematskih razgovora o psihijatrijskim poremećajima i rehabilitaciji. „Bila je to izuzetna suradnja i uvažavanje raznovrsnih ideja. Sve što smo radili uvijek je bilo podložno provjeravanju s psihijatrijskim pacijentima kako ne bi došlo do suprotnog efekta od onog kojeg smo željeli.“

Kreativni tim svjestan je mogućeg učinka na promatrače sa strane, kao npr. „gle napravi-

li su jastuk koji je zgodan i dekorativan, ali sav naš rad na tome se ne može vidjeti, što je dobro, to nas raduje“ (D. Stijačić, usmeno priopćenje), pa navodi A. Maračić u Katalogu izložbe: „Rad umjetnice prepoznajemo kao nastavak i suvremenu inačicu kreacije *socijalne skulpture*, difuznog i sveobuhvatnog djela koje je najavio i na specifičan način u prošlom stoljeću afirmirao Joseph Beuys. U tom smislu, svoje djelovanje ova umjetnica shvaća kao animaciju, kao pokretanje mehanizma koji će omogućiti proces transformacije, društvenog ozdravljenja“ (1).

Prihod od prodaje jastuka namijenjen je Udrudi za psihosocijalnu pomoć i rehabilitaciju koja pomaže pacijentima u Bolnici Vrapče.

Postoji i doza zabrinutosti, jer „ne znamo još što će biti dalje s jastucima, sve je manje pacijenata koji znaju šivati... tako će možda jednom jastuci postati muzejski izložak“ (D. Stijačić, usmeno priopćenje).

Katalog je tiskan nakon zaključenja izložbe kako bi se mogao dokumentirati njezin postav i sva pripadajuća događanja za vrijeme njezina održavanja: radionice, predavanja i razgovori. Osim vizualnog dijela koji se odnosi na samu izložbu katalog sadrži i podatke o cjelokupnom Projektu, uz tekstove Irene Bekić i Antuna Maračića.

2. IZLOŽBA MARIJE NOVAKOVIĆ SJEĆANJA JEDNE PIJANISTICE U MUZEJU SUVREMENE UMJETNOSTI

Muzej suvremene umjetnosti (MSU) posjeduje stotinu i pedeset radova *outsiderskih* umjetnika, a njihova djela redovito se izlažu u stalnom postavu i na povremenim izložbama. Prva koja je pisala o djelima *outsidera* još tijekom 1970-ih bila je Vera Horvat-Pintarić. God. 1987. u MSU održana je izložba radova iz londonskog *Outsider Archive*, što je bio prvi susret zagrebačke likovne publike s takvim djelima (2).

Uslijedile su dvije izložbe domaćih autora: *Outsideri: Umjetnici s onu stranu zrcala* (1998.) i *Outsideri 2* (2000.) autorice Nade Vrkljan Križić, koja navodi da su *outsider* stvaraoci izvanserijske imaginacije i snažne potrebe za osobnom slobodom, te da stvaraju neopterećeni bilo kakvim konvencijama (2). Umjetnost tzv. samoukih umjetnika svih vrsta davno je prepoznata kao važan segment stvaralaštva. O tome nalazimo svjedočanstva u povijesti umjetnosti sve od 1880. godine do danas (3).

Iz zajedničke suradnje prof. dr. sc. Žarke Vujić s Odsjeka za muzeologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu, Snježane Spitzmuller voditeljice knjižnice u Klinici za psihiatriju Vrapče, te uz podršku prof. dr. sc. Vlade Jukića, ravnatelja Klinike za psihiatriju Vrapče i Snježane Pintarić, ravnateljice MSU-a nastala je izložba *Sjećanja jedne pijanistice*, održana od 29.1. do 19.2. 2016. Likovni postav potpisuje Žarka Vujić.

Izložba i Katalog izložbe (s tekstovima Snježane Pintarić, Vlade Jukića i Žarke Vujić) osvrtareni su uz potporu Muzeja suvremene umjetnosti Zagreb, Klinike za psihiatriju Vrapče, Grada Zagreba i Ministarstva kulture Republike Hrvatske.

LIKOVNO STVARALAŠTVO U PSIHIJATRIJSKIM BOLNICAMA

Mnoge je umjetnike duševna bolest trajno onesposobila, dok su neki možda upravo zahvaljujući njoj procvjetali i dali fantastične doprinose svjetskoj umjetničkoj baštini (4). Liječenje duševnih bolesnika stalno se upotpunjuje različitim okupacijsko-radnim i kreativno-umjetničkim aktivnostima i radionicama, te su sve zastavljenje ekspresivne tehnike kao što su, primjerice, likovne radionice, muzikoterapija, terapija pokretom i plesom, *play* terapija, biblioterapija, filmska terapija itd.

Francuski umjetnik Jean Dubuffet 1920-ih počeo je sakupljati umjetnička djela psihičkih

bolesnika. Nazvao ih je *art brut* (sirova umjetnost). Umjetnička zbirka koju je utemeljio poznata je kao *Kolekcija art brut* u Lausannei. Od početka 1970-ih rabi se pojам *outsider art* kao engleski sinonim za *art brut*, koji se koristi u širem kontekstu kako bi označio samouke ili naivne umjetnike koji imaju malo ili nimalo dodira s umjetničkim institucijama, i u pravilu su bez ikakve likovne naobrazbe (5).

Interes za umjetničko stvaralaštvo psihičkih bolesnika počeo se razvijati 20-ih godina prošlog stoljeća. Walter Morgenthaler autor je knjige *Psihijatrijski pacijent kao umjetnik* 1921. god. o Adolfu Wolfliju, njegovom bolesniku oboljelom od psihoze. Hans Prinzhorn, povjesničar umjetnosti i psihoanalitičar, objavio je 1922. knjigu *Umjetnost psihičkih bolesnih* u kojoj donosi analizu stvaralaštva psihičkih bolesnika. Radeći u Psihijatrijskoj bolnici Sveučilišta u Heidelbergu on je proširio raniju zbirku umjetničkih djela bolesnika koju je prikupljao još Emil Kraepelin, a od 2001. cjelokupna je zbirka izložena u bivšoj kapelici Sveučilišta u Heidelbergu (5).

Danas se sve više koristi umjetnost u terapijske svrhe, odnosno sve smo svjesniji lječidbenog učinka umjetnosti za što se koristi termin *art as therapy* i razlikuje se od *art terapije* – zasebne i priznate psihoterapijske tehnike. Izložba *Sjećanja jedne pijanistice* ima svoju historijsku komponentu, jer s odmakom od 70-80 godina gledamo u djela kronične shizofrene bolesnice koja su bila način opstanka u vrlo teškim životnim uvjetima. Pred našim se očima prikazuje jedan život u svom totalitetu posredstvom njezinog likovnog stvaralaštva udruženog s glazbom, filmom i pisanjem, koje su u bolnici Vrapče znali prepoznati, znali poticati i znali sačuvati. Njezini radovi danas su u fundusu zbirke bolesničkih djela u bolnici Vrapče.

Kako navodi Snježana Pintarić, prije dvadesetak godina u MSU započelo je predstavljanje radova umjetnika bez formalnog umjetničkog

obrazovanja, autora koji svojim životnim i umjetničkim biografijama ne pripadaju akademskoj i umjetničkoj sceni, i koji su do tada vrlo rijetko bili viđeni u muzejsko-galerijskim prostorima. Već je niz izložbi posvećen tim umjetnicima koje likovna kritika ubraja u *art brut* ili *outsider umjetnost* (6).

Marija Novaković (1885.–1960.) jedna je od najznačajnijih predstavnica *outsiderske umjetnosti*, koja je od 1932. pa do kraja svog života boravila/živjela u bolnici Vrapče. Iako s glazbenim obrazovanjem, u bolnici je razvijala svoj dar za likovno izražavanje, i ono je bilo važan dio njenih svakodnevnih aktivnosti i – danas bismo rekli – neizostavni dio liječenja. Podsjetimo se da Marija boravi u Vrapču prije ere liječenja psihofarmacima. Ubrzo je bilo prepoznato da se radi o autentičnom slikarskom talentu, o vrlo senzitivnoj umjetnici, te je jedno vrijeme imala i svoj mali atelje. Usto, liječnici su je poticali na slikanje i crtanje, a njezinu je afirmaciju najviše pridonio prim. dr. Stanislav Župić koji je njezine radove izlagao na skupnim izložbama i organizirao joj samostalne, pisao tekstove za kataloge i objavljivao brošure. God. 1950. izloženo je 60-ak njezinih slika u Parizu na Svjetskoj izložbi likovnih radova psihijatrijskih bolesnika održanoj u okviru Svjetskog psihijatrijskog kongresa. Bila je to izložba „psihopatološke umjetnosti“ u Bolnici St. Anne u Parizu – većina tih radova ostala je u fundusu te ustanove. God. 2003. priređena je velika izložba u Nacionalnoj galeriji na kojoj su bili predstavljeni i Marijin radovi koje su kritičari posebno zapazili, a 1952. samostalna izložba Marije Novaković u Galeriji Likum u Zagrebu te 1954. samostalna izložba u dvorani Društva arhitekata u Zagrebu (6). Objavljene su i tri brošure sa Župićevim tekstovima i reprodukcijama Marijinih slika i crteža. Treća samostalna izložba održana je 1994. u Vrapču povodom 115. godišnjice Bolnice, s popratnim tekstom prof. Miroslava Gašparevića. Njezini su radovi izloženi i na skupnim izložbama

radova pacijenata povodom 120. godišnjice Bolnice u galeriji Kristofor Stanković u Zagrebu, i na izložbi 2009. povodom 130. godišnjice Bolnice – tada u novootvorenoj galeriji Slava Raškaj unutar bolničkog kompleksa, gdje se otada periodično izlažu likovni radovi pacijenata Bolnice (6,7).

U životopisu Žarka Vujić navodi da je Marija Novaković rođena u Zagrebu, odrastala je bez roditelja u obitelji tete i bake u Beču, gdje se i školovala. Studirala je glasovir i pjevanje, željela je biti opera pjevačica, ali to nije mogla ostvariti. U 24-oj godini prvi je puta duševno oboljela i provela je godinu dana u Duševnoj bolnici Steinhof u Beču. Nakon izlaska iz bolnice, uzdržavala se davanjem satova klavira, korepetiranjem i poziranjem umjetnicima, zatim odlazi u Berlin i nastupa u varijeteima, kabaretima, na ljetnim pozornicama, svira u kino-dvoranama gdje napokon i preuzima dužnost voditeljice orkestra. Bila je akter društvenog i umjetničkog života onoga vremena i žena koja se odlučila sama uzdržavati, no 1931. ponovo odlazi na liječenje u Psihijatrijsku kliniku Herzberge. God. 1932. bolest se vraća i ovoga puta odlazi u Bolnicu Vrapče gdje ostaje do kraja svog života (6).

Radovi za izložbu u MSU odabrani su vrlo pomoćno, izloženi kronološkim slijedom i to oni nastali u Marijinim najplodnijim stvaralačkim razdobljima od 1937. do 1939. i od 1950. do 1957. godine. Izdvajaju se radovi inspirirani glazbom i filmom, a glazba u pozadini i notni zapisi na slikama obogaćuju doživljaj izložbe. Tu su radovi iz ciklusa *Zavisnost, Emigranti* iz 1937. i *Vrtni lokal*, djelo „potpuno osobne likovne invencije“ (6). Posebno snažno doima se rad *Umjetnik* iz 1951., vrlo su zanimljiva djela *Haemung* i *Ambicija* iz 1954., te lirična *Večer* iz 1950., da navedem samo neke. Izložen je i bolnički krevet u središnjem dijelu galerijskog prostora, koji podsjeća na ograničenja koja, međutim, nisu bila prepreka za stvaralački čin. Marija je i iz bolesničkog kreveta našla načina

probiti granice anonimnosti kronične duševne bolesnice i ostaviti trajni trag. Prisjetimo se u tom kontekstu i Beuysove misli o umjetnosti kao nužnoj za preživljavanje.

PACIJENTI U POSJETI IZLOŽBI

Pacijenti na liječenju u Dnevnoj bolnici Klinike za psihijatriju KBC-a Zagreb, u okviru terapijskih aktivnosti imali su mogućnost posjetiti izložbu pod stručnim vodstvom same autorice izložbe, prof. dr. sc. Žarke Vujić, dobre poznateljice likovnog opusa Marije Novaković. Razgovor o dojmovima s izložbe o autorici za koju nikada ranije nisu imali prilike čuti, niti su se susretali s *art brut* stvaralaštvom, pacijenti su upotpunili pisanjem eseja, iz kojih citiram dio opservacija:

„Marija Novaković sve je svoje emocije koje su odražavale stanje njenog duha prenijela na papir. Posebno me se dojmila slika Kukavica, promatrajući je shvatila sam kako sve doista polazi od nas i da smo sami odgovorni za sebe, kao i način na koji percipiramo životna iskuštva. Ona je prihvatile bolest, ali to nije ubilo njen duh i volju za stvaranjem. Shvaćam da čovjek mora raditi na sebi stalno.“

„Kroz svoja djela ispričala je svoj život...bila sam potresena...Usprkos bolesti neprestano stvara, uporno ide dalje...Doživjela sam je kao ranjenu, odbačenu i ostavljenu no zadivila me njen maštata, ona je oslikala svoje misli....Slo-

bodno je izražavala svoje osjećaje i svoj košmar, odvažno je i hrabro progovorila o onom što je muči. Slikanje joj je pomoglo u prevladavanju njezine bolesti. Potaknula me da učinim nešto za sebe....Divim se izložbi jer je mnogo emocija uzburkala u meni...“

Pacijente u posjeti izložbi također se dojmila prezentacija autorice izložbe koja je o životu umjetnice i njezinom djelu govorila vrlo angažirano, posvećeno i stručno, a opet na vrlo pristupačan i njima razumljiv način. I baš ta interpretacija djela nepoznate im umjetnice odškrinula je vrata o značenju interpretacije ili perspektive iz koje gledaju na svoje život, ali i na značenje psihoterapijske interpretacije. Gledajući djela duševne bolesnice, među kojima su i ona uznenimirujuća s porukama patnje i boli, većina pacijenata otišla je s izložbe emocionalno ispunjena i potaknuta na osobni razvoj, na oslobođanje unutarnjih sputanosti. Umjetnost je jedinstvena jer na promatrača djeluje na vrlo suptilne načine, i mimo nje gove volje, na dubljim razinama koje je teško opisati riječima.

Završna misao: Obje izložbe ujedinjene su porukama o primjeni umjetnosti u liječenju – kako stvaralaštvom tako i doživljavanjem iste od strane pacijenata. U konačnici, uz brojne druge aspekte, obje (izložbe) odašilju poruku o destigmatizaciji psihički oboljelih. U obje su uključeni pacijenti, umjetnici, psihijatri, psihoterapeuti, povjesničari umjetnosti, predstavnici medija, muzejsko-galerijske institucije.

LITERATURA

1. Vrapčanski jastuci. Katalog izložbe. Zagreb: Galerija Forum, 2016.
2. Vrkljan-Križić N. Osebujne autorske istine. Vjenac 2000;158.
3. Kružić M. Snaga spontanosti. Vjenac 2000;160.
4. Neimarević D. Umjetnici tamnog sjaja. Zagreb: Euroknjiga, 2005.
5. Štalekar V. Umjetnost i psihoterapija. Soc psihijat 2014; 42: 180-9.
6. Marija Novaković. Sjećanja jedne pijanistice. Katalog izložbe. Zagreb: MSU, 2016.
7. Turudić D, Spitzmuller S. Marija Novaković – interakcija između bolesti i slikarske kreativnosti. Soc psihijat 2015; 43: 95-8.

Filmska tribina *Film i psihijatrija* u Klinici za psihijatriju Vrapče – film kao edukacijsko sredstvo

Povodom šest godina tribine

UVODNE NAPOMENE¹

Ne znam točno kada sam došao na ideju organizirati filmsku tribinu u Bolnici Vrapče, no znam da sam krajem 2009. godine tu ideju razradio, stavio na papir i počeo s pripremama tribine. Vjerojatno mi je ta ideja sinula kada sam prvi put, i prije nego sam izabran za ravnatelja Bolnice, pročitao da su u „Vrapču“ tridesetih godina 20. stoljeća, u suradnji sa Školu narodnog zdravlja u Zagrebu (sagrađenoj i utemeljenoj zahvaljujući Rockefellerovoj fundaciji), prikazivani edukativni filmovi. Nešto kasnije, kao ravnatelj Bolnice, počeo sam razmišljati o mogućnostima korištenja filmove u psihoedukativne i terapijske svrhe. Ideju korištenja filma u rekreativsko-okupacijskim aktivnostima bolesnika pokušao sam realizirati organiziranim gledanjem filmova preko videa ili televizije na bolničkom odjelu, no ta se ideja nije uspjela implementirati – naprotiv, vrlo se brzo pokazala neprovedivom (barem na odjelu na kojem su pretežno liječeni bolesnici s različitim psihotičnim poremećajima) – većina bolesnika bi vrlo brzo nakon početka filma napuštala dnevni boravak gdje se film prikazivao, ili ga ne bi pratila. Odustao sam od „toga projekta“ i zbog činjenice da bolesnici, kao i svi drugi, srećom, imaju svakodnevnu priliku na raznim televizijskim programima gledati, prema vlastitom izboru, više različitih filmova. Ideju o korištenju filma u (psiho)terapijske svrhe prepustio sam na razradu i realizaciju kolegama.

Ideju o filmu kao sredstvu za edukaciju specijalizanata detaljnije sam počeo razrađivati u drugoj polovici prošlog desetljeća kada sam preuzeo ulogu organizatora edukacije specijalizanata u Bolnici „Vrapče“. Uređenjem Edukacijskog centra bolnice „Vrapče“ (koji je otvoren 15. studenoga 2009. godine, povodom 130. obljetnice postojanja i rada Bolnice), a u sklopu kojeg je uređena („prava“ kino) dvorana, stvoreni su izvrsni uvjeti za organizaciju filmske tribine.

U prosincu 2009. godine napisao sam „programski tekst“ koji sam prvo predstavio Stručnom vijeću Bolnice, a onda, nakon što ga je ono prihvatiло, razaslao na adresu najistaknutijih hrvatskih psihijatara, u prvom redu nastavnika zaduženih za edukaciju studenata i specijalizanata iz psihijatrije, ali i na adresu niza filmskih djelatnika i filmskih kritičara. Slijedila je najava i organizacija prve tribine koje je održana 2. veljače 2010. godine.

I tako je počelo. I tako traje do sada! Osobno sam tijekom pet godina, do proljeća 2015., organizirao i vodio tribinu. Pomalo umoran, organizaciju tribine (izbor filmova, angažiranje psihijatara i filmskih kritičara, propagandu) prepustio sam dr. Antoniji Puljić koja mi je u organizaciji tribine već otprije pomagala. Ostao sam na raspolaganju, sada kao „gost“, moderirati i voditi pojedinu tribinu. I tako sam „progurao“ šestu godinu moderiranja tribine. Ostajem i dalje na raspolaganju i sa zadovoljstvom ču,

¹ U pisanju ovog teksta koristio sam se vlastitim bilješkama, sjećanjima i napisima u medijima koje sam naveo u tekstu.

bez „slatkih muka“ oko izbora filmova i izbora i dogovaranja komentatora (filmskih kritičara i psihijatara), i dalje, dok se to od mene bude tražilo, svoje iskustvo i stečeno znanje dijeliti sa svim posjetiteljima „Vrapčanske filmske tribine“, posebno sa specijalizantima.

U ovom članku, uz potrebna objašnjenja i komentare, posebno citiranjem izabralih dopisa i dokumenata te medijskih prikaza tribine, opisujem iskustvo i rezultate (kako ih ja vidim)

šestogodišnjeg vođenja filmske tribine FILM I PSIHIJATRIJA u Klinici za psihijatriju Vrapče.

65

PISMO/DOPIS KOJIMA JE NAJAVA LJENA FILMSKA TRIBINA

U prosincu 2009.g. napisao sam i na niz adresa (istaknutih psihijatara, filmologa i filmskih kritičara) 3. prosinca 2009. poslao sljedeće pismo/dopis:

„Psihijatrijska bolnica Vrapče naša je najstarija, najveća i naznačajnija, kako se često kaže, stožerna, psihijatrijska ustanova. Osim što je tijekom svoje 130-godišnje povijesti zbrinjavala i liječila duševne bolesnike i sve one kojima je bila potrebna psihijatrijska pomoć; osim što je educirala studente, postdiplomce, liječnike i specijalizante i osim što se u njoj odvijala značajna znanstvena aktivnost, Psihijatrijska bolnica Vrapče je njegovala poseban odnos prema umjetnosti. Osim na konzumentskom (u Bolnici su održavane izložbe, koncerti, kazališne predstave), ovo je vidljivo i na kreativnom planu. Bolesnicima koji se u bolnici liječe omogućeno je kreativno umjetničko izražavanje, u prvom redu na likovnom planu. Mnoga tako nastala djela više su od produkta likovno-okupacijske terapije.

Umjetničkom izrazu, u prvom redu u funkciji okupacije i zadovoljavanja estetskih potreba bolesnika, posebno se obraćala pozornosr početkom tridesetih godina 20. stoljeća. Tako je godine 1932. „kupljen gramofon i radio s električnim megafonom preko kojega su priređivani koncerti“. „Kino predstave su davane svaki tjedan. Zavod je imao tamburaški orkestar i orkestar limene glazbe u kojem su svirali bolesnici i bolničari. Postojao je i pjevački zbor, muški i ženski.“.

Kino predstave davale su se u Bolnici tridesetih godina na inicijativu tadašnjeg ravnatelja dr. Rudolfa Herciga. Škola narodnog zdravlja ustupala je kino-projektor, a distributeri filmova dozvoljavali su njihovo emitiranje u bolnici bez naknade. Nakon nekog vremena zbog raznoraznih razloga ova kulturna djelatnost je zamrla. Do sada (od sredine tridesetih godina 20. stoljeća) nije obnovljena. Jedan od razloga je i dolazak televizije koja okupira bolesnike.

Psihijatrijska bolnica Vrapče je prilikom proslave svoje 130. obljetnice otvorila moderno uređen edukacijski centar sa svim tehničkim pomagalima. U lijepo uređenoj dvorani s više od 200 mesta, koja se može podijeliti u dvije dvorane sa po 100 mesta, moguće je organizirati prikazivanje filmova. To je i prilika da se „vratimo tradiciji“ i ponovno u „Vrapču“ prikazujemo filmove.

Naša je ideja da se prikazuju filmovi s psihiatrim skom tematikom, ali i oni u kojima likovi pate od raznih psihičkih poremećaja. Filmovi bi u prvom redu bili namijenjeni specijalizantima iz psihiatrise, ali i svima drugima koji uče psihiatru ili ih psihiatru, ili psihiatrisko, posebno zanima.

Filmovi bi se prikazivali jedanput mjesečno, u večernjim satima. Nakon filma vodila bi se rasprava koju bi moderirao domaćin. Film bi prvo, u pet minuta, komentirali po jedan psihijatar (s psihiatrickog stajališta) i filmski kritičar (s filmološkog, odnosno umjetničkog rakursa). Oni bi film prije pogledali i pripremili svoje diskusije. Nakon njihovih priloga o filmu bi mogli govoriti svi nazočni.

Smatrajući da je ovo ne samo moderan, nego ugodan i poželjan način učenja nekih segmenata psihiatrise, nadamo se odazivu specijalizanata iz psihiatrise, psihijatara, liječnika, psihologa, studenata i svih drugih zainteresiranih („Vrata „Vrapča“ svima su otvorena“!) te uspjehu ove ideje.

Prva predstava održat će se u siječnju 2010. godine. Na programu je film Miloša Formana LET IZNAD KUKAVIČJEG GNJEZDA s Jackom Nicholsonom i Louise Fletcher u glavnim ulogama.“

Prof. dr. sc. Vlado Jukić

U ovom dopisu se, kao što je vidljivo, filmska tribina najavljuje u kontekstu Bolnice „Vrapče“ kao ustanove u kojoj se, uz liječenje bolesnika i edukaciju kadrova u medicini i psihijatriji, njeguje i umjetnički izričaj. Ovo isticanje „Vrapče“ kao „ustanove kulture“ opravdalo su i kasnije manifestacije kulturnog sadržaja (kulturno-umjetnički aspekt filmske tribine, izložbe likovnih radova u novootvorenoj galeriji „Slava Raškaj“, otvaranje Muzeja bolnice Vrapče, izložbe likovnih radova iz fundusa bolnice u galeriji Forum i Muzeju suvremene umjetnosti...).

NAJAVA FILMSKIH TRIBINA – POPRATNI DOPISI I PLAKATI

Prva filmska tribina održana je u utorak 2. veljače 2010. godine, a na njoj je prikazan film *Let iznad kukavičjeg gnijezda*. Najavljeni su dva poziva/letka te plakatom koji su poslani

na prije spomenute adrese te na adrese raznih ustanova kulture, adrese novinara i redakcija kulture raznih medija te adrese svih hrvatskih psihijatrijskih ustanova. Ti materijali poslani su elektronskom poštom, a u slučajevima kada nismo imali adrese e-pošta, običnom poštom. Plakat s najavom filmske tribine poslan je svim psihijatrijskim ustanovama, a bio je istaknut i na oglašnim pločama nekoliko fakulteta i akademija zagrebačkog sveučilišta te u Liječničkom domu Hrvatskog liječničkog društva.

Prvi dopis ima opći karakter. On najavljuje pokretanje tribine, obaveštava o mjestu i vremenu njezinog održavanja, govori o načinu realizacije te daje kratko obrazloženje pokretanja i održavanja tribine. U „post skriptumu“ navodi se dvadesetak naslova filmova koje se planira prikazati na tribini te poziv specijalizantima iz psihijatrije da sami predlože filmove za koje misle da bi ih bilo dobro prikazati na tribini.

Evo tog dopisa:

PSIHIJATRIJSKA BOLNICA VRAPČE

Klinika za opću i forenzičnu psihijatriju i kliničku psihofiziologiju

Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu

EDUKACIJA SPECIJALIZANATA IZ PSIHIJATRIJE

Tel. 37 80 666; 37 80 600

e-mail: bolnica@bolnica-vrapce.hr

e-mail: vlado.jukic@bolnica-vrapce.hr

Siječanj 2010.

FILMSKA TRIBINA ZA SPECIJALIZANTE IZ PSIHIJATRIJE

FILM I PSIHIJATRIJA

Mjesto održavanja: velika dvorana Edukacijskog centra Psihijatrijske bolnice Vrapče

Vrijeme održavanja: prvi utorak u mjesecu od 19 do 23 sata

Način izvedbe: Projekcija prije izabranog filma (filmovi kao što su: Let iznad kukavičjeg gnijezda, Psiho, Taj mračni predmet želja, Kad jaganjci utihnu, Gospodin Jones, i slični - filmovi koje bi sugerirali sami specijalizanti iz psihijatrije...)

- Pripeđeni komentar pozvanog filmskog kritičara (filmologa) – 5-10 minuta
- Pripeđeni komentar pozvanog psihijatra – 5-10 minuta
- Rasprava o filmu i psihijatriji – u podlozi prikazani film i izlaganja pozvanog filmskog kritičara i psihijatra.
- Završna riječ „uvodničara komentatora“ – filmskog kritičara i psihijatra

Ideja, organizator i moderator „filmske tribine“: prof. dr. sc. Vlado Jukić

Obrazloženje:

Među najgledanije filmove svakako spadaju oni koji tretiraju razne psihijatrijske teme. Među njima su neki koji problematiziraju samu psihijatriju kao struku, ali i oni čiji su glavni junaci bilo psihijatrijski bolesnici, bilo oni koji imaju samo određene značajke bolesnika ili samo i psihijatrijsku konotaciju. Mnogi od ovih filmova toliko su uspješni da psihijatrijski laici često kroz njih identificiraju i psihijatriju kao struku, odnosno na osnovu njih formiraju svoje stavove o psihijatriji, duševnim bolesnicima i njihovom liječenju. Tako formirani stavovi i pogledi u pravilu su pogrešni. Zato nema praktički ni jednog psihijatra koji se nije susreo s pitanjima o psihijatriji i duševnim bolesnicima koja su formirana na osnovi informacija i stavova zasnovanim na filmovima. I sami psihijatri se u takvim situacijama nađu u neugodnoj situaciji – ili zato što u tom trenutku i u tom društvu nije primjeren ulaziti u stručne rasprave, ili zato što su ti (pogrešni) stavovi praktički petrificirani da se ne može očekivati njihova promjena bez obzira koji bi se stručni argumenti eventualno podastri. Osim toga, ima filmova koji određenu problematiku koja ima psihijatrijsku konotaciju obrađuju tako dobro da ih se može koristiti u terapijske svrhe, ali i iz njih učiti.

Sve ovo (a ne zanemarujući ni dimenziju užitka gledanjem filma i raspravom o filmu) potaklo nas je da, u situaciji kada imamo izvrsnu dvoranu u Edukacijskom centru Psihijatrijske bolnice Vrapče, u edukaciji specijalizanata iz psihijatrije koristimo filmove koji problematiziraju psihijatrijska pitanja te raspravljamo o tim filmovima i njihovoj psihijatrijskoj dimenziji. Nakon svakog prikazanog filma („filmske tribine“ održavaju se jedanput mjesečno – svaki prvi utorak u mjesecu, izuzev srpnja i kolovoza) o filmu uvodno govore (5-10 minuta) filmski kritičar i psihijatar koji u pravilu prethodno pogledaju film i pripreme diskusiju. Nakon toga slijedi rasprava u kojoj sudjeluju gledatelji (specijalizanti, psihijatri, psiholozi, studenti...) i konačno završne riječi uvodničara, filmskog kritičara i psihijatra.

Držeći da će ovaj oblik edukacije, u opuštenoj i kulturom prožetoj atmosferi, doprinijeti ne samo povećanju znanja, nego i snalaženju psihijatara u socijalnim situacijama, nadamo se da će biti prihvaćen od specijalizanata iz psihijatrije, ali i mnogih drugih koji vole film i koji se interesiraju za psihijatriju. Mnogi s kojima smo pripremajući ovaj program („projekt“ kako se to danas učeno kaže) o njemu razgovarali, to su nam potvrdili. Čini nam se da interes neće izostati i da specijalizante iz psihijatrije (kao i one druge) neće dekuražirati činjenica da se ovaj edukativni program odvija u večernjim satima.

Pozivamo sve specijalizante iz psihijatrije, ma u kojoj se fazi specijalizacije nalaze i ma u kojoj klinici (ili bolnici ili odjelu) trenutno obavljaju specijalizantski staž, kao i druge zainteresirane (psihijatre, psihologe, socijalne pedagoge, socijalne radnike, studente, sveučilišne nastavnike, filmske kritičare i druge novinare koji prate kulturu – ali i zdravstvo) da nam se priključe.

Zato:

Psihijatrijska bolnica Vrapče, prvi utorak u mjesecu, od 19 ili 20 sati, „**filmska tribina“ FILM I PSIHIJATRIJA!**

Voditelj „filmske tribine“ i ravnatelj Psihijatrijske bolnice Vrapče:

Prof. dr. sc. Vlado Jukić

P.S.

Prva „filmska tribina“ održat će se 2. veljače 2010. u 19,30 sati.

Na programu je film Miloša Formana LET IZNAD KUKAVIČJEG GNIEZDA s Jackom Nicholsonom i Louise Fletcher u glavnim ulogama.

Komentatori: Dražen Ilinčić, filmski kritičar, i prof. dr. sc. Norman Sartorius, psihijatar

Preliminarni **POPIS FILMOVA** (koji bi se prikazivali na „filmskoj tribini za specijalizante iz psihijatrije“) Let iznad kukavičjeg gnijezda, Psiho, Taj mračni predmet želja, Kad jaganci utihnu, Hanibal Lecter, Vrtoglavica, Ptice, Genijalni um, Lovac na jelene, Kišni čovjek, Forest Gump, Rođen 4. srpnja, 9 orgazama, Sjećanja na ubojstvo, Sirove strasti, Gospodin Jones, Sad je dosta...

(pozivamo specijalizante iz psihijatrije, ali i druge, da predlože filmove koje bi bili prikazani na filmskoj tribini i komentatore - filmske kritičare i psihijatre, koji bi ih komentirali.

V.J.

Drugi dopis odnosio se na poziv na konkretnu tribinu, onu održanu 2. veljače 2010. Sadržajno i grafički gotovo isti dopisi slani su povodom svake tribine tijekom svih proteklih šest godina na adrese svih specijalizanata iz psihijatrije

te na adrese svih zainteresiranih koji su svoje adrese ostavili u popisu onih koji žele da ih se obavještava o održavanju tribine.

Evo tog prvog poziva:

PSIHIJATRIJSKA BOLNICA VRAPČE, Zagreb, Bolnička cesta 32
 Klinika za opću i forenzičnu psihijatriju i kliničku psihofizologiju
 Medicinskog fakulteta u Zagrebu
 Tel. 37 80 6660; 37 80 600
 e-mail: bolnica@bolnica-vrapce.hr

EDUKACIJA SPECIJALIZANATA IZ PSIHIJATRIJE

FILMSKA TRIBINA ZA SPECIJALIZANTE IZ PSIHIJATRIJE

FILM I PSIHIJATRIJA

Mjesto održavanja: **velika dvorana Edukacijskog centra Psihijatrijske bolnice Vrapče**

Vrijeme održavanja: **2. veljače 2010. godine u 19,30 sati**

Projekcija filma: **Let iznad kukavičjeg gnijezda**

Režija: **Milos Forman**

Glavne uloge: **Jack Nicholson, Louise Fletcher**

Komentator: **Dražen Ilinčić**, filmski kritičar, urednik na HTV-u – komentar 5-10 minuta; **Prof. dr. sc. Norman Sartorius**, akademik, bivši predsjednik Svjetskog i Europskog psihiatrickog društva, bivši voditelj Odjela za mentalno zdravlje SZO, jedan od najpoznatijih i najcjenjenijih svjetskih psihiyatara – komentar 5-10 minuta

- Rasprava sudionika tribine
- Završna riječ **Dražena Ilinčića i Normana Sartoriusa**

Moderator i domaćin: **prof. dr. Vlado Jukić**

Pozivamo vas da u sklopu edukacije specijalizanata iz psihijatrije prisustvujete filmskoj tribini „Film i psihijatrija“ u sklopu koje će se prikazati film Let iznad kukavičjeg gnijezda (režija Milos Forman, glavne uloge Jack Nicholson i Louise Fletcher). Pozivamo vas da sudjelovanjem u raspravi doprinesete uspješnosti ove tribine.

Pozvani: svi hrvatski specijalizanti iz psihijatrije (ma gdje trenutno obavljali specijalizantski staž i ma u kojoj fazi specijalizacije bili), psihijatri, psiholozi, defektolozi i socijalni radnici zaposleni u psihiatrickim klinikama, odjelima i bolnicama.

Posebno pozivamo (jer se radi o prvoj tribini, odnosno implementaciji filmske tribine kao načina učenja) sve članove katedre za psihijatriju i psihološku medicinu Medicinskog fakulteta u Zagrebu, tako i ostalih hrvatskih medicinskih fakulteta i članove dekanskog kolegija Medicinskog fakulteta u Zagrebu.

Prof. dr. sc. Vlado Jukić
 Ravnatelj Bolnice i voditelj tribine

U nastavku će biti navedena imena i kratki opisi svih filmova prikazanih na tribini te imena filmskih kritičara i psihijatara (ali i drugih, posebno autora) koji su komentirali prikazane filmove. Međutim, ovdje, s obzirom da se radi o prvoj tribini, treba izdvojiti nekoliko momenata. Komentatori filma *Let iznad kukavičnjeg gnijezda* bili su istaknuti filmski kritičar i urednik na HTV-u Dražen Ilinčić i psihijatar svjetskog glasa Norman Sartorius. Na tribini se okupilo preko 250 sudionika. Film *Let iznad kukavičnjeg gnijezda* odabran je kao film kojim je otvorena filmska tribina FILM I PSIHIJATRIJA zato što je to najpoznatiji film koji se bavi problematiziranjem psihijatrije, psihijatrijske institucije, liječenja duševnih bolesnika i odnosa prema bolesnicima. Taj film vrlo se kritički odnosi prema psihijatrijskoj praksi. On propituje i opravdanost postojanja psihijatrijske bolnice kao ustanove. Iako filmski teoretičari kažu da film ne govori o psihijatriji (nego da mu je psihijatrija samo okvir), nego o društvu i kritici društva, *Let iznad kukavičnjeg gnijezda* u široj je javnosti prepoznat i prihvaćen kao film koji govori o lošem stanju u psihijatriji i zlopotrebi psihijatrije. Nakon pojave tog filma postalo je uobičajeno da se psihijatriju, odnosno psihijatrijsku ustanovu, kada se na nju gleda kritički, naziva „kukavičnjim gnijezdom“. I na toj tribini,

osim analize psihijatrijske ustanove i prakse koje su proizlazile iz onoga što je film prikazao i onoga što mi psihijatri mislimo, vidimo i radimo, razvila se žustra rasprava o učincima tog filma na odnos društva prema psihijatriji... Rasprava je bilo izuzetno živa i argumentirana (sa svih strana), a često popraćena i snažnim emocijama. Potrajala bi i nekoliko sati da je kao moderator, uvažavajući vrijeme i činjenicu da se nikada ne može do kraja sve izreći, nisam prekinuo nešto prije pola noći!

Evo i plakata kojim je najavljena prva tribina.



Slijedi tablični prikaz i opis filmova prikazanih i komentiranih na filmskoj tribini FILM I PSIHIJATRIJA u Klinici za psihijatriju Vrapče u razdoblju od veljače 2010. do veljače 2016. godine. Navedena su i imena filmskih kritičara i psihijatara koji su kao pozvani diskutanti sudjelovali na tribini.

FILM	REŽISER	FILMSKI KRITIČAR	PSIHIJATAR	Datum održavanja
1. LET IZNAD KUKAVIĆJEG GNIJEZDA	Miloš Forman	Dražen Ilinčić	Norman Sartorius	02.02.2010.
		Osuđen zbog silovanja, McMurphy (J. Nicholson) je prebačen u psihijatrijsku bolnicu, gdje grupna terapija bolničarke Ratched (L. Fletcher) i velike doze lijekova, ponajviše umirujućih sredstava, oduzimaju pacijentima individualnost i svaku želju da išta promijene. McMurphy se s time ne miri i pokušava povesti pobunu protiv strogih često i besmislenih normi, no time dolazi u sukob s Ratched i sustavom koji ona predstavlja...		
2. GENIJALAN UM	Ron Howard	Tomislav Kurelec	Miro Jakovljević	02.03.2010.
		Godina je 1947. Iznimno inteligentni mladič John Nash (Russell Crowe) dobiva stipendiju za studij na Princetonu. Ostale studente osim učenja zanimaju i druge stvari, poput zavođenja pripadnika suprotnog spola, ali marljivi Nash bavi se samo učenjem. Njegov je jedini pravi prijatelj Charles Herman (Paul Bettany). Marljiv Nash ubrzo razvije teoriju koja će presudno utjecati na ekonomiju... Vidio je svijet na način koji nitko nije mogao ni zamisliti, ali njegova su vrhunска matematička dostignuća umalo ostala zatajmjene na paranoičnim napadima koji su priprjetili zdravljnu njegova genijalnog uma. Russell Crowe briljira kao slavni matematičar John Nash, u potresnoj drami „Genijalni um“.		
3. GOSPODIN JONES	Mike Figgis	Nenad Polimac	Vesna Medved	06.04.2010.
		Lindo Gospodin Jones (Richard Gere) pati od bipolarnog poremećaja. Upravo iz tog razloga njegovo raspoloženje varira od intenzivnog emocionalnog zadovoljstva i optimizma do suicidalne depresije. Libbie (Lena Olin) je doktorica u psihijatrijskoj bolnici koju zanima stanje doktora Jonesa, ali zanimljiv pacijent ju privuće i na drugačiji način. Doktorici liječenje Jonesa predstavlja i više od profesionalnog interesa.		
4. KAD JAGANJCI UTIHNU	Jonathan Demme	Dražen Ilinčić	Stanislav Matačić	04.05.2010.
		FBI očajnički želi pronaći okrutnog serijskog ubojicu prozvanog Buffalo Bill, koji otima žene i skida im kožu. Direktor FBI-jeva Odjela za bihevioralne znanosti, Jack Crawford, šalje Clarice Starling, novakinju s FBI-jeve akademije, da ispitá zloglasnog Hannibal Lectera, briljantnog forenzičkog psihijatra, koji je postao kanibalistički serijski ubojica, u nadi da će u razgovoru s njim naći na neki trag.		
5. RIO BRAVO	Howard Hawks	Damir Radić	Darko Breitenfeld	01.06.2010.
		Okrug Presidio u Texasu kasnih 1860-ih godina. Nakon što jedne večeri zbog ubojstva nenaoružanog čovjeka u salunu uhiti kauboja Joea Burdettea, šerif John T. Chance shvati da se našao u nepričili		
6. TAJ MRAČNI PREDMET ŽELJE	Luis Bunuel	Bruno Kragić	Bartul Matijaca	18.01.2011.
		Posljednji film Luisa Buñuela priča je o odnosu Mathieuia i Conchite. On je bogati sredovečni Francuz, a ona njegova bivša devetnaestogodišnja sobarica koja ga privlači i koja se s njim igra mačke i miša. Njezinu ulogu tumače dvije glumice, a povijest njihova odnosa prepričava Mathieu za vrijeme vožnje vlakom, koju je započeo prethodno izlivši kantu vode na mlađu djevojku na peronu.		
7. NIČIJI SIN	Arsen Ostojić	Arsen Ostojić	Stanislav Matačić	01.03.2011.
		Bivši rock-pjevač Ivan (Alen Liverić) u Domovinskom ratu je izgubio obje noge. Osuđen na život u kolicima, ratni vojni invalid u krizi identiteta suočava se s propalom brakom i teškom, neizvjesnom budućnošću. Ivanov otac Izidor (Mustafa Nadarević), kao nekadašnji politički zatvorenik, kandidat je na parlamentarnim izborima. Izidor je uvjeren u pobjedu, ali njegovu kampanju iznenada poremeti dolazak srpskog izbjeglice Sime (Zdenko Jelčić) koji ga je u bivšem režimu i uhiti. Simo ucjenjuje Izidora tajnom iz prošlosti.		
8. PSYCHO	Alfred Hitchcock	Damir Radić	Vlasta Rusan	05.04.2011.
		Četrdeset tisuća dolara gotovine koji slučajno dospijevaju u ruke Marion Crane (J. Leigh), tajnice trgovca nekretninama, predstavljaju za mlađu ženu preveliko iskušenje. Umjesto da ih položi na bankovni račun vlasnika tvrtke, nagonski ih uzima i pokušava pobjeći te započeti novi život. Putem prema mitskoj meti svih bjegunaca, Kaliforniji, zaustavlja se da bi prenoćila u malome motelu. Ugodna večer sa susretljivim i privlačnim vlasnikom, Normanom Batesom (A. Perkins), bit će posljednja u njezinu životu. Pokušavajući razotkriti tajnu, život će izgubiti i privatni istražitelj Milton Arbogaste (M. Balsam). A zamalo i njezina sestra Lila (V. Miles) koja zajedno s Marioninim ljubavnikom Samom Loomisom (J. Gavin) kreće u potragu za nestalom osobom koju vole svako na svoj način...		
9. JESENJA SONATA	Ingrid Bergman	Diana Nenadić	Zdenka Brumen Budanko	03.05.2011.
		Eva (Liv Ullmann), prividno zadovoljna žena pastora u seoskoj Norveškoj, poziva u posjet svoju majku Charlotte (Ingrid Bergman), pijanistku svjetskog ugleda, nadajući se pomirenju nakon dugih godina nesporazuma i razmimolalaženja. No, umjesto pomirenja, bijesom koji se u njoj sakupljao čitav život, Eva optužuje majku da ju je napustila i lišila majčinske ljubavi kako bi gradila svoju muzičku karijeru.		
10. DOBRI WILL HUNTING	Gus Van Sant	Dražen Ilinčić	Slađana Štrkalj Ivezić	14.06.2011.
		Will Hunting (Matt Damon) je butnovni mladič koji ima izrazito visok kvocijent inteligencije te umjesto da studira na prestižnom fakultetu on tamo radi kao domar. Kad profesor matematike (Stellan Skarsgård) postavi svojim studentima matematički zadatak Will ga anonimno riješi no njegov talent ubrzo otkriva profesor koji mu ponudi ultimatum - ukoliko želi izbjegći zatvor morati će ići njemu na satove matematike te psihologu gdje bi trebao smiriti svoj buntovni temperament...		

11. STANAR	Roman Polanski	Mima Simić	Darko Marčinko	11.10.2011.
Miran i neupadljiv čovjek unajmljuje apartman u Francuskoj – apartman u kojem je prethodni stanar izvršio samoubojstvo. On počinje sumnjići da ga vlasnik zgrade i susjedi polako i na suptilan način navlače i pokušavaju promijeniti ne bi li i on isto izvršio samoubojstvo...				
12. ZAŠTO JE POLUDIO GOSPODIN R?	Rainer Werner Fassbinder	Dražen Ilinčić	Bartul Matijaca	08.11.2011.
Kurt R. tehnički je crtač u jednom arhitektonskom uredu u Münchenu. Njegov život ispunjen je opterećenjima, ali i monotonijom posla i obiteljskog života, općenito okruženošću ljudima uronjenima u malograđanski stil života i zaokupljenima vrijednostima potrošačkog društva iz čijih okvira iskače jedino obiteljska prijateljica Hanna. To postupno nagriza njegov odnos prema okolini, a njega ispunjava sve teže zatomljivanom mučninom – do neočekivanog reagiranja na kraju, prividno neobjašnjiva ubilačkog i samoubilačkog čina.				
13. ANNIE HALL	Woody Allen	Dražen Ilinčić	Vlasta Štalekar	06.12.2011.
Klasična romantična komedija sa Diane Keaton i Woodyem Allenom priča je o kompleksnom odnosu žene i muškarca. Film prati različite žene koje prolaze kroz život vršnog komičara s Manhattana Alvya Singera, (Woody Allen) sve dok ga najbolji prijatelj Rob ne upozna s Annie Hall (Diane Keaton), kojoj posvećuje punu pozornost. Riječ je o pomašo naivnoj, vrlo kompleksnoj osobi koja za život zarađuje pjevajući u noćnom klubu.				
14. METASTAZE	Branko Schmidt	Branko Schmidt	Slavko Sakoman	17.01.2012.
Film progovara o aktualnim temama hrvatskog društva – pad socijalnog statusa, život bez perspektive, općeprihvaćeni nacionalizam, klice neonacizma, kriminal i nasilje, ovisnost o drogama, itd. Sve to prezentirano je kroz urbani žargon prepun mržnje i predrasuda koje ispunjavaju monologe, dijaloge i sjećanja četveročlane ekipe mladih narkomana, alkoholičara i kriminalaca.				
15. LOMEĆI VALOVE	Lars Von Trier	Krešimir Mikić	Zdenka Brumen Budanko	06.03.2012.
Mlada Bess, pripadnica stroge religijske zajednice na izoliranom škotskom otoku, udaje se za Jana, stranca koji radi na naftnoj platformi. Kad on teško strada, ona moli Svevišnjeg da ostane živ. Posve nepokretan, Jan traži od Bess da se podaje drugim muškarcima i priča mu o tome. Bess pristane, uvjerenja da će mu tom žrtvom spasiti život.				
16. OPASNA METODA	David Cronenberg	Karla Lončar	Sanja Borovečki	03.04.2012.
Mladi Carl Gustav Jung (M. Fassbender) ambiciozni je švicarski psihijatar koji se na samom početku 19. stoljeća susreće s neobičnim slučajem pacijentice Sabine Spielrein (K. Knightley). Kad pred sobom ugleda histeričnu Sabinu, djevojku neurozama psihofizički izmučenu i dovedenu na rub ludila, Jung na njoj odluči primijeniti eksperimentalnu metodu liječenja kreiranu pod utjecajem glasovitog Sigmunda Freuda (V. Mortensen).				
17. KOŽA U KOJOJ ŽIVIM	Pedro Almodovar	Tomislav Brlek	Stanislav Matačić	15.05.2012.
Riječ je o originalnom spoju znanstveno-fantastičnog filma i psihološke drame koja razmatra pitanja osvete, izgubljene obitelji i pokušaja prevladavanja osobnih tragedija. Almodovarov triler o plastičnom kirurgu koji kreira sintetičku kožu i priprema strašnu osvetu. Poznati plastični kirurg Robert (Antonio Banderas) u zatočeništvu drži jednu djevojku (Elena Anaya) prekrivenu sintetičkom kožom. Da bi otkrili razloge te otmice, potrebno je vratiti se u prošlost i otkriti tajnu vezanu uz sudbinu njegove kćeri...				
18. SRAM	Steve McQueen	Nikica Gilić	Goran Arbanas	06.11.2012.
Brandon (Michael Fassbender) je Njujorčanin koji izbjegava intimnost sa ženama, ali svoje želje hrani kompluzivnom ovisnošću o seksu. Kada se njegova mlada sestra (Carey Mulligan) useli u njegov stan vraćajući sjećanja na njihovu zajedničku bolnu prošlost, Brandonov usamljeni život počinje izmizati kontroli.				
19. PISMO ĆAĆI	Damir Čučić	Ivan Žaknić	Stanislav Matačić	04.12.2012.
Pismo čači tematizira odnos oca i sina; junaci filma preispituju godinama taložene probleme u komunikaciji. Naime, sin Milivoj, star 44 godine (Milivoj Beader) se nikako ne rješava strahova da je vjerna kopija oca Jove starog 70 godina (Mate Gulin). Želja da se pokaže superiorijim, potakne sina da amaterskom kamerom snimi video-pismo u kojem pokušava kompromitirati oca i predočiti dokaze koji bi zorno pokazali kako je višestruko bolja osoba od oca...				
20. TAJNA JEDNE DUŠE	Pabst, Georg Wilhelm	Željka Matijašević	Ivan Begovac	05.02.2013.
Nakon strašne noćne more, oženjena profesora kemije počnu progoniti crne misli o ubojstvu vlastite žene. Kako vrijeme prolazi, na njegov užas misli su sve jače. Kada situacija postane uistinu nepodnošljiva, odlazi potražiti pomoć kod psihanalitičara. Poslije niza seansi konačno će postići smirenje, a njegovi će problemi biti razjašnjeni.				
21. NOĆNI PORTIR	Liliana Cavani	Karla Lončar	Milan Košuta	05.03.2013.
Kontroverzan film koji govori o sadomazohističkom odnosu preživjele iz njemačkoga koncentracijskoga logora i njegina mučitelja/ ljubavnika. Nakon trinaest godina, Lucia u bečkom hotelu ponovno susreće SS oficira Maxa koji tamo radi kao noćni portir. Prošlost ih dostiže i oni obnavljaju svoju vezu, no Maxovi kolege iz logora imaju planove za njih...				
22. OBIČNI LJUDI	Robert Redford	Boško Picula	Oleg Filipović	09.04.2013.
Obitelj Jarrett suočava se s gubitkom starijeg sina. Otar Calvin neuspješno pokušava pomoći traumatiziranom mlademu, adolescentnom sinu Conradu, koji sebe okravljuje za potovanje nesretno utapanje, zbog čega je pokušao samoubojstvo, dok se majka Beth povlači u sebe i otvoreno pokazuje da je više voljela poginuloga sina. Tek uz pomoć djevojke Jeannine i psihijatra, Conrad se miri s tugom i emocionalnom suzdržanošću roditelja.				
23. ON	Luis Buñuel	Nikica Gilić	Bartul Matijaca	14.05.2013.
Francisco Galván de Montemayor (A. de Cárdenas) bogat je i vrlo religiozan sredovječni Meksikanac koji uporno pokušava ostvariti povrat imovine koja je njegovoj obitelji pripadala početkom 20. stoljeća. Kad jednog dana u crkvi ugleda mladu Gloriju Milaltu (D. Garcés), postane opsjetnut privlačnom djevojkom. Nakon što joj nekoliko puta bezuspješno pokuša prići, Francisco počne slijediti Gloriju te otkrije da je ona zaručena za njegovog poznanika, inženjera Raúla Condea (L. Beristáin). Da bi se nekako približio obožavanoj djevojci, Francisco na svom imanju organizira zabavu na koju pozove i Gloriju i Raúla. Nakon što iste noći uspije zavesti djevojku i preoteti je zaručniku, Francisco ubrzo i oženi Gloriju. Ona će, međutim, uskoro otkriti da je on seksualno neiskusan i bolesno ljubomoran čovjek, a sve će se dodatno zakomplikirati kad on s godinama postane psihična osoba vođena nagonom za ubijanjem				

24. HALIMIN PUT	Arsen Anton Ostojić	Arsen Anton Ostojić	Stanislav Matačić	04.06.2013.
<p>Film o ratu, ljubavi i majčinstvu, dirljiva drama o ženi koja pokušava pronaći svog nestalog sina. Nakon rata u Bosni, dobroćudna muslimanka Halima (Alma Prica) iz Bosanske Krajine traži posmrte ostatke svog muža i sina jedinca koji su likvidirani. Koristeći DNK analizu, Komisija za nestale uspjela je identificirati ostatke njena muža, ali nikako ne mogu pronaći njenog sina. Da bi ga pronašla, Halima mora prvo pronaći svoju davno odbjeglu nečakinju koju nitko nije video više od dvadeset godina, nakon što je imala vezu s mladićem druge vjere.</p>				
25. REKVIJEM ZA SNOVE	Darren Aronofsky	Ivan Žaknić	Ante Bagarić	10.12.2013.
<p>Sara Goldfarb usamljena je žena u ozbilnjim godinama, koja živi sama i ne propušta niti jedan nastavak svoje omiljene serije. Njezin sin Harry teški je ovisnik o heroinu koji na sve načine pokušava doći do novca, prodajući ujedno i stvari iz majčine kuće, no uskoro započinje posao dilera. Jednog dana Saru pozovu u njenu omiljenu emisiju, no iako sretna, Sara brine o svojoj debljini, maštajući o danima kada je bila mlađa, vikla i kada joj je njena crvena haljinica savršeno pristajala. Uzbudena zbog gostovanja u emisiji, Sara odluči krenuti na dijetu, no ubrzo shvaća da ipak nije toliko jaka da odoli omiljenoj čokoladi, pa odluči pribjeći jednoj drugoj vrsti dijetete...</p>				
26. PROJEKCIJE	Zrinko Ogresta	Damir Radić	Eduard Klain	14.01.2014.
<p>Radnja se odvija tijekom jedne seanse na završnoj godini edukacije iz grupne psihoterapije. Voditelj edukacije je američki psihiyatru-psihoterapeut, a članovi grupe su po struci psihijatri, defektolazi i pedagozi. Ono što je te stručnjake dovelo na dodatnu edukaciju njihova je profesionalna ambicija i svjetska reputacija američkog profesora. Radnju pokreću zatečeni i mahom prilično burni odnosi među likovima, a u njezinom je središtu psihijatrica Simona K. (40), znatno uspješnija u profesionalnom nego u osobnom životu. Međutim, skupna psihoterapija nije tema ovoga filma. Ona je sredstvo pomoću kojega se dopire do onoga što jesu teme filma.</p>				
27. DON JUAN DE MARCO	Jeremy Leven	Josip Grozdanić	Križo Katinić	04.02.2014.
<p>Jedne večeri s krova zgrade spašavaju mladića odjevena u crni kostim s maskom na licu. Namjerava se ubiti zbog izgubljene ljubavi. Mladić (J. Depp) se sebe tvrdi da je don Juan De Marco, najveći svjetski ljubavnik, a u psihijatu dr. Jacku Mickleru (M. Brando), koji je pomagao u njegovom spašavanju, vidi prijatelja koji se zove don Carlos de los Flores. Iako je već pred mirovinom, psihijatra će zainteresirati slučaj don Juana pa će se prihvati njegovog liječenja kao posljednjeg posla prije odlaska u mirovinu. Kroz terapiju doznajemo o don Juanovim ljubavnim pustolovinama, lijepim ženama s kojima je bio i romantici kojom ih je okruživao. Dr. Mickler sve je više fasciniran don Juanovim svijetom, a ti razgovori pomoći će i njemu da osvježi svoju vezu sa suprugom Marilyn (F. Dunaway). Pitanje je treba li uopće liječiti čovjeka zaražena romantikom!</p>				
28. VIS A VIS	Nevio Marasović	Bruno Kragić	Stanislav Matačić	04.03.2014.
<p>Redatelj priprema novi film. Poznati glumac kojeg želi za ulogu Oca kritizira kvalitetu njegova scenarija i izbor glumca za ulogu sina. Redatelj zove glumca „Sina“ na otok Vis kako bi radili na scenariju i njegovoj ulozi i kako bi se uvjeroio da je donio ispravnu odluku oko njegova odabira za tu ulogu. Zbog izolacije s kojom su na otoku suočeni tijekom zimskog perioda, njih su dvojica neočekivano osuđeni uhvatiti se ukošćat s vlastitim frustracijama koji se pritom na čudan način stalno isprepliću sa radnjom filma.</p>				
29. BALKANSKI ŠPIJUN	Dušan Kovačević	Vlado Jukić		03.06.2014.
<p>Beograđanin Ilijia Čvorović (D. Stojković) bivši je staljinist koji je zbog svojih uvjerenja nedužan proveo nekoliko godina na Golum otoku. Pritisnuti lošom ekonomskom situacijom, Ilijina žena Danica (M. Banjac) iznajmi sobu podstanaru, povratniku iz Francuske, Petru Jakovljeviću (B. Todorović) koji u Beogradu namjerava otvoriti krojački salon. Ilijia je pozvan na rutinski razgovor u policiju, kratko ispitivanje u vezi novog podstanara međutim taj kratki, rutinski sastanak u Ilijii izazove sumnju te u podstanaru počne gledati agenta stranih sila, koji ima zadatak rušiti državu i njezin poredak. Načetih živaca, slabog srca, izgubljen u vremenu i prostoru Ilijia postaje paranoičan, a svoje sumnje u podstanaru uskoro počne dijeliti sa svojim bratom (Z. Lepetić) blizancem koji mu pristigne u pomoć. Danonoćno Ilijia Čvorović prati podstanara fotoaparatom, dalekomorom i magnetofonom te u svoje sumnje uspije uvjeriti i suprugu Danicu no ne i kćer...</p>				
30. MI DJECA S KOLODVORA ZOO	Uli Edel	Damir Radić	Ante Bagarić	09.12.2014.
<p>Christiane je trinaestogodišnja djevojka koja živi s majkom i sestrom u jednome od betonskih nebodera berlinske četvrti Gropiustadt. To je kvart u kojem uglavnom žive ljudi s ozbiljnim socijalnim problemima, a ni Christianina obiteljska priča nije sretna - nedavno ih je napustio otac nasilnik. Nemajući moralnu obiteljsku potporu, ona se počinje družiti s mladima iz škole koji svi konzumiraju alkohol i lake droge te izlaze u obližnju popularnu diskoteku. Tamo upoznaje mladića Detleva s kojim se odmah zblizi. On, također ne skrivajući svoje osjećaje prema njoj, uvodi je u svoje društvo u kojemu su svi ovisnici o heroinu. Malo posmalo i Christiane će postati dio tog svijeta ...</p>				
31. OTOK SHUTTER	Martin Scorsese	Bruno Kragić	Draženka Ostojić	13.01.2015.
<p>Oskarovac Martin Scorsese („The Departed“) i višestruko nominiran za mnoge filmske nagrade Leonardo Di Caprio („Blood-Diamond“) ponovo surađuju zajedno, ovaj put na trileru „Shutter Island“ radnjom smještenim u 1954. godinu. Teddy Daniels (Leonardo Di Caprio) i njegov novi partner, Chuck Aule (Mark Ruffalo), dvojica su saveznih šerifa koji istražuju nestanak osuđenog ubojice koji je pobegao iz umobolnice, a za kojeg se sumnja da se skriva na zabačenom otoku Shutter. Cijela situacija naglo se zakomplicira nakon što otok pogodi veliko nevrijeme koje ih odvoji od ostatka svijeta.</p>				
32. LET IZNAD KUKAVIČJEG GNIJEZDA	Miloš Forman	Dražen Ilinčić	Bartul Matijaca Željka Matijasević	09.06.2015.
<p>Osuđen zbog silovanja, McMurphy (J. Nicholson) je prebačen u psihijatrijsku bolnicu, gdje grupna terapija bolničarke Ratched (L. Fletcher) i velike doze lijekova, prvenstveno umirujućih sredstava, oduzimaju pacijentima individualnost i svaku želju da išta promijene. Mc Murphy se s time ne miri i pokušava povesti pobunu protiv strogih često i besmislenih normi, no time dolazi u sukob s Ratched i sustavom koji ona predstavlja...</p>				
33. CRNI LABUD	Darren Aronofsky	Željko Luketić	Vlasta Rudan	13.10.2015.
<p>Psihološki triler o opsivnoj balerini Nini koja se priprema za ulogu karijere, ali sve više tone u mračne aspekte svog lika - Crnog labuda!</p>				

34. PUT OSLOBOĐENJA	Sam Mendes	Višnja Vukasinović	Ljiljana Moro	03.11.2015.
April i Frank Wheeler su mladi, naizgled sretan par koji sa svoje dvoje djece živi u predgrađu Connecticuta 1950.-ih. Njihovo samopouzdanje zapravo je maska kojom prikrivaju nezadovoljstvo svojim poslovima i odnosom. Frank radi dosadni, ali dobro plaćen posao, a April je kućanica koja cijeli život želi postati glumica. Odlučni u činjenici da se prikažu boljima od ostalih, odlaze u Francusku očekujući da će tamo ostvariti svoje snove.				
35. GOSPODAR PLIME	Barbra Streisand	Josip Grozdanić	Goran Babić	01.12.2015.
Dvoje će se ljudi iz potpuno različitih svjetova suočiti sa svojim patnjama, doći do znakovitih otkrića o sebi i svojoj okolini te se u tom procesu i zaljubiti jedno u drugo. Sjajni Nick Nolte i Barbra Streisand zvijezde su nezaboravne drame „Gospodar plime“.				
36. JOŠ UVJEK ALICE	Richard Glatzer, Wash Westmoreland	Jelena Pašić	Ninoslav Mimica	09.02.2016.

Alice Howland je sretno udana majka troje djece, uvažena je profesorica lingvistike na sveučilištu Columbia, no jednoga dana Alice počinje zaboravljati riječi. Kada joj je dijagnosticirana Alzheimerova bolest, za Alice i njezinu obitelj počinju prave životne kušnje. Kako Aliceina bolest rapidno napreduje, ona počinje zaboravljati imena svoje djece, kućnu adresu i više nije u stanju predavati. Aliceina bolest uskoro se još više pogoršava i počinje utjecati na cijelu obitelj.

Kao što je iz priložene tablice vidljivo u razdoblju od veljače 2010. do veljače 2016. na filmskoj tribini je prikazano 36 filmova. Nismo, zbog raznih opravdanih razloga, uspjeli ispuniti zacrtani cilj da ćemo godišnje imati deset tribina! Tijekom šest godina u 36 navrata, što je prosječno svaki drugi mjesec, okupljali smo se u „kino dvorani“ edukacijskog centra Klinike za psihijatriju Vrapče, odgledali film i o njemu diskutirali s filmološkog i psihijatrijskog stajališta. Vodile su se, ponekad i vrlo žustre, stručne rasprave. Nastojali smo uočiti one momente koji imaju psihijatrijsku konotaciju i komentirati značenje tih detalja, ili čitave priče, za psihijatriju. Težili smo iz svega izvući pouku o tome što je u filmu autentično psihijatrijsko, a što je ono što je uži filmski jezik koji može zbuniti i krivo usmjeriti i stručnjake, a kamoli prosječne gledatelje.

Dvije su tribine održane izvan „Vrapča“. Na prvoj je prikazan Ogrestin Film Projekcije, a na drugoj kazališna predstava Psihoza 4,6. S ovom tribinom ukupan broj održanih tribina u navedenom razdoblju bio je 37.

Prva tribina je priređena u sklopu pretpremjernog prikazivanja filma Projekcije Zrinka Ogreste koja je održana u dvorani kina Cinestar Branimir Centra u Zagrebu 14. siječnja

2014. godine. Ta tribina priređena je u suradnji s Hrvatskim psihijatrijskim društvom i Interfilmom. Osobno sam moderirao diskusiju u kojoj su nakon projekcije sudjelovali filmski kritičar Damir Radić, psihoterapeut Eduard Klain, scenaristica filma Lada Kaštelan i redatelj Zrinko Ogresta. Posebno su pozvani diskutirati psihoterapeutkinja Aleksandra Mindoljević-Drakulić i glasnogovornik HZZO-a Nenad Korkut.

Osim što su na ovoj tribini specijalizanti iz psihijatrije sudjelovali i učili iz filmske priče koja tretira edukaciju iz psihoterapije, profiliranje pojedinih edukanata i njihove međusobne odnose te psihoterapeuta edukatora i njegov odnos s edukantima i edukanata prema njemu te interpretacije prikazanih likova i njihovih odnosa iz usta psihijatra psihoterapeuta i edukatora iz psihoterapije (grupnog analitičara), filmskog kritičara, scenaristice i redatelja, tribina će ostati zapamćena i po tome što je njome šira kulturna javnost, bilo izravno te večeri na tribini (u diskusiji je aktivno sudjelovalo više gledatelja koji nisu iz psihijatrijskog miljea!), bilo preko medija koji su o toj tribini izvjestili, upoznata sa samim održavanjem filmske tribine u „Vrapču“ i njezinom kulturnom dimenzijom te značenjem filma u edukaciji specijalizanata iz psihijatrije.



Drugi izlazak tribine izvan zidina „Vrapča“ bio je onaj 27. studenog 2014. u Zagrebačko kazalište mlađih. Naime, u sklopu tribine specijalizanti su pozvani na kazališnu predstavu *Psihoza 4,6.* Nakon predstave, koja govori o psihičkim tegobama i psihijatrijskom liječenju mlade književnice, koja na kraju, najavljujući ishod, počini samoubojstvo (predstava ute-meljena na stvarnom događaju), kao pozvani diskutanti sudjelovali su režiser predstave Božidar Violić, glumica koja igra bolesnicu Jadranka Đoković i glumci Zoran Čubrilo i Damir Šaban koji igraju psihijatre. U diskusiji su sudjelovali ili je pratili i mnogi gledatelji koji su, ne znajući za kasniju psihijatrijsku valorizaciju predstave, u vlastitoj režiji došli u kazalište (za „redovite posjetitelje filmske tribine u „Vrapču“ bilo je osigurano 50 ulaznica).

Osim filma *Projekcije*, na tribini je prikazano još pet hrvatskih filmova (dakle, ukupno šest!). Uz filmove Arsena Antona Ostojića *Ničiji sin i Halimin put*, prikazane su *Metastaze* Branka Schmidta, *Pismo čaći* Damira Čučića, i *Vis a vis, kao prepremijera*, Nevia Marasovića.

Radi se o novim filmovima koji su nedavno snimljeni i koji su bili u žiži interesa publike i kritike, a koji su imali značajnu psihološko psihijatrijsku konotaciju. Ovi filmovi izazvali su posebno živu diskusiju i s obzirom na činjenicu da tretiraju teme i probleme s kojima se naši psihijatri susreću u svom svakodnevnom radu. U svim slučajevima njihovi autori su aktivno sudjelovali na tribini, odgovarali na pitanja, komentirali komentare prisutnih specijalizanata iz psihijatrije i psihijatara. Očito su s velikim zanimanjem osluškivali kako se njihovi filmovi prelamaju kroz psihijatrijsku prizmu.

FILMSKI KRITIČARI KOMENTATORI FILMOVA PRIKAZANIH NA FILMSKOJ TRIBINI U VRAPČU

Na filmskoj tribini FILM I PSIHIJATRIJA u bolnici „Vrapče“ u razdoblju od veljače 2010. do veljače 2016. gostovalo je, odnosno sudjelovalo ukupno 17 filmskih kritičara. Po jedan od

njih gostovao je na tribini šest (Dražen Ilinčić), četiri (Damir Radić) i tri (Bruno Kragić) puta; tri su kritičara (Nikica Gilić, Josip Grozdanić i Karla Lončar) gostovala po dva puta, a njih 11 (Tomislav Brlek, Tomislav Kurelec, Željko Luketić, Krešimir Mikić, Diana Nenadić, Jelena Pašić, Boško Picula, Nenad Polimac, Mima Simić, Višnja Vukasinović i Ivan Žaknić) po jedanput.

Željka Matijašević, profesorica Filozofskog fakulteta u Zagrebu koja se bavi teorijom filma iz psihoanalitičkog rakursa, s filmološkog stajališta komentirala je dva filma prikazana na tribini (jedanput kao treći komentator, uz psihijatra i filmskog kritičara).

Dva puta je gost i komentator bio filmski redateљ Arsen Anton Ostojić. Oba puta se radio o njegovim filmovima (*Ničiji sin i Halimin put*). Redatelj Branko Schmidt komentirao je svoj film *Metastaze*, Damir Čučić svoj *Pismo čaći*, a Nevio Marasović svoj film *Vis a vis* (uz koga je, pored filmskog kritičara i psihijatra, isti komentirao i glumac u filmu *Janko Volarić Popović*.

Kako smo „birali“, odnosno angažirali filmske kritičare? Moram priznati - bez nekog kriterija! Po prijateljskoj liniji, poznanstvu, preporuci. Često se događalo da nam je kritičar koji je sudjelovao na tribini znao preporučiti svog prijatelja ili kolegu za sljedeću tribinu. Naime, filmski kritičari nastupali su bez honorara. Zbog toga sam ih često s nela-godom pozivao i molio za nastup. No, nakon pet godina, u jesen 2015., postignut je dogovor s udrugom filmskih kritičara koja sama bira i šalje svog člana kritičara da sudjeluje na tribini. Udruga je, naime, praćenje tribine i sudjelovanje na njoj prihvatala kao projekat koji će rezultirati stručno znanstvenom analizom „Vrapčanske tribine“ FILM I PSIHIJATRIJA i objavljenom knjigom. Od tada se komentari filmskih kritičara i psihijatara te cijela rasprava snimaju, a snimljeni materijal bit će adekvatno obrađen.

PSIHIJATRI KOMENTATORI FILMOVA PRIKAZANIH NA FILMSKOJ TRIBINI U VRAPČU

75

U navedenom razdoblju, na 35 filmskih tribina, ukupno su 24 psihijatra komentirala prikazane filmove. Najčešći gost psihijatar komentator bio je Stanislav Matačić koji je komentirao šest filmova. Bartul Matijaca komentirao je četiri filma. Po dva filma komentirali su Ante Bagarić, Zdenka Brumen Budanko i Vlasta Rudan, a po jedan film (njih 19) Goran Arbanas, Goran Babić, Ivan Begovac, Sanja Borovečki, Darko Breitenfeld, Oleg Filipović, Miro Jakovljević, Križo Katinić, Eduard Klain, Milan Košuta, Darko Marčinko, Vesna Medved, Ni-noslav Mimica, Ljiljana Moro, Draženka Ostojić, Slavko Sakoman, Norman Sartorius, Vlasta Štalekar i Slađana Štrkalj Ivezić. Osobno sam u jednom slučaju (film *Balkanski Špjun*) sam, uz to što sam moderirao raspravu, komentirao film s psihijatrijskog stajališta. Učestalom nastupa Stanislava Matačića i Bartula Matijace rezultat je ne samo njihove erudicije, izvrsnih komentara i dobre komunikacije s ostalim sudionicima tribine, nego i njihov, među psihijatrima nadprosječan interes za film. Osim toga, moja osobna komunikacija s njima je odlična i nisam imao problema zamoliti ih za nastup (ni psihijatri, kao ni filmski kritičari, nisu honorirani za svoje nastupe!). Istina, nije bilo problema ni s angažmanom ostalih kolega psihijatara koji su komentirali filmove, a samo ih je nekolicina izrazila određenu nelagodu op-ravдавajući se da nisu stručnjaci za film.

MEDIJI O FILMSKOJ TRIBINI FILM I PSIHIJATRIJA

Mogao bih reći da su mediji „sasvim solidno“ pratili filmsku tribinu. Izvještavali su o njezini pokretanju, metodama rada, ciljevima. Ove informacije redovito su bile praćene i pozitivnim vrednovanjem tribine. Nekoliko je tri-

bina, i to u pravilu onih na kojima su pretprijetljivo prikazani domaći filmovi (*Projekcije, Vis a vis*), bilo posebno medijski praćeno.

Kultna HTV-ova emisija *Pola ure kulture* posvetila je prvoj tribini, održanoj 2. veljače 2010. godine, a na kojoj je sudjelovalo preko 250 sudionika, izuzetnu pozornost. Podsjetimo, na toj je tribini, kao uvodnoj, prikazan i komentiran vjerojatno najpoznatiji film koji govori o psihijatriji, *Let iznad kukavičjeg gnijezda*. Uz to sam, kao i na tribinama održanim kasnije (osim jedne!), na toj tribini moderirao diskusiju, izložio razloge i ciljeve njezinog održavanja. Kao pozvani gosti komentatori na toj su tribini sudjelovali Dražen Ilinčić, filmski kritičar i TV urednik i Norman Sartorius, jedan od najpoznatijih svjetskih psihijatara (medičinski fakultet i specijalizaciju iz neuropsihijatrije završio je u Zagrebu, a nakon što je u Zagrebu i doktorirao, odlazi raditi u Svjetsku zdravstvenu organizaciju u Ženevu, čime počinje njegova briljantna svjetska psihijatrijska karijera – između ostalog bio je i predsjednik Svjetskog i Europskog psihijatrijskog društva, profesor je na više svjetskih sveučilišta, član nekoliko akademija, između ostalih i dopisni član HAZU-a). Tribina je prikazana kao pravi kulturni događaj. Nije zanemarena ni njezina edukativna uloga. O tribini su u tom TV prilogu progovorili gosti komentatori, Ilinčić i Sartorius, ali i drugi sudionici tribine. I sam sam s nekoliko rečenica obrazio razložio razloge pokretanja tribine, načine izbora filmova, ciljeve i očekivanja.

Pod naslovom *Žuta kuća, Filmske tribine u Klinici za psihijatriju Vrapče*, tribina je posebno prikazana u *Biltenu Hrvatskog filmskog saveza* (br. 74 iz 2012. godine).

Nakon šaljivog uvoda („*Kada krenete u Vrapče, u onu žutu kuću kako su je često zvali u narodu, uvijek vas prate iste pošalice prijatelja. Te javi se, ako te puste van, te konačno ideš tamo gdje ti je mjesto, te znali smo oduvijek da ti nešto fali*“.) i navođenja osnovnih informacija

o održavanju tribine i njezinom ustroju, autor navodi kako su:

„*Mnogi od ovih filmova (s psihijatrijskom tematikom, op. V.J.) toliko su filmski uspješni i naizgled stručno vjerni da psihijatrijski laici često putem njih identificiraju i psihijatriju kao struku, odnosno na osnovi njih formiraju svoja stajališta o psihijatriji, duševnim bolesnicima i njihovu liječenju. Uvijek valja imati na umu da je film umjetnost koja po definiciji uzima puno sloboda u tumačenju raznih tema, od povijesti do ljudskih sudbina, pa su tako formirana stajališta i pogledi u pravilu nesigurni, a često i pogrešni. Teško je pronaći psihijatra koji se nije susreo s laičkim pitanjima o psihijatriji i duševnim bolesnicima koja su utemeljena i na osnovi informacija i stajališta zasnovanih na filmovima.*

I sami se psihijatri u takvim situacijama nađu u nezgodnom položaju, bilo zato što u tom trenutku i u takvom društvu nije primjereno ulaziti u stručne rasprave, bilo zato što su takva pogrešna stajališta praktički petrificirana pa svaki pokušaj njihova pobližeg objašnjavanja sa stručnoga aspekta nailazi na nerazumijevanje/otpor, bez obzira na snagu i uvjerljivost stručnih argumenata.“

te zaključuje

„*Stoga su tribine koje se održavaju u Klinici za psihijatriju Vrapče idealna prigoda za stručnu i utemeljenu razmjenu mišljenja. U dvorani koja je često popunjena do zadnjega mjesta (pa dio gledatelja sjedi na stubama između redova ili stoji oslonjen na ogradu gledališta) rasprave su žive i sadržajne, a posebno veseli da se svi bave svime. Tako studenti i njihovi stariji kolege psihijatri s dosta žara i poznavanja ocjenjuju ne samo stručna pitanja i dvojbe postavljene u filmu nego i filmske aspekte viđenoga djela, poput vrsne montaže, dobre kamere ili režije, a kolege kritičari i redatelji katkada zadu i u stručne procjene vjerodostojnosti prikazanih slučajeva.“*

Filmske tribine na kojima su pretpremijerno prikazani Ogestin film *Projekcije* i Marasovićev film *Vis a vis* privukle su izuzetnu pozornost medija.

Tribina s filmom Projekcije održana je u dvorani kina Cinestar Branimir Centra u Zagrebu 14. siječnja 2014. godine. Dnevne novine i „svi“ portali izvještavali su o toj tribini. Uz opće informacije o „Vrapčanskoj filmskoj tribini“ i dajući joj podršku, pišu o samom filmu te atmosferi u kojoj je odgledan i raspravi koja je uslijedila.

Evo dijela teksta *T-portala* objavljenog 21. siječnja 2014. godine:

„Prošli utorak u Branimir centru okupilo se 150 psihijatara da bi prvi pogledali film Zrinka Ogreste „Projekcije“. Sjedilo se i na stepenica, a neki su i napustili dvoranu jer nisu mogli naći slobodno mjesto.

Ovaj film govori upravo o psihijatrima: dok čekaju dolazak voditelja svoje edukacije, grupica koju čini osam psihijatara, defektologa i pedagoga pokazat će svoje pravo lice. Do malo prije tolerantna te puna razumijevanja i sažaljenja, skupina će skinuti svoje maske u malenoj prostoriji u kojoj se već go dinama sastaju zbog stručnog usavršavanja. Sada, kada više nema nikakvih tajni, uvrede će pršati sa svih strana, kao i prozivanja na nacionalnoj osnovi i politički nekorektni komentari.

Kako su psihijatri primili filmski pogled u njihov svijet? Prof. dr. sc. Eduard Klain, psihijatar, psihanalitičar, predsjednik i osnivač Instituta za grupnu analizu, rekao je: „Kao gledatelj, ja sam impresioniran.“ Filmski kritičar Damir Radić ocijenio je film kao „vrhunac u dosadašnjem opusu Zrinka Ogreste i zanimljiv eksperiment, vrlo rijedak u svjetskom filmskom kontekstu“, a prof. Matačić rekao je da film na zanimljiv način propituje ulogu oca, prikazujući grupu koju vodi loš otac i koja je obezglavljenia kad ga nema.

Moderator tribine, prof. dr. sc. Vlado Jukić, spec. psihijatar, ravnatelj Klinike za psihijatriju Vrapče, našao se na vlastiti račun: „Psihijatri – kad je nekom loše – viču: „Zovite doktora!““

Među prisutnima bili su i ministar zdravlja Rajko Ostojić, Maja Vučić, Aleksandra Mindoljević, Nenad Korkut, Jelena Perčin, Sanja Vejnović te Pero Kvesić, a njihove dojmove pogledajte u videu.

Film „Projekcije“ snimljen je prema scenariju Lade Kaštelan, a u glavnim se ulogama pojavljuju Jelena Miholjević, Bojan Navojec, Polona Juh, Ksenija Paić, Doris Šarić-Kukuljica, Ksenija Marinković, Luka Petrušić i Jasna Bilušić.

O tribini na kojoj je pretpremijerno prikazan Marasovićev film Vis-A-Vis Večernji list 5. ožujka 2014. piše:

„U prepunoj Edukacijskoj dvorani Klinike za psihijatriju Vrapče u Zagrebu je održana jedna od najneobičnijih domaćih filmskih pretpremijera, filma „Vis-A-Vis“ Nevija Marasovića.

Projekcija održana u sklopu filmske tribine „Film i psihijatrija“, a nije odabrana slučajno jer je upravo „Vis-A-Vis“, jedan od rijetkih domaćih filmova koji progovara o procesu stvaranja filma, strahovima, nadanjima i očekivanjima autora koji se svakim filmskim djelom iznova razotkrivaju.“

Portal *Dalje.com*. 5. ožujka 2014. pod naslovom U Psihijatrijskoj klinici Vrapče počelo prikazivanje Vis-A-Vis-a piše:

„U prepunoj Edukacijskoj dvorani Klinike za psihijatriju Vrapče, u Zagrebu je održana jedna od najneobičnijih domaćih filmskih pretpremijera, filma Vis-A-Vis Nevija Marasovića, stoji u priopćenju organizatora.

Projekcija održana u sklopu filmske tribine „Film i psihijatrija“, nije odabrana slučajno jer je upravo Vis-A-Vis jedan od rijetkih domaćih filmova o filmu koji progovara o procesu stvaranja filma, strahovima, nadanjima i očekivanjima autora koji se svakim filmskim

djelom iznova razotkrivaju, tvrde organizatori.

Ako je suditi po reakcijama psihanalitičara i terapeuta, film je nakon oštice kritike preživio i onu psihijatrijsku analizu o kojoj su uz ravnatelja klinike dr. Vlade Jukića sudjelovali psihijatar i filmski kritičar dr. Stanislav Matačić i filmolog i kritičar dr. Bruno Kragić koji je naglasio da je Vis-A-Vis po mnogočemu jedinstven u hrvatskoj kinematografiji, stoji u priopćenju.

Osvrnuvši se na brojne autobiografske elemente, slojevitost i ispreplitanje filmske fikcije i stvarnosti, dr. Matačić je podsjetio na fenomen filma kao psihoterapijskog sredstva s kojim se najčešće poistovjećujemo.

– U cilju razrješenja konflikta u psihoterapiji pacijent i terapeut često mijenjaju uloge, njih možemo poistovjetiti s redateljem i glumcem u složenom procesu stvaranja filma; prenošenja ideja i emocija s redatelja na glumce i publiku u odnosu Vis-A-Vis (licem u lice) koji je čest u psihoterapiji – naglasio je dr. Matačić.“

Vijenac je u lipnju 2014. (Vijenac 529) objavio sa mnom intervju (razgovarao Andrija Tunjić) pod naslovom „Vrapče je lječilište i kulturna ustanova“. Dva pitanja u tom intervjuu odnosila su se na filmsku tribinu FILM I PSIHIJATRIJA. Evo tog dijela intervjuja:

„U cilju destigmatizacije psihičkih bolesnika posljednjih pet, šest godina organizirate i brojne tribine na kojima se govori o vezi umjetnosti i psihijatrije.

Prije nepunih pet godina, početkom 2010-ih, pokrenuli smo tribinu Film i psihijatrija. Još 30-ih godina prošlog stoljeća jednom mjesečno u Bolnici Vrapče odvijale su se kinopredstave. Projicirani su medicinski edukativni filmovi zahvaljujući tome što je Škola narodnog zdravlja Rokfelerovom donacijom nabavila kinoprojektor kojim su i u Vrapču prikazivani filmovi. Potaknut i tim saznanjem, a posebno činjenicom da se psihijatrija često „uči“ iz filmova zbog

čega u praksi nailazimo na probleme, pokrenuli smo tribinu Film i psihijatrija na kojoj se prikazuju filmovi s psihijatrijskom tematikom. Filmska tribina ponajprije je namijenjena specijalizantima iz psihijatrije, a održava se svakoga prvog utorka u mjesecu, osim srpnja i kolovoza. Nakon svakoga filma vodi se rasprava, a uvodnu riječ imaju pozvani filmski kritičar i psihijatar. U raspravi sudjeluje publika. Ja kao moderator vodim i potičem raspravu.

Prvu ste počeli s filmom Let iznad kukavičjeg gnijezda?

Da. Gost je bio filmski kritičar Dražen Ilinčić, a psihijatar komentator svjetski poznat prof. dr. Norman Sartorius. On je završio medicinu i specijalizaciju iz psihijatrije u Zagrebu, a onda otisao raditi u Švicarsku u Svjetsku zdravstvenu organizaciju. Bila je to vrlo uspješna tribina na kojoj je bilo više od dvjesto gledatelja! Poslijе se broj posjetitelja ustalio na osamdesetak. Na tribini su dosad prikazani najvažniji filmovi koji problematiziraju psihijatriju kao struku ili neki psihijatrijski problem, odnosno neku psihijatrijsku bolest. Ovu sezonu završili smo filmom Balkanski špijun, koji obrađuje temu paranoidnosti.

Vijenac je u siječnju 2016. uz petu obljetnicu ciklusa filmskih tribina Film i psihijatrija u Psihijatrijskoj bolnici Vrapče objavio članak Josipa Grozdanića (u dva je navrata bio gost komentator na našoj tribini!) pod naslovom Film u terapijske svrhe. Autor u članku između ostalog navodi:

„Opusni nekih redatelja, primjerice Buñuela, Hitchcocka, Bergmana, Fassbindera, Polanskog, Almodóvara i Davida Lyncha, snažno su obilježeni pa i definirani ostvarenjima s temom psihijatrije i psihanalize. Svi spomenuti kao i neki drugi autori, poput Jonathana Demmeja, Von Trieria i Darrena Aronofskog, tim temama pristupaju na osobne i osebujne načine, a njihova su djela poligoni za različite analize i tumačenja.“

„Kad je prije pet godina odlučio pokrenuti seriju filmskih tribina za specijalizante iz psihijatrije pod naslovom *Film i psihijatrija*, ravnatelj Psihijatrijske bolnice Vrapče dr. Vlado Jukić imao je na pameti sve navedeno, ali i mnogo drugoga. Svjestan da se kroz čitavu povijest sedme umjetnosti provlače teme vezane uz psihijatriju, psihologiju i psihoterapiju, da su najgledaniji naslovi često oni koji obrađuju raznovrsne psihijatrijske teme i motive, kao i da uspješni i nagrađivani filmovi o navedenim temama redovito i populariziraju psihijatriju na način da gledatelji predodžbe i stavove o psihijatriji formiraju pod utjecajima filmova, dr. Jukić odlučio je poduzeti nešto da se barem pokušaju ispraviti pogreške u razmišljanjima i zaključivanjima do kojih se pritom dolazi“.

„I sam suočen s laičkim pitanjima o vlastitoj struci i njezinim nijansama u kontekstu dojmova i zaključaka stvorenih na temelju odgledanih filmova ili TV-serija kakva je primjerice *Na terapiji*, te također svjestan da pogrešni dojmovi i zaključci i o duševnim bolesnicima i njihovu liječenju štete psihijatriji kao struci, jer su stvorena mišljenja i predrasude

često toliko čvrste, trajne i okamenjene da ih je nezahvalno pa i nemoguće mijenjati, dr. Jukić pokrenuo je niz mjesecnih tribina koje se u pravilu održavaju svakoga prvog utorka u mjesecu s iznimkom srpnja i kolovoza, u stalnom večernjem terminu u velikoj dvorani Edukacijskog centra Psihijatrijske bolnice Vrapče. Tribine su jednostavno koncipirane pa nakon kratke uvodne riječi dr. Jukića slijedi projekcija izabranoga filma, poslije čega u trajanju od približno sat i pol traje najčešće živ, bogat i poticajan razgovor o filmu, razgovor koji se zahvaljujući stručnim sudionicicima i gledateljima pretvara u vrlo kvalitetnu raspravu. Dok stručne sudionike pored moderatora dr. Jukića čine jedan predstavnik psihiatrijske struke te jedan filmolog i(lj) filmski kritičar, među aktivnom i zainteresiranom publikom u ispunjenoj dvorani su ne samo specijalizanti iz psihijatrije nego i iskusni psihiatri i psihoterapeuti, liječnici iz same bolnice, ali i pacijenti, koji su u kontekstu čitavog projekta najvažniji“.

Članak je ilustriran fotografijom scene iz filma *Let iznad kukavičjeg gnijezda*.



Jack Nicholson u filmu *Let iznad kukavičjeg gnijezda* Miloša Formana iz 1975.

ČLANAK U ČASOPISU *PSYCHIATRIA DANUBINA*

U časopisu *Psychiatria Danubina* broj 2 iz 2010. (vol. 22. str. 304-307.) objavljen je stručni članak (autori Vlado Jukić, Petрана Brećić i Aleksandar Savić) o filmskoj tribini Film i psihijatrija u Psihijatrijskoj bolnici Vrapče. Članak je objavljen pod naslovom *Može li se film koristiti u edukaciji specijalizanata iz psihijatrije* (*Movies in education of psychiatry residents*), a u njemu se, na osnovi stručne literature, vlastitog iskustva i iskustva pokretanja tribine i prvih održanih tribina raspravlja o ulozi filma u stvaranju percepcije o psihijatriji i duševnim bolesnicima te mogućnosti njegovog korištenja u terapijske svrhe. Članak je naišao na odjek i citiran je u stručnoj literaturi.

OSOBNI KOMENTAR I ZAKLJUČNA NAPOMENA

Odluka da napišem ovaj prikaz filmske tribine *Film i psihijatrija*, koja se održava u Bolnici Vrapče od početka 2010. godine do sada, razvijala se postupno. Pojačavala se svaki put nakon održane tribine. Prikazi tribine u medijima, obavijesti o pojedinim tribinama na bolničkoj web stranici, arhiviranje poziva za tribinu i popratnih plakata dodatno su me poticali na pisanje osobnog osvrta na tribinu. Naime, prije početka pisanja ovog teksta, mislio sam da će to biti samo osobni pogled i osobni komentar tribine i svega što se oko nje - u edukacijskom, stručnom, komunikacijskom, kolegjalnom, prijateljskom, socijalnom, kulturnom, pa i emocionalnom pogledu, zbivalo. Međutim, zanesen svim onim što je gore napisano, i onim na osnovu čega je pisano, premašio sam „pristojne“ okvire teksta namijenjenog objavljivanju u časopisu. Zato planirani osobni komentar svodim na zaključne napomene iz kojih se, nadam se, ipak može naslutiti i ono što sam namjeravao opisati, a to nisam učinio.

Evo nekih činjenica i asocijacija koje spominjem u ovim okolnostima.

Ideja edukacije specijalizanata gledanjem i komentiranjem filmova s psihijatrijskom tematom pokazala se primjerenom i prihvatljivom. Filmska tribina *Film i psihijatrija* od samog je početka prevladala okvire „Vrapča“, psihijatrije i edukacije specijalizanata. Poprimila je dimenzije društvenog i kulturnog događanja. Za nju su interes pokazali ne samo specijalizanti psihijatrije, psihijatri i filmski kritičari, nego i mediji te društvena i kulturna javnost. O njoj se pisalo i govorilo. U nekim je krugovima potisnula stigmatizirajuće žutilo „Vrapča“ i psihijatrije. Ti krugovi su psihijatriju kao struku i „Vrapče“ kao „žutu kuću“ počeli poimati kao intelektualna i kulturna područja naše medicine i zdravstva. Mnogi koji su sudjelovali na tribini, posebno filmski kritičari, ali i mnogi kojima su oni o tribini pričali, ovakve su stavove izražavali neizravno. Nerijetko su filmski kritičari to znali iznositi i eksplicitno.

Filmska tribina me je obogatila poznanstvom, u nekim slučajevima čak i prijateljstvom, s nizom filmskih kritičara i drugih filmskih djelatnika. Razgovori koji su se nakon pojedine tribine (uz kavu koja se ne bi uspijevala do kraja popiti prije tribine!) redovito odvijali u mom uredu, a na kojima je uvijek bio prisutan pozvani filmski kritičar i psihijatar komentator (a najčešće i još ponetko) u pravilu su znali potrajati do iza ponoći. Na njima se redovito analiziralo ono što se događalo na tribini, a nakon toga bi se dotakli općih filmskih tema, s naglaskom na odnos filma i psihijatrije. Meni, s ograničenim znanjem iz tog područja, širili su okvire i spoznaje na kojima sam dalje radio viđenje odnosa filma i psihijatrije i vođenja tribine. S druge strane mi psihijatri smo psihijatrijske teme problematizirali na način koji je filmologima otkrivao ono što je njima nepoznato. Redali su se tako, i redaju se, na tim razgovorima film, psihijatrija, društvo, odnos prema filmu i psihijatriji, odnos filma prema

psihiyatridi i stanje psihijatrije pod svjetлом filma. Ovi „intelektualni razgovori“ u pravilu su praćeni emocijama s dvostrukim predznakom – s jedne strane sjetom, pa i tugom, zbog lošeg društvenog tretmana psihijatrije i filma, a s druge entuzijazmom, zanosom i vjerom u bolju budućnost (i jedne i druge stuke) koja je temeljena na malo prije (ne)završenoj raspravi na tribini.

Psihijatri komentatori u pravilu su se pokazivali kao visoko kompetentni za područje svog užeg interesa koji je bio problematiziran prikazanim filmom. Iako je nekolicina njih prethodno izražavala nelagodu jer se susreće s medijem i psihijatrijskim tumačenjem onoga čime se do sada nisu bavili, praktički su svi kasnije izražavali zadovoljstvo zbog sudjelovanja na tribini i spremnost da na njoj ponovo sudjeluju. Uz edukacijsku i kulturnu dimenziju tribine posebno ističu značenje interakcije njezinih sudionika te pozitivne emocije kojima je ona praćena, a koje su i njih obuzele.

Najteže mi je komentirati specijalizante koji ma je tribina, kao edukacijski model i program, namijenjena. Čini mi se da njihov odnos prema tribini slijedi zakonitosti Gausove krivulje – na jednoj su strani oni koji su njom oduševljeni i koji „jedva čekaju kada će sljedeća tribina“, a na drugoj oni kojima je ona, zbog raznih razloga, opterećenje i prihvaćaju ju kao nešto u čemu kao edukanti „moraju“ sudjelovati („a moglo bi ih se na specijalističkom ispitu nešto iz toga pitati“...). Ili, otprilike, jedna ih trećina filmsku tribinu prihvata s oduševljenjem kao intelektualnu, edukativnu, spoznajnu i iskuštveno emocionalnu nadgradnju svog bazičnog psihijatrijskog opredjeljenja, druga trećina kao dobrodošlu nadgradnju u edukaciji i iskustvu koje će im kao psihijatrima dobro doći, a trećina tribinu doživljava kao teret kojeg se osjeća kao nametnut i bespotreban. Rijetki su oni koji tribinu ignoriraju ili je doživljavaju kao nešto što treba ukinuti (jer se odvija u slobodno vrijeme koje bi mogli iskoristiti „za sebe“). Poseb-

no mi je draga da sam ovom filmskom tribinom spoznao da je sve manje specijalizanata iz psihijatrije koji su u psihijatriju „zalutali“, ili su specijalizaciju iz psihijatrije prihvatali „jer nisu dobili ono što su željeli“ – psihijatrija je u pravilu postala specijalizacija izbora, a ne slučajnosti. Ne mogu ne spomenuti da sam tijekom tribina upoznao nekoliko briljantnih specijalizanata koji svojim odnosom prema psihijatriji, intelektualnom, društvenom i kulturnom, garantiraju svjetlu budućnost hrvatskoj psihijatriji. Isto tako moram spomenuti da sam i sam, sada pred kraj svoje psihijatrijske karijere, spoznao kako u potpunosti mogu prihvati kolege koji se sa mnom ne slažu u pristupu pojedinim psihijatrijskim pitanjima pa ni u pogledu učenja psihijatrije putem filma. Vidjevši da neki od onih koji izbjegavaju dolazak na filmske večeri izvrsno rade svoj posao, prestao sam na njih gledati kao na „disidente“, nego na kreativce koje zaslužuju slobodu izbora. Jer je neće zloupotrijebiti. (No, nisam još uspio, i ne očekujem da će uspjeti, tolerirati one koji zbog vlastitog komoditeta ne žele uložiti nikakav dodatni napor u stjecanju znanja i njegovo primjeni u svakodnevnom radu.).

Kao što sam očekivao i najavljavao, dogodila se „inflacija oduševljenja tribinom“. Po ustaljenim socijalnim uzusima, filmska tribina je u početku bila zanimljiva mnogima koje tema tika koju ona problematizira zapravo i ne interesira. Tako se broj posjetitelja, odnosno sudionika tribine s početnih dvjestotinjak sveo u realne okvire – šezdesetak posjetitelja. Od tog broja otprilike je trećina specijalizanata, trećina stalnih drugih (psihijatara, psihologa...) posjetitelja, a trećina onih koji dolaze neredovito, no ciljano, ovisno o temi i filmu, ali i filmskom kritičaru ili psihijatru komentatoru.

Posebno mi je draga da je ova filmska tribina utjecala na pokretanje sličnih tribina (npr. one na Medicinskom fakultetu u Zagrebu koju su pokrenuli studenti, ili one u okviru Nastavnog zavoda za javno zdravstvo „Dr. Andrija

Štampar“ u Zagrebu). Isto tako mi je dragو da je Hrvatsko društvo filmskih kritičara filmsku tribinu *Film i psihijatrija* prepoznalo kao činjenicu koju treba ne samo podržati, nego opisati, proučiti i analizirati i sve to, kao rezultat ciljanog projekta, pretočiti u knjigu koja će o ovoj tribini svjedočiti u budućnosti. Prihvativši „vrapčansku“ filmsku tribinu kao projekt u suradnji između Bolnice „Vrapče“ i Hrvatskog društva filmskih kritičara, od jeseni 2015. sve se diskusije na tribini snimaju radi buduće analize i pisanja knjige.

Vlastiti zamor?! Već sam napomenuo da sam nakon pet godina organiziranja i vođenja tribine *Film i psihijatrija* osjetio zamor. Ili je to i kod mene došlo do „inflacije oduševljenja“? Bilo kako bilo, odlučio sam da nakon pet godina napustim obvezu organiziranja tribine. Da bih „zaokružio“ svoj put organizatora i voditelja tribine, ponovo sam, 5. lipnja 2015. g. nakon pet godina, organizirao tribinu na kojoj je prikazan film *Let iznad kukavičjeg gnijezda*. Ponovno prikazivanje ovog filma „opravdao sam“ činjenicom da su svi specijalizanti koji su sudjelovali na tribini 2010. godine već odavno specijalisti, a na edukaciji je novi naraštaj spe-

cijalizanata. Film je ponovno s filmološkog stajališta komentirao Dražen Ilinčić, a psihijatar komentator bio je prim. dr. Bartul Matijaca. Na kraju tribine, nakon završnih riječi komentatora, objavio sam da sam tom tribinom zaokružio svoje petogodišnje razdoblje organiziranja i vođenja tribine. Daljnju organizaciju tribine preuzeila dr. Antonia Puljić, kolegica koja je za ovu tematiku pokazala poseban interes i koja mi je tijekom svih ovih godina pomagala u svim poslovima oko organizacije i vođenja tribine. Ona ima odličan uvid u sve što se na tribini događalo, u dobroj je komunikaciji sa specijalizantima i filmskim kritičarima i, uvjeren sam da će tribinu uspješno organizirati. Ja ću se i nadalje truditi rezervirati večer prvog utorka u mjesecu za vođenje tribine. No, sada bez obveze – moje je doći na tribinu, uživati u filmu i moderirati raspravu...

I tako sam, sretan što „tribina ide dalje“, moderirajući raspravu i na onim tribinama održanim nakon oproštaja s organizacijskim poslovima, zaključio i šestu godinu tribine *Film i psihijatrija* u Klinici za psihijatriju Vrapče.

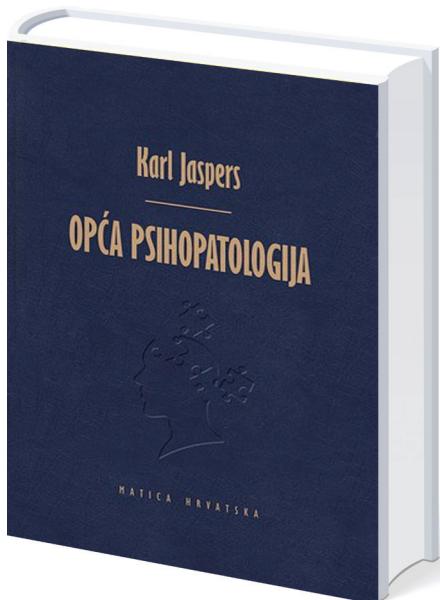
VLADO JUKIĆ

Karl Jaspers

Opća psihopatologija

(preveo na hrvatski Ante Stamać)

Matica hrvatska, Hrvatsko psihijatrijsko društvo, Klinika za psihijatriju Vrapče, Zagreb, 2015.



Knjiga „Opća psihopatologija“ (prvi puta tiskana 1913. godine) napokon je doživjela hrvatsko izdanje. U prijevodu akademika Ante Stamaća, urednika prof. dr. sc. Vlade Jukića i redaktora psihijatrijske terminologije prim. dr. sc. Miroslava Gorete knjigu su izdali Matica hrvatska, Hrvatsko psihijatrijsko društvo i Klinika za psihijatriju Vrapče. Knjiga je svečano predstavljena u zgradici Matice hrvatske početkom 2016. godine.

Malo je primjera da neka knjiga i njezin autor, u bilo kojem području ljudskog djelovanja, predstavljaju takav temelj kao što su u kliničkoj psihologiji i psihijatriji to postali „Opća psihopatologija“ i Karl Jaspers. Oni nisu samo kamen temeljac psihopatologije kao discipline, znanosti i filozofije, nego su istodobno i kamen međaš u razvitku kliničke psihologije i psihi-

jatrije. U tim se disciplinama sve može dijeliti na razdoblja prije i poslije Jaspersa i njegove psihopatologije.

Karl Jaspers (1883.-1969.) počeo je studirati pravo, završio medicinu, radio u psihijatrijskoj klinici, bio profesor psihologije, a zatim i šef katedre filozofije, kojoj je potpuno posvetio veći dio života. Tijekom asistentskog staža u Psihijatrijskoj klinici u Heidelbergu (koju je vodio Franz Nissl) Jaspers je pod vodstvom Karla Willmansa započeo psihijatrijska istraživanja. Prvo od njih bilo je traženje veze između oscilacija arterijskoga krvnog tlaka i psihičkih (psihotičnih) stanja. Premda nikada dovršeno ovo istraživanje je po svojoj sustavnosti i točnosti odredilo Jaspersov rad. On ga je krasio i u međuvremenu objavljenim tekstovima: o psihičkom stanju dviju djevojaka koje su počinile gotovo iste zločine (*Heimweh und Verbrechen*) te o psihozi (deliriju) ljubomore kao obliku paranoidne psihoze (*Eifersuchtswahn*).

Fenomenološki pristup sve više dolazi do izražaja u djelu o ispitivanju inteligencije u demenciji (*Die Methoden der Intelligenzprüfung und der Begriff der Demenz*) te u studijama hysterije (*Zur Analyse der Trugwahrnehmungen, Die Trugwahrnehmungen*) i on se kao vrhunaravni koncept konačno oblikuje u knjizi „Opća psihopatologija“ (*Allgemeine Psychopathologie*). Jaspers ju je počeo pisati 1911. godine, a završio 1913. godine.

Kako je napisao njezin recenzent, Oswald Bumke, „knjiga je vrlo neobična...svome je autoru stvorila trajno mjesto u povijesti psi-

hijatrije...ona znači jedan kraj i u isto vrijeme jedan početak“.

Ta je knjiga postala novi standard metodološkog pristupa psihičkim simptomima, koji obuhvaća doživljavanje simptoma, uživljavanje u njega i njegovo razumijevanje. Jaspers se zalaže za (metodološku) raščlambu pojedinačnog simptoma i za stapanje tako dobivenih elemenata u fenomen općeg. To je temelj fenomenološkog pristupa u psihopatologiji, koji uključuje otkrivanje simptoma, njegov opis, doživljavanje, uživljavanje i razumijevanje. Razumijevanjem drugog čovjeka koji je psihički promijenjen nastaje nova kvaliteta međuljudskih odnosa. Tako je nastala tzv. psihologija razumijevanja.

U razmatranju psihoterapije Jaspers se bitno razlikovao od suvremenika, ali i od kasnijih teoretičara. Kaže da je filozofsko razmišljanje sposobno stvoriti um (za razliku od racionalnog razuma), koji je neophodan u psihoterapijskom radu.

Objedinjujući sve ono što čini psihopatologiju Jaspers je opisao zadaču i cilj psihijatrijske edukacije. Napisano prije 100 godina vrijedi za psihijatrijsku edukaciju i danas. On kaže: „U izobrazbu psihijatra spada vlastito iskustvo uz vazda spreman posjed zornosti – što ne može dati nijedna knjiga – a potom i pojmovna jasnoća te mnogosmjerna glibljivost shvaćanja – potonje bi htjela poticati baš moja knjiga“. Ona je to i potakla na način da je fenomenološki pristup utkan u svaki dijagnostički postupak, na način da taj postupak opisuje kao interaktivni proces između psihijatra i osobe s psihičkim poremećajem, na način da je postupak prvo analitički, a potom sintetički. I na način da je „Opća psihopatologija“ postala jednom od najcitanijih knjiga u povijesti psihijatrije. Iako je u međuvremenu diljem svijeta tiskano mnogo izvrsnih knjiga o psihopatologiji ni jedna nije postala ono što „Opća psihopatologija“ jest.

Nekoliko je razloga za to. Prije svega to je prva knjiga koja sveobuhvatno opisuje ukupnost

psihopatoloških fenomena. Drugo, način na koji to čini je sustavan, cjelovit i detaljan. Treće, od njezina nastanka (i njezinih revidiranih izdanja) nisu se pojavili bitno novi psihopatološki fenomeni. Oni, zapisani i opisani od strane Jaspersa, su u svojoj biti nepromijenjeni i danas. Ono što se u psihopatologiji mijenja je samo manifestacija Jaspersovih koncepcata i definicija. Tako su sumanute misli iste kao i prije 100-tinjak godina, a mijenja se njihova povezanost s okolinom i vremenom. Npr. ideje veličine, koje se odnose na umišljeno visoko podrijetlo bolesnika, evoluirale su od povezanosti sa srpskim kraljevskim lozama (u Kraljevini Jugoslaviji), preko komunističkih vlastodržaca do starohrvatskih knezova i kraljeva. Ili, panici napadaj koji je danas jedan od najdijagnosticiranih psihijatrijskih fenomena se spominje u „Općoj psihopatologiji“ kao anksiozna verbigeracija i strah od ludila. Zbog svega toga, jednostavno, ova je knjiga postigla izvrsnost koju je teško ponoviti.

Knjiga „Opća psihopatologija“ je podijeljena na Uvod, 6 dijelova i Dodatak. Uvodno se definira psihopatologija i razgraničuje prema drugim disciplinama (psihijatriji, psihologiji, somatskim disciplinama, metodologiji, filozofiji) te opisuje zadatak i predmet opće psihopatologije.

Prvi dio opisuje „subjektivne pojave bolesnoga duševnog života“, drugi dio bavi se psihologijom razumijevanja, treći kauzalnom psihologijom. Četvrti dio posvećen je shvaćanju cjelokupnosti duševnog života (podijeljen na nozologiju, eidiologiju, biografiku). Nenormalna psiha u društvu i povijesti čini peto poglavlje. U zadnjem dijelu se prikazuje „cjelina ljudskog bića“.

Dodatak sadrži pregled bolesnika, terapijske zadatke, prognozu bolesti te povijest psihopatologije kao znanosti. Vlastitu filozofsku biografiju Jaspers je dodao u izdanju iz 1953. godine.

Za vrijeme autorova života izašlo je 9 izdanja ove knjige na njemačkom jeziku (što izmije-

njenih što neizmjenjenih). Doživjela je brojne prijevode na mnoge svjetske jezike, a sada je izašla i u hrvatskom prijevodu (7. izdanja, zadnjeg koji je preuređio Jaspers).

Predsjednik Hrvatskoga psihijatrijskog društva Vlado Jukić je u proljeće 2011. godine predložio Matici hrvatskoj prevodenje ove knjige. Ne-lakog i nemalog posla prihvatio se akademik Ante Stamać. Marljivi, mukotrpni i minuciozni Stamaćev rad je dovršen, a konačni rezultat je zadivljujući. Imamo knjigu u kojoj je prevoditelj precizno i jasno prenio Jaspersovu riječ koja nije ni jednostavna ni laka, ali je uvijek logična. Tu je logiku Stamać „ulovio“ i kroz cijelu je knjigu slijedi.

No, „doslovni“ prijevod dovodi povremeno i do nesuglasja sa suvremenom jezičnom praksom hrvatskih psihijatara i psihologa. To je posljedica jednostoljetnog „kašnjenja“ u prijevodu, ali to neće narušiti njezin gotovo kulturni status u psihijatrijskoj publicistici, koji je jedinstven i nedosegnut.

Hvala akademiku Stamaću, prof. Jukiću i prim. Goreti na trudu koji su uložili u ovaj prijevod. Time su ispunili ogromnu prazninu u hrvatskoj psihijatrijskoj literaturi i pokazali kako knjiga „stara“ jedno stoljeće može biti i te kako aktualna.

DRAŽEN BEGIĆ

Beta verzija MKB-11 poglavlja o mentalnim i ponašajnim poremećajima

Paola Bucci

WHO Collaborating Center for Research and Training in Mental Health, Naples, Italy

PRIJEVOD:

Nenad Jakšić

Klinički bolnički centar Zagreb, Klinika za psihijatriju,

Kišpatičeva 12, 10 000 Zagreb

E-pošta: nenad_jaksic@yahoo.com

Jedanaesta revizija Međunarodne klasifikacije bolesti (MKB-11) planira se objaviti 2018. godine. Tzv. beta verzija poglavlja o mentalnim i ponašajnim poremećajima (MKB-11) je već dostupna na Internetu: <http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/1-m/en>.

Ova verzija uključuje definicije različitih poremećaja (sažetci od 100-125 riječi), uključne i isključne termine, te za neke poremećaje, definicije posebnih oznaka/podtipova.

Registrirani korisnici potaknuti su da komentiraju materijale dostupne na internetu, odgovaraju na već postojeće komentare, te da predlažu izmjene ili nadopune u klasifikaciji.

Finalna verzija MKB-11 Kliničkih opisa i dijagnostičkih smjernica uključivat će, za svaki poremećaj, opis osnovnih (nužnih) odlika, granicu poremećaja u odnosu na normalitet (prag za postavljanje dijagnoze) i ostale poremećaje (diferencijalna dijagnostika), te opis karakteristika ishoda, kliničkih prezentacija, kulturno uvjetovanih osobina, razvojnih prezentacija, kao i rodno ovisnih karakteristika (1).

Na temelju beta verzije registrirani korisnici mogu svjedočiti nekim aspektima novog iz-

danja klasifikacijskog sustava o kojima se raspravlja u znanstvenoj literaturi (npr. 2-18).

Među tim aspektima izdvaja se uvođenje skupine poremećaja specifično povezanih sa stresom, uključujući nove kategorije kompleksnog posttraumatskog poremećaja i produljenog poremećaja žalovanja, kao i detaljno revidirane kategorije poremećaja prilagodbe. Akutna stresna reakcija se opisuje kao ne-patološki odgovor i klasificirana je unutar „stanja povezanih s psihosocijalnim okolnostima“ (vidjeti 7).

Definicije i podtipovi poremećaja ličnosti i poremećaja tjelesnog distresa su također ekstenzivno revidirane i pojednostavljene (vidjeti 5,10), a u tijeku su i internetske diskusije u sklopu beta verzije. Skupina poremećaja kontrole nagona sada također uključuje patološko kockanje i poremećaj kompluzivnog seksualnog ponašanja (vidjeti 9). Novi naziv („poremećaji intelektualnog razvoja“) i karakterizacija uvedeni su za poremetnje koje su u MKB-10 bile klasificirane kao „mentalna retardacija“ (vidjeti 8).

U definiciji shizofrenije, poremetnje doživljaja sebe istaknute su uz poremetnje razmišljanja,

percepcije, kognicije, motivacije i afekta. Zadržan je kriterij trajanja tegoba od 1 mjeseca, a narušena funkcionalnost nije nužni kriterij, za razliku od DSM-5. Oznake vezane za tijek poremećaja su također uvedene. Shizoafektivni poremećaj je karakteriziran presječno, kao stanje u kojem su dijagnostički kriteriji za shizofreniju i afektivnu epizodu zadovoljeni unutar iste epizode bolesti, ili simultano ili unutar nekoliko dana, za razliku od longitudinalne karakterizacije u DSM-5 (vidjeti 3).

U skupini poremećaja raspoloženja, miješana epizoda pojavljuje se kao odvojeni dijagnostički entitet, za razliku od DSM-5 (vidjeti 4). Karakterizirana je kombinacijom ili vrlo rapidnim izmjenama maničnih i depresivnih simptoma tijekom većine dana u razdoblju od barem dva tjedna (vidjeti 4). Kategorije bipolarnog poremećaja tip II i predmenstruacijskog disforičnog poremećaja su također uvedene (vidjeti 4). Definicija potonjeg poremećaja je predmet trenutnih rasprava u sklopu beta verzije.

Unutar skupine poremećaja hranjenja i jedjenja, dodani su podtipovi anoreksije nervoze „s opasno niskom tjelesnom težinom“ i „sa značajno niskom tjelesnom težinom“, te je uvedena nova kategorija izbjegavajuće-restriktivnog poremećaja unosa hrane (vidjeti 6).

Nova skupina opsesivno-kompulzivnog i srodnih poremećaja također je prisutna u beta verziji, uključujući opsesivno-kompulzivni poremećaj, tjelesni dismorphni poremećaj, hipohondrijazu, olfaktorni poremećaj i poremećaj sakupljanja, te poremećaje repetitivnog ponašanja vezanih uz tijelo (trihotilomanija i dermatilomanija) (vidjeti 14).

Provode se terenska istraživanja na internetu i u kliničkim uvjetima, povezana s novim klasifikacijskim sustavom (vidjeti 1). Istraživanja na internetu organizirana su u sklopu Mreže globalne kliničke prakse koja se sastoji od 12 tisuća kliničara iz svih dijelova svijeta. Psihijatri se mogu registrirati na ovu mrežu s bilo kojim od 9 jezika na adresi: www.globalclinicalpractice.net.

Razmatra se mogućnost dijaloga između MKB revizijskog procesa i projekta Domene istraživačkih kriterija (RDoC). Naime, glavni ciljevi oba projekta (npr. unaprjeđenje kliničke korisnosti psihiatrijskih dijagnoza, inovativno istraživanje etiopatogenetske podloge psihopatologije u sklopu RDoC) mogu se smatrati komplementarnim, te se mnogo toga može učiniti s obzirom na smanjenje trenutnih razlika između RDoC konstrukata i nekih kliničkih fenomena koje psihijatri susreću u standardnoj kliničkoj praksi, pogotovo u domeni psihoza (vidjeti 19-28).

LITERATURA

1. First MB, Reed GM, Hyman SE i sur. The development of the ICD-11 Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines for Mental and Behavioural Disorders. *World Psychiatry* 2015; 14: 82-90.
2. Reed GM. Toward ICD-11: improving the clinical utility of WHO's international classification of mental disorders. *Prof Psychol Res Pract* 2010; 41: 457-64.
3. Gaebel W. Status of psychotic disorders in ICD-11. *Schizophr Bull* 2012; 38: 895-8.
4. Maj M. Mood disorders in ICD-11 and DSM-5. A brief overview. *Die Psychiatrie* 2013; 10: 24-9.
5. Creed F, Gureje O. Emerging themes in the revision of the classification of somatoform disorders. *Int Rev Psychiatry* 2012; 24: 556-67.
6. Al-Adawi S, Bax B, Bryant-Waugh R i sur. Revision of ICD: status update on feeding and eating disorders. *Adv Eat Disord* 2013; 1: 10-20.
7. Maercker A, Brewin CR, Bryant RA i sur. Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11. *Lancet* 2013; 381: 1683-5.
8. Bertelli MO, Salvador-Carulla L, Scuticchio D i sur. Moving beyond intelligence in the revision of ICD-10: specific cognitive functions in intellectual developmental disorders. *World Psychiatry* 2014; 13: 93-4.
9. Grant JE, Atmaca M, Fineberg NA i sur. Impulse control disorders and „behavioural addictions“ in the ICD-11. *World Psychiatry* 2014; 13: 125-7.
10. Tyrer P, Reed GM, Crawford MJ. Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *Lancet* 2015; 385: 717-26.

11. Lochman JE, Evans SC, Burke JD i sur. An empirically based alternative to DSM-5's disruptive mood dysregulation disorder for ICD-11. *World Psychiatry* 2015; 14: 30-3.
12. Oldham JM. The alternative DSM-5 model for personality disorders. *World Psychiatry* 2015; 14: 234-6.
13. Wakefield JC, Schmitz MF. Uncomplicated depression is normal sadness, not depressive disorder: further evidence from the NESARC. *World Psychiatry* 2014; 13: 317-9.
14. Stein DJ, Kogan CS, Atmaca M i sur. The classification of obsessive-compulsive and related disorders in the ICD-11. *J Affect Disord* 2016; 190: 663-74.
15. Del Vecchio V. Following the development of ICD-11 through World Psychiatry (and other sources). *World Psychiatry* 2014; 13: 102-4.
16. Luciano M. Proposals for ICD-11: a report for WPA membership. *World Psychiatry* 2014; 13:206-8.
17. Parnas J. Differential diagnosis and current polythetic classification. *World Psychiatry* 2015; 14: 284-7.
18. Clarke DE, Kuhl EA. DSM-5 cross-cutting symptom measures: a step towards the future of psychiatric care? *World Psychiatry* 2014; 13: 314-6.
19. Cuthbert BN. The RDoC framework: facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology. *World Psychiatry* 2014; 13: 28-35.
20. Cuthbert BN; NIMH RDoC Workgroup. The RDoC framework: continuing commentary. *World Psychiatry* 2014; 13: 196-7.
21. First MB. Preserving the clinician-researcher interface in the age of RDoC: the continuing need for DSM-5/ICD-11 characterization of study populations. *World Psychiatry* 2014; 13: 54-5.
22. Jablensky A, Waters F. RDoC: a roadmap to pathogenesis? *World Psychiatry* 2014; 13: 43-4.
23. Keshavan MS, Ongur D. The journey from RDC/DSM diagnoses toward RDoC dimensions. *World Psychiatry* 2014; 13: 44-6.
24. Maj M. Keeping an open attitude towards the RDoC project. *World Psychiatry* 2014; 13: 1-3.
25. Parnas J. The RDoC program: psychiatry without psyche? *World Psychiatry* 2014; 13: 46-7.
26. Sartorius N. The only one or one of many? A comment on the RDoC project. *World Psychiatry* 2014; 13: 50-1.
27. Stein DJ. An integrative approach to psychiatric diagnosis and research. *World Psychiatry* 2014; 13: 51-3.
28. Fulford KWM. RDoC+: taking translation seriously. *World Psychiatry* 2014; 13: 54-5.

Upute autorima

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

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

Radovi se tiskaju na hrvatskom ili engleskom jeziku.

Oprema rukopisa

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

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

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

Cilj je kratak opis cilja i svrhe istraživanja.

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

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

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

Zaključci moraju odgovoriti postavljenom cilju rada.

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

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

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

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

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

a) rad

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

b) poglavje u knjizi

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

c) knjiga

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

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

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

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

Instructions to authors

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

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

The papers are published in Croatian or English.

Manuscript preparation

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

a) Journal article

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

b) Book chapter

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

c) Book

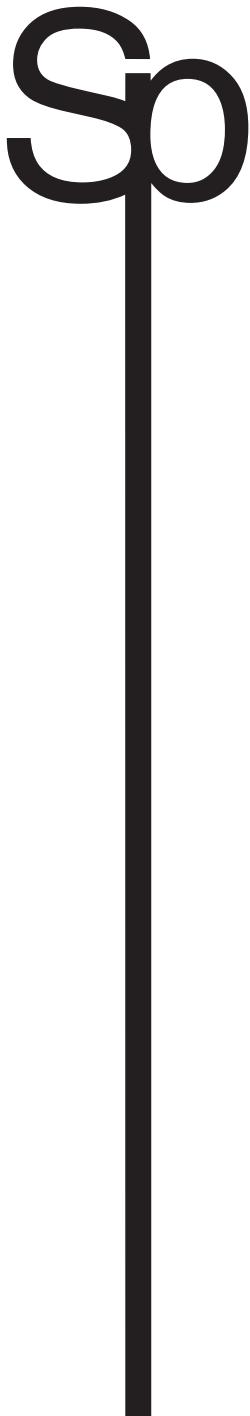
Kring AM, Johnson SL, Davison GC, Neale JM. *Abnormal Psychology*. New York: Wiley, 2013.

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

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

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

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



SOCIJALNA PSIHIJATRIJA – ČASOPIS HRVATSKOGA PSIHIJATRIJSKOG DRUŠTVA

Izdavač/Publisher

Medicinska naklada

u suradnji s/in cooperation with

AKADEMIJOM MEDICINSKIH ZNANOSTI HRVATSKE/
CROATIAN ACADEMY OF MEDICAL SCIENCES

UREDNIČKI ODBOR/EDITORIAL BOARD

Glavni urednici/Editors in Chief

MIRO JAKOVLJEVIĆ, DRAŽEN BEGIĆ

Počasni urednici/Honorary Editors

LJUBOMIR HOTUJAC, VASKO MUAČEVIĆ

Članovi Uredničkog odbora/Members of the Editorial Board

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

Adresa Uredničkog odbora/Address of the Editorial Board

SOCIJALNA PSIHIJATRIJA

Klinika za psihijatriju, Klinički bolnički centar Zagreb, Kišpatićeva 12, 10000 Zagreb, Hrvatska

UREDNIČKI SAVJET/CONSULTING BOARD

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

MEĐUNARODNI UREDNIČKI SAVJET/INTERNATIONAL CONSULTING BOARD

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

Tehnička urednica/Technical Editor

Dunja Beritić-Stahuljak

Oblikovanje korica/Cover design

Andrea Knapić

Prijelom/Layout

Marko Habuš

Tisk/Printed by

Medicinska naklada, Zagreb

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

Indeksiran je u bazama: SCOPUS, PsychINFO, EMBASE, Hrčak.

Izlazi četiri puta godišnje.

Godišnja pretplata za ustanove iznosi **300,00 kn**; za pojedince **150,00 kn**. Cijena pojedinačnog broja **50 kn** (u cijenu su uključeni poštanski troškovi).
IBAN: HR2223600001101226715, Medicinska naklada, Cankarova 13, 10000 Zagreb, Hrvatska (za časopis *Socijalna psihijatrija*).

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

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

Payment by check at our foreign currency account:

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

IBAN: HR2223600001101226715, SWIFT: ZABAHR2X (for *Socijalna psihijatrija*).

Kontakt/Contact

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