

**Doc. dr. Sabina Alispahić**  
**Prof. dr. Enedina Hasanbegović-Anić**  
**Doc. dr. Đenita Tuće**  
**Univerzitet u Sarajevu / University of Sarajevo**  
**Filozofski fakultet / Faculty of Philosophy**  
sabina\_alispahic@hotmail.com

**UDK 159.97**

**Pregledni naučni rad**

**PSIHOLOŠKI POREMEĆAJI KROZ CJELOŽIVOTNI RAZVOJ:  
PREVALENCIJA I RAZVOJNI RIZICI**

**PSYCHOLOGICAL DISORDERS ACROSS THE LIFE SPAN:  
PREVALENCE AND DEVELOPMENTAL RISKS**

***Sažetak***

*Psihološko blagostanje sastavni je dio ljudske sposobnosti za vođenje ispunjenog života, koji podrazumijeva sposobnosti formiranja i održavanja međuljudskih odnosa, učenja, rada ili bavljenja različitim aktivnostima i hobijima, te mogućnost svakodnevnog donošenja odluka ili pravljjenja različitih životnih izbora. Svjetska zdravstvena organizacija prepoznala je važnost psihološkog blagostanja definirajući zdravlje kao stanje potpunog fizičkog, mentalnog i socijalnog blagostanja, a ne samo kao odsustvo bolesti ili nemoći. Nasuprot blagostanju je psihološka abnormalnost koja se može svakome dogoditi te uveliko narušiti svakodnevno funkcioniranje. Prevalencija psiholoških poremećaja u BiH slična je prevalenciji na svjetskom nivou: najviše su prisutni anksiozni i somatski poremećaji, nakon kojih slijede poremećaji raspoloženja, te shizofrenija i poremećaji ličnosti. Razvoju psiholoških poremećaja doprinosi prisustvo mnogih rizičnih i zaštitnih faktora. Jedan od mogućih načina gledanja na rizične i zaštitne faktore je pogled kroz razvojnu perspektivu, koji je predstavljen u ovom radu. Prema navedenim podacima, teško je postaviti granicu između dječije i adolescentne te odrasle psihopatologije; zapravo bi bilo korisnije kada ona u konceptualnom smislu ne bi ni postojala. Da bi se istinski razumjeli rizici za razvoj psihopatologije, neophodno je da teoretičari i istraživači usvoje pogled na psihološke poremećaje kroz cjeloživotnu perspektivu.*

***Ključne riječi:*** psihološki poremećaj, prevalencija, rizični i zaštitni faktori, cjeloživotni razvoj

### **Summary**

*Psychological well-being is an integral part of human ability to lead a fulfilled life, which implies the ability to form and maintain interpersonal relationships, learning, work, or engaging in various activities and hobbies, and the ability to make decisions or make life choices on a daily basis. The World Health Organization recognized the importance of psychological well-being by defining health as a state of complete physical, mental and social well-being, not just as absence of disease or helplessness. Contrary to well-being, psychological abnormality can occur to everyone and greatly undermine day-to-day functioning. Prevalence of psychological disorders in BiH is similar to worldwide prevalence: mostly anxious and somatic disorders are present, followed by mood disorders, schizophrenia and personality disorders. The development of psychological disorders is caused by the presence of many risk and protective factors. One of the possible ways of looking at the risk and protective factors is through the developmental perspective which is presented in this paper. It is difficult to set the boundary between child / adolescent and adult psychopathology; it would actually be more useful when it would not exist in the conceptual sense. To truly understand the risks of developing psychopathology, it is necessary for theoreticians and researchers to take a look at psychological disorders through a lifelong perspective.*

**Key words:** *psychological disorders, prevalence, risk and protective factors, lifelong development*

Mentalno zdravlje ili psihološko blagostanje sastavni je dio ljudske sposobnosti za vođenje ispunjenog života, koji podrazumijeva sposobnosti formiranja i održavanja međuljudskih odnosa, učenja, rada ili bavljenja različitim aktivnostima i hobijima, te mogućnost svakodnevnog donošenja odluka ili pravljenja različitih životnih izbora. Svaka pometnja ljudskog dobrostanja može značajno utjecati na ove sposobnosti i životne izbore, te rezultirati smanjenim funkcioniranjem na individualnom i širem društvenom nivou.

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (2012), odrednice psihološkog blagostanja povezane su sa individualnim karakteristikama ali i sa socioekonomskim okolnostima i širim socijalnim okruženjem u kojem osoba živi, a tu su:

a) *individualne karakteristike i ponašanja* – koji se odnose na urođene kao i naučene sposobnosti suočavanja sa mislima i osjećajima, omogućavaju funkcioniranje u svakodnevnom životu i utječu na mogućnost učestvovanja u socijalnim aktivnostima, te na preuzimanje odgovornosti ili poštivanje tuđeg mišljenja;

b) *socijalne i ekonomske okolnosti* – uključuju prilike za pozitivne odnose sa članovima porodice, prijateljima ili kolegama, te prilike za zaradu koja će omogućiti pristojan život pojedincu i njegovoj porodici;

c) *okolinski faktori* – šire sociokulturalno i geopolitičko okruženje u kojem osoba živi također utječe na mentalno zdravlje, jer podrazumijeva dostupnost osnovnih servisa (voda, osnovne zdravstvene usluge i sl.), izloženost dominantnim kulturalnim vjerovanjima, stavovima ili praksama, kao i socijalnim ili ekonomskim politikama na nacionalnom nivou.

Važno je istaći da su ove različite odrednice u međusobnoj dinamičnoj interakciji, te da mogu biti korisne ili destruktivne za psihološko blagostanje osobe.

*Psihološka abnormalnost* pogađa poznate i nepoznate, bogate i siromašne, te obično donosi veliku patnju, ali može biti i izvor inspiracije i energije. Budući da su psihološki poremećaji česti i vrlo osobni, važni su za sve nas. Tome svjedoči veliki broj romana, pozorišnih predstava, filmova i televizijskih programa u kojima se istražuje nešto što mnogi interpretiraju kao tamnu stranu ljudske prirode, kao i brojne knjige samopomoći koje su u posljednje vrijeme preplavile naše tržište.

Područje koje je posvećeno naučnom istraživanju psiholoških poremećaja naziva se *abnormalna psihologija* ili *psihopatologija*. Psihopatologija je u širem smislu nauka o simptomima psiholoških poremećaja, koja ih prepoznaje, opisuje, dovodi u međusobnu vezu, te proučava njihov nastanak i razvoj. Predmet psihopatologije je promijenjeno ljudsko duševno stanje (Begić 2014: 4).

Jedan od najtežih zadataka unutar psihopatologije je definirati psihološki abnormalno. Iako su tokom godina predložene mnoge definicije abnormalnog doživljavanja i ponašanja, niti jedna nije u potpunosti prihvaćena. Ipak, većina tih definicija sadrži neke zajedničke karakteristike koje su u literaturi poznate pod skraćenicom „4D” (eng. „the four Ds”: deviance, distress, dysfunction i danger): devijantnost, stres, disfunkcija i opasnost, odnosno obrasci psihološke abnormalnosti obično su devijantni (različiti, ekstremni, neobični ili bizarni), stresni (neugodni ili uznemirujući za osobu), disfunkcionalni (ometaju sposobnost svakodnevnog obavljanja uobičajenih aktivnosti na konstruktivan način) i potencijalno opasni (po samu osobu ili po druge).

Razvoj većine psiholoških poteškoća i poremećaja odvija se duž razvojnih trajektorija ili razvojnim putevima, sa postepenim povećanjem u učestalosti i ozbiljnosti simptoma, a često ne postoji jasno određeni period kada je

poremećaj prisutan ili kada nije prisutan (Coie i sur. 1993). Neki poremećaji, poput zloupotrebe supstanci, imaju sporiji razvoj, dok drugi mogu biti epizodični, poput depresije ili shizofrenije. Druge vrste poremećaja razvijaju se brzo, nakon određenog okidača. Naprimjer, ozbiljan traumatski događaj može biti okidač za anksioznost, depresiju ili posttraumatski stresni poremećaj kod osoba koje do tada nisu imale psihološke poteškoće.

U ovom poglavlju prikazat ćemo podatke o prevalenciji psiholoških poremećaja, te ćemo opisati razvojne rizike za nastanak psiholoških poremećaja kroz glavne faze ljudskog razvoja.

### **Prevalencija psiholoških poremećaja na svjetskom nivou**

Svjetska zdravstvena organizacija (u nastavku: SZO) prepoznala je važnost psihološkog blagostanja definirajući zdravlje kao „stanje potpunog fizičkog, mentalnog i socijalnog blagostanja, a ne samo kao odsustvo bolesti ili nemoći” (SZO 2003).

Procjene iz 2002. godine pokazale su da oko 450 miliona ljudi širom svijeta živi sa mentalnim ili bihevioralnim poremećajima, 90 miliona je bilo ovisno o upotrebi droga i alkohola, 25 miliona je imalo dijagnozu shizofrenije, a 150 miliona je bolovalo od depresije (ibid.). Za osobe sa psihološkim poremećajima vjerovatnije je da će imati lošiji kvalitet života, obrazovne poteškoće, smanjenu produktivnost i socijalne probleme, ranjivost i dodatne zdravstvene probleme (naprimjer, Kessler, Foster, Saunders i Stang 1995.; Marcotte i Wilcox-Gok 2001.; Lund i sur. 2011).

S obzirom na to da troškovi zdravstvene njege osoba sa psihološkim poremećajima značajno rastu iz godine u godinu, odluke o raspodjeli resursa u području mentalnog zdravlja moraju se bazirati na informacijama o prevalenciji i ozbiljnosti poremećaja te isplativosti primjenjivanih intervencija. Na ovim pretpostavkama bazirana su *Svjetska istraživanja o mentalnom zdravlju* (eng. World Mental Health Surveys) kojima se pokušalo doći do podataka o prevalenciji i ozbiljnosti psiholoških poremećaja unutar svih zemalja učesnica u istraživanjima (Kessler i sur. 2009). Navedena istraživanja, u kojima je učestvovalo 28 svjetskih zemalja, pokrenuta su na inicijativu Svjetske zdravstvene organizacije.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Rezultati istraživanja dostupni su na: [www.hcp.med.harvard.edu/wmh](http://www.hcp.med.harvard.edu/wmh).

Prema dobivenim rezultatima istraživanja, psihološki poremećaji su vrlo česti u svim zemljama u kojima su se provodila istraživanja. Kod više od jedne trećine sudionika iz pet zemalja (Kolumbija, Francuska, Novi Zeland, Ukrajina, Sjedinjene Američke Države), više od jedne četvrtine iz šest (Belgija, Njemačka, Libanon, Meksiko, Holandija i Južna Afrika) i više od jedne šestine u četiri zemlje (Izrael, Italija, Japan i Španija) utvrđeno je postojanje cjeloživotne dijagnoze psihološkog poremećaja. U preostale dvije zemlje, u Kini i Nigeriji, pronađena je značajno manja prevalencija poremećaja. Također, procjene prevalencije za druge zemlje u razvoju bile su iznad najniže granice interkvartilnog ranga.

Prema Kessleru i sur. (2009), u Svjetskim istraživanjima o mentalnom zdravlju utvrđeno je nekoliko konzistentnih obrazaca koji potvrđuju prethodne rezultate istraživanja u ovom području:

a) pronađeno je da su *anksiozni poremećaji* konzistentno najčešća vrsta psiholoških poremećaja u općoj populaciji, sa procjenom cjeloživotne prevalencije za bilo koji anksiozni poremećaj od oko 16% i 12-mjesečnom prevalencijom od oko 11%. Pritom su anksiozni poremećaji više zastupljeni u zapadnim razvijenim zemljama nego u zemljama u razvoju;

b) *poremećaji raspoloženja* sljedeći su po učestalosti prema epidemiološkim istraživanjima u zajednici, sa procjenom cjeloživotne prevalencije za bilo koji poremećaj raspoloženja od oko 12% i 12-mjesečnom prevalencijom od oko 6%. I za ove poremećaje prisutna je veća prevalencija u zapadnim razvijenim zemljama;

c) sljedeće dvije kategorije učestalih poremećaja su *eksternalizirani poremećaji* (ADHD, opozicijsko-prkosni, poremećaj ophođenja i intermitentni eksplozivni poremećaj) te *zloupotreba supstanci* (upotreba alkohola ili droga i ovisnost);

d) kada su u pitanju individualni poremećaji, *specifične fobije* su najzastupljenije u epidemiološkim istraživanjima u zajednici sa procjenom cjeloživotne prevalencije od 6 do 12% i 12-mjesečnom prevalencijom od 4 do 8%. *Veliki depresivni poremećaj* je sljedeći sa procjenom cjeloživotne prevalencije od 4 do 10% i 12-mjesečnom prevalencijom od oko 3 do 6%, kao i *socijalna fobija* čija je prevalencija slična onoj za veliki depresivni poremećaj.

Sudionici istraživanja sa cjeloživotnom historijom svih poremećaja također su izvještavali o tome koliko su imali godina kada je poremećaj prvi put dijagnosticiran, prema čemu su napravljene distribucije dobi početka

poremećaja. Distribucije su veoma konzistentne za sudionike svih zemalja. Pojedini anksiozni poremećaji, posebno fobije i anksiozni poremećaj zbog separacije, imali su veoma rani početak, sa medijanom dobi početka u rangu od 7 do 14 godina. Rani počeci su karakteristični i za eksternalizirane poremećaje koji su ispitivani ovim istraživanjima. Anksiozni poremećaji i poremećaji raspoloženja imali su kasniju dob nastanka sa medijanom dobi početka u starosnom rangu od 25 do 50 godina, dok su poremećaji zloupotrebe supstanci imali medijan između 20 i 35 godina.

Zaključno, rezultati Svjetskih istraživanja o mentalnom zdravlju pokazali su da je rani početak psiholoških poremećaja značajan prediktor kasnijeg razvoja i održavanja mnogih životnih problema, poput niskog obrazovnog nivoa, ranijeg stupanja u brak, bračne nestabilnosti, te niskog profesionalnog i finansijskog statusa (Kessler i sur. 1997.; Kessler i sur. 1998).

### **Prevalencija psiholoških poremećaja u BiH**

Reforma zaštite mentalnog zdravlja u Bosni i Hercegovini započela je 1996. godine stavljanjem fokusa na brigu u zajednici, za razliku od tradicionalnog pristupa koji je uglavnom bio baziran na hospitalnom tretmanu ljudi sa mentalnim poremećajima (mentalnozdravlje.ba). Prema rezultatima istraživanja, u Bosni i Hercegovini u periodu od 2009. do 2013. godine evidentan je porast registriranih psiholoških poremećaja u svim dobnim skupinama. Prevalencija psiholoških poremećaja u FBiH slična je prevalenciji na svjetskom nivou: najviše su prisutni anksiozni i somatski poremećaji, nakon kojih slijede poremećaji raspoloženja, te shizofrenija i poremećaji ličnosti (Zavod za javno zdravstvo FBiH 2014). Rijetka su istraživanja o prevalenciji psiholoških problema u BiH. U jednom takvom istraživanju autori Alispahić, Hasanbegović-Anić, Tuće, Hadžiahmetović i Sandić (2014) željeli su ispitati demografske kliničke karakteristike klijenata koji su uključeni u psihoterapijski tretman. Istraživanje je provedeno na uzroku od 213 klijenata (153 žene i 47 muškaraca) prosječne dobi od 34 godine, koji su u vrijeme istraživanja bili uključeni u različite psihoterapije (gestalt, KBT, sistematsku porodičnu i psihodinamsku terapiju). Prema rezultatima ovog istraživanja, većina klijenata (43%) bila je u psihoterapijskom tretmanu zbog depresivnosti, anksioznosti i zbog paničnih napada. Na drugom mjestu (kod 31% sudionika) navedeni su interpersonalni problemi (bračni i porodični konflikti, problemi s drugim ljudima na radnom mjestu), a manji broj sudionika je izvještavao da su glavni razlozi njihovog dolaska na psihoterapiju problemi poput gubitaka, zloupotrebe supstanci, mobinga, različitih fobija i poremećaja ličnosti.

Prema nama dostupnim podacima, na području Bosne i Hercegovine provedeno je jedno istraživanje o prevalenciji psiholoških poteškoća kod djece i adolescenata. Prema rezultatima istraživanja koje je provela Badurina (2012) na uzorku 765 djece i adolescenata uzrasta od 10 do 15 godina iz osam osnovnih škola u Kantonu Sarajevo, uočeno je da je prevalencija klinički značajnih internaliziranih problema skoro dva puta veća i iznosi 29% u odnosu na klinički značajne eksternalizirane probleme koji su bili prisutni u 16,3% ukupnog uzorka. Eksternalizirani problemi su bili učestaliji kod dječaka starije školske dobi (19,2%) nego kod djevojčica (13,5%), a prevalencija depresivno-anksioznih problema kod sudionika iznosila je 13,7%. Također je utvrđeno da na ukupnom uzorku prevalencija somatskih problema u djece i adolescenata iznosi 18,4% te da je češća kod djevojčica mlađeg školskog uzrasta. Ovim istraživanjem je potvrđena prisutnost rizičnog zdravstvenog ponašanja: sudionici starije osnovnoškolske dobi, njih 7,8%, probali su alkohol do svoje 15 god.; 6,2% sudionika konzumiralo je cigarete, a 2,1% je već imalo iskustva sa korištenjem droga. Na ukupnom uzorku prevalencija preddelinkventnog ponašanja iznosila je 6,4%, a destruktivno-agresivnog ponašanja 10,7% (Badurina 2012).

Problemi sa kojima se suočava cjelokupan sistem mentalnog zdravlja u BiH su brojni. Postoji povećana potreba stanovništva za uslugama iz oblasti zaštite mentalnog zdravlja, značajne su poteškoće u nastavku započetog reformskog procesa, a postojeći resursi u sistemu zaštite mentalnog zdravlja i infrastruktura često nisu adekvatni. Pored toga, saradnja i nadležnosti između službi na različitim nivoima zdravstvene zaštite i između sektora nisu jasno definirani, što rezultira lošim kontinuitetom i kvalitetom usluge (mentalnozdravlje.ba). Također, stigmatizacija i diskriminacija osoba sa mentalnim poremećajima među stanovništvom i u medijima je još uvijek široko rasprostranjen fenomen, stoga se nadamo da će u budućnosti biti realizirana prijeko potrebna istraživanja o mentalnom zdravlju stanovnika BiH, koja će biti dobar temelj za planiranje i realizaciju adekvatnih programa prevencije i tretmana koji su zasnovani na dokazima.

### **Razvojni rizici za nastanak psiholoških poremećaja kroz cjeloživotni razvoj**

Razvoju psiholoških poremećaja doprinosi prisustvo mnogih rizičnih i zaštitnih faktora. *Rizični faktori* su oni koji povećavaju vjerovatnoću razvoja određenog psihopatološkog fenomena. Epidemiološki definirani faktori rizika veoma su značajni, jer pomažu pri identifikaciji visokorizičnih osoba,

te olakšavaju dijagnostiku i tretman. Međutim, izloženost riziku ne određuje unaprijed razvoj psihopatologije. Istraživači su otkrili faktore koji potiču ili održavaju razvoj. Takvi se faktori nazivaju *zaštitni faktori*, koji predstavljaju stanja ili osobine (sposobnosti, snage, resurse, podršku, strategije suočavanja) pojedinca, porodice ili zajednice koje pomažu ljudima da se na efikasniji i uspješniji način nose sa stresnim događajima, te eliminiraju određene rizike (Wenar 2003).

Opći rizični faktori koji su prisutni u svim životnim fazama odnose se na određene sociodemografske karakteristike, kao što su:

a) *socioekonomski status* – skoro svi psihološki poremećaji su učestaliji kod osoba sa lošijim ekonomskim statusom, osim značajnog izuzetka kod anoreksije. Dva modela objašnjavaju ovaj fenomen:

1. *model socijalne uzročnosti* – prema kojem niži socioekonomski status uzrokuje ili doprinosi lošijem psihološkom blagostanju, i

2. *model socijalnog opadanja* – osobama se smanjuje socioekonomski položaj kao posljedica lošijeg mentalnog zdravlja.

Empirijskim istraživanjima pronađeni su dokazi za oba modela. Naprimjer, Corcoran i sur. (2009) pronašli su da je prevalencija shizofrenije najveća kod osoba čiji su roditelji bili nezaposleni, primali socijalnu pomoć ili samohrani roditelji, što potvrđuje model socijalne kauzacije. Ovakvi socioekonomski utjecaji mogli bi biti intergeneracijski. U istraživanju Ritsher i sur. (2001) pokazano je da su djeca čiji su roditelji bili nižeg socioekonomskog statusa tri puta pod većim rizikom za razvoj velikog depresivnog poremećaja u poređenju s djecom čiji su roditelji bili boljeg ekonomskog statusa. Ovi rezultati nisu iznenađujući: niži socijalni status značajno utječe na izloženost stresnim životnim događajima i problemima, poput siromašnog domaćinstva, višestrukih poslova, ekonomske nestabilnosti, nemogućnosti plaćanja računa, nedostataka resursa za odlazak na odmore i sl. (Ahnquist i Wamala 2011).

Dokazi za model socijalnog opadanja također postoje. Naprimjer, u istraživanju Aro i sur. (1995) pratili su osobe sa dijagnozom shizofrenije tokom 17 godina nakon što su izašli iz bolnice. Iako su sudionici na početku imali sličan ekonomski status kao i njihovi roditelji, mnogi su doživjeli progresivni pad u socioekonomskom stanju tokom provođenja istraživanja. Većina ih je bila nezaposlena, pogotovo muški sudionici.



### *b) Spol*

Prema SZO, spol je značajna odrednica mentalnog zdravlja. Poremećaji poput predmenstrualnog disforničnog poremećaja, postpartalne depresije i psihoze te emocionalnih poteškoća u periodu menopauze direktno su povezani sa ženskim spolom. Pozadinski mehanizmi ovih stanja uglavnom su biološki, jer podrazumijevaju promjene u nivou estrogena.

Spolne razlike kod drugih, češće prisutnih poremećaja poput depresije i anksioznosti mogu se objasniti socijalnim odrednicama. Depresija je dva puta češća kod žena nego kod muškaraca, dok su muškarci dva puta pod većim rizikom od ovisnosti o alkoholu, te postoji tri puta veća vjerovatnoća da će dobiti dijagnozu antisocijalnog poremećaja.

Također je utvrđeno da su žene sklonije da govore o problemima u odnosu na muškarce, te da su izloženije i osjetljivije na životne stresore: žene češće doživljavaju siromaštvo, diskriminaciju, zarađuju manje i rade nesigurnije ili prekovremene poslove. Pored toga, žene su češće u ulozi skrbnika. Žene doživljavaju veći konflikt između privatnog i profesionalnog života, koji je intenzivniji što je veći broj djece u porodici. Naposljetku, žene su više izložene fizičkim napadima, silovanju i drugim traumatskim događajima u poređenju s muškarcima (Bennett 2015).

### *c) Manjinski status*

Status manjine može se steći na osnovu različitih obilježja: etniciteta, seksualnih izbora, fizičkog izgleda itd. Izgleda da pripadanje manjinskoj etničkoj grupi nema značajan utjecaj na psihološko blagostanje. Ipak, pripadnici manjinskih grupa mogli bi biti pod rizikom zbog povezanosti sa nižim socioekonomskim statusom, izloženosti diskriminaciji, kao i zbog imigrantskog statusa.

Utjecaj diskriminacije na psihološko blagostanje nije jasno utvrđen empirijskim istraživanjima koja se uglavnom oslanjaju na samoizvještaje sudionika. Nije jasno da li je, naprimjer, depresivnost rezultat diskriminacije ili su osobe sa depresijom više usmjerene da primjećuju diskriminaciju ili da na neki način doprinose negativnim reakcijama drugih koje interpretiraju kao diskriminaciju. Snažan etnički identitet kao i jaka socijalna umreženost mogu biti značajni zaštitni faktori od efekata diskriminacije (Chou 2012).

Migracija podrazumijeva mnogobrojne stresore koji predstavljaju rizične faktore za razvoj psiholoških poteškoća, poput ekonomskih problema i nemogućnosti zapošljavanja, kao i izazova prilagodbe kulturalnim zahtjevima i normama. Ipak, prema Bennett (2015), ključni prediktor lošeg mentalnog zdravlja izbjegličke populacije su poteškoće prilikom odlaska iz zemlje porijekla, poput doživljenih mučenja i konflikata.

Seksualne manjine izložene su različitim predrasudama koje mogu utjecati na njihovo mentalno zdravlje. Prema Leonard i sur. (2012), najčešće psihološke poteškoće kod ove populacije su depresivnost i anksioznost.

\*\*\*

Jedan od mogućih načina gledanja na rizične i zaštitne faktore je pogled kroz razvojnu perspektivu, koju ćemo ovdje predstaviti. Mogućnosti za razvoj psihopatologije prisutni su kroz sve faze života.

Gledanje na psihološke poremećaje iz perspektive cjeloživotnog razvoja omogućava razumijevanje razvojnog toka poremećaja kao i osmišljavanje prikladnih intervencija. Najraniji znaci i simptomi poremećaja mogu se pojaviti bilo kada tokom života, ali postoje periodi za koje je vjerovatnije da će doći do pojave određenih psiholoških poteškoća ili poremećaja. Priroda i uvremenjenost prevencije i ranih intervencija ne ovisi samo o starosti pojedinca nego i od identificiranih puteva razvoja poremećaja, te razvojnih rizika i kritičnih tranzicija koje su karakteristične za razvojne puteve.

Ovdje ćemo prezentirati pristup cjeloživotnog razvoja koji pokazuje kako izloženost različitim razvojnim rizicima može utjecati na psihološko blagostanje osoba i nakon što prođu godine ili decenije. U nastavku ćemo opisati rizične faktore za razvoj psihopatologije koji su specifični za pojedine razvojne periode ljudskog života.

### ***Pretkonceptijski i prenatalni period***

Na psihološko blagostanje osobe mogu utjecati okolnosti ili događaji koji su se desili i prije začeca ili rođenja. Najočiglednija vrsta takvog utjecaja je *genetsko naslijeđe*. Naprimjer, različite vrste sindroma koji su povezani sa poteškoćama u učenju imaju jasno genetsko porijeklo. Najčešći primjer je Downov sindrom, koji nastaje kao posljedica poremećaja u dijeljenju ćelija

kod fetusa, koji rezultira sa tri, umjesto normalna dva hromosoma na 21. paru (zbog toga je poremećaj poznat i kao trisomija 21).

Važno je istaći da genetika utječe na rizik za razvoj određenih psiholoških poteškoća, ali ekspresija ovog rizika ovisi od mnogih drugih *psihosocijalnih faktora*, što najbolje objašnjava biopsihosocijalni pristup<sup>2</sup>. Naprimjer, neželjene ili adolescentne trudnoće mogu povećati vjerovatnoću za rizična zdravstvena ponašanja tokom trudnoće ili psihološke probleme djeteta u djetinjstvu. Također, loša prilagodba na trudnoću može se smatrati potencijalnim rizičnim faktorom za dječije psihološko i fizičko zdravlje. Već je poznato da loša prehrana, niska porođajna težina i određeni prehrambeni nedostaci (naprimjer, nedostatak željeza) značajno povećavaju rizik za razvoj mozga, kao i rizična ponašanja tokom trudnoće, posebno upotreba duhana, alkohola i droga. Usto, utvrđen je značaj razvoja privrženosti novorođenčeta i majke odnosno drugog skrbnika za socijalni i emocionalni razvoj, koji može biti narušen zbog rane separacije ili postpartalne depresije.

### ***Djetinjstvo***

Negativna iskustva kod kuće ili u školi mogu imati negativne efekte na razvoj kognitivnih i emocionalnih vještina. Podržavajuće roditeljstvo, sigurnost doma i pozitivno okruženje za učenje su ključni protektivni faktori za izgradnju psihološkog blagostanja u ovoj razvojnoj fazi.

Rizični faktori odnose se na prisustvo porodičnog nasilja, negativne životne događaje, te nedostatak osjećaja povezanosti sa školskom ili drugom edukacijskom okolinom. U najgorem slučaju izloženost rizičnim faktorima, poput trajnog zlostavljanja, ozbiljnog bullyinga, gubitka roditelja, može prouzrokovati traumu koja će imati ozbiljne posljedice na ostatak djetetovog života.

Kada su u pitanju traumatski doživljaji, posebna se pažnja posvećuje seksualnom zlostavljanju u djetinjstvu, koje se obično dešava unutar porodice ili proširene porodice, a može trajati i po nekoliko godina. Iskustvo seksualnog zlostavljanja može rezultirati povišenim rizikom za razvoj psiholoških problema. Spataro i sur. (2004) pronašli su da seksualno zlostavljana djeca imaju četiri puta veći rizik za razvoj poremećaja nego

---

<sup>2</sup> Prema biopsihosocijalnom pristupu, razvoj psiholoških poteškoća ovisi o genetskom naslijeđu i iskustvima tokom cjeloživotnog razvoja. Osobe sa visokim genetskim rizikom za razvoj određenog poremećaja mogu ga razviti nakon što dožive relativno manji stres, dok će ga oni bez genetske dispozicije lakše prevazići. Međutim, prisustvo genetskog faktora i stresa značajno povećava vjerovatnoću za razvijanje psihopatologije.

djeca koja nisu bila izložena zlostavljanju. Pritom intenzivnije zlostavljanje rezultira većim rizikom za razvoj problema. Ono što je možda iznenađujuće je da druge vrste zlostavljanja u djetinjstvu imaju jednak ili ozbiljniji dugoročni utjecaj od seksualnog zlostavljanja. Prema Swannell i sur. (2012), fizički zlostavljana djeca ili zapostavljena djeca dva i po puta više su izvještavala o samoozljeđivanju u poređenju sa djecom bez takvih iskustava.

Djeca čiji roditelji imaju određene psihološke poremećaje pod visokim su rizikom za razvoj psiholoških poteškoća. Intergeneracijski prenos psiholoških poremećaja može biti rezultat interakcije genetskih, bioloških, psiholoških i socijalnih rizičnih faktora koji su prisutni tokom trudnoće i ranog djetinjstva.

Mnoga istraživanja pokazuju da porodični faktori iz najranije razvojne faze imaju značajan utjecaj za razvoj psiholoških poteškoća. Međutim, izgleda da njihova uloga i nije tako određujuća kao što se mislilo: u metaanalizi koju su proveli Hoeve i sur. (2009), kojom su pregledali 150 objavljenih i neobjavljenih radova, utvrdili su da roditeljski faktori čine samo 11% varijance dječijeg delinkventnog ponašanja. Značajnije odrednice su bile visok nivo odbacivanja i agresivnost prema djeci.

Iako je utjecaj različitih roditeljskih problema umjeren, ipak je dugotrajan. Naprimjer, u finskom istraživanju na uzorku od 4000 odraslih osoba (Pirkola i sur. 2005) utvrđeno je da 60% sudionika između 30 i 64 godine starosti retrospektivno izvještava o bar jednom štetnom utjecaju iz djetinjstva, uključujući probleme sa alkoholom kod majke, psihološke poteškoće roditelja, porodične konflikte ili bullying u školi. Od onih koji su izvještavali o takvim iskustvima 17% imalo je psihijatrijsku dijagnozu u odrasloj dobi u poređenju sa 10% onih koji nisu imali takva iskustva.

Mehanizam kroz koji rana štetna iskustva utječu na razvoj psihopatologije u odrasloj dobi je kompleksan i može se protezati tokom dužeg vremena. Čak i ako dijete ne pokazuje nikakve dokaze o psihološkim poteškoćama u vrijeme porodičnog konflikta, štetna iskustva mogu rezultirati osjetljivošću na stresore, što kasnije može biti okidač za nastanak poremećaja ako se slične situacije ponove u odrasloj dobi. Izgleda da rana štetna iskustva utječu na razvoj kasnije psihopatologije tako što doprinose stvaranju negativne self-scheme koja je trajni rizik za razvoj psiholoških poremećaja.

## ***Adolescencija***

Adolescencija je razvojni period u kojem postoji veća vjerovatnoća za javljanje psiholoških poteškoća ili kada one postaju evidentne. Različita iskustva ili okruženja koja utječu na blagostanje djece jednako utječu i na adolescente. Međutim, postoje i drugi rizični faktori koji su specifični za ovu razvojnu fazu. Naprimjer, upotreba duhana, alkohola i droga tipično započinje u adolescenciji, što može vrlo štetno utjecati na mozak i tijelo u razvoju. Zanimljivo je da su relativno benigna pića, poput energetskih napitaka, također povezana sa anksioznošću kod adolescenata (Trapp i sur. 2014). Zloupotreba supstanci u adolescenciji povezana je sa nižim obrazovnim ishodima, rizičnim seksualnim ponašanjem i povećanim nasiljem.

Potencijalni rizični faktori u adolescenciji su vršnjački utjecaji. Naprimjer, utvrđeno je da mladi sa poremećajem ophođenja češće biraju da se druže sa vršnjacima koji imaju iste ponašajne probleme, što bi moglo pogoršati njihovo stanje. Pored toga, oko 25% adolescenata izvještava da su zlostavljani od vršnjaka, što je povezano sa različitim emocionalnim i ponašajnim problemima, poput samoozljeđivanja, graničnog poremećaja ličnosti i suicida. Fisher i sur. (2012) pronašli su da djeca dobi od 5 do 12 godina koju su vršnjaci zlostavljali dva puta više izvještavaju o samopovređivanju nego oni koji nisu imali slična iskustva. Cyber-zlostavljanje je poseban problem kod kojeg su i žrtva i zlostavljač pod većim rizikom od depresije i suicida nego oni koji nisu uključeni u takve aktivnosti (Bonanno i Hymel 2013). Agoston i Rudolph (2011) ustanovili su da adaptivni odgovori na stres koji uključuju značajan angažman djeteta smanjuju negativne emocionalne utjecaje koji su povezani sa zlostavljanjem, zadirkivanjem i socijalnom izolacijom.

## ***Odrasla dob***

Jedan od najvažnijih izbora koji se treba napraviti tokom odrasle dobi, a koji predstavlja ključnu odrednicu psihološkog blagostanja, tiče se balansiranja između privatnog i poslovnog života, odnosno raspodjele vremena između rada (plaćenog ili neplaćenog) i potrošnje (za aktivnosti sa porodicom, prijateljima ili za hobi).

Stres i anksioznost su češće prisutni kod osoba koje rade prekovremeno ili u teškom, nesigurnom radnom okruženju, te koji se brinu se o drugima.

Odrasla dob donosi različite odgovornosti unutar porodice koje su često iznad očekivanja. Jedan od ključnih zahtjeva za neke osobe je briga o drugom članu porodice sa dugotrajnim fizičkim ili psihološkim oboljenjem. Pored toga, briga o djetetu sa ozbiljnim hroničnim stanjem ili o osobi iste dobi može značajno doprinijeti razvoju psiholoških problema kod skrbnika.

Još jedan od izazova za skrbnike je suočavanje sa Alzheimerovom bolešću, najčešćim oblikom demencije. Ferrara i sur. (2008) proveli su istraživanje o skrbnicima osoba sa Alzheimerom, gdje su ustanovili da su to uglavnom žene, u 70% slučajeva kćeri osobe sa demencijom, od kojih je 80% pružalo kompletnu njegu oboljeloj osobi u svom domu. Oko 53% sudionika je izjavilo da imaju malo vremena za sebe, oko 55% da je njihovo zdravlje također narušeno, 56% je izvijestilo o hroničnom umoru, a 51% o hroničnoj neispavanosti. Jedna trećina sudionika je izvijestila da ne mogu da se nose sa situacijom, iako bi to željeli.

Odrasle osobe koje su sposobne i žele raditi, ali ne mogu pronaći posao zbog loših socioekonomskih uslova, također su pod rizikom. Nezaposlenost je dobro utvrđeni rizični faktor za psihološko blagostanje (dok je povratak na posao ili zapošljavanje dobro prepoznati zaštitni faktor). Ova povezanost je dvostrana: loše psihološko stanje je značajni prediktor nezaposlenosti ili loših profesionalnih rezultata.

Sljedeća bitna dimenzija psihološkog blagostanja u ovoj životnoj fazi je zdravstveni status. Loše zdravstveno stanje ili onesposobljenost predstavlja važan rizični faktor za opće psihološko blagostanje, posebno za razvoj depresije. Osobe sa hroničnim oboljenjima ili onesposobljenjem pod povećanim su rizikom od marginalizacije od socijalnih ili društvenih aktivnosti, posebno od stigme ili diskriminacije.

Još jedan potencijalni rizični faktor u ovoj životnoj fazi je samohrano roditeljstvo. Prema Cooper i sur. (2008), prevalencija uobičajenih psiholoških poteškoća (anksioznost, depresija) dva puta je veća kod samohranih majki nego kod majki koje imaju partnera. Kod samohranih očeva prevalencija je četiri puta veća. Pritom ključni faktor rizika kod žena su ekonomski problemi i nedostatak socijalne podrške, a kod muškaraca nedostatak socijalne podrške je ključni faktor.

Kada je u pitanju razvod braka ili prekid veze, Overbeek i sur. (2006) pronašli su da razvod povećava rizik od zloupotrebe alkohola, distimije i socijalne fobije, ali samo kod onih koji su smatrali da je njihov brak prije razvoda bio visokokvalitetan. Oni koji su smatrali da je bračni život bio loš nisu imali nikakve loše posljedice.

## *Starija dob*

Starija dob je najvažniji prediktor kognitivnih poteškoća i demencije. Starije osobe su pod posebnim rizikom od socijalne izolacije. Osjećaj usamljenosti (zbog gubitka partnera ili prijatelja) ili zbog nepovezanosti sa porodicom može značajno utjecati na razvoj različitih psiholoških poteškoća. Pored toga, starije osobe su ranjive za fizičko zapostavljanje ili zlostavljanje od formalnih ili neformalnih skrbnika.

Prema Jokeli i sur. (2013), u starijoj dobi povećava se prevalencija psiholoških poremećaja, postepenim povećavanjem nakon 50. godine, te ubrzanim nakon 75. godine života. Olivera i sur. (2011) pronašli su da 46% starijih osoba ima određene psihološke simptome i poremećaje: 16% kognitivne smetnje, 16% anksioznost, 14% depresiju, 6% halucinacije i deluzije, 7% pretjeranu brigu zbog bolesti i 4% opsesivne simptome.

Život u domu za stare bi također mogao utjecati na razvoj depresije s obzirom na gubitak neovisnosti i loše fizičko zdravlje. Gubitak tradicionalne uloge „domaćina” kuće, zbog onesposobljenja, penzionisanje partnera s njegovim češćim prisustvom u kući, tugovanje i usamljenost zbog smrti partnera, te gubitak majčinske uloge ili uloge glave porodice također mogu biti značajni rizični faktori.

Zaštitni faktori u starijoj dobi podrazumijevanju dobru medicinsku njegu, pozitivne strategije suočavanja i socijalnu podršku.

Starenjem dolazi do promjena u kognitivnom funkcioniranju. Ipak, Schaie (2005) navodi da je prema longitudinalnom praćenju pokazan pad u jednoj ili više od pet kognitivnih domena do 60. godine, ali da nije pronađen slučaj opadanja u svih pet domena, čak ni nakon 80. godine života. Oko 10% sudionika u 70-im i 80-im godinama svjedočili su povećanju generalne kognitivne sposobnosti. Prema tome, moguće je održavanje ili čak poboljšanje u kognitivnom funkcioniranju u onim domenama na koje se starije osobe odluče fokusirati.

Približavanje smrti često je povezano sa potrebom da se završe životni zadaci i razriješe poteškoće, kako bi se postigao osjećaj ispunjenosti i doprinosa životima drugih. Prema Eriksonovoj teoriji razvoja, ova faza života opisana je kao period „integriteta nasuprot očaju”, kada se ljudi osvrću na svoj život, te razmatraju da li je bio ispunjen i značajan (što će rezultirati osjećajem integriteta) ili je bio neproduktivan i beznačajan (što rezultira očajem). Prema Exline i sur. (2012), određeni procesi su posebno značajni za ovaj životni period: opraštanje, izrazi ljubavi i zahvalnosti između starijih osoba i skrbnika.

## Zaključak

Iako rezultati istraživanja potvrđuju da su za razvoj psihopatologije ključni rani rizični faktori u djetinjstvu i adolescenciji, djeca i adolescenti odrastaju u odrasle osobe. Zbog toga Ingram i Gallagher (2010) navode tri preporuke za istraživanje i razumijevanje psihopatologije u odrasloj dobi: 1. budući da se određeni rizični faktori mogu razviti u odrasloj dobi, važno je nastaviti istraživati kada i kako se ovi faktori razvijaju; 2. ranjivost za psihopatologiju u odrasloj dobi i dalje će biti važna tema, zbog toga što, čak i kada su rizični faktori bili prisutni u djetinjstvu i adolescenciji, oni se realiziraju u odrasloj dobi i 3. rizični faktori mogu se mijenjati tokom odrasle dobi.

Prema navedenim podacima, teško je postaviti granicu između dječije i adolescentne te odrasle psihopatologije; zapravo bi bilo od pomoći kada ona u konceptualnom smislu ne bi ni postojala. Da bi se istinski razumjeli rizici za razvoj psihopatologije, neophodno je da teoretičari i istraživači usvoje pogled na psihološke poremećaje kroz cjeloživotnu perspektivu.

## Literatura

1. Agoston, A. M., Rudolph, K. D. (2011) „Transactional associations between youths’ responses to peer stress and depression: The moderating roles of sex and stress exposure“, *Journal of abnormal child psychology*, 39 (2), 159–171.
2. Ahnquist, J., Wamala, S. P. (2011) „Economic hardships in adulthood and mental health in Sweden. The Swedish National Public Health Survey 2009“, *BMC public health*, 11 (1), 1.
3. Alispahic, S., Hasanbegovic-Anic, E., Tuce, D., Hadziahmetovic, N., i Sandic, A. (2014) „Characteristics of Patients Involved in Psychotherapy in Bosnia and Herzegovina“, *Journal of Health Sciences*, 4 (1), 31–35.
4. Aro, S., Aro, H., Keskim, I. (1995) „Socio-economic mobility among patients with schizophrenia or major affective disorder. A 17-year retrospective follow-up“, *The British Journal of Psychiatry*, 166 (6), 759–767.
5. Badurina, M. (2012) *Povezanost kvalitete života i mentalnog zdravlja djece osnovnoškolske dobi u Kantonu Sarajevo*, magistarski rad, Medicinski fakultet i Fakultet političkih nauka Univerziteta u Sarajevu, Sarajevo.
6. Begić, D. (2014) *Psihopatologija*, Medicinska naklada, Zagreb.
7. Bennett, P. (2015) *Clinical psychology. Psychopathology through the lifespan*, Open University Press, Berkshire.
8. Bonanno, R. A., Hymel, S. (2013) „Cyber bullying and internalizing difficulties: Above and beyond the impact of traditional forms of bullying“, *Journal of youth and adolescence*, 42 (5), 685–697.



9. Chou, K. L. (2012) „Perceived discrimination and depression among new migrants to Hong Kong: The moderating role of social support and neighborhood collective efficacy“, *Journal of affective disorders*, 138 (1), 63–70.
10. Coie, J. D., Watt, N. F., West, S. G., Hawkins, J. D., Asarnow, J. R., Markman, H. J. ... i Long, B. (1993) „The science of prevention: A conceptual framework and some directions for a national research program“, *American psychologist*, 48 (10), 1013–1022.
11. Cooper, C., Bebbington, P. E., Meltzer, H., Bhugra, D., Brugha, T., Jenkins, R. ... i King, M. (2008) „Depression and common mental disorders in lone parents: results of the 2000 National Psychiatric Morbidity Survey“, *Psychological medicine*, 38 (03), 335–342.
12. Corcoran, C., Perrin, M., Harlap, S., Deutsch, L., Fennig, S., Manor, O. ... i Susser, E. (2009) „Effect of socioeconomic status and parents' education at birth on risk of schizophrenia in offspring“, *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 44 (4), 265–271.
13. Exline, J. J., Prince-Paul, M., Root, B. L., Peereboom, K. S., i Worthington Jr, E. L. (2012) „Forgiveness, depressive symptoms, and communication at the end of life: a study with family members of hospice patients“, *Journal of palliative medicine*, 15 (10), 1113–1119.
14. Ferrara, M., Langiano, E., Di Brango, T., Di Cioccio, L., Bauco, C., De Vito, E. (2008) „Prevalence of stress, anxiety and depression in with Alzheimer caregivers“, *Health and Quality of life Outcomes*, 6 (1), 1.
15. Fisher, H. L., Moffitt, T. E., Houts, R. M., Belsky, D. W., Arseneault, L., Caspi, A. (2012) „Bullying victimisation and risk of self harm in early adolescence: longitudinal cohort study“, *BMJ*, 344, e2683.
16. Hoeve, M., Dubas, J. S., Eichelsheim, V. I., Van der Laan, P. H., Smeenk, W., Gerris, J. R. (2009) „The relationship between parenting and delinquency: A meta-analysis“, *Journal of abnormal child psychology*, 37 (6), 749–775.
17. Ingram, R. E., Gallagher, M. W. (2010) „The Nature of Adult Vulnerability: History and Definitions“. U: R. E. Ingram i J. M. Price (ur.) *Vulnerability to Psychopathology Risk across the Lifespan*, The Guilford Press, New York.
18. Jokela, M., Batty, G. D., Kivimäki, M. (2013) „Ageing and the prevalence and treatment of mental health problems“, *Psychological medicine*, 43 (10), 2037–2045.
19. Kessler, R. C., Foster, C. L., Saunders, W. B., Stang, P. E. (1995) „Social consequences of psychiatric disorders, I: Educational attainment“, *American Journal of Psychiatry*, 152 (7): 1026–1032.
20. Kessler, R. C., Berglund, P. A., Foster, C. L., Saunders, W. B., Stang, P. E., Walters, E. E. (1997) „Social consequences of psychiatric disorders, II: Teenage parenthood“, *American Journal of Psychiatry*, 154, 1405–1411.
21. Kessler, R. C., Walters, E. E., Forthofer, M. S. (1998) „The social consequences of psychiatric disorders, III: probability of marital stability“, *American Journal of Psychiatry*, 155, 1092–1096.
22. Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Chatterji, S., Lee, S., Ormel, J. ... i Wang, P. S. (2009) „The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys“, *Epidemiologia e psichiatria sociale*, 18 (01), 23–33.

23. Leonard, W., Pitts, M., Mitchell, A., Lyons, A., Smith, A., Patel, S. ... i Barrett, A. (2012) „Private Lives 2: The second national survey of the health and wellbeing of gay, lesbian, bisexual and transgender (GLBT) Australians“. Preuzeto sa: <http://arrow.latrobe.edu.au:8080/vital/access/manager/Repository/latrobe:35653>. Datum pristupa: 5. 5. 2016. godine.
24. Lund, C., DeSilva, M., Plagerson, S., Cooper, S., Chisholm, D., Das, Jishnu, Knapp, M., Patel, V. (2011) „Poverty and mental disorders: breaking the cycle in low-income and middle-income countries“, *Lancet*, 378: 1502–1514.
25. Marcotte, D. E., Wilcox-Gok, V. (2001) „Estimating the employment and earnings costs of mental illness: Recent developments in the United States“, *Social Science & Medicine*, 53 (1), 21–27.
26. Olivera, J., Benabarre, S., Lorente, T., Rodriguez, M., Barros, A., Quintana, C. ... i Aldea, C. (2011) „Detecting psychogeriatric problems in primary care: factors related to psychiatric symptoms in older community patients“, *Mental health in family medicine*, 8 (1), 11.
27. Overbeek, G., Vollebergh, W., de Graaf, R., Scholte, R., de Kemp, R., Engels, R. (2006) „Longitudinal associations of marital quality and marital dissolution with the incidence of DSM-III-R disorders“, *Journal of Family Psychology*, 20 (2), 284–291.
28. Pirkola, S., Isometsä, E., Aro, H., Kestilä, L., Hämmäläinen, J., Veijola, J. ... i Lönnqvist, J. (2005) „Childhood adversities as risk factors for adult mental disorders“, *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 40 (10), 769–777.
29. Ritsher, J. E., Warner, V., Johnson, J. G., Dohrenwend, B. P. (2001) „Intergenerational longitudinal study of social class and depression: a test of social causation and social selection models“, *The British Journal of Psychiatry*, 178 (40), 84–90.
30. Schaie, K. W. (2012) *Developmental influences on adult intelligence: The Seattle longitudinal study*, Oxford University Press, New York.
31. Spataro, J., Mullen, P. E., Burgess, P. M., Wells, D. L., Moss, S. A. (2004) „Impact of child sexual abuse on mental health“, *The British Journal of Psychiatry*, 184 (5), 416–421.
32. Svjetska zdravstvena organizacija (2003) *Investing in Mental Health*, World Health Organization, Ženeva.
33. Svjetska zdravstvena organizacija (2012) *Risks to Mental Health: An Overview of Vulnerabilities and Risk Factors*, World Health Organization, Ženeva.
34. Swannell, S., Martin, G., Page, A., Hasking, P., Hazell, P., Taylor, A., Protani, M. (2012) „Child maltreatment, subsequent non-suicidal self-injury and the mediating roles of dissociation, alexithymia and self-blame“, *Child abuse & neglect*, 36 (7), 572–584.
35. Trapp, G. S., Allen, K., O'Sullivan, T. A., Robinson, M., Jacoby, P., Oddy, W. H. (2014) „Energy drink consumption is associated with anxiety in Australian young adult males“, *Depression and anxiety*, 31 (5), 420–428.
36. Wenar, C. (2003) *Razvojna psihopatologija i psihijatrija: Od dojenačke dobi do adolescencije*, Naklada Slap, Jastrebarsko.
37. Zavod za javno zdravstvo FBiH (2014) *Zdravstveno stanje stanovništva i zdravstvena zaštita u Federaciji Bosne i Hercegovine, 2013*. Preuzeto sa:

[http://www.zzjzfbih.ba/wp-content/uploads/2014/04/Zdravstveno-stanje-  
stanovništva-i-zdravstvena-zaštita-u-FBiH-2013.pdf](http://www.zzjzfbih.ba/wp-content/uploads/2014/04/Zdravstveno-stanje-<br/>stanovništva-i-zdravstvena-zaštita-u-FBiH-2013.pdf). Datum pristupa: 8. 6. 2016.  
godine.

38. [www.mentalnozdravlje.ba](http://www.mentalnozdravlje.ba)