

Razlika u izloženosti nasilju preko interneta između adolescenata s psihijatrijskim poremećajem i adolescenata bez psihijatrijskog poremećaja

Župa, Karla Aleksandra

Master's thesis / Diplomski rad

2023

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split, School of Medicine / Sveučilište u Splitu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:171:817090>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-18**



Repository / Repozitorij:

[MEFST Repository](#)



SVEUČILIŠTE U SPLITU

MEDICINSKI FAKULTET

Karla Aleksandra Župa

**RAZLIKA U IZLOŽENOSTI NASILJU PREKO INTERNETA IZMEĐU
ADOLESCENATA S PSIHIJATRIJSKIM POREMEĆAJEM I ADOLESCENATA BEZ
PSIHIJATRIJSKOG POREMEĆAJA**

Diplomski rad

Akadska godina:

2022./2023.

Mentor:

Prof. dr. sc. Dolores Britvić

Split, srpanj 2023.

Sadržaj

1. UVOD.....	1
1.1. Nasilje preko interneta	2
1.1.2 Značajke nasilja preko interneta	2
1.1.3. Oblici nasilja preko interneta.....	3
1.1.4 Prevalencija nasilja preko interneta.....	4
1.1.5. Posljedice nasilja preko interneta.....	5
1.2. Anksiozni poremećaj.....	6
1.2.1. Epidemiologija.....	7
1.2.2. Etiopatogeneza.....	7
1.2.3. Klasifikacija anksioznih poremećaja.....	8
1.2.4. Klinička slika	9
1.2.4.1. Separacijski anksiozni poremećaj (SAP).....	9
1.2.4.2. Fobični poremećaji	9
1.2.4.3. Panični poremećaj	10
1.2.4.4. Generalizirani anksiozni poremećaj (GAP).....	10
1.2.4.5 Mješoviti anksiozni i depresivni poremećaj	12
1.2.5. Dijagnoza.....	13
1.2.6. Liječenje	14
1.3. Depresivni poremećaj	15
1.3.1. Epidemiologija.....	15
1.3.2. Etiopatogeneza.....	15
1.3.3. Klasifikacija depresivnih poremećaja.....	16
1.3.4. Klinička slika	17
1.3.5. Komorbiditet.....	19
1.3.6. Dijagnostika.....	19
1.3.7. Liječenje	20
1.4. Samoozljeđivanje.....	22
1.4.1. Epidemiologija.....	23
1.4.2. Etiopatogeneza.....	23
1.4.3. Klasifikacija.....	24
1.4.4. Klinička slika	25
1.4.5. Povezanost samoozljeđivanja i suicidalnosti	25
1.4.6. Dijagnoza.....	26
1.4.7. Liječenje	28
2. CILJEVI ISTRAŽIVANJA	29

3. ISPITANICI I POSTUPCI	31
3.1. Etička načela.....	32
3.2. Ispitanici.....	32
3.3. Postupci.....	32
3.4. Statistički analiza.....	33
4. REZULTATI.....	34
5. RASPRAVA.....	45
6. ZAKLJUČCI.....	49
7. LITERATURA.....	51
8. SAŽETAK.....	58
9. SUMMARY.....	60
10. ŽIVOTOPIS.....	62
11. DODATAK.....	63

Zahvala

Veliko hvala prof.dr.sc. Dolores Britvić na prihvaćanju mentorstva i savjetima tijekom pisanja rada.

Zahvalila bi se Anđeli Kovačević, dr. med., spec. dječje i adolescentne psihijatrije na suradnji i pristupačnosti.

Najveće hvala upućujem svojim bližnjima, obitelji, dečku i prijateljima na svojoj potpori i ljubavi koju su mi pružili.

1. UVOD

1.1. Nasilje preko interneta

Napretkom interneta došlo je do velikih promjena u načinu međuljudske komunikacije, a samim time i drugačijih oblika nasilja. Nasilje preko interneta ili engl. *Cyberbullying* 1999. godine po prvi puta prepoznato je kao pojam (1), a uz navedeni, koriste se i drugi termini poput elektroničko nasilje, digitalno nasilje te virtualno zlostavljanje. Ne postoji jedinstvena definicija termina *cyberbullying*, već se upotrebljavaju različite verzije. No unatoč različitim interpretacijama i tumačenjima autora, svaka od navedenih definicija uključuje korištenje digitalne tehnologije s ciljem nanošenja štete nekome ili zlostavljanja drugih (2). Autori Patchin i Hinduja definirali su *cyberbullying* kao namjerno i ponavljano nanošenje štete uporabom računala, mobitela ili drugih tehnoloških uređaja (3). Kowalski i suradnici opisuju ga kao upotrebu tehnologije za komunikaciju s ciljem maltretiranja drugih (4). Slaninova i suradnici definiraju električno nasilje kao ponašanje počinjeno preko komunikacijske i informacijske tehnologije s ciljem manipuliranja i iskorištavanja ili zlostavljanja, od strane pojedinca ili grupe, radi zadavanja boli drugima (5). Unatoč tome što postoje različite definicije, većina autora se slaže oko četiri ključna kriterija: Pošiljatelj želi nauditi primatelju, postoji neravnoteža moći između pošiljatelja i primatelja (dob, društveni status, anonimnost, fizička snaga), najčešće je riječ o ponavljanim radnjama i naposljetku, za komunikaciju su korišteni osobno računalo, mobitel ili neki drugi tehnološki uređaj (6). Mediji preko kojih se odvija nasilje raznovrsni su, bilo da je riječ o trenutnoj razmjeni poruka preko mobilnih aplikacija za komunikaciju, primjerice *Viber*, *WhatsApp*, *Messenger*, ili korištenjem e-pošte, blogova, soba za komunikaciju, internetskih stranica ili igrica i drugih (5).

1.1.2 Značajke nasilja preko interneta

Iako postoje razlike između nasilja preko interneta i tradicionalnog, „običnog“ nasilja, implicitno je da su u oba slučaja uvijek uključene najmanje dvije osobe, počinitelj i žrtva (7). U slučaju nasilja preko interneta, direktna fizička interakcija između žrtve i agresora je izbrisana. Agresor najčešće ostaje anonimn i izgledi za njegovom identifikacijom i kažnjavanjem su minimalni (8). Iz tog se razloga u počinitelja javlja osjećaj superiornosti, kao i veća šansa da će djela biti okrutnija nego što bi to bilo izravno, „licem u lice“ sa žrtvom. Često ne postoji povratna informacija o tome kako su žrtve reagirale na pojedini čin zlostavljanja, a zbog izostanka neverbalne komunikacije, tona glasa i izraza lica, umanjen je osjećaj krivice i empatije u agresora. Vrlo vjerojatno bi neki od njih prekinuli s radnjama, kada bi uvidjeli njihov utjecaj (9). U odnosu na tradicionalno vršnjačko nasilje, koje se uglavnom događa u školi ili

oko nje, internetsko nasilje karakterizira mogućnost zlostavljanja koja je dostupna dvadeset i četiri sata dnevno, sedam dana u tjednu. Dakle, počinitelj može bilo kada slati tekstovne poruke, kreirati internetske stranice ili objaviti status o nekome na internetu. S druge strane, žrtva može ugasiti aktivne profile i ne pojavljivati se „na mreži“, promijeniti broj mobitela ili e-poštu, ali teško je ukloniti štetni sadržaj koji je objavljen na internetu. To za nju znači da je zlostavljana i u sigurnosti svoga doma, osjeća se bespomoćno i nema način kako pobjeći od agresora. Često prođe dugo vremena dok roditelji ili učitelji ne primijete takvu vrstu zlostavljanja, a štetan sadržaj najčešće je dostupniji puno široj publici nego kod tradicionalnog nasilja (4).

1.1.3. Oblici nasilja preko interneta

Prepoznati su mnogi oblici nasilja preko interneta. U različitoj literaturi mogu se pronaći razlike u podjeli. Willard ih dijeli u osam kategorija (10):

- Slanje poruka pogrdnog, uvredljivog i uznemiravajućeg sadržaja direktno osobi koju se zlostavlja ili drugima o zlostavljanoj osobi. Često su poruke i prijetećeg karaktera, bilo da se radi o prijetnji fizičkim nasiljem ili da je ono samo implicirano. Tad su po definiciji takve radnje vrlo bliske pojmu „*cyberthreats*“, a kad se osoba osjeća ugroženo i boji se za svoju sigurnost to nazivamo „*cyberstalking*“
- Objava komentara i natpisa na internetskim stranicama koje sadržavaju govor mržnje radi nečije etničke pripadnosti, seksualne orijentacije, nacionalnosti, spola, vjeroispovijesti ili neke druge karakteristike.
- Objava neistina ili glasina putem interneta gdje je cilj naštetiti nečijem ugledu ili odnosima s poznanicima, prijateljima i drugima
- Neovlašteno pristupanje tuđem profilu i lažno predstavljanje, objava ili slanje drugima neugodnog sadržaja, izmjena tuđih slika ili videa, promjena lozinke i onemogućavanje vlasniku pristup profilu, kreiranje lažnih profila.
- Objava tuđih tajnih, privatnih i osjetljivih podataka ili fotografija i videa putem interneta. Najčešće se do njih dolazi ucjenom, manipulacijom ili u bliskom kontaktu s nekim.
- *Online* isključivanje, odnosno namjerno izopćavanje nekoga iz bilo koje internetske grupe.

Nadalje, autori Vandeboschu i Cleemputu dijele internetsko nasilje na direktno i indirektno. Direktno nasilje se odnosi na verbalno (vrijeđanje i prijetnje), neverbalno (objava ili slanje slika neugodnog sadržaja), socijalno nasilje (*online* isključivanje) te nasilje nad vlasništvom (dijeljenje linkova zaraženih virusom). S druge strane, indirektno bi bilo objavljivanje tuđih tajni i osjetljivih informacija, kreiranje lažnih profila pod tuđim imenom, objava neistina te kreiranje anketa u cilju ismijavanja nekoga (11).

Nocentini i suradnici pojašnjavaju četiri tipa ponašanja kod internetskog nasilja (12):

- a) Usmena-pismena (uključuju radnje koje koriste pisani ili verbalni oblik zlostavljanja kao što su pozivi, poruke, internetske stranice, sobe za komunikaciju, e-pošta)
- b) Vizualna (uključuju napade počinjene upotrebom vizualnih oblika zlostavljanja, odnosno objavljivanjem kompromitirajućih slika)
- c) Lažno predstavljanje (krađa identiteta, otkrivanje privatnih podataka)
- d) Namjerno isključivanje nekoga iz online grupe

Klasifikacija nasilja preko interneta moguća je ovisno o ozbiljnosti posljedica koje ono izaziva. Tako autori Hinduja i Patchin navode da slanje uvredljivih poruka, objavljivanje neistina i izopćavanje u žrtve izazivaju najmanje ozbiljne posljedice. Umjereno ozbiljne posljedice ostavljaju uzimanje tuđeg identiteta, otkrivanje privatnih informacija i prosljeđivanje slika neugodnog sadržaja. U kategoriju vrlo ozbiljnih posljedica spadaju uhođenje, snimanje napada i prijetnje smrću (3).

Na kraju, svaka se podjela internetskog nasilja može smatrati nepotpunom i zastarjelom. Dinamika virtualnog svijeta otvara nove mogućnosti i oblike vršnjačkog nasilja. Stoga se relevantnost bilo kojeg oblika klasifikacije internetskog nasilja dovodi u pitanje, uvažavajući činjenicu brzog razvoja tehnologije, kao i njezine dostupnosti (13).

1.1.4 Prevalencija nasilja preko interneta

Nasilje preko interneta rašireno je diljem svijeta, dakle riječ je o univerzalnom fenomenu (14). Priroda pojavnosti *cyberbullyinga* iziskuje, za razliku od drugih područja istraživanja, korištenje manje standardiziranih metoda. Tako se zbog razlika u dizajnu studija, metodologiji, populaciji studija, vremenskim razdobljima te definiciji internetskog nasilja, javlja široki raspon rezultata prevalencije (15). Prema rezultatima istraživanja pojava nasilja preko interneta je od 4,8% do 73,5% (16). Procjenjuje se da je između 15% i 35% mladih bilo

žrtvom internetskog nasilja (17). Prema tome, to je svako četvrti, odnosno treći adolescent. Prema podacima metaanalize iz 2010. godine, koju je proveo Tokunaga, stopa doživljavanja internetskog nasilja kreće se između 20% do 40% (18). Rezultat metaanalize iz 2015. godine, koja objedinjuje osamdeset procijenjenih studija, jest pojavnost viktimizacije internetskim nasiljem oko 15% (19). Jedno od prvih istraživanja provedeno je 2000. godine na adolescentima Sjeverne Amerike gdje je stopa učestalosti nasilja iznosila 6% (20). Zahvaljujući dostupnosti internetske tehnologije među adolescentima, do 2005. godine naglo se povećala stopa učestalosti nasilja u zapadnim zemljama. Posljednjih godina nema značajnijeg porasta prevalencije (21). Bez obzira na to što postoji širok raspon izmjerenih stopa učestalosti nasilja preko interneta, može se zaključiti da je ono itekako prisutno među djecom i adolescentima.

Rezultati studije provedene u Republici Hrvatskoj, a u kojoj su sudjelovali učenici sedmog i osmog razreda osnovnih škola, pokazuju da su najčešći oblici zlostavljanja ismijavanje na forumima, društvenim mrežama ili blogovima (38,4%), zatim, objava sramotnog sadržaja ili slika na internetu (32,4%) te uznemiravanje putem poruka ili e-pošte (29,9%) (8). U istraživanju provedenom 2011. godine utvrđeno je da je među adolescentima od 13 i 14 godina, njih 34% doživjelo internetsko nasilje (22). Buljan Flander i suradnici proveli su istraživanje u kojem je zaključeno da je 55,3% učenika doživjelo internetsko nasilje (23), a istraživanje Đuraković i suradnika pokazalo je stopu od 24,9% (24).

Rezultati istraživanja spolnih razlika u kontekstu doživljavanja nasilja preko interneta nisu jednoznačni (25). Neka istraživanja govore o povezanosti spola i rizika za doživljavanjem nasilja, odnosno, da su žrtve češće osobe ženskog spola (26). S druge strane, Tokunaga navodi da je u većini istraživanja među žrtvama jednaka zastupljenost između muškog i ženskog spola (18). Odnos dobi i doživljavanja nasilja preko interneta također je varijabilan u različitim istraživanjima. Većina autora smatra kako je vrhunac učestalosti internetskog nasilja između 12 i 14 godina. Međutim, jedna istraživanja sugeriraju smanjivanje učestalosti internetskog nasilja s porastom dobi, dok druga ukazuju na porast učestalosti s porastom dobi (27,28).

1.1.5. Posljedice nasilja preko interneta

Poznata je važnost virtualnog svijeta u interakciji adolescenata i njegov utjecaj na psihosocijalni razvoj. Prema tome, važno je naglasiti kako mnoge studije ukazuju na povezanost nasilja preko interneta sa širokim spektrom poremećaja (29). Adolescenti koji su

izloženi *cyberbullyingu* pokazuju emocionalne odgovore različite kvalitete i intenziteta. Rezultati Europskog multicentričnog istraživanja, provedenog na većem broju adolescenata, pokazuju da je njih 68,5% iskusilo negativne emocije poput zabrinutosti, ljutnje, straha, uzrujanosti, stresa te depresivnih osjećaja (30). Posljedice se mogu manifestirati u vidu fizičkih, odnosno, somatskih simptoma (glavobolje, manjak apetita, poremećaji spavanja, kožne manifestacije), psihičkih (nervoza, tjeskoba, suicidalne misli) te psihosocijalnih (izoliranje od drugih, usamljenost, isključenost) (31). Nadalje, negativne posljedice izloženosti internetskom nasilju su anksioznost, nisko samopoštovanje, depresivni poremećaji te loš akademski uspjeh (32). Pregledna studija provedena na adolescentima u dobi od 12 do 18 godina ukazuje na poveznicu između nasilja preko interneta i simptoma depresije (33). Također, adolescenti koji prijave iskustvo nasilja preko interneta, pogotovo ako su izloženi čestim napadima (dva ili više puta mjesečno), imaju teže simptome depresije nego adolescenti izloženi drugim oblicima nasilja (34). Osim toga, posljedice *cyberbullyinga* mogu biti još štetnije za mentalno zdravlje adolescenata, u vidu rizičnih ponašanja poput zlouporabe sredstava ovisnosti, nesigurnog seksualnog ponašanja te nasilnog i suicidalnog ponašanja (35). Rezultati metaanalize, koja je uključivala veliki broj djece i adolescenata, pokazali su da postoji povećan rizik od samoozljeđivanja i suicidalnog ponašanja (planiranje i pokušaj izvršavanja suicida) u žrtava nasilja preko interneta u odnosu na one koji nasilju nisu bili izloženi. Zanimljivo je da su počinitelji nasilja također u riziku od suicidalnog ponašanja, ali u manjoj mjeri nego žrtve (36). Međutim, postoji preklapanje tradicionalnog i internetskog nasilja, stoga nije jasno u kojoj mjeri pojedinačno pridonose problemima mentalnog zdravlja. Bez obzira na navedeno, presječna studija provedena na adolescentima u dobi od 12 do 18 godina pokazuje kako *cyberbullying* bez obzira na ostale oblike zlostavljanja, rezultira internaliziranim i eksternaliziranim problemima u ponašanju te probleme s uporabom nedozvoljenih sredstava (37).

1.2. Anksiozni poremećaj

Anksiozni poremećaji su prije spadali u skupinu neurotskih poremećaja. Svakodnevno se spominju dva bitna pojma koja treba razlučiti, a to su strah i anksioznost. To su najčešće reakcije čovjeka na vanjske (realne) i unutarnje (intrapsihičke) podražaje. Strah je u svom značenju uži pojam od anksioznosti i predstavlja afekt tjeskobe uzrokovan određenim objektom ili situacijom, a pojedinac ih smatra ugrožavajućima. S druge strane, anksioznost osim što je orijentirana na specifični objekt, može biti i neodređena (bezobjektna ili slobodno flotirajuća)

(38). Sam pojam podrazumijeva nelagodno afektivno stanje koje je popraćeno emotivnom boli, uznemirenošću, bojaznošću, tjeskobom, povećanom pažnjom i strahom od neočekivanog, osjećajem bespomoćnosti, a često i brojnim motornim i vegetativnim simptomima (prekomjerno znojenje, ubrzan rad srca, preskakanje srca, crvenilo lica, suhoća usta) (38,39). Neki autori anksioznost objašnjavaju kao afektivno stanje u kojem pojedinac iščekuje nekakvu prijetnju na koju se psiha treba pripremiti, a prate je pripadajuće tjelesne reakcije (38).

1.2.1. Epidemiologija

U djece i adolescenata, među psihijatrijskim poremećajima, najučestaliji su anksiozni poremećaji s prevalencijom od 9,4 do 11,9 %. Generalizirani anksiozni poremećaj obuhvaća 0,6 do 3,7 % slučajeva, separacijski anksiozni poremećaj 1 do 5 %, specifične fobije čine 2 do 6 % te socijalne fobije 0,9 do 4,6 % (38). Specifične fobije javljaju se prije šeste godine života, separacijski anksiozni poremećaj oko 7,5 godina, a generalizirani anksiozni poremećaj iza osme godine života te socijalne fobije oko jedanaeste godine (40). Prije nastupa puberteta nema razlike u prevalenciji između spolova, međutim, nakon puberteta ona je dvostruko veća u djevojaka (38).

1.2.2. Etiopatogeneza

Etiopatogeneza je složena i multifaktorijalna, a uključuje biološke i obiteljske čimbenike, temperament te stresne životne događaje. Najvažniji biološki čimbenici su genski, u čiji prilog govori veća pojavnost anksioznih poremećaja u pojedinim obiteljima, studije blizanaca te molekularno genetičke studije (38). Od neurobioloških čimbenika, važnu ulogu ima poremećaj u funkciji *locus coeruleus* te noradrenergičkih struktura, koji odgovara hipotezi lažnog alarma. Nadalje, postoji disfunkcija serotoninergičkih struktura, jer postoji pozitivan terapijski učinak selektivnih inhibitora ponovne pohrane serotonina. U djece i adolescenata koji boluju od generaliziranog anksioznog poremećaja, pronađen je povećan obujam amigdala te postoji njezina preosjetljivost i hiperaktivnost, što uzrokuje pojavu somatskih simptoma anksioznosti. Ostali neurotransmiteri uključeni u etiopatogenezu anksioznih poremećaja su dopamin, glutamat, gama-aminomaslačna kiselina te acetilkolin (41). U obiteljske čimbenike spadaju nesigurni roditelji, roditelji koji ne dozvoljavaju djeci pokazivanje agresije, anksiozni poremećaj u jednog od roditelja, depresivna majka, pušenje

tijekom trudnoće te nezaposlenost. Stresni događaji poput bolesti, separacije u djetinjstvu, gubitka roditelja, nasilnih okolnosti, hospitalizacije ili medicinskih postupaka mogu biti okidač za razvoj nekog od tipova anksioznog poremećaja (38).

1.2.3. Klasifikacija anksioznih poremećaja

Strahovi obuhvaćaju čitavo duševno zbivanje. Mogu biti razvojni, koji su fiziološki i treba ih razlikovati od patoloških strahova, koji su prisutni u anksioznim poremećajima. Patološkima nazivamo one strahove koji su intenzivni i koji traju dulje od četiri tjedna, neočekivani su za dob, ne odgovaraju realitetu, pojedinac ih nije sposoban suzbiti i imaju utjecaj na funkcioniranje i razvoj pojedinca. Podjela anksioznih poremećaja slična je u dječjoj i odrasloj dobi, a dijele se na pojedine entitete. U načelu ih dijelimo na difuznu, slobodno lebdeću anksioznost (generalizirani anksiozni poremećaj), fluktuirajuću i epizodičnu anksioznost (panični poremećaj) i onu s obzirom na određene situacije i objekte (fobije) (38).

Prema desetoj reviziji Međunarodne klasifikacije bolesti, anksiozni poremećaji se dijele na (38):

a) Poremećaji koji se javljaju bilo kada: fobično (anksiozni) poremećaj (F40) u koje spadaju agorafobija (F40.0), socijalne fobije (F40.1) i specifične (izolirane) fobije (F40.2)

b) Ostali (pojedinačni) anksiozni poremećaji (F41) u koje spadaju panični poremećaj (epizodna paroksizmalna anksioznost) (F41.0), generalizirani anksiozni poremećaj (F41.1), mješoviti anksiozni i depresivni poremećaj (F41.2) te drugi mješoviti anksiozni poremećaji (F41.3)

c) Emocionalni poremećaji s početkom specifičnim za djetinjstvo (F93), među koje spadaju separacijski anksiozni poremećaj (F93.0), fobično (anksiozni) poremećaji u djetinjstvu (F93.1), socijalni anksiozni poremećaj u djetinjstvu (F93.2), poremećaj sa suparništvom s bratom ili sestrom (F93.3) te drugi emocionalni poremećaji u djetinjstvu.

1.2.4. Klinička slika

1.2.4.1. Separacijski anksiozni poremećaj (SAP)

Anksiozni poremećaj zbog separacije u djetinjstvu (SAP) odlikuje strah povezan sa odvajanjem od objekta privrženosti, odnosno osobe za koju je stvoren engl. *attachment*. Javlja se bojazan od gubitka drage osobe ili da bi joj se moglo dogoditi nešto loše (bolest ili smrt), kao i strahovanje da bi moglo doći do nepovoljnog događaja koji bi uzrokovao odvajanje od bitnih osoba (netko će ih oteti). Djeca odbijaju spavati u svom krevetu, godinama spavaju kod roditelja u sobi i ne žele ići u vrtić. Osjećaju ogroman strah ako trebaju ostati sami kod kuće bez nekoga da se brine o njima. Nerijetko imaju ponavljajuće noćne more čija je tematika separacija. Naglašeni su strahovi i snažna patnja, primjerice frustriranost, razočaranost, tuga, izljevi bijesa i urlikanje te neodvajanje od drugih. Učestalo se javljaju popratni somatski simptomi kao što su mučnina i povraćanje, glavobolja, bolovi u trbuhu, a kreću uoči, za vrijeme i poslije separacije. Djeca veći naglasak stavljaju na somatske simptome nego li na same strahove pa su tako upućivani od strane pedijatara na razne pretrage. Važno je znati da SAP može prethoditi kasnijem generaliziranom anksioznom poremećaju. Također postoji specifičan oblik SAP-a koji se veže uz izostanak iz škole, gdje dijete nije sposobno odvojiti se od primarne figure (38).

1.2.4.2. Fobični poremećaji

Fobije označavaju strah od točno određenih, najčešće neopasnih objekata ili situacija. Vrlo specifično za fobije je izbjegavanje situacija koje dovode do anksioznosti. Poremećaj se očituje od neugode i uznemirenosti pa sve do panike. Fobično anksiozni poremećaj najčešće se javlja do jedanaeste godine života (38).

Agorafobija označava pojavu straha od napuštanja vlastitog doma, koja se očituje na otvorenim mjestima, u prisustvu velikog broja ljudi, kod putovanja podalje od kuće ili samostalnog putovanja. Javlja se u kasnijoj adolescenciji. Pojedinaac strahuje od neugodnosti kad napusti dom ili se boji da će doživjeti panični napadaj. Uz navedeno, postoji bojazan od nemogućnosti bijega iz takve situacije, odnosno, da pomoć neće biti dostupna. Ponekad, izbjegavajuće ponašanje seže do te mjere da osoba nije u mogućnosti uopće napustiti vlastiti dom, s ili bez pratnje (38).

Socijalna fobija označava strah koji je usmjeren na kontrolirajuće promatranje kroz druge ljude ili grupe, uglavnom u nekim socijalnim i nepoznatim situacijama. Pojavljuje se u adolescenciji ili u predškolskoj dobi, do jedanaeste godine života. Prisutna je bojazan kako će pojedinac biti postuđen ili izložen, a u podlozi stoji loše mišljenje o sebi. Dijete, odnosno adolescent, vjeruje da je tjeskobno, nespretno, da će povratiti, doživjeti vrtoglavicu ili biti ismijano (42). Strah može biti prisutan u specifičnim situacijama poput javnih istupa, prilikom jela, u susretu sa suprotnim spolom te se može dogoditi u bilo kojoj grupnoj situaciji. Osoba se može kompletno izolirati u pokušaju izbjegavanja takve situacije. Fobije su često praćene umanjnim samopoštovanjem, strahom od kritike, crvenilom u licu, tremorom, lupanjem i ubrzanim radom srca, osjećajem mučnine i pritiskom na uriniranje. Pažnja je uglavnom usmjerenija na popratne somatske simptome (38).

Osobe koje pate od specifičnih (izoliranih) fobija usmjeravaju strah na točno određene objekte ili situacije. Najučestalije su fobije od životinja poput pasa, pauka, zmija, potom fobije od visina, grmljavina, letenja, zatvorenih prostora te posjeta liječniku. Karakteristika predškolske dobi je strah od životinja, i on je najčešći, a potom strah od mraka, ozljede i smrti (38).

1.2.4.3. Panični poremećaj

Panični poremećaj označava epizodičan i intenzivan strah u napadajima koji je nevezan uz posebnu situaciju ili okolnosti, što znači da nastup napadaja nije moguće predvidjeti. Neki od simptoma paničnog napadaja su osjećaj otuđenja, strah od gubitka kontrole, strah od smrti, lupanje i ubrzan rad srca, oblijevanje hladnim znojem, osjećaj gušenja, ubrzano disanje, bol u prsnoj koži, mučnina, gubitak svijesti, trnci. Napadaj uobičajeno traje nekoliko minuta, a poslije se nerijetko razvija strah od samog paničnog napadaja (38).

1.2.4.4. Generalizirani anksiozni poremećaj (GAP)

Kada je u pitanju generalizirani anksiozni poremećaj (GAP), radi se o kroničnom i konstantnom strahu nevezanom za specifične objekte ili situacije, a prisutan je u svakidašnjim situacijama. Za razliku od drugih poremećaja za čiju je dijagnozu potrebno da traju četiri tjedna, za GAP je potrebno da simptomi traju minimalno šest mjeseci. Prema Dijagnostičkom

i statističkom priručniku za mentalne poremećaje, peto izdanje (DSM-V, ažuriran 2013.godine) uključeni su sljedeći kriteriji (38):

- a. Pretjerana anksioznost i zabrinutost većinu dana u posljednjih šest mjeseci vezani uz razne događaje ili aktivnosti.
- b. Dijete vrlo teško može kontrolirati zabrinutost.
- c. Bojazan i zabrinutost povezane su sa sljedećim simptomima; uznemirenost, tjeskoba ili osjećaj da se nalazi „na rubu“, lako umaranje, poteškoće koncentracije, iritabilnost, napetost mišića te smetnje spavanja. U djece je potrebna prisutnost samo jednog simptoma.
- d. Postoji smanjena kvaliteta života i klinički vrlo jasna patnja te smanjena funkcionalnost u socijalnom, radnom ili drugom aspektu.

Za generalizirani anksiozni poremećaj u djetinjstvu, potrebno je ispunjavati tri kriterija od ukupno sedam. Prisutna je stalna zabrinutost bilo za određena oboljenja, osobni uspjeh odnosno neuspjeh, katastrofe ili nesreće, koja je popraćena mišićnom napetošću i simptomima autonomnog živčanog sustava (ubran rad i lupanje srca, ubrano disanje, preznojavanje, nesvjestica, suhoća usta). Međutim, bitno je naglasiti da popratni simptomi nisu dominantni u kliničkoj slici. Za razliku od depresije gdje je primarno riječ o gubitku zadovoljstva i manjku samopoštovanja, kod GAP-a se radi o perzistentnom i kroničnom strahu u različitim situacijama. Ako su prisutni drugi izolirani strahovi, prednost ima dijagnoza GAP-a. Kod osoba s generaliziranim anksioznim poremećajem, zabrinutost ne ovisi o tuđoj evaluaciji niti o određenim socijalnim situacijama, za razliku od stanja kod socijalne fobije. Od svih anksioznih poremećaja, u dječjoj dobi najteže je dati dijagnozu GAP-a zbog svoje opširne kliničke slike (38).

1.2.4.5 Mješoviti anksiozni i depresivni poremećaj

Mješoviti anksiozni i depresivni poremećaj označava slabije izraženu slobodnu, flotirajuću anksioznost, uz blaže izražene depresivne simptome. Dijagnoza je preopćenita i trebalo bi ju što više izbjegavati. Grubo rečeno, to bi bila kombinacija generaliziranog anksioznog poremećaja i depresivnog poremećaja (38).

1.2.5. Dijagnoza

Za postavljanje dijagnoze koriste se psihijatrijski i psihoterapeutski intervju, uz opservaciju pacijenta i njegovih roditelja. Generalno, djeca s anksioznim poremećajem premalo su upućivana psiholozima ili psihijatrima. Važno je ustanoviti sadržaj straha i usmjerenost istog, bilo na specifične situacije kao što je to kod fobija ili kao slobodno lebdeći, odnosno difuzan. Isto tako, važno je ustanoviti stupanj iskazivanja (anticipacija, panični napadaji), zatim postoje li popratni simptomi autonomnog živčanog sustava i izbjegavajuće ponašanje. Potrebno je ocijenit približno trajanje anksioznih simptoma, jesu li praćeni dodatnom simptomatologijom poput depresije ili opsesije, koji bi bili mogući uzroci nastanka i uvjeti održavanja (primjerice pojavljuju li se simptomi samo u školi, roditeljska reakcija), ustanoviti funkcionalnost pojedinca u svakodnevici (u obitelji, školi, odnos prema vršnjacima), odlike temperamenta te prijašnje simptome (38). U dijagnostici se prvo kreće od jasnije definiranih simptoma i kliničke slike, dakle, razmišljati u prvom redu o agorafobiji, socijalnoj fobiji te specifičnim fobijama, a na kraju procijeniti radi li se o generaliziranom anksioznom poremećaju (39). Na samom početku potrebno je detaljno razlučiti o kakvim je simptomima riječ i jesu li vezani uz određenu situaciju ili se radi o difuznoj anksioznosti, je li prisutno izbjegavajuće ponašanje, tjeskoba, zabrinutost, drugi motorni ili vegetativni simptomi. Sljedeći korak je odrediti postoje li panični napadaji s uobičajenom kliničkom slikom (paroksizmalne epizode anksioznosti). Ako simptomi traju dulje od šest mjeseci, vjerojatno je riječ je o generaliziranom anksioznom poremećaju (38).

Diferencijalno dijagnostički treba isključiti neka druga zdravstvena stanja koja mogu prouzrokovati slične simptome ili pak upotrebu nekih lijekova. Isto tako, važno je isključiti opsesivno kompulzivni poremećaj, poremećaj raspoloženja i psihotični poremećaj. Na kraju je potrebno razmotriti radi li se o stresnom događaju koji je izazvao simptome poremećaja prilagodbe (38). Psihodinamski, radi se procjena strukture ličnosti i psihički konflikt anksioznog poremećaja te se u skladu s navedenim usmjerava na metode psihodinamske psihoterapije. Iz obiteljske anamneze treba doznati postoje li anksiozni ili depresivni poremećaji i zloraba sredstava ovisnosti, način na koji roditelji reagiraju na navedenu simptomatologiju i kako se postavljaju prema djetetu. Postoji više skala koje služe za mjerenje anksioznosti. Provodi se standardna somatska obrada, osnovni laboratorijski nalazi i somatski pregled, koje provodi pedijatar/neurolog. Posebno treba isključiti neka stanja poput hipertireoze, šećerne bolesti, temporalne epilepsije, feokromocitoma te isključiti određene lijekove koji mogu uzrokovati anksioznu simptomatologiju. Diferencijalno dijagnostički

potrebno je razlučiti fiziološke strahove primjerene za dob i normalnu sramežljivost od anksioznih poremećaja, a razlikuju ih ozbiljnost i kontinuiranost simptoma. Općenito, anksiozni poremećaji kod kojih su naglašeniji fiziološki strahovi imaju povoljniju prognozu od ostalih anksioznih poremećaja. Ako postoje drugi poremećaji, kao što su depresivni poremećaj, shizofrenija, opsesivno kompulzivni poremećaj, posttraumatski stresni poremećaj ili poremećaji jedenja, onda se anksioznost shvaća unutar tih primarnih dijagnoza, ne kao zaseban poremećaj. Ponekad nije jednostavno razlučiti je li riječ o depresiji ili anksioznosti, a s druge strane, mogu skupa koegzistirati (38).

1.2.6. Liječenje

Kod liječenja anksioznih poremećaja provodi se savjetovanje u vidu informiranja roditelja i pacijenata o anksioznim poremećajima i metodama liječenja, kognitivno-bihevioralna i psihodinamska psihoterapija, postupci relaksacije, kao i psihofarmakoterapija. Ako je riječ o slobodnoj flotirajućoj anksioznosti u terapiji se provode postupci podržavanja, imenovanja osjećaja, zrcaljenja osjećaja te ublaživanja arhaičnog superega. U isto vrijeme je važno poticati druge aktivnosti, među njima i rad s roditeljima (38).

Kognitivno-bihevioralna terapija ima za cilj promijeniti dosadašnje okidače, minimalizirati izbjegavajuće ponašanje i stvoriti osobne stabilizirajuće procese. Konfrontacijom u treninzima izlaganja provodi se pokušaj systemske desenzitizacije. Kognitivne metode se zasnivaju na činjenici da negativne i nerealne misli i očekivanja krivo procjenjuju objekte odnosno situacije, kao i vlastite sposobnosti. Potonje se mijenjaju kroz evaluaciju pozitivnim samoinstrukcijama i metodama rješavanja problema, pri čemu je u terapiju poželjno uključiti roditelje i obitelj. U slučaju disfunkcionalnosti obitelji vrlo su korisne obiteljska terapija ili individualna terapija pojedinog roditelja (38).

Terapija uvijek započinje psihoterapijom, a u težim kliničkim slikama se uvodi psihofarmakoterapija, međutim nikako kao jedina vrsta liječenja. Od lijekova se upotrebljavaju selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (SIPPS), benzodiazepini i druge skupine lijekova. Od antidepresiva su svakako SIPPS prvi izbor, ali se mogu koristiti i drugi. Benzodiazepini imaju brzo djelovanje, dobru podnošljivost, ali se ne smiju upotrebljavati dulje od šest tjedana zbog mogućeg razvoja ovisnosti. Kad se postigne stabilizacija od barem jedne godine, može se dokidati medikamentozna terapija, uvijek postepeno. Kod lakših i umjerenih oblika, dovoljno je ambulantno liječenje, a teži oblici se liječe dnevno bolnički (38).

1.3. Depresivni poremećaj

Pojava depresije je česta u svakodnevnom životu, ali da bi je označili psihijatrijskim poremećajem, mora zadovoljavati određene kriterije. Stoga se kao važni parametri ističu prisutnost kompleksa većeg broja simptoma, njihova dugotrajnost te njihov utjecaj na funkcionalnost pojedinca ili njegov razvojni put (42). Klasičan trijas osnovnih kliničkih simptoma čine (42,44):

1. depresivno raspoloženje (npr. potištenost, bezvoljnost, tugaljivost, nedostatak radosti),
2. anhedonija (kompletna odsutnost zadovoljstva u aktivnostima koje su ga prije pružale, reducirani porivi, odnosno pad životne energije koja se prezentira kao umor i općenito svakodnevni pad energije) i
3. defektivno mišljenje, primjerice u obliku samooptuživanja, predodžbi manjka vrijednosti, osjećaja bespomoćnosti, besmislenosti i krivnje te neprekidno proživljavanje negativnih misli odnosno ruminacija misli.

Uz navede osnovne simptome, koji upućuju na postojanje depresivnog poremećaja, česti su i asocirani (dodatni) simptomi: umanjeno samopoštovanje, manjak koncentracije, problemi spavanja (najčešće hipersomnija kod adolescenata), smanjen apetit, somatizacija problema u obliku glavobolja i bolova u trbuhu, sekundarna amenoreja u djevojaka, subjektivni problemi gutanja (globus), sve učestalija izbjivanja iz škole ili neuspjeh u školi, stalna dosada i drugi simptomi (42, 44).

1.3.1. Epidemiologija

Afektivni poremećaji, nakon anksioznih, predstavljaju najučestaliji psihičke poremećaje u razdoblju adolescencije. Prevalencija u toj dobi iznosi 4 do 8 %, a u djece, 1 do 2 % (43,44). Učestaliji su kod djevojaka. Nakon puberteta rizik od nastanka depresivnog poremećaja raste za dva do četiri puta, te pokazuje teži ishod, pogotovo kada je u pitanju ženski spol. Najčešće je dijagnosticiran veliki depresivni poremećaj. Valja naglasiti da se depresivni poremećaji nedovoljno dijagnosticiraju te značajno manje nego emocionalni poremećaji u djetinjstvu (43).

1.3.2. Etiopatogeneza

Točna etiopatogeneza je nedovoljno poznata i vrlo vjerojatno se radi o multifaktorijalnim čimbenicima, poput genskih, neurobioloških i neuroendokrinoloških,

psihosocijalnih te bihevioralnih i kognitivnih čimbenika. Da su uključeni genski čimbenici u etiologiju depresije, pokazuju studije blizanaca (43). Istraživanja su pokazala stopu nasljeđivanja na genskoj osnovi od 33% do 70%. Riječ je o poligenom nasljeđivanju. Isto tako, rizik od obolijevanja je povećan za dva do tri puta među srodnicima, odnosno unutar obitelji (45). Utjecaj neurobioloških čimbenika objašnjava monoaminska hipoteza. Smatra se da u određenim regijama mozga, točnije unutar sinapsi, postoji manjak monoamina (serotonina, noradrenalina i dopamina). Teorija je nastala proučavanjem djelovanja antidepresiva koji inhibiraju specifične transportere spomenutih monoamina, dovodeći do povlačenja depresivnih simptoma (46). Neuroendokrinološki čimbenici svode se na disfunkciju osi hipotalamus-hipofiza-nadbubrežna žlijezda s povišenom razinom kortizola u krvi. Najvažniji psihosocijalni rizični čimbenici su rastava roditelja, samohrano roditeljstvo, bolest ili gubitak jednog od roditelja, traumatska iskustva, separacija u prvoj godini života, razvojne smetnje, a posebno su patogeni kronični stresovi. Kognitivna teorija usredotočuje se na negativno promišljanje pacijenta o samome sebi, okolini te budućnosti, dok bihevioralna hipoteza gubitka pozitivnih nagrada govori o manjku pozitivnih pojačivača (43).

1.3.3. Klasifikacija depresivnih poremećaja

Uvidom u relevantnu literaturu moguće je zaključiti kako ne postoji zasebna klasifikacija depresivnih poremećaja za djecu i adolescente. Međutim, važno je naglasiti da je simptomatologija vrlo različita ovisno o dobi. U psihijatriji se upotrebljavaju dvije najvažnije klasifikacije depresije, Međunarodna klasifikacija bolesti (MKB-10), Svjetske zdravstvene organizacije, i Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje (MSD-IV), Američke psihijatrijske asocijacije. Prema MKB-10, unutar afektivnih poremećaja, podjela depresivnih poremećaja glasi (43):

- Depresivna epizoda (F32)
- Ponavljani depresivni poremećaj (F33)
- Perzistirajući poremećaji raspoloženja (F34), u koji spadaju ciklotimija (F34.0) te distimija (F34.1)
- Drugi poremećaji raspoloženja (F38)
- Neodređeni poremećaji raspoloženja (F39)
- Poremećaj ponašanja uz depresiju (F92.0)

Prema navedenoj klasifikaciji (MKB-10), depresivne epizode podijeljene su na četiri stupnja (47):

- Blaga depresivna epizoda (prisutna su dva tipična i dva druga simptoma, pri čemu postoje blaže poteškoće u svakodnevnom obavljanju uobičajenih poslova i socijalnih aktivnosti, ali ne dolazi do njihova potpuna prekida)
- Umjerena depresivna epizoda (prisutna su dva tipična i tri druga simptoma, postoje značajnije poteškoće u radnim, kućnim te socijalnim aktivnostima)
- Teška depresivna epizoda bez psihotičnih simptoma (prisutna su tri tipična i četiri druga simptoma, znatno su ograničene radne, kućne te socijalne aktivnosti)
- Teška depresivna epizoda sa psihotičnim simptomima (prisutna su tri tipična i četiri druga simptoma kao i psihotični simptomi, znatno su ograničene radne, kućne te socijalne aktivnosti)

Tipični simptomi depresije su depresivno raspoloženje, gubitak interesa i uživanja, manjak energije, umor te smanjena aktivnost. Uz potonje, javljaju se simptomi poput pada koncentracije i pažnje, smanjenog samopouzdanja i samopoštovanja, osjećaja bezvrijednosti i krivnje, pesimističnog pogleda na budućnost, ideje o samoozljeđivanju ili suicidu, poremećaja spavanja te smanjenog apetita (47).

Ne postoje velike razlike između MKB-10 i DSM-IV klasifikacije. Za razliku od MKB-10, prema MSD-IV klasifikaciji smanjenje energije ne predstavlja tipičan simptom depresije. Također, smanjeno samopouzdanje i samopoštovanje te pesimistični pogled na budućnost ne ukazuju na postojanje depresije. Prema DSM-u, za dijagnozu depresije potrebno je pet simptoma, od kojih jedan mora biti depresivno raspoloženje ili gubitak interesa i zadovoljstva. Potreban je, dakle, jedan tipičan simptom i broj ne varira unatoč težini epizode (47).

1.3.4. Klinička slika

Pojedini autori dijele simptome depresije prema trima područjima koje zahvaćaju (42, 43):

- emocionalni simptomi (promjene raspoloženja, anhedonija, osjećaji beznađa, besmislenosti, praznine, umor i iscrpljenost, fobije, hipohondrija, fluktuacije dnevnog raspoloženja samooptuživanje, suicidalnost);

- kognitivni simptomi (inhibicija mišljenja i verbalizacije, reduciranost fantazije i kreativnosti, pesimističnost, razmišljanje o smrti, destruktivan pogled na samoga sebe, osjećaj stalne krivice, usmjerenost na neuspjeh) te
- tjelesni simptomi (smetnje spavanja, izostanak apetita, promjene tjelesne mase u smislu većeg gubitka ili dobivanja na masi, iscrpljenost, glavobolje, simptomi autonomnog sustava poput poremećaja probave i bolova u trbuhu)

Simptomi depresije različiti su u djece i mladih u odnosu na odrasle zbog toga što su depresivne reakcije u njih ovisne o posebnostima karakterističnima za pojedine razvojne faze (48). Depresiju je moguće dijagnosticirati već u dobi od dvije do tri godine. U predškolskom razdoblju glavni simptomi su brza razdražljivost djeteta, labilnost raspoloženja, učestali napadaji plača, izostanak radosti i veselja, gubitak gestikulacije i mimike, zakočenost u igri, gubitak interesa za aktivnosti, tugaljivost u izrazu lica i redukcija kreativnosti. Dodatni simptomi su nesigurnost, tjeskoba i uznemirenost, pretjerana strašljivost, introvertiranost ili agresivnost u ponašanju, izljevi bijesa, smetnje usnivanja ili spavanja, strašni snovi, manjak apetita, veće promijene tjelesne mase u obliku debljanja ili mršavljenja ili nemogućnost dobivanja na tjelesnoj masi te autostimulirajuća ponašanja kao što su enureza i enkopreza (43).

U školskoj se dobi kao glavni simptom javlja depresivno raspoloženje. U toj dobi kreću razvojne emocionalne, kognitivne i socijalne promjene, iako i tada mogu biti dominantni somatski i vegetativni simptomi. Prisutni su tugaljivost, plačljivost, disforija, dosada, bezvoljnost, manjak veselja i interesa. Postoji manjak spontane motorike, iritabilnost, umor i djeca već mogu riječima iskazivati tužno raspoloženje (42,43). Javljaju se misli o smrti i suicidu, manjak samopoštovanja i počinju se izolirati od drugih i provoditi sve više vremena sama, dakle, javlja se anhedonija. U ovoj dobi djeca mogu iskazivati kako bi željeli da ih više nema i pričati o suicidu. Ulaskom u adolescenciju tragaju za uzrokom depresivnog raspoloženja i traže krivca u samome sebi. Navedeno razdoblje karakterizira manjak samopoštovanja, pri čemu adolescenti doživljavaju sve jače nezadovoljstvo u odnosu prema sebi, a sve manje u odnosu prema okolini (43).

Unatoč tome što simptomi depresije postaju sličniji onima u odrasloj dobi, važno je naglasiti da postoje razlike između navedenih. Temeljni znakovi, uz depresivno raspoloženje, tugaljivost i disforičnost, su manjak veselja i interesa, pojačana iritabilnost, dosada, gubitak osjećaja zadovoljstva, osjećaji bespomoćnosti i besmislenosti, beznađe te depresivne sumanutosti. Također, prisutni su samoozljeđivanje, socijalna izolacija, neuspjeh u školi,

cirkadijani poremećaji, korištenje alkohola i droga (44). U djece i mladih koji pokazuju antisocijalno i delinkventno ponašanje, bježe od kuće ili imaju smetnje u obliku hipohondrije ili fobija treba misliti na to da i takva ponašanja mogu biti izraz depresivnih stanja. Ono što čini razliku između adolescenata i odraslih jest to što adolescent još nije stekao iskustvo da sve s vremenom prolazi pa tako i iskustva koja stvaraju patnju i bol. Ovakvo shvaćanje vremena stvara dojam urgentnosti koji uz nedostatak uravnoteženosti i samokontrole, što su karakteristike adolescencije, vodi u rizična ponašanja i donošenje ishitrenih odluka. Adolescent strahuje da takvi osjećaji nisu prolazni i da će trajati zauvijek. Stoga, vršnjačko neprihvatanje smatraju doživotnom odbačenosti i izoliranosti iz društva, propalu vezu trajnom usamljenošću, a lošu ocjenu kompletnim neuspjehom u školi. Ukoliko rezultiraju neuspjehom, mnogi izazovi s kojima se adolescent susreće mogu potaknuti pojavu depresije. Također je tipično promišljanje o smrti i opsjednutost smrću. Za razliku od odraslih, u adolescenata dominiraju eksternalizirajuće smetnje, a manje su prisutni vegetativni i psihotični simptomi. Za razliku od odrasle dobi, u razdoblju djetinjstva i adolescencije depresivne epizode su kraćeg trajanja, simptomi su manje intenzivni i slabije uočljivi, te su specifični za razvojnu dob o čemu je bilo riječ ranije. Kratkotrajne depresivne epizode u djece i adolescenata će izazvati suosjećanje okoline, ali one koje ulaze u kroničnu fazu su otežavajuće i potrebno je što ranije uključiti profesionalnu pomoć (43).

1.3.5. Komorbiditet

U dječjoj dobi i adolescenciji, uz depresiju, česti su popratni komorbiditeti poput anksioznog poremećaja, hiperkinetskog sindroma, zlorabe sredstava ovisnosti ili poremećaja ponašanja. Suicidalnost je najopasnija komplikacija te postoji deset puta veća šansa za njezinom pojavom kod depresivnog poremećaja, nego u općoj populaciji. Najveći rizik imaju osobe koje boluju od bipolarnog afektivnog poremećaja, u depresivnoj epizodi (gotovo 17% izvrši suicid). Simptomi depresije mogu biti prisutni uz druge psihijatrijske poremećaje, naročito uz shizofreniju, posttraumatski poremećaj, poremećaje jedenja ili opsesivno kompulzivni poremećaj (43).

1.3.6. Dijagnostika

Za postavljanje dijagnoze afektivnih poremećaja koristi se klinički intervju uz pomoć detaljne anamneze, heteroanamneze i pregleda, odnosno opservacije. Vrlo je važno izvući što više informacija o pojedincu i njegovoj okolini iz heteroanamneze. Uključen je multidisciplinarni tim, sastavljen od psihologa, defektologa, socijalnog radnika i po potrebi drugih profesionalaca, koji obavlja dodatnu procjenu djeteta. Potrebno je detaljno ispitati dijete i izvući što veći broj podataka iz osobne anamneze. Važno je pitati za obiteljske okolnosti i stresne situacije i događaje te boluje li netko u obitelji ili je bolovao od depresije. Ponekad je potrebno duže promatranje kako bi došli do dijagnoze. Za afektivne poremećaje karakteristično je poboljšavanje simptoma od jutra prema navečer. Ispituje se kakva je izmjena faza, odnosno postoji li takozvani engl. *rapid cycling*, kao i povezanost simptoma s izmjenom godišnjih doba, menstrualnim ciklusom ili uporabom droga. Ako se pojave depresivni simptomi, važno je tragati za mogućim maničnim ili hipomaničnim epizodama, uz obveznu procjenu stanja suicidalnosti. U radu se mogu dodatno koristiti razne kliničke ljestvice, kao što su primjerice engl. *Children's Depression Inventory* (CDI) ili *Children's Depression Rating Scale-revised* (CDRS-R), testovi inteligencije, samopouzdanja, testovi za specifične razvojne poremećaje. Također, obrada somatskih simptoma u ovom kontekstu predstavlja neizostavan korak, što podrazumijeva fizikalni pregled, laboratorijske testove, hormone štitnjače, probirni test na droge, kompjutoriziranu tomografiju, magnetsku rezonancu, elektrokardiografiju, elektroencefalografiju, te druge. Posljednje dvije izrazito su važne radi eventualnog uvođenja psihofarmakoterapije. U adolescenciji se u dijagnostičke svrhe mogu upotrebljavati probirni testovi poput engl. *Patient health questionnaire for adolescents* i *Beck depression inventory*. Važno je preventivno djelovanje, koje je moguće u slučaju da se u što ranijoj fazi otkriju i liječe subklinički oblici depresije, pri čemu je o navedenom ključno educirati širu populaciju. Diferencijalno dijagnostički, potrebno je razlučiti depresivni od anksioznog poremećaja zbog toga što se djeca s depresijom dijagnosticiraju kao djeca s anksioznim poremećajem. Treba isključiti neka od organskih stanja koja mogu imitirati depresivni poremećaj, a to su epilepsija, šećerna bolest, anemija, hipotireoza, sistemski eritematozni lupus, infektivne bolesti, depresije nastale zbog konzumacije antiepileptika, stimulansa tipa amfetamina, antipsihotičnih lijekova ili citostatika. Stanja u psihijatriji koja treba razlučiti od depresije su bipolarno afektivni poremećaj, zloraba kanabisa, poremećaj prilagodbe i shizoafektivni poremećaj (43).

1.3.7. Liječenje

Unatoč tome što postoje različite škole psihoterapije, zajednički su im opći pristupi psihoterapijskom liječenju. To su: uspostavljanje povjerenja i razumijevanja, osjećaja uvažavanja i prihvaćanja, reduciranje okolnosti koje izazivaju stresnu reakciju, oblikovanje svakodnevice, osmišljavanje poticajnih aktivnosti, vježbe socijalnih kompetencija, podučavanje metoda rješavanja problema, preinaka negativnih aspekata perspektive i tumačenja, jačanje vlastite sigurnosti i samopoštovanja. Osim djeci i adolescentima, roditeljima je također potrebno ohrabrenje u svrhu razvijanja osjećaja većeg razumijevanja za djecu te poticaja na komunikaciju s njima, odnosno osnaživanja njihove roditeljske uloge. Kod djece niže razvojne dobi primjenjuje se terapija igrom, dok je terapijski alat za pristup adolescentima upravo govor (43). Kognitivno-bihevioralne metode uključuju poznavanje bolesti, preinaku svakodnevice, nadilaženje neaktivnosti ili stresnih aktivnosti, unaprjeđivanje socijalnog ponašanja, konverzacije i interakcije s okolinom; uočavanje, evaluacija i ispravljanje problematičnih i neučinkovitih kognitivnih gledišta (42).

Zadatak psihodinamske terapije je osnažiti i razviti afirmativniji *self* kroz terapijski savez, preusmjeriti agresiju prema van bez osjećaja krivice, kao i dodatno pojačati agresiju u svrhu unaprjeđenja autonomije (43,49). Osobit naglasak može biti na profunkcioniranju sukoba neovisnosti, odnosno autonomije u odnosu na potrebu za protekcijom (44). Autoagresivno ponašanje se malim koracima nastoji promijeniti u adekvatan i prihvatljiv doživljaj *selfa* i pokušajima razdvajanja od drugih. Nerijetki su kontratransferni osjećaji ispraznosti, dosade ili zamora, nervoza ili pak agresivni impulsi te osjećaji krivice (43).

Fokus interpersonalne terapije je rješavanje interpersonalnih konflikata i poboljšavanje socijalnih vještina, pri čemu je u sam proces važno uključiti roditelje. Za uspostavljanje funkcionalnih obiteljskih odnosa i načina komunikacije provode se obiteljske terapije, pri čemu važnost i potreba istih raste što je dijete mlađe. Osim navedenog, zbog uloge koju nosi u životu djeteta, u terapiju je važno uključiti njegovo okruženje (42).

Farmakoterapija depresije različita je u djece i adolescenata te odraslih, naročito u efikasnosti i nuspojavama. Odlično poznavanje lijeka poboljšava liječenje, osigurava pravovremenu prevenciju komplikacija i pozitivno utječe na suradljivost. Kod propisivanja određenog lijeka treba imati na umu fiziološke razlike apsorpcije i eliminacije lijeka u odnosu na odrasle, stanje organizma, tjelesnu masu, metabolizam jetre i bubrežnu sposobnost filtracije. U odnosu na odrasle, djeca imaju brži metabolizam pa se stoga ne treba bojati dati veće doze

lijeka kako ne bi bila hipodozirana. Ali svakako, kod započinjanja primjene lijeka krenuti s manjim dozama pa postupno povećavati dozu istog. Rijetki su trenutci kada liječenje započinje s antidepresivima, bez inicijalnog pokušaja neke vrste psihoterapije. Međutim, kod težih i umjerenih oblika depresije ne treba se ustručavati propisati antidepresiv (43). Najviše se koriste lijekovi iz skupine selektivnih inhibitora ponovne pohrane serotonina (SIPPS). Moraju se upotrebljavati najmanje šest mjeseci nakon uspostave remisije. SIPPS dovode do povećano rizika od suicidalnih misli u maloljetnika, ali ne i od izvršenih suicida. Shodno tome treba pratiti bolesnika, naročito u prvim tjednima terapije, iako ne postoje dokazi koji bi upućivali na korelaciju između SIPPS-a i izvršenih suicida (50).

Neželjeni učinci antidepresiva u djece i adolescenata se razlikuju od onih u odraslih. Učestalije se javljaju povraćanje, motorička aktivacija, engl. *behavioral toxicity*, uz suicidalne misli (51). Uporaba antidepresiva može isprovocirati hipomanične i istinske manične epizode. Generalno treba razlikovati sedirajuće antidepresive poput amitriptilina, i onih aktivirajućih kao što su SIPPS. To je vrlo važno zbog toga što aktivirajući antidepresiv nije poželjno propisivati kod suicidalnosti, agitirane i anksiozne depresije. Ako je riječ o vrlo izraženoj suicidalnosti ili agitiranoj depresiji, obavezno se prije upotrebe antidepresiva propisuju sedirajući anksiolitik, uglavnom benzodiazepinski, ili niskopotentni antipsihotik uz praćenje stanja. Kad je postignuta stabilizacija, liječenje traje još oko šest mjeseci, a zatim se kroz idućih šest tjedana polagano ukidaju lijekovi (43).

1.4. Samoozljeđivanje

Samoozljeđivanje, u trenutnim dijagnostičkim klasifikacijama, ne postoji kao odvojen dijagnostički entitet. Može biti prisutno kao samostalan simptom, ali je vrlo često dio nekog psihičkog poremećaja (52). U literaturi je postojala namjera da se samoozljeđivanje vodi kao jedinstven heterogen sindrom i zasebna kategorija. Takva ideja je odbačena jer je prevladalo mišljenje kako bi se uvođenjem dijagnoze nesuicidalnog samoozljeđivanja mogla pogubno previdjeti potencijalna mogućnost suicida. U angloameričkoj literaturi može se pronaći nekolicina naziva koji se uglavnom ne upotrebljavaju, primjerice automutilacija i parasuicidalno ponašanje. Radi se o teškom, kroničnom, zamarajućem poremećaju kojeg nije nimalo jednostavno liječiti. Samoozljeđujuće ponašanje kod terapeuta izaziva osjećaj brige, bespomoćnosti, nerazumijevanja i revolta. Ono je paradoksalno, jer koliko označava agresivno ponašanje, toliko traži pažnju, a odražava zapravo destruktivan dojam pacijenta o sebi (53).

1.4.1. Epidemiologija

Nije jednostavno sakupiti podatke o prevalenciji samoozljeđivanja, prvenstveno radi teškoća u definiranju samog pojma. Procjenjuje se da u općoj populaciji školske djece iznosi do 11% (53). Učestalije je u djevojaka. U kliničkoj populaciji učestalost za dječake iznosi 26%, dok je za djevojke 59% (54). Najčešći oblik samoozljeđivanja je zarezivanje i čini i do 65% (53).

1.4.2. Etiopatogeneza

Uzrok i mehanizam nastanka samoozljeđivanja slični su kao kod suicidalnosti, *borderline* poremećaja ličnosti ili depresivnog poremećaja. Geneza je multifaktorijalna. Bitni su biološki čimbenici, a najčešće se samoozljeđivanje povezuje s poremećenom funkcijom serotoninergičkog sustava, što je također povezano s impulzivnošću. Još su bitni dopaminergički sustav te opioidni sustav (53). Autori Linehan i Resch izdvajaju važne psihosocijalne rizične i protektivne čimbenike: umanjen emocionalni odgovor, psihičke bolesti majke, zastoj u razvoju, nediferenciranost *selfa* i objekta, poremećaj privrženosti, emocionalno zanemarivanje, sukobi unutar obitelji, rastava roditelja, visoka kritičnost roditelja, emocionalno, fizičko i seksualno zlostavljanje (53,55). Navedeni čimbenici dovode do gubitka emocionalne regulacije i interpersonalnih odnosa s drugima, što ima za posljedicu razvoj neadekvatnih obrambenih mehanizama poput samoozljeđivanja. Time se objašnjava kako su negativne emocije preteča nanošenju ozljeda samome sebi, odnosno primarni cilj je osloboditi se od te napetosti, pa izvršenjem samoozljeđivanja dolazi do psihičkog smirivanja, a zatim miješanog osjećaja olakšanja, stida i razočaranja (56).

Razmišljajući psihodinamski, samoozljeđivanje se može shvatiti kao oblik afektivne regulacije temeljen na jednoj disocijaciji *selfa* (53). Tijelo je u tom kontekstu medij takvog ponašanja u pokušaju zaštite ostalih dijelova *selfa*, primjerice socijalnog ili intrapsihičkog. Uglavnom, niz je razloga zbog kojih osoba poseže za samoozljeđivanjem, a koji su razumljivi tek onda kad ih promatramo individualno. Takvo ponašanje je odraz autoagresije i samokažnjavanja, ali isto tako, paradoksalno, može označivati pokušaj samozaštite, brigu o sebi, oslobađanje napetosti, preusmjeravanja narcističkog bijesa te na jedan način može služiti kao „profilaksa protiv suicida“ (57). Štoviše, čin samoozljeđivanja može donositi ugodu, označavati kraj jedne depersonalizacije, poticati razvoj identiteta te biti profilaksa protiv razvoja psihoze. Nanošenje ozljeda samome sebi može biti tihi vapaj drugima da osoba treba

pomoć ili označavati ponovno proživljavanje traumatskih situacija. Postoje suprotstavljeni krajevi intrapsihičkih dvojbi poput idealizacije/razočarenja, potrebna mi je pomoć/ne mogu se osloniti ni na koga te težnja za zaštitom/težnja za sadističkom kontrolom drugih (53).

1.4.3. Klasifikacija

Nekada prije je postojala podjela samoozljeđivanja na religiozno, neurotsko, konvencionalno, psihotično i ono nastalo radi organskog odnosno medicinskog uzroka (53). Najaktualnija klasifikacija ima podjelu na teško, stereotipno te superficijalno, odnosno umjereno. U superficijalni (umjereni) oblik spadaju najučestaliji oblici prisutni kod adolescenata: opsesivne radnje poput trihotilomanije te epizode samoozljeđivanja kao što su zarezivanje i paljenje kože. Kad je riječ o teškom obliku samoozljeđivanja, najčešće se u pozadini radi o nekakvoj psihozi, a stereotipni oblik možemo pronaći kod nekih sindroma, primjerice Touretteova sindroma, ili kod osoba s intelektualni poteškoćama. Favazza naglašava da je pri klasificiranju potrebno izdvojiti ono što je patološko i što nije u skladu sa socijalno i kulturološki prihvatljivim ponašanjem. Društveno prihvatljivo samoozljeđivanje pronalazimo unutar grupe rituala i običaja, a tu spadaju, danas jako popularni, tetovaže i *piercing*. Isto tako može biti unutar vjerskih rituala, ili primjerice u nekim afričkim plemenima kao dio rituala inicijacije kojima se dokazuje fizička i emocionalna zrelost (53,59).

Prema autorima Pattison-u i Kahan-u, postoji tri bitne sastavnice u činu samoozljeđivanja: direktnost, letalnost i repetitivnost. Direktnost znači da postoji svjesna nakana, odnosno da je čin samoozljeđivanja upotpunosti izvršen u kraćem razdoblju i da osoba shvaća štetnost čina. Letalnost podrazumijeva razmatranje vjerojatnosti da dođe do letalnog ishoda u trenutku ili neposredno iza nanošenja ozljede. Repetitivnost označava da se akt samoozljeđivanja ponavlja (60). Akt samoozljeđivanja može se protumačiti na više načina, a u praksi se najčešće radi o mješovitim oblicima (53):

- 1) Osoba je u nemogućnosti regulirati afektivno stanje, osjeća se iscrpljeno i u potrazi je za određenim smirenjem ili zbog toga što je psihička bol prejak pretače je u fizičku bol samonanošenjem tjelesnih ozljeda
- 2) Kao iskaz neprimjerenog odnosa prema drugima, u pogledu traženja pažnje
- 3) Zbog nedovoljne stimulacije kao oblik stereotipije, primjerice u osoba s intelektualnim poteškoćama

Slično tome, autori Solomon i Farrand tvrde da nanošenje ozljeda samome sebi rezanjem proizlazi iz želje da unatoč nezaustavljivom osjećaju očaja, bespomoćnosti i mržnje prema samome sebi, osoba nastavlja dalje te da je to zapravo čin adaptacije i način preživljavanja (61).

1.4.4. Klinička slika

U adolescenata su najčešće prisutna rezanja, grebanja, udaranja, samoozljeđivanje paljenjem, kao i otežavanje cijeljenja rana. Najčešće lokalizacije (poredane prema učestalosti) jesu: podlaktica i ručni zglob, nadlaktica i lakat, potkoljenica/stopalo, natkoljenica i koljeno, ruke i prsti te abdomen. Neki autori ističu tijekom napetosti kod samoozljeđivanja. Napetost nastupa nakon stresnih interpersonalnih zbivanja. Ranjiva narcisoidnost rezultira sve jačom disforijom, osjećajem očaja, uzrujanosti, beznadom i osjećajem bespomoćnosti. Prisutan je manjak primjerene sposobnosti procesuiranja negativnih afekata. Osjećaj mržnje prema okolini pojedinac preusmjerava prema samome sebi, a optuživanje drugih pretače u samooptuživanje. Usljed sve jačeg afektivnog pritiskanja dolazi do razdvajanja kognitivnih procesa kao što su forma mišljenja i percepcija. Žudnja za samoozljeđivanjem rezultat je esencijalnog osjećaja praznine i omamljenosti. Karakteristično je stanje samootuđenja koje se vidi u različitim formama poput depersonalizacije i derealizacije, analgije i konstrukcije perceptivno kognitivnih procesa. Samoozljeđivanje može rezultirati ogromnim olakšanjem; osjećajem životnosti (53).

Istraživanje iz 2007. godine, koje su proveli Jacobson i Gould pokazuje da oko 88,9% adolescenata koji se samoozljeđuju udovoljavaju kriterijima za depresivni poremećaj, uključujući distimiju. U odraslih je jaka poveznica između poremećaja ličnosti, tipa *borderline*, i samoozljeđivajućeg ponašanja. Postoji samoozljeđivanje koje je sugestibilno, odnosno adolescenti ga induciraju između sebe, što je posebno prisutno na stacionarnim odjelima dječje psihijatrije (56).

1.4.5. Povezanost samoozljeđivanja i suicidalnosti

Postoji poveznica između samoozljeđivanja i suicidalnosti (62). No, prije utvrđivanja povezanosti navedenih pojava, temeljne je pojmove važno definirati. Stoga je Cornell sveučilište (CRPSIR 2016), u pokušaju razlikovanja ta dva pojma, definiralo samoozljeđivanje kao spektar ponašanja, gdje se osoba ozljeđuje zbog društveno neprihvatljivih razloga te

načelno ne postoji suicidalna namjera (53). Drugim riječima, oni označavaju samoozljeđivanje kao nesuicidalno. Postoje još dvije mogućnosti; prva je izražena suicidalnost, odnosno postoji želja za smrću. Za razliku od prve, druga mogućnost odnosi se ne nejasno izraženu namjeru za smrću, što je ponekad slučaj kod nekih pokušaja samoubojstva (63). Prvenstveno radi edukativnih razloga, postoji podjela između „nesuicidalnog samoozljeđivanja“, pokušaja suicida te izvršenih suicida, ali već postojanje akta nanošenja ozljeda samome sebi ne može isključivati i suicidalnost. Naročito zbog činjenice da je moguć impulzivni izvršeni suicid u adolescenata, unatoč ne postojanju rizičnih čimbenika za suicid ili su oni vrlo mali (53).

Parasuicidalno ponašanje bi označavalo sponu između nesuicidalnog samoozljeđivanja i pokušaja suicida, a karakteriziraju ga ponašanja poput konzumacije većih doza lijekova, ali ispod letalne doze, rizična i opasna vožnja, vožnja u pijanom stanju i slično (53). Postoji više činitelja koji su povezuju suicidalnost i nesuicidalno samoozljeđivanje (64):

- 1) *Gateway* teorija, prema kojoj postoji spektar u kojem se nesuicidalno samoozljeđivanje nalazi na jednom kraju, a suicidalno ponašanje na suprotnom kraju spektra.
- 2) Postoji treća zajednička komponenta, primjerice depresivni poremećaj.
- 3) Joinerova teorija, „stečeni kapacitet za suicidalnost“, koja objašnjava kako se ponavljajućim nanošenjem ozljeda samome sebi dolazi do habituacije boli i strahova čime se snižava prag za suicidalnost

Ukratko, svako samoozljeđivanje je pretkazatelj suicidalnosti. Među populacijom koja se samoozljeđuje postoji sto puta veći rizik za suicidalno ponašanje. U kliničkoj praksi zapravo nije rijetka kombinacija samoozljeđivanja i ozbiljnih pokušaja suicida (53).

1.4.6. Dijagnoza

Općenito se kod pacijenata koji pokazuju samoozljeđujuće ponašanje savjetuje zadržati neutralan pristup prilikom dobivanja anamneze. U slučaju da terapeut reagira dramatično, nije neočekivano da adolescent napusti terapiju. Kod prikupljanja anamneze postavljamo opća pitanja, a tek s vremenom postavljamo detaljnija pitanja vezana za samoozljeđivanje, jer često će ista izazvati sram. Savjetuje se obaviti razgovor s adolescentom i roditeljem, pojedinačno te zajedno. Cornell sveučilište (CRPSIR 2016) izdalo je preporuke kako bi trebalo voditi intervju: Terapeut se treba suzdržati od pretjeranih afektivnih reakcija i šokiranja, većina akta samoozljeđivanja nisu suicidalni pothvati i ne treba ih tako shvatiti; ono u određenoj mjeri ima funkciju smirivanja pacijenta. Potrebno je pružiti sigurnost pacijentu tijekom intervjua, utvrditi

postoji li utjecaj drugih vršnjaka na takvo ponašanje. Osobit izazov čini okolnost kada adolescent prikriva ozljede koje si nanosi, što je rjeđe. Primjerice roditelj pronade tragove krvi na plahtama, osoba nosi duge rukave i ljeti, odbija se kupati, stalno nosi razne vrpce, ne sudjeluje u nastavi tjelesnog odgoja i slično (53).

U slučaju da samoozljeđivanje naglo nastupi, valjalo bi obaviti kompletnu dijagnostičku procjenu. Najprije treba razmišljati da se u podlozi radi o nekom obliku zlostavljanja. Dijagnostički treba razmišljati o različitim psihičkim poremećajima uz koje se javlja samoozljeđivanje (53). Najbitnije je procijeniti rizik od suicidalnog ponašanja (57). Ponekad nije jednostavno diferencirati nesuicidalno samoozljeđivanje od suicidalnosti, naročito ako se radi o podležećem poremećaju tipa *borderline* poremećaju ličnosti ili bulimiji. Zato je važno voditi izravan intervju, razjasniti i voditi urednu medicinsku dokumentaciju. Treba naglasiti da postoje razni motivi zbog kojih si netko nanosi ozljede, a procjena tih motiva je zahtjevna i kompleksna zbog niza razloga od kojih su najvažniji to što adolescenti imaju ambivalentan odnos sa suicidalnošću te je njihovo raspoloženje promjenjivo (u adolescenta uvijek postoji impulzivna suicidalnost). Stoga, od adolescenata, nije lako dobiti jasne informacije, naročito retrospektivno. Inače se prema odabiru načina samoozljeđivanja procjenjuje ozbiljnost i namjera samog čina. To je opet kod adolescenata teško razlučiti jer poznato je da oni lošije procjenjuju rizična stanja i skloni su podcijeniti opasnost. Zbog toga se događa da iako ne postoji namjera za smrtnim ishodom, odaberu metodu koja može biti smrtonosna (takozvani nenamjerni izvršeni suicid) ili obrnuto, način koji odaberu bude bezazlen, a želja za smrću postoji (53). Općenito adolescenti ne znaju puno o potencijalnoj smrtnosti tvari koje konzumiraju pri predoziranju (65), a još su skloni izmjenjivati više različitih načina samoozljeđivanja.

Obavezno treba obaviti tjelesni pregled da bi se utvrdila lokalizacija i težina ozljeda te odredila potreba za dodatnim kliničkim postupcima. Uz lokalizaciju, treba utvrditi starost ozljeda, ima li naznaka poremećenog cijeljenja rana i je li riječ o površnijim ili dubljim ozljedama. Ako se radi o težim ozljedama uputno je napraviti kompletnu krvnu sliku, hemoglobin, upalne parametre i procijeniti mogućnost infekcije rana. Radi se psihološka dijagnostika, uključujući testove inteligencije, projekтивne testove i druge. Korisne su skale za procjenu samoozljeđivanja, koje je nekad lakše ispuniti nego izreći tijekom intervjua. Najpoznatije su *deliberate self-harm inventory* te *selfharm behavior questionnaire*. U diferencijalnoj dijagnozi potrebno je isključiti neko drugo medicinsko stanje poput encefalitisa,

epilepsije ili genskih sindroma, intelektualnih poteškoća, psihotičnog poremećaja te poremećaja autističnog spektra. Zatim se traga za mogućim psihičkim poremećajima, osobito suicidalnosti te postojanja tjelesnog ili seksualnog zlostavljanja (53).

1.4.7. Liječenje

Terapija se provodi liječenjem osnovnog poremećaja, primjerice depresivnog poremećaja, razvojnih i *borderline* poremećaja ličnosti. Akutne i krizne intervencije se poduzimaju onda kada postoji otvorena ozljeda koju treba kirurški zbrinuti, te je bitno provjeriti status cijepljenja protiv tetanusa. U slučaju da uz samoozljeđivanje postoji i tendencija suicidalnosti, potonje postaje prioritet. Psihoterapija je metoda dugotrajnijeg liječenja, koja je izvediva onda ako postoji osiguran terapijski okvir i sigurno ozračje. Najučinkovitije su bihevioralne metode, naročito dijalektičko-bihevioralna terapija. Osnovna načela te terapije su umanjene simptoma, primjerice nepridavanje pozornosti. Općenito nije preporučljivo voditi razgovor netom nakon samog čina samoozljeđivanja kako mu ne bi pridali pretjeranu važnost, već poslije izglednog vremena. Treba tragati za pojedinim okidačima koji dovode do takvog ponašanja, koje potrebe adolescent osjeća koje ga navode na takvo ponašanje, odnosno u kojim situacijama osjeća veliku potrebu da to učini. Na samome početku, više se orijentirati na sadašnjost i poglede na budućnost, a tek potom pokušati započeti razgovor o prošlosti pojedinca, koja je nerijetko bila traumatska. Vrlo je korisno u terapiju uključiti roditelje (53).

U medikamentoznoj terapiji upotrebljavaju se selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina. Kod njihova propisivanja treba biti pažljiv, s obzirom na to da su primijećena pogoršanja samoozljeđivanja, to jest povećanja stope suicidalnosti. Pojedini autori smatraju da bi lijek prvog izbora trebao biti fluoksetin, a poslije njega drugi SIPPS (63). Mogu se koristiti i drugi lijekovi, primjerice tipični i atipični antipsihotici, stabilizatori raspoloženja te eventualno druge skupine lijekova. Farmakoterapije je, generalno, slabog učinka. Preporuka je prvo liječiti simptome koje su na prvoj osi: ako postoji afektivna labilnost, impulzivnost, napetost ili strah koriste se antipsihotici; u slučaju bulimije, depresije te opsesivnih crta preporuka su inhibitori ponovne pohrane serotonina, to jest ako postoje drugi komorbiditetni simptomi, kombinirati s antipsihotikom. Ako postoje veće oscilacije raspoloženja, preporuka su stabilizatori raspoloženja. Isto vrijedi kod nastupa agresivnosti. Prvih tjedan dana obavezno je nadziranje nastupa suicidalnosti (53). U primjeni su integrativne (multimodalne) terapije, koje udružuju psihoterapiju i farmakoterapiju. Liječenje mora ići postepeno i polagano. Ako postoje prateće dijagnoze, primjerice depresija, one se liječe prve, a potom dodatni simptomi

(56). Naposljetku, pokušava se direktno utjecati na samoozljeđujuće ponašanje. Ishodi terapije i tijek liječenja zavise o postojećim psihičkim poremećajima. U najvećem broju slučajeva, do tridesete godine života, simptomi samoozljeđivanja se povuku (53).

2. CILJEVI ISTRAŽIVANJA

1. Ispitati postoji li viša učestalost doživljavanja nasilja preko interneta u adolescenata s psihijatrijskim poremećajem u odnosu na adolescente koji nemaju psihijatrijsku dijagnozu.

2. Istražiti koje su najčešće vrste nasilnog ponašanja preko interneta koje doživljavaju adolescenti u općoj populaciji, odnosno adolescenti s psihijatrijskim poremećajem.

3. Istražiti postoji li razlika u doživljavanju nasilja preko interneta s obzirom na dob adolescenata.

Hipoteze istraživanja su sljedeće:

1. Adolescenti koji imaju psihijatrijski poremećaj u većoj mjeri doživljavaju nasilje preko interneta u odnosu na adolescente bez psihijatrijske dijagnoze.

2. Najčešće vrste nasilnog ponašanja preko interneta su slanje pogrdnih poruka te izoliranje pojedinca iz *online* razgovora ili grupa, u obje skupine.

3. Postoji veća učestalost doživljavanja nasilja preko interneta u mlađih adolescenata, u dobnoj skupini od 11 do 13 godina.

3. ISPITANICI I POSTUPCI

3.1. Etička načela

Plan istraživanja je u skladu s odredbama o zaštiti prava i osobnih podataka ispitanika iz Zakona o zaštiti prava pacijenata (NN169/04, 37/08) i Zakona o provedbi Opće uredbe o zaštiti podataka (NN 42/18), te odredbama Kodeksa liječničke etike i deontologije (NN55/08, 139/15) i pravilima Helsinške deklaracije WMA 1964-2013 na koje upućuje Kodeks. Etičko povjerenstvo Kliničkog Bolničkog Centra Split odobrilo je provođenje istraživanja, rješenjem broj 2181-147/01/06/LJ.Z.-23-02.

3.2. Ispitanici

U istraživanju je sudjelovalo 102 ispitanika koji su podijeljeni u dvije skupine. Prvu, ispitnu skupinu čine adolescenti koji su radi psihijatrijskog pregleda ili liječenja došli na ambulantu za dječju i adolescentnu psihijatriju, KBC Split, u razdoblju od 01. travnja do 31. svibnja 2023. godine. Od njih 51, najveći broj boluje od miješanog anksioznog i depresivnog poremećaja, zatim slijede izolirani anksiozni te depresivni poremećaj. Ostale dijagnoze ispitanika su poremećaj ponašanja, somatizacijski poremećaj, poremećaj hranjenja te panični, psihotični i opsesivno kompulzivni poremećaj . U anamnezi, 39,22% ispitanika ima povijest samoozljeđivanja. Kriteriji isključena za ispitnu skupinu su metalna retardacija, akutna psihotična stanja te teža organska oštećenja mozga. Druga skupina je kontrolna, a čine je adolescenti od 11 do 18 godina, koji pohađaju peti do osmi razred osnovne škole te prvi do četvrti razred srednje škole. Sudjelovali su učenici osnovne škole Ivana Mažuranića, Obrovac Sinjski (29 učenika) te Turističko-ugostiteljske škole, Split (22 učenika). Kriterij isključenja za kontrolnu skupinu je posjećivanje psihologa ili psihijatra.

3.3. Postupci

Kao mjerni instrument korišten je upitnik o nasilju preko interneta. Upotrijebljena je prevedena španjolska verzija upitnika Europskog Projekta Intervencije Protiv Internetskog Nasilja, engl. *European Cyberbullying Intervention Project Questionnaire* (ECIP-Q). Prvi dio upitnika odnosi se na osobne podatke ispitanika, kao što su spol i dob. Drugi dio sastoji se od jedanaest stavki koje se odnose na različite vrste internetskog nasilja, poput slanja ružnih riječi, isključivanja iz grupe ili širenja glasina, lažnog predstavljanja, objave sramotnih slika ili

videozapisa i slično. Svih jedanaest stavki ocjenjuju ponašanja povezana s viktimizacijom te imaju pet mogućnosti odgovora (0 = nikad, 1 = jednom ili dvaput, 2 = jednom ili dvaput mjesečno, 3 = otprilike jednom tjedno, 4 = više od jednom tjedno). Sudionici oba spola koji su bili predmetom bilo kojeg od jedanaest ponašanja povezanih s viktimizacijom s minimalnom učestalošću jednom ili dva puta mjesečno identificirani su kao žrtve. Sudionici moraju navesti učestalost kojom su doživjeli svaku od navedenih situacija. Upitnik obuhvaća razdoblje izloženosti unatrag dva mjeseca od trenutka rješavanja. Upitnik je podijeljen ispitnoj skupini za vrijeme posjeta ambulanti dječje i adolescentne psihijatrije, a kontrolnoj skupini tijekom redovne nastave te je zatražen informirani pristanak roditelja. Svi sudionici obaviješteni su o dobrovoljnosti sudjelovanja i povjerljivosti svojih odgovora.

3.4. Statistički analiza

Prilikom testiranja razlika između ispitne i kontrolne skupine upotrijebljen je t-test, hi-kvadrat test te Z test. Kvalitativne varijable prikazane su kao postotak te kao cijeli brojevi, dok su kvantitativne varijable prikazane kao srednja vrijednost te standardna devijacija. Statistička značajnost je postavljena na $P < 0,05$. Za obradu i prikupljanje podataka korišten je Excel 2019, Microsoft Corporation.

4. REZULTATI

U ovom istraživanju sudjelovalo je ukupno 102 ispitanika, po 51 ispitanik u ispitnoj te kontrolnoj skupini. Prema spolu, u ispitnoj skupini sudjelovalo je 88,2% djevojaka i 11,8 % mladića, dok je u kontrolnoj skupini sudjelovalo 80,4% djevojaka te 19,6% mladića. Ispitanici su adolescenti od 11 do 18 godina, s prosječnom dobi od 14,71 godinu u ispitnoj te 14,73 godina u kontrolnoj skupini. Demografski pokazatelji ispitanika navedeni su u Tablici 1. U Tablici 2 navedene su dijagnoze ispitanika s psihijatrijskim poremećajem. Od njih 51, najveći broj boluje od miješanog anksioznog i depresivnog poremećaja (45,1%), zatim slijede izolirani anksiozni (15,69%) te depresivni (9,8%) poremećaj. Ostale dijagnoze su poremećaj ponašanja (9,8%), somatizacijski poremećaj (7,84%), poremećaj hranjenja (5,88) te panični (1,96%), psihotični (1,96%) i opsesivno kompulzivni poremećaj (1,96%). U anamnezi, 39,22% ima povijest samoozljeđivanja.

Tablica 1. Demografski pokazatelji ispitanika

Parametri		Ispitna skupina	SD ₁	Kontrolna skupina	SD ₂	P*
N (broj)		51		51		
Spol (broj)	Ž	45		41		
	M	6		10		
Prosječna dob (godine)		14,71	1,59	14,73	1,64	0,960

Podaci su prikazani kao brojevi i standardna devijacija

M - muški spol; Ž - ženski spol

SD₁ - standardna devijacija za ispitnu skupinu

SD₂ - standardna devijacija za kontrolnu skupinu

*t test

Tablica 2. Prikaz dijagnoza ispitanika s psihijatrijskim poremećajem

Dijagnoza ispitanika	N (broj)	%
Mješoviti anksiozno depresivni poremećaj	23	45,11
Anksiozni poremećaj	8	15,69
Depresivni poremećaj	5	9,8
Poremećaj ponašanja	5	9,8
Somatizacijski poremećaj	4	7,84
Poremećaj hranjenja	3	5,88
Panični poremećaj	1	1,96
Psihotični poremećaj	1	1,96
Opsesivno kompulzivni poremećaj	1	1,96
Samoozljeđivanje	20	39,22

Podaci su prikazani kao cijeli brojevi i postotci
Ukupan broj ispitanika je 51

82,35% ispitanika odgovorilo je kako je barem jednom doživjelo neku vrstu internetskog nasilja. Između spolova, nije pronađena statistički značajna razlika u učestalosti doživljavanja nasilja preko interneta. Od svih djevojaka, 84,88% je izjavilo kako su pretrpjele neku vrstu internetskog zlostavljanja, a isto je izjavilo 68,75% mladića ($P=0,120$). Što se tiče doživljavanja nasilja preko interneta među dobnim skupinama, značajna razlika nije pronađena. Ispitanici u dobi od 11 do 13 godina izjavili su da su barem jednom doživjeli nasilje preko interneta u nekom obliku u 83,33% slučajeva, oni od 14 do 16 godina u 82,43% slučajeva, a ispitanici od 17 i 18 godina u 80% slučajeva ($P=0,975$). U Tablici 3 prikazana je podjela izloženosti nasilju preko interneta s obzirom na spol i dob ispitanika.

Tablica 3. Izloženost nasilju preko interneta u odnosu na spol i dob ispitanika

Parametri		Doživjeli nasilje (broj)	%	<i>P</i> *
Ukupan broj ispitanika		102	84	82,35
spol	M (N [†] =16)	11	68,75	0,120
	Ž (N [†] =86)	73	84,88	
Dob (godine)	11-13 (N [†] =18)	15	83,33	0,975
	14-16 (N [†] =74)	61	82,43	
	17-18 (N [†] =10)	8	80	

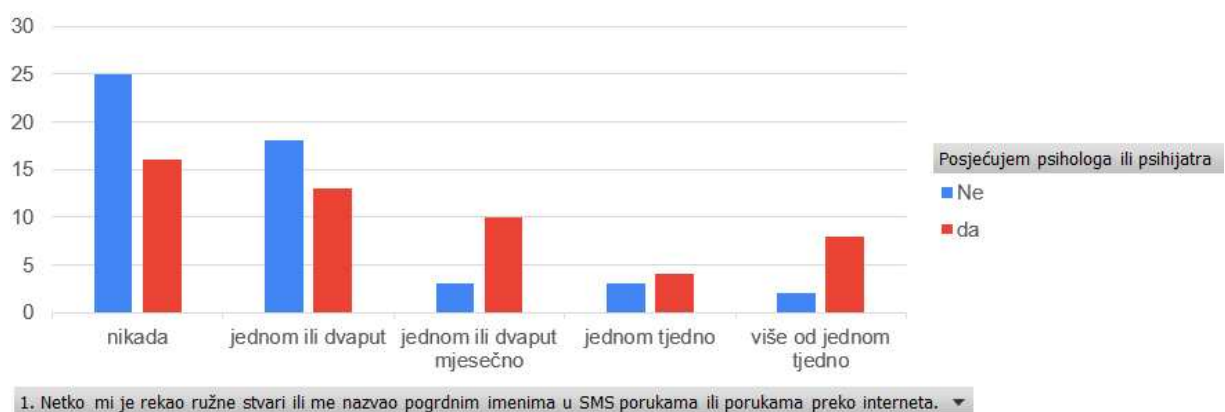
Podaci su prikazani kao cijeli brojevi i postotci

M - muški spol; Ž - ženski spol

*hi kvadrat test

[†]N=broj ispitanika

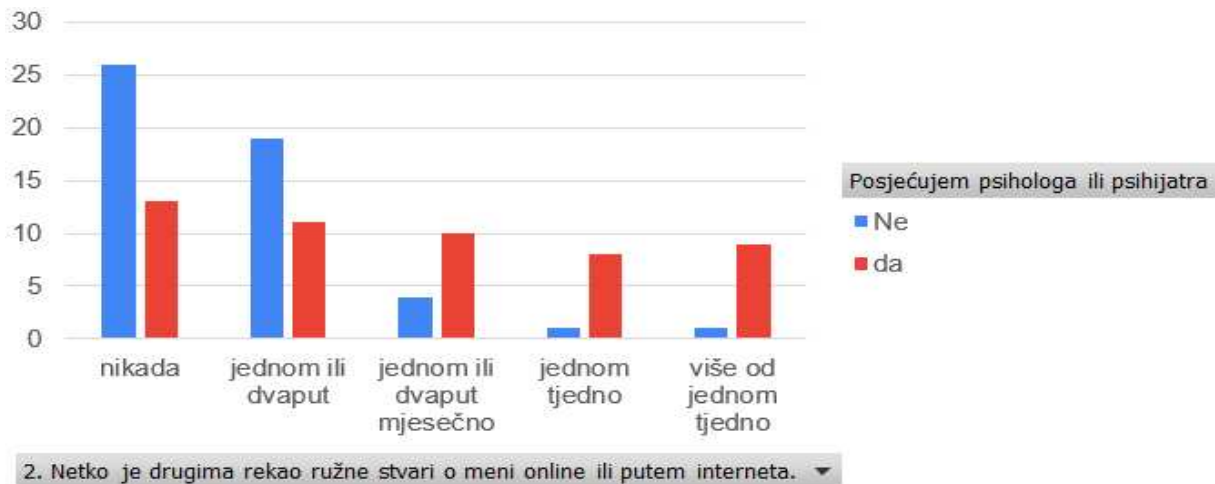
Za izjavu koja glasi „Netko mi je rekao ružne stvari ili me nazvao pogrđnim imenima u SMS porukama ili porukama preko interneta“ pronađena je statistički značajna razlika između dvije skupine ($P < 0,001$). 68,63% ispitanika sa psihijatrijskim poremećajem izjavilo je da je barem jednom doživjelo navedeno, dok je to izjavilo 50,98% ispitanika bez poremećaja. 43,14% ispitanika s poremećajem tvrdi da je navedeno doživjelo jednom mjesečno ili češće. Isto tvrdi 15,69% ispitanika bez poremećaja. Rezultati su prikazani na Slici 1.



Slika 1. Podjela odgovora na izjavu „Netko mi je rekao ružne stvari ili me nazvao pogrđnim imenima u SMS porukama ili porukama preko interneta“

* $P < 0,001$, korišten hi kvadrat test

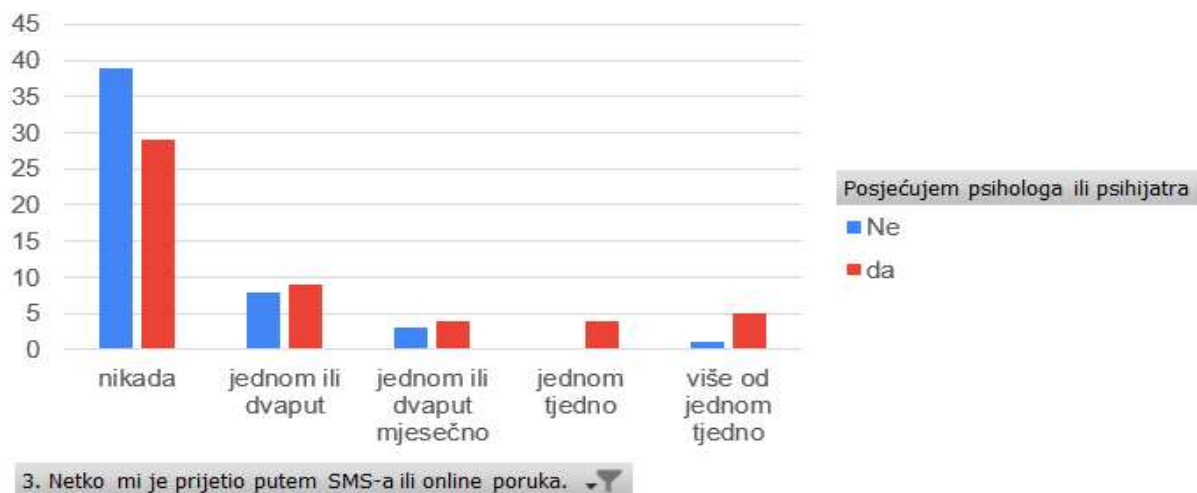
Na Slici 2 prikazani su rezultati za izjavu „Netko je drugima rekao ružne stvari o meni online ili putem interneta“. Između dvije skupine postoji statistički značajna razlika ($P<0,001$). 74,51% ispitanika s poremećajem tvrdi da je doživjelo navedeno barem jednom, a isto tvrdi 49,02% ispitanika bez poremećaja. Jednom mjesečno ili češće navedeno doživljava 52,94% ispitanika s poremećajem te 11,76% ispitanika bez poremećaja.



Slika 2. Podjela odgovora na izjavu „Netko je drugima rekao ružne stvari o meni online ili putem interneta“

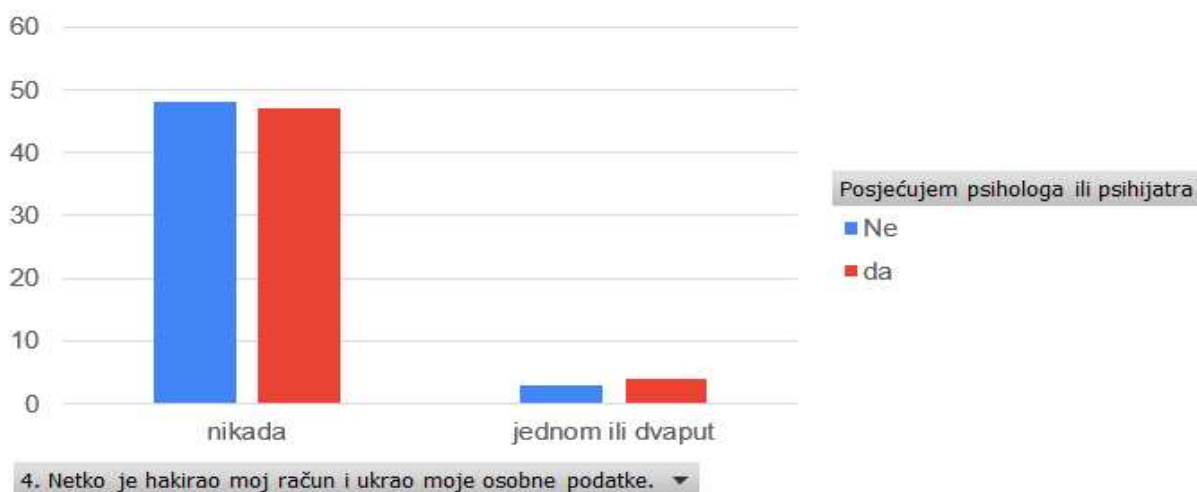
* $P<0,001$, korišten hi kvadrat test

Slika 3 prikazuje rezultate za izjavu „Netko mi je prijetio putem SMS-a ili online poruka“. Ispitanici s poremećajem su navedeno doživjeli statistički značajno češće, barem jednom u 43,14% slučajeva, a ispitanici bez poremećaja u 23,53% slučajeva. Jednom mjesečno ili češće navedeno je iskusilo 25,49% ispitanika s poremećajem te 5,88% njih bez poremećaja ($P<0,001$).



Slika 3. Podjela odgovora za izjavu „Netko mi je prijetio putem SMS-a ili online poruka”
 * $P < 0,001$, korišten hi kvadrat test

Sljedeće tri izjave odnose se na vrstu nasilja preko interneta kao što je neovlašteno ulaženje u tuđi profil, lažno predstavljanje te kreiranje lažnog profila. Nije pronađena statistički značajna razlika između ispitne i kontrolne skupine. Od ukupnog broja ispitanika, 6,86% iskusilo je hakiranje i krađu osobnih podataka (Slika 4), 6,86% doživjelo je da se netko pretvara da su oni na internetu (Slika 5), a 8,82% je izjavilo da je netko izradio lažni račun s njihovim imenom (Slika 6).



Slika 4. Podjela odgovora za izjavu „Netko je hakirao moj račun i ukrao moje osobne podatke“.
 * $P = 0,552$, korišten hi kvadrat test

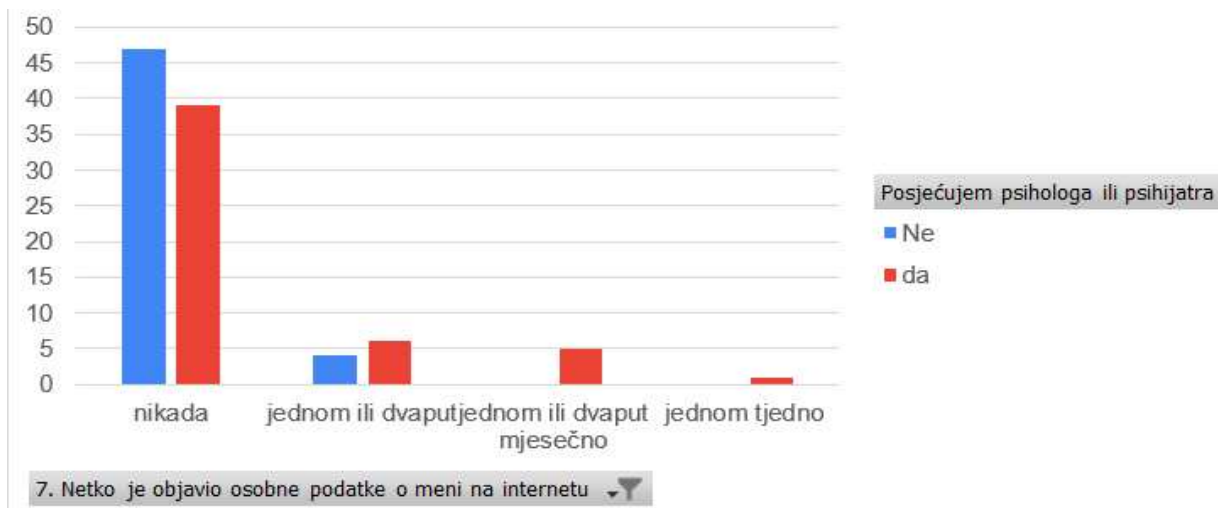


Slika 5. Podjela odgovora za izjavu „Netko je hakirao moj račun i pretvarao se da sam ja“
 * $P=0,602$, korišten hi kvadrat test



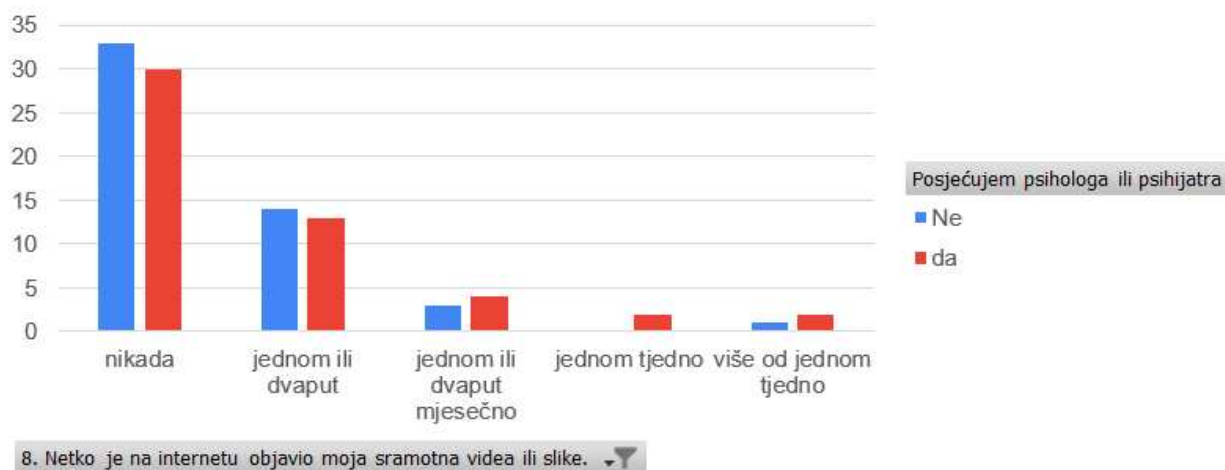
Slika 6. Podjela odgovora za izjavu „Netko je napravio lažni račun, pretvarajući se da sam ja“
 * $P=0,610$, korišten hi kvadrat test

Nije pronađena statistički značajna razlika između skupina za izjavu „Netko je objavio osobne podatke o meni na internetu“ ($P=0,501$). 7,84% ispitanika bez poremećaja je izjavilo da je navedeno doživjelo samo jednom ili dvaput. Isto je doživjelo 23,53% ispitanika s poremećajem, a ista skupina navedeno je iskusila jednom mjesečno ili češće u 11,76% slučajeva. Rezultati su na Slici 7.



Slika 7. Podjela odgovora za izjavu „Netko je objavio osobne podatke o meni na internetu“
* $P=0,501$, korišten hi kvadrat test

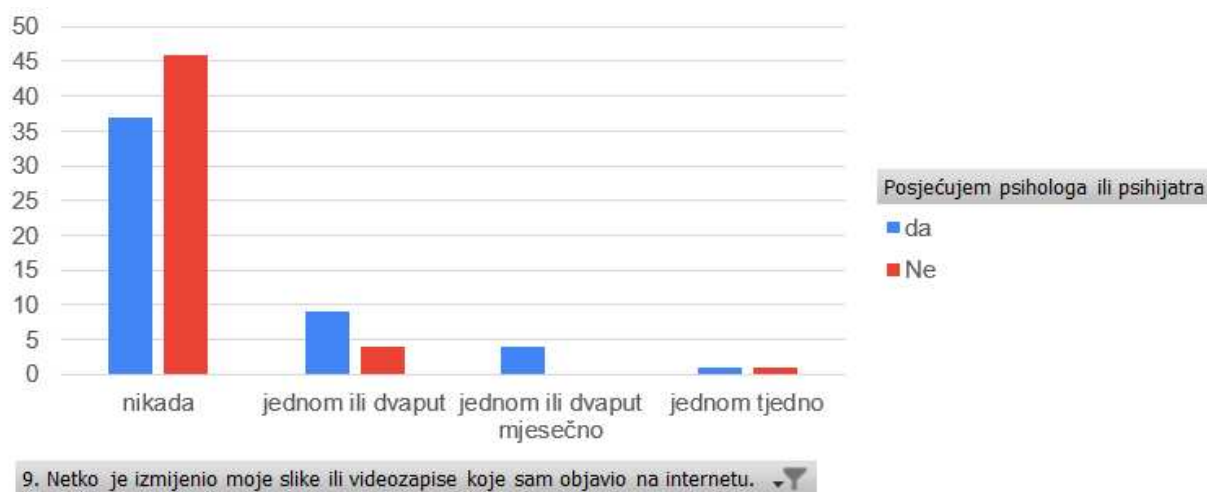
Isto tako, ne postoji statistički značajna razlika između odgovora ispitanika sa poteškoćama i bez poteškoća za izjavu „Netko je na internetu objavio moja sramotna videa ili slike“ ($P=0,890$). 41,18% ispitanika s poremećajem tvrdi da je navedeno doživjelo barem jednom. Isto tvrdi 35,29% ispitanika bez poremećaja. Rezultati su na Slici 8.



Slika 8. Podjela odgovora za izjavu „Netko je na internetu objavio moja sramotna videa ili slike“
* $P=0,890$, korišten hi kvadrat test

S druge strane, pronađena je statistički značajna razlika između dvije skupine za izjavu „Netko je izmijenio moje slike ili videozapise koje sam objavio na internetu“ ($P=0,046$).

27,45% ispitanika s poremećajem izjavilo je kako je netko izmijenio njihove slike ili videozapise koje su objavili na internetu. Isto tvrdi 9,8% ispitanika bez poremećaja. Rezultati su na Slici 9.



Slika 9. Podjela odgovora za izjavu „Netko je izmijenio moje slike ili videozapise koje sam objavio na internetu“

* $P=0,046$, korišten hi kvadrat test

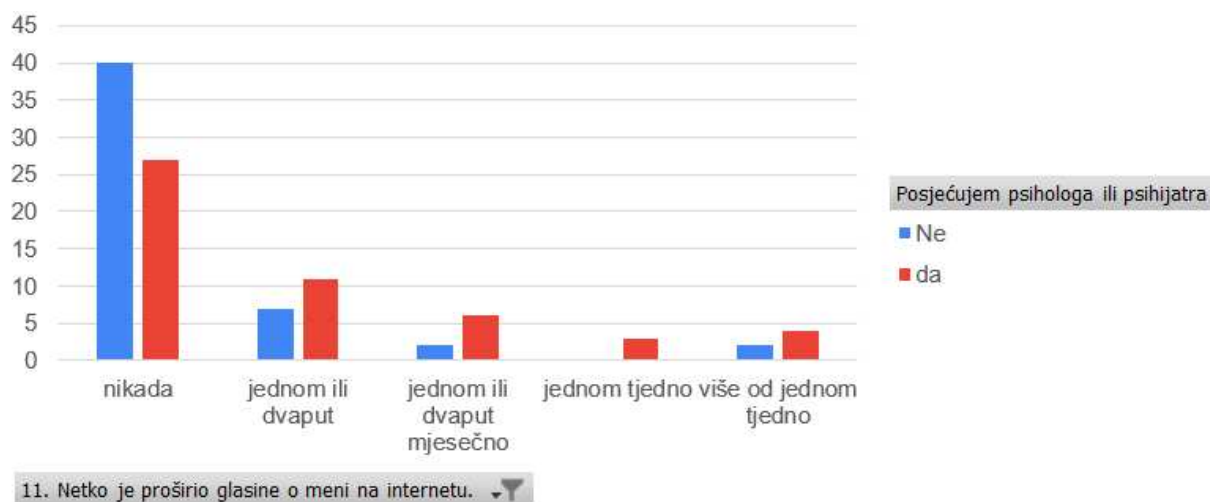
Na Slici 10 prikazani su rezultati za izjavu „Drugi su me isključili ili ignorirali na društvenoj mreži ili online razgovoru“. Postoji statistički značajna razlika između dvije skupine ($P<0,001$). 74,5% ispitanika s poremećajem iskusilo je ignoriranje na društvenim vezama ili online razgovorima barem jednom, dok 47% ispitanika s poremećajem iskusi ignoriranje barem jednom mjesečno. 67% ispitanika bez poremećaja nije nikad iskusilo navedeno.



Slika 10. Podjela odgovora za izjavu „Drugi su me isključili ili ignorirali na društvenoj mreži ili online razgovoru“

* $P<0,001$, korišten hi kvadrat test

Posljednja izjava se odnosi na širenje glasina na internetu. Skupina s poremećajem statistički značajno češće doživi navedeno, njih 47,06%. Isto tvrdi 21,57% ispitanika bez poremećaja ($P=0,002$). Rezultate prikazuje Slika 11.



Slika 11. Podjela odgovora za izjavu „Netko je proširio glasine o meni na internetu“
* $P=0,002$, korišten hi kvadrat test

Sveukupno gledajući, Ispitanici s poremećajem statistički značajno češće doživljavaju neku vrstu nasilja preko interneta jednom mjesečno ili češće ($P<0,001$). Navedeno je izjavilo 66,67% njih. Isto je izjavilo 25,49 ispitanika bez poremećaja. Rezultat je prikazan na Tablici 4.

Tablica 4. Doživljavanje nasilja jednom mjesečno ili češće između ispitanika s i bez psihijatrijskog poremećaja

Ispitanici	Doživljavanje nasilja jednom mjesečno ili češće (broj)	P^*
S poremećajem ($N^\dagger=51$)	34	<0,001
Bez poremećaja ($N^\dagger=51$)	13	

Podaci su prikazani kao cijeli brojevi

*Z test

$^\dagger N$ =broj ispitanika

5. RASPRAVA

Nasilje preko interneta globalni je problem koji ima uzlazni trend. Zlostavljanje je vrlo prisutno među mladima i izaziva društvenu zabrinutost zbog svojih negativnih fizičkih i psihičkih učinaka, posebice u adolescenata između 14 i 18 godina. Ovim istraživanjem nastojalo se utvrditi postoji li veća učestalost doživljavanja nasilja preko interneta između skupine adolescenata koji imaju psihijatrijski poremećaj i skupine adolescenata bez psihijatrijske dijagnoze.

U ovom radu prikazano je kako postoji statistički značajno veća učestalost doživljavanja nasilja preko interneta u skupini adolescenata s depresivnim i anksioznim poremećajem nego u skupini adolescenata bez poremećaja, ako je nasilje definirano kao pretrpljenost zlostavljanja jednom mjesečno ili češće. Dakle, prva hipoteza je potvrđena. Inače, postoji vrlo malo studija koje pokazuju učestalost internetskog nasilja među adolescentima s psihijatrijskim komorbiditetom. Jedno od prvih istraživanja koje je procijenilo učestalost internetskog zlostavljanja na uzorku psihijatrijskih pacijenata provedeno je na južnoafričkim adolescentima, autora E. Paruka i suradnika. Utvrđeno je da je više od polovice sudionika bilo uključeno u *cyberbullying* ponašanje, od kojih su većina bile sudionice. To je više od globalne prevalencije, koja se kreće od 10% do 40% (68). Prethodna istraživanja utvrdila su kako postoji povezanost nasilja preko interneta sa širokim spektrom psiholoških smetnji (29). Uočeno je kako adolescenti žrtve internetskog nasilja pokazuju veću depresivnu simptomatologiju nego oni koji nisu uključeni u takvu vrstu ponašanja (66). Navedeno bi moglo ukazivati na to da je internetsko zlostavljanje faktor koji pogoršava depresiju, sliku o sebi i opće samopouzdanje kod onih koji pate od te dijagnoze (67). Nadalje, rezultati istraživanja pokazuju kako izloženost internetskom nasilju dovodi do negativnih posljedica kao što su anksioznost, nisko samopoštovanje te depresivni poremećaji (32). Također je pronađena poveznica između simptoma depresije i nasilja preko interneta u preglednoj studiji provedenoj na adolescentima u dobi od 12 do 18 godina (33.)

U sklopu ovog istraživanja, 39,22% adolescenata s psihijatrijskim poremećajem ima povijest samoozljeđujućeg ponašanja. Slično tome, John i suradnici pokazali su u rezultatima metaanalize kako postoji povećan rizik od samoozljeđivanja i suicidalnog ponašanja kod žrtava nasilja preko interneta u odnosu na one koji nasilju nisu bili izloženi (36). S obzirom na ustrojstvo istraživanja, koje je presječno, ne može se ništa reći o uzročno posljedičnoj vezi. Ipak, prethodna istraživanja pokazuju utvrđene statistički značajne razlike između učenika koji

su bili žrtve školskog *cyberbullyinga* i onih koji nasilje nisu doživljavali. Prvi postižu više rezultate na ljestvici depresije i emocionalnih problema, problema u ponašanju, odnosa s vršnjacima i hiperaktivnosti te niže rezultate u samopoštovanju (69)

Rezultati ovog istraživanja pokazuju da je 82,35% ispitanika odgovorilo je kako je barem jednom doživjelo neku vrstu internetskog nasilja, a da doživljava jednom mjesečno ili češće odgovorilo je 46,08% ispitanika. Razlog visokoj učestalosti doživljavanja nasilja moglo bi biti to što su u istraživanje uključeni adolescenti s psihijatrijskim poremećajem kod kojih takav rezultat i očekujemo. Prema rezultatima drugih istraživanja, učestalost doživljavanja internetskog nasilja vrlo je varijabilna. Rezultati koje su pronašli Hamm i suradnici govore da je 4,8% do 73,5% adolescenata doživjelo nasilje preko interneta (16). Autori Patchin i Hinduja pretpostavljaju da je 15% do 35% mladih nekada bilo žrtvom internetskog nasilja (17). Prema istraživanjima Tokunaga-e prevalencija bi iznosila 20% do 40% (18). U Hrvatskoj, prema istraživanjima koje su proveli Buljan Flander i suradnici učestalost doživljavanja nasilja preko interneta je 55,3%, a Đuraković i suradnici pronalaze učestalost od 24,9% (23,24). Široki raspon rezultata u različitim istraživanjima rezultat je toga što ne postoji standardizirana metoda ispitivanja učestalosti nasilja preko interneta. Velike su razlike u dizajnu studije, ispitivanoj populaciji, metodologiji te vremenskim razdobljima (15). Nedostatak zajedničke i dogovorene definicije fenomena *cyberbullyinga* znači da su stavke instrumenata razvijenih za njegovo mjerenje heterogene i procjenjuju vrlo različita ponašanja. U aktualnoj literaturi postoje različiti mjerni instrumenti za analizu internetskog nasilja. Međutim, ECIP-Q upitnik (engl. *European Cyberbullying Intervention Project Questionnaire*), koji je korišten u ovom istraživanju, a razvili su ga Brighi i suradnici, ističe se kao kratki instrument koji strukturira različite oblike *cyberbullyinga* u 11 stavki viktimizacije. Prethodne studije su potvrdile psihometrijska svojstva njegovih rezultata. Stavke navedenog upitnika, koje omogućuju operacionalizaciju 11 ponašanja povezanih s internetskim zlostavljanjem, kratkoća njegove primjene i homogenost rezultata pronađenih prilikom analize dokaza o njenoj valjanosti i unutarnja dosljednost u različitim studijama omogućuju mu da bude primjeren instrument za mjerenje školskog *cyberbullyinga* (69).

U ovom istraživanju pronađeni najčešći oblici nasilja u skupini adolescenata s psihijatrijskim poremećajem bili su slanje pogrđnih i uznemirujućih poruka, isključivanje iz mrežnih razgovora ili grupa, zatim objava glasina ili neistina na internetu te slanje prijetećih poruka preko interneta ili SMS poruka. U kontrolnoj skupini najučestalije nasilno ponašanje preko

interneta je također slanje pogrdnih i uznemirujućih poruka. Slijede po učestalosti objava sramotnih slika ili videozapisa, isključivanje iz mrežnih razgovora ili grupa te slanje prijjetnji preko interneta ili SMS poruka. Druga hipoteza je djelomično potvrđena. Za obje skupine je na prvom mjestu po učestalosti slanje pogrdnih i uznemirujućih poruka, no iako ispitna skupina češće doživljava ignoriranje i izoliranje na internetu, kontrolna skupina u većem postotku doživi objavu sramotnih slika ili videozapisa. U studiji koja je provedena u Republici Hrvatskoj među učenicima sedmog i osmog razreda osnovnih škola, najčešći oblici zlostavljanja bili su ismijavanje na forumima, društvenim mrežama ili blogovima, zatim, objava sramotnog sadržaja ili slika na internetu te uznemiravanje putem poruka ili e-pošte (8).

Prema rezultatima ovog istraživanja, nije pronađena statistički značajna razlika u doživljavanju nasilja preko interneta između djevojaka i mladića. Treba uzeti u obzir da je u istraživanju sudjelovalo 86 djevojaka (84,31%) i 16 mladića (15,69%), dakle, odnos spolova bio je 5:1 u korist ženskog spola. Druga istraživanja u kontekstu spolnih razlika kod doživljavanja nasilja preko interneta ne pokazuju ujednačene rezultate (25). Određene studije pokazuju kako su osobe ženskog spola češće žrtve internetskog nasilja, a s druge strane Tokunaga, pregledom studija, među spolovima ne pronalazi razliku kod doživljavanja internetskog nasilja (18).

U ovom istraživanju nije pronađena značajna razlika u doživljavanju internetskog nasilja među dobnim skupinama. Treća hipoteza nije potvrđena. Rezultati drugih istraživanja u kontekstu odnosa dobi i doživljavanja nasilja preko interneta varijabilna su. Određena istraživanja pokazuju porast učestalosti nasilja s porastom dobi, dok druga sugeriraju smanjivanje učestalosti s porastom dobi (27,28).

Važnost ovog istraživanja je u tome što ne postoji značajan broj studija koje mjere pojavnost *cyberbullyinga* među adolescentima sa dijagnosticiranim psihijatrijskim poremećajem. Iako se rezultati, zbog malog broja ispitanika ne mogu generalizirati na opću populaciju adolescenata, oni mogu biti sredstvo za podizanje svijesti kliničara o visokoj prevalenciji internetskog zlostavljanja među adolescentima upućenim na psihijatriju. Stručnjaci za mentalno zdravlje koji procjenjuju adolescente trebali bi razmotriti provjeru doživljavanja internetskog nasilja rutinskim postavljanjem pitanja koja se odnose i na internetsko zlostavljanje i na internetsku viktimizaciju te uključiti posebne mjere podrške žrtvama.

Premda ovo istraživanje pridonosi području istraživanja internetskog nasilja, postoje brojna ograničenja. Ne postoji univerzalna metoda mjerenja učestalosti internetskog nasilja pa treba paziti kod uspoređivanja rezultata ovog rada s rezultatima drugih istraživanja. Rezultati su dobiveni temeljen samoprocjene učenika. Postoji mogućnost da su ispitanici odgovarali subjektivno, odnosno da su podcijenili ili precijenili doživljavanje nasilja. Isto tako je moguće da su ispitanici u kontrolnoj skupini davali društveno poželjne odgovore. S druge strane, pretpostavljeno je na temelju isključujućeg pitanja o posjećivanju psihologa ili psihijatra da je kontrolna skupina sastavljena od zdravih pojedinaca, bez psihijatrijskih poremećaja. Drugi isključujući, psihijatrijski upitnici nisu provedeni u kontrolnoj skupini. Nadalje, istraživanje je rađeno na malom broju ispitanika, koji su došli na pregled i liječenje u ambulantu za dječju i adolescentnu psihijatriju u KBC Split, dakle ograničeno je na jedan grad u Hrvatskoj i na prigodan uzorak. Naposljetku, radi se o presječnom istraživanju koje je provedeno u razdoblju od dva mjeseca, odnosno, ne može se ništa reći o uzročno posljedičnoj vezi između doživljavanja nasilja preko interneta i razvoju psihijatrijskih poremećaja. Ne može se utvrditi je li psihijatrijski poremećaj rizik za biti žrtvom nasilja preko interneta ili je ono reakcija na internetsko nasilje.

6. ZAKLJUČCI

- Postoji značajna razlika u doživljavanju nasilja preko interneta u adolescenata sa psihijatrijskim poremećajem u usporedbi sa ispitanicima u kontrolnoj skupini. Oni s psihijatrijskim poremećajem su češće žrtve nasilje nego oni bez poremećaja. Ovdje je nasilje definirano kao pretrpljenost nekog oblika zlostavljanja preko interneta jednom mjesečno ili češće.
- Pronađeni najčešći oblici nasilja u skupini adolescenata s psihijatrijskim poremećajem bili su slanje pogrdnih i uznemirujućih poruka, isključivanje iz mrežnih razgovora ili grupa, zatim objava glasina ili neistina na internetu te slanje prijetnji preko interneta ili SMS poruka. U kontrolnoj skupini najučestalije nasilno ponašanje preko interneta je također slanje pogrdnih i uznemirujućih poruka. Slijede po učestalosti objava sramotnih slika ili videozapisa, isključivanje iz mrežnih razgovora ili grupa te slanje prijetnji preko interneta ili SMS poruka.

7. LITERATURA

1. Englander E, Donnerstein E, Kowalski R, Lin CA, Parti K. Defining Cyberbullying. *Pediatrics* [Internet]. 2017 [citirano 25. ožujka 2023.];140(Supplement_2):S148–51. Dostupno na: <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1758U>
2. Smith PK, del Barrio C, Tokunaga RS. Definitions of bullying and cyberbullying: How useful are the terms? In: *Principles of cyberbullying research: Definitions, measures, and methodology*. New York, NY, US: Routledge/Taylor & Francis Group; 2013. p. 26–40.
3. Patchin J, Hinduja S. Bullies Move Beyond the Schoolyard A Preliminary Look at Cyberbullying. *Youth Violence and Juvenile Justice*. 2006;4:148–69.
4. Kowalski RM, Giumetti GW, Schroeder AN, Lattanner MR. Bullying in the digital age: a critical review and meta-analysis of cyberbullying research among youth. *Psychol Bull*. 2014;140(4):1073–137.
5. Saninova G, Haviger J, Novotna L, Sochorova P, Vacková M. Relationship between cyberbullying and readiness for aggressive behavior in middle adolescence. *Procedia - Soc Behav Sci*. 2011;29:567–73.
6. Garrett R, Lord LR, Young SD. Associations between social media and cyberbullying: a review of the literature. *mHealth* [Internet]. 2016 [citirano 25. ožujka 2023.];2:46. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5344141/>
7. Harris S, Petrie G. A Study of Bullying in the Middle School. *NASSP Bull* [Internet]. 2002 [citirano 25. ožujka 2023.];86(633):42–53. Dostupno na: <https://doi.org/10.1177/019263650208663304>
8. Bilić V, Flander GB, Rafajac B. Life satisfaction and school performance of children exposed to classic and cyber peer bullying. *Coll Antropol*. 2014;38(1):21–9.
9. Sourander A, Brunstein Klomek A, Ikonen M, Lindroos J, Luntamo T, Koskelainen M, i sur. Psychosocial risk factors associated with cyberbullying among adolescents: a population-based study. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(7):720–8.
10. Willard NE. *Cyberbullying and Cyberthreats: Responding to the Challenge of Online Social Aggression, Threats, and Distress*. Research Press; 2007. 322 p.
11. Vandebosch H, Van Cleemput K. Cyberbullying among youngsters: Profiles of bullies and victims. *New Media Soc*. 2009;11(8):1349–71.

12. Nocentini A, Calmaestra J, Schultze-Krumbholz A, Scheithauer H, Ortega R, Menesini E. Cyberbullying: Labels, behaviours and definition in three European countries. *Aust J Guid Couns.* 2010;20(2):129–42.
13. Bilić, V. Nove perspektive, izazovi i pristupi nasilja među vršnjacima. Zagreb:Obrazovni izazovi i Učiteljski fakultet Zagreb;2018.str. 295-298
14. Goerzig A, Machackova H. Cyberbullying from a socio-ecological perspective: A contemporary synthesis of findings from EU Kids Online. *MediaLSE Work Pap Ser.* 2015;36.
15. Suzuki K, Asaga R, Sourander A, Hoven CW, Mandell D. Cyberbullying and adolescent mental health. *Int J Adolesc Med Health.* 2012;24(1):27–35.
16. Hamm MP, Newton AS, Chisholm A, Shulhan J, Milne A, Sundar P, i sur. Prevalence and Effect of Cyberbullying on Children and Young People: A Scoping Review of Social Media Studies. *JAMA Pediatr.* 2015;169(8):770–7.
17. Hinduja S, Patchin JW. Bullying, cyberbullying, and suicide. *Arch Suicide Res Off J Int Acad Suicide Res.* 2010;14(3):206–21.
18. Tokunaga R. Following you Home from School: A Critical review and Synthesis of Research on Cyberbullying Victimization. *Comput Hum Behav.* 2010;26:277–87.
19. Modecki KL, Minchin J, Harbaugh AG, Guerra NG, Runions KC. Bullying prevalence across contexts: a meta-analysis measuring cyber and traditional bullying. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med.* 2014;55(5):602–11.
20. Finkelhor D, Mitchell K, Wolak J. Online victimization: A report on the nation's youth. *Crimes Child Res Cent [Internet].* 2000 [citirano 12. travnja 2023.]; Dostupno na: <https://scholars.unh.edu/cerc/34>
21. Smith P. Cyberbullying: Challenges and opportunities for a research program—A response to Olweus (2012). *Eur J Dev Psychol.* 2012;9:1–6.
22. Nikčević-Milković A, Jerković A. Učestalost i oblici elektroničkog zlostavljanja učenika viših razreda osnovnoškolske dobi u tri različite školske sredine. *Šk Vjesn Časopis Za Pedagog Teor Praksu [Internet].* 2016 [citirano 12. travnja 2023.];65(1):75–93. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/177321>

23. Buljan Flander G, Dugić S, Handabaka I. Odnos elektroničkog nasilja, samopoštovanja i roditeljskih čimbenika kod adolescenata. *Klin Psihol* [Internet]. 2015 [citirano 12. travnja 2023];8(2):167–80. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/169741>
24. Đuraković SJ, Šincek D, Tomašić Humer J. Prikaz skale doživljavanja/činjenja nasilja preko interneta i rezultata primjene te skale na vinkovačkim srednjoškolicima. *Živ Šk Časopis Za Teor Praksu Odgoja Obraz* [Internet]. 2014 [citirano 12. travnja 2023.];60(32):61–74. Dostupno na: <https://www.bib.irb.hr/745650>
25. Slonje R, Smith P, Frisén A. The nature of cyberbullying, and strategies for prevention. *Comput Hum Behav*. 2013;29:26–32.
26. Dilmaç B. Psychological needs as a predictor of cyber bullying: A preliminary report on college students. *Educ Sci Theory Pract*. 2009;9:1307–25.
27. Slonje, R. & Smith, P. K. Cyberbullying: Another main type of bullying?, *Scandinavian Journal of Psychology*. 2007;49:147-154.
28. Kowalski, R. M., & Limber, S. P. Psychological, physical, and academic correlates of cyberbullying and traditional bullying. *Journal of adolescent health*2013;53(1):13-20.
29. Bottino SMB, Bottino CMC, Regina CG, Correia AVL, Ribeiro WS. Cyberbullying and adolescent mental health: systematic review. *Cad Saude Publica*. 2015;31(3):463–75.
30. Ortega R, Elipe P, Mora-Merchán JA, Genta ML, Brighi A, Guarini A, i sur. The emotional impact of bullying and cyberbullying on victims: a European cross-national study. *Aggress Behav*. 2012;38(5):342–56.
31. Navarro R, Yubero S, Larrañaga E. Cyberbullying Across the Globe: Gender, Family, and Mental Health. 2015.
32. Livingstone S, Smith PK. Annual research review: Harms experienced by child users of online and mobile technologies: the nature, prevalence and management of sexual and aggressive risks in the digital age. *J Child Psychol Psychiatry*. 2014;55(6):635–54.
33. Reed K, Cooper L, Nugent W, Russell K. Cyberbullying: A Literature Review of Its Relationship to Adolescent Depression and Current Intervention Strategies. *J Hum Behav Soc Environ*. 2015;26:1–10.

34. Schneider SK, O'Donnell L, Stueve A, Coulter RW. Cyberbullying, school bullying, and psychological distress: a regional census of high school students. *Am J Public Health*. 2012;102(1):171-7.
35. Litwiller BJ, Brausch AM. Cyber bullying and physical bullying in adolescent suicide: the role of violent behavior and substance use. *J Youth Adolesc*. 2013;42(5):675–84.
36. John A, Glendenning AC, Marchant A, Montgomery P, Stewart A, Wood S, i sur. Self-Harm, Suicidal Behaviours, and Cyberbullying in Children and Young People: Systematic Review. *J Med Internet Res*. 2018;20(4):e129.
37. Elgar FJ, Napoletano A, Saul G, Dirks MA, Craig W, Poteat VP, i sur. Cyberbullying victimization and mental health in adolescents and the moderating role of family dinners. *JAMA Pediatr*. 2014;168(11):1015–22.
38. Begovac I, Majić G, Anksiozni (emocionalni) poremećaji. U: Begovac I, suradnici, urednici. *Dječja i adolescentna Psihijatrija*. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu Medicinski fakultet; 2021. str. 755-774.
39. Majić G, Begovac I, Vidović V, i sur. Anksiozni poremećaji. U: Barišić N, ur. *Pedijatrijska neurologija*. Zagreb: Medicinska naklada; 2009, str. 728-734
40. Kovacs M, Devlin B. Internalizing disorders in childhood. *J Child Psychol Psychiatry*. 1998;39(1):47–63.
41. Poljak M, Begić D. Anxiety disorders in children and adolescents. *Soc Psihijatr [Internet]*. 2016 [citirano 15. travnja 2023.];44(4):310–29. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/clanak/257691>
42. Remschmidt H. Angststörungen. U: Remschmidt H, Quaschner K, Theisen FM. *Kinder- und Jugendpsychiatrie*. 6. izdanje. Stuttgart: Georg Thieme; 2011, str. 234-52
43. Begovac I, Majić G, Afektivni poremećaji. U: Begovac I, suradnici, urednici. *Dječja i adolescentna Psihijatrija*. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu Medicinski fakultet; 2021. str. 735-754.
44. Kölch M, Fegert JM, Freyberger HJ. Affektive Störungen. U: Fegert JM, Streeck-Fischer A, Freyberger HJ. *Adoleszenzpsychiatrie*. Stuttgart: Schttauer GmbH; 2009, str. 261-277
45. Levinson DF. The genetics of depression: a review. *Biol Psychiatry*. 2006;60(2):84–92.

46. Nordanskog P, Larsson MR, Larsson EM, Johanson A. Hippocampal volume in relation to clinical and cognitive outcome after electroconvulsive therapy in depression. *Acta Psychiatr Scand.* 2014;129(4):303–11.
47. Makarić G, Folnegović-Šmalc V, Mimica N, Uzun S, Ivezic S, Kozumplik O. Praktične smjernice liječenja depresije. *Medicus.* 2004;13:49–58.
48. Ercegović N. Poremećaji raspoloženja. U: Nikolić S, Marangunić M. Dječja i adolescentna psihijatrija. Zagreb: Školska knjiga; 2004. str.246-287
49. Birmaher B, Brent DA, Benson RS. Summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1998;37(11):1234–8.
50. Hammad TA, Laughren T, Racoosin J. Suicidality in pediatric patients treated with antidepressant drugs. *Arch Gen Psychiatry.* 2006;63(3):332–9.
51. Leslie LK, Newman TB, Chesney PJ, Perrin JM. The Food and Drug Administration's deliberations on antidepressant use in pediatric patients. *Pediatrics.* 2005;116(1):195-204
52. Kaess M, Brunner R, Chanen A. Borderline personality disorder in adolescence. *Pediatrics.* 2014;134(4):782-93
53. Begovac I, Tripkvoić M, Samoozljeđivanje. U: Begovac I, suradnici, urednici. Dječja i adolescentna Psihijatrija. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu Medicinski fakultet; 2021. str. 755-774.
54. Kirkcaldy BD, Brown J, Siefen RG. Disruptive behavioural disorders, self harm and suicidal ideation among German adolescents in psychiatric care. *Int J Adolesc Med Health.* 2006;18(4):597–614.
55. Linehan MM, Heard HL, Armstrong HE. Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry.* 1993;50(12):971–4
56. Jacobson CM, Gould M. The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: a critical review of the literature. *Arch Suicide Res Off J Int Acad Suicide Res.* 2007;11(2):129–47.
57. Wilkinson P, Goodyer I. Non-suicidal self-injury. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2011;20(2):103–8.

58. Prost E, Roberts N. Bodies Under Siege: Self-mutilation, Nonsuicidal Self-injury, and Body Modification in Culture and Psychiatry, 3rd edition. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2012;21(2):155–6.
59. Favazza AR. The coming of age of self-mutilation. *J Nerv Ment Dis*. 1998;186(5):259–68.
60. Pattison EM, Kahan J. The deliberate self-harm syndrome. *Am J Psychiatry*. 1983;140(7):867–72.
61. Solomon Y, Farrand J. “Why don’t you do it properly?” Young women who self-injure. *J Adolesc*. 1996;19:111–9.
62. Paul H. Treating Self-Injury: A Practical Guide, by B. W. Walsh. *Child Fam Behav Ther*. 2013;35:271–8.
63. Ougrin D, Tranah T, Leigh E, Taylor L, Asarnow JR. Practitioner review: Self-harm in adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2012;53(4):337–50.
64. Hamza CA, Stewart SL, Willoughby T. Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: a review of the literature and an integrated model. *Clin Psychol Rev*. 2012;32(6):482–95.
65. Harris HE, Myers WC. Adolescents’ misperceptions of the dangerousness of acetaminophen in overdose. *Suicide Life Threat Behav*. 1997;27(3):274–7.
66. Nunez A., Alvarez-Garcia D., Pérez-Fuentes M.-C. Anxiety and self-esteem in cyber-victimization profiles of adolescents. *Communicate*. 2021;29:47–59
67. Reeds E., Estevez E., March J.C., Piqueras J.A. Psychological adjustment in cybervictims and cyberbullies in secondary education. *An. Psicol*. 2019;35:434–443.
68. Paruk ME, Nassen R. Cyberbullying perpetration and victimisation amongst adolescent psychiatric patients at Lentegeur Hospital, South Africa. *South Afr J Psychiatry SAJP J Soc Psychiatr South Afr*. 2022;28:1755.
69. Álvarez-Marín I, Pérez-Albéniz A, Lucas-Molina B, Martínez-Valderrey V, Fonseca-Pedrero E. Assessing Cyberbullying in Adolescence: New Evidence for the Spanish Version of the European Cyberbullying Intervention Project Questionnaire (ECIP-Q). *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(21):14196.

8. SAŽETAK

Ciljevi istraživanja: Ispitati postoji li veća učestalost doživljavanja nasilja preko interneta u adolescenata s psihijatrijskim poremećajem u odnosu na adolescente koji nemaju psihijatrijsku dijagnozu.

Ispitanici i postupci: U istraživanju je sudjelovalo ukupno 102 ispitanika. Ispitnu skupinu čine adolescenti koji su zbog psihijatrijskog pregleda ili liječenja došli na ambulantu za dječju i adolescentnu psihijatriju, KBC Split, u razdoblju od 01. travnja do 31. svibnja 2023. godine. Druga skupina je kontrolna, a čine je adolescenti koji pohađaju peti do osmi razred osnovne škole te prvi do četvrti razred srednje škole. Sudjelovali su učenici osnovne škole Ivana Mažuranića, Obrovac Sinjski te Turističko-ugostiteljske škole, Split, uz privolu roditelja. Kriterij isključenja za kontrolnu skupinu je posjećivanje psihologa ili psihijatra. Proveden je upitnik o nasilju preko interneta. Korištena je prevedena španjolska verzija Europskog Projekta Intervencije Protiv Internetskog Nasilja, engl. *European Cyberbullying Intervention Project Questionnaire* (ECIP-Q). Upitnik se sastoji od jedanaest pitanja koja se odnose na različite vrste internetskog nasilja, a pojedinac odgovara na skali od nula do četiri s obzirom na učestalost izloženosti nasilju, gdje nula znači nikada, a četiri više od jednom tjedno. Obuhvaća razdoblje izloženosti unatrag dva mjeseca od trenutka rješavanja upitnika.

Rezultati: Adolescenti s psihijatrijskim poremećajem, kao što su anksiozni i depresivni poremećaj te oni koji pokazuju samoozljeđujuće ponašanje, značajno češće doživljavaju nasilje preko interneta. Nasilje je definirano kao pretrpljenost nekog oblika zlostavljanja preko interneta jednom mjesečno ili češće. Navedeno je izjavilo 66,67% ispitanika s poremećajem, u odnosu na 25,49% ispitanika bez poremećaja ($P < 0,001$).

Zaključci: Postoji potreba za većim brojem istraživanja o nasilju preko interneta među adolescentima sa psihijatrijskim poremećajem, s obzirom na to da je viktimizacija među njima značajno viša nego među adolescentima iz opće populacije.

9. SUMMARY

Diploma thesis title: The difference in exposure to violence over the internet between adolescents with a mental disorder and adolescents without a mental disorder.

Objectives: The aim of the research is to examine whether there is a higher prevalence of experiencing violence via the Internet in adolescents with a psychiatric disorder compared to adolescents who do not have a psychiatric diagnosis.

Materials and methods: A total of 102 respondents participated in the research. Test group consisted of adolescents who came to the outpatient clinic for child and adolescent psychiatry, KBC Split, in the period from April 1 to May 31, 2023, for psychiatric examination or treatment. The second group is the control group, consisting of adolescents attending the fifth to eighth grade of elementary school and the first to fourth grade of high school. Students from Ivan Mažuranić elementary school, Obrovac Sinjski, and the Tourist and Hospitality School, Split, participated with the consent of their parents. The exclusion criterion for the control group is visiting a psychologist or psychiatrist. A questionnaire on violence over the Internet was conducted. The translated Spanish version of the European Cyberbullying Intervention Project Questionnaire was used (ECIP-Q). The questionnaire consists of eleven questions related to different types of online violence, and the individual answers on a scale from zero to four regarding the frequency of exposure to violence, where zero means never, and four means more than once a week. It covers a period of two months prior the moment of solving the questionnaire.

Results: Adolescents with psychiatric disorders, such as anxiety and depressive disorders, and those who exhibit self-injurious behavior, experience significantly more violence via the Internet. Violence is defined as suffering some form of online abuse once a month or more often. This was stated by 66.67% of subjects with the disorder, compared to 25.49% of subjects without the disorder ($P < 0,001$).

Conclusions: There is a need for more research on internet violence among adolescents with psychiatric disorders, given that victimization among them is significantly higher than among adolescents from the general population.

10. ŽIVOTOPIS

Osobni podaci:

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Obrazovanje:

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Znanje stranih jezika:

[REDACTED]

[REDACTED]

11. DODATAK

U dodatku je priložen upitnik koji je korišten u ovom radu, odnosno prevedena verzija Upitnika Europskog Projekta Intervencije Protiv Internetskog Nasilja (ECIP-Q).

Upitnik Europskog Projekta Intervencije Protiv Internetskog Nasilja (ECIP-Q)

**0 = nikada , 1 = jednom ili dvaput , 2 = jednom ili dvaput mjesečno , 3 = jednom tjedno ,
4 = više od jednom tjedno**

U zadnja 2 mjeseca : (zaokružite)

1. Netko mi je rekao ružne stvari ili me nazvao pogrdnim imenima u SMS porukama ili porukama preko interneta.	0	1	2	3	4
2. Netko je drugima rekao ružne stvari o meni online ili putem tekstualnih poruka.	0	1	2	3	4
3. Netko mi je prijetio putem SMS-a ili online poruka.	0	1	2	3	4
4. Netko je hakirao moj račun i ukrao moje osobne podatke.	0	1	2	3	4
5. Netko je hakirao moj račun i pretvarao se da sam ja.	0	1	2	3	4
6. Netko je napravio lažni račun, pretvarajući se da sam ja.	0	1	2	3	4

7. Netko je objavio osobne podatke o meni na internetu.	0	1	2	3	4
8. Netko je na internetu objavio moja sramotna videa ili slike.	0	1	2	3	4
9. Netko je izmijenio moje slike ili videozapise koje sam objavio na internetu.	0	1	2	3	4
10. Drugi su me isključili ili ignorirali na društvenoj mreži ili online razgovoru.	0	1	2	3	4
11. Netko je proširio glasine o meni na internetu.	0	1	2	3	4