

## Mentalno zdravlje djece i adolescenata: prevalencija i specifičnosti mentalnih poremećaja

Valentina Ričković, Melita Ladika

*Zavod za javno zdravstvo Karlovačke županije, Vladka Mačeka 48, Karlovac*

### Sažetak.

Podatci Svjetske zdravstvene organizacije pokazuju kako 10 do 20% djece do osamnaeste godine ima neki poremećaj mentalnog zdravlja te da se u razdoblju djetinjstva i adolescencije razvije oko 50% psihijatrijskih bolesti.

**Cilj:** U ovom radu cilj je bio utvrditi najčešće mentalne poremećaje i specifične teškoće kod djece i adolescenata sa svrhom planiranja preventivnih mjera.

**Metoda:** Retrospektivno istraživanje je provedeno pregledom kartona pacijenata na uzorku od 104 ispitanika (N=48 ženskog, N=56 muškog spola). Sudionici su djeca i adolescenti od prvog razreda osnovne škole do završnog razreda srednje škole s područja Karlovačke županije koji su u razdoblju od tri godine sudjelovali u dijagnostičkom postupku u Službi za zaštitu mentalnog zdravlja, prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti Zavoda za javno zdravstvo Karlovačke županije.

**Rezultati:** Najzastupljeniji mentalni poremećaji kod djece i mladih su poremećaj pažnje s/bez hiperaktivnosti (ADHD/ADD) (52,9%) i anksiozni poremećaji (33,7%). Kod djece osnovnoškolskog uzrasta najzastupljeniji je ADHD/ADD (82,1%), dok su među srednjoškolcima najčešći anksiozni poremećaji (52,1%). Uočene su teškoće prepoznavanja i izražavanja emocija (88,5%), poteškoće u učenju (57,7%), loša slika o sebi (56,7%), obiteljski problemi (51,9%), problemi u ponašanju (51,0%) i pretjerano korištenje interneta/digitalnih medija (39,4%).

**Zaključak:** Rezultati pokazuju slične trendove svjetskim nalazima što nas upućuje na nužnost jačanja mjera preventivnih aktivnosti i ranog prepoznavanja koje bi poglavito bile usmjerene na stručne suradnike u školama i dječjim vrtićima.

**Ključne riječi:** adolescenti, djeca, mentalni poremećaj, mentalno zdravlje

### Uvod

Na mentalno zdravlje djece i adolescenata utječu mnogobrojni biološki, psihološki i socijalni čimbenici, odnosno njihova svakodnevna iskustva u obitelji, školi i sa vršnjacima. Očuvanje mentalnog zdravlja djece i adolescenata, odnosno pitanje prevencije i ranog prepoznavanja mentalnih poremećaja je područje kojem se daje poseban značaj (1) i na kojem je nužno intenzivno raditi. Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) 10 do 20% djece do osamnaeste godine ima neki poremećaj mentalnog zdravlja, dok se oko 50% psihijatrijskih bolesti razvije tijekom tog razdoblja (1). Uzroci mentalnog poremećaja najčešće su kombinacija čimbenika, kao što su ozljede mozga, zloupotreba psihoaktivnih tvari, vanjski utjecaji koji izazivaju stres, poremećaj biokemijske ravnoteže i nasljedna sklonost (2). Neprepoznati i neliječeni mentalni poremećaj negativno utječe na razvoj djeteta, njegovo školsko postignuće i potencijal da živi ispunjen i produktivan život (2). Izostanak prepoznavanja i liječenja mentalnih poremećaja može imati dalekosežne čak i tragične posljedice, poput samoubojstva. Prepoznavanje psihičkih smetnji kod djece i adolescenata može biti otežano zbog mnogih fizičkih, mentalnih i emocionalnih promjena koje se događaju u tom razdoblju i činjenice da svako dijete sazrijeva u vlastitom ritmu.

Adolescencija se pojavljuje oko devete godine (kod djevojčica u prosjeku dvije godine ranije), a završava otprilike oko dvadesetprve godine kod žena i oko dvadesetpete godine kod muškaraca (3).

Riječ je o razdoblju psihičkog sazrijevanja, oblikovanja osobnosti, razvijanja stajališta, emocionalnog osamostaljenja od roditelja i odraslih, izgrađivanja odnosa s vršnjacima, usvajanja spolnog identiteta, učenja socijalno odgovornog ponašanja i drugog (2, 3). Zbog svih promjena koje se događaju radi se o specifičnom i jedinstvenom razdoblju u razvoju pojedinca koje ima izniman utjecaj i na mentalno zdravlje. Razvoj i ponašanje u tim godinama postavljaju temelje za ponašanje odraslih, a moguć je i početak mentalnih poremećaja koji se mogu nastaviti i u odraslo doba (1).

U kontekstu razvojne psihologije osnovnoškolsko doba je obilježeno možda i najvećim brojem promjena, kako na tjelesnom, kognitivnom tako i na emocionalnom i socijalnom planu. U tom razdoblju života djeteta proživljava fazu srednjeg djetinjstva sve do adolescencije (3). U nižim razredima osnovne škole djeteta se prvi puta susreće s definiranom strukturom, jasnim zahtjevima i pravilima. Većina djece na te zahtjeve adekvatno reagira, dok za dio djece ti zahtjevi ispoljavaju neurorazvojne smetnje ili generiraju, anksioznu odnosno depresivnu problematiku. Prijelaz u više razrede osnovne škole podrazumijeva veće opterećenje školskim gradivom, promjenu razredne dinamike, a upareno s pubertetskim tjelesnim promjenama i novim socijalnim izazovima kod većine adolescenata izaziva preispitivanje slike o sebi, oscilacije u samopoštovanju, a kod nekih dovodi i do razvoja ozbiljne anksiozne simptomatike, depresivnih znakova pa i suicidalnih misli i namjera (3). Vrlo često opisani poremećaji dolaze upareni s nekim specifičnim teškoćama, koji dodatno kompliciraju kliničku sliku i predstavljaju otegotne okolnosti u samom funkcioniranju djeteta, ali i u tretmanu (4).

Najčešći poremećaji u dječjoj dobi su eksternalizirani poremećaji ponašanja određeni nedostatnom samokontrolom i internalizirani poremećaji koji obuhvaćaju anksiozne poremećaje i depresiju (5). Eksternalizirani poremećaji u ponašanju najčešće se odnose na poremećaj pažnje s/bez hiperaktivnosti (ADHD/ADD), ali se mogu odnositi i na neke specifične teškoće koje dolaze samostalno ili u komorbiditetu, poput agresivnosti ili poremećaja u ponašanju (6). ADHD je neurorazvojni poremećaj čiji simptomi često dolaze do izražaja tek uključivanjem djeteta u školsko okruženje. Razni autori donose različite prevalencijske podatke o učestalosti tog poremećaja u općoj populaciji, ona varira od 3 do 5% (3) pa čak i do 8% populacije djece u SAD-u (7). Novije spoznaje potvrđuju da poremećaj pažnje s/bez hiperaktivnosti ne nestaje u adolescenciji, već može biti rizični faktor za razvoj specifičnih teškoća i sekundarnih komorbiditeta, u prvom redu anksioznih poremećaja i depresije. Prevalencija dječje anksioznosti u populaciji varira od 4% (5) do 8-9% (8), a uključuje specifične fobije, školsku fobiju, separacijsku anksioznost, socijalnu anksioznost, opsesivno-kompulzivni poremećaj i opću anksioznost. Intenzivni strahovi karakteristični su za djecu nižih razreda osnovne škole. Iako većina njih spontano nestaje, kod dijela djece anksioznost postaje način općeg reagiranja i poprima oblik crte ličnosti, postajući time rizični faktor. Depresivnost u dječjoj dobi može biti tipična u smislu depresivne simptomatike, ali može uključivati i emocionalnu agitiranost, prkošenje i agresivnost. Ono što posebno zabrinjava je povezanost depresije u dječjoj dobi sa većom učestalosti pokušaja samoubojstva (9). Epidemiološki podatci govore o oko 5% učestalosti depresije u dječjoj dobi (10), dok je taj udio očekivano veći u adolescenciji i doseže do 20% adolescenata koji zadovoljavaju dijagnostičke kriterije za depresiju (11). Za postavljanje dijagnoze važni su intenzitet, učestalost i trajanje simptoma, odnosno ponašanje postaje simptom ukoliko se pojavljuje često, traje duže vremensko razdoblje, javlja se u neobičnoj dobi i/ili uzrokuje značajne smetnje u funkcioniranju djeteta (12).

## **Cilj rada**

Cilj ovog rada bio je utvrditi najčešće poteškoće mentalnog zdravlja kod djece i adolescenata. S tim u skladu zanimala nas je zastupljenost mentalnih poremećaja i specifičnih teškoća kod djece i adolescenata Karlovačke županije.

## **Metodologija**

### *3.1 Sudionici*

Istraživanje je provedeno na uzorku od ukupno 104 ispitanika oba spola, s time da je 53,8% (N=56) dječaka, dok je djevojčica 46,2% (N=48). Sudionici istraživanja su djeca i adolescenti od prvog razreda

osnovne škole (sedam godina) do završnog razreda srednje škole (devetnaest godina) s područja Karlovačke županije (Tablica 1).

Tablica 1. Prikaz broja i udjela ispitanika po školi i spolu

	Dječaci	Djevojčice	Ukupno
Osnovna škola	<b>41 (73,2%)</b>	15 (26,8%)	56 (53,8%)
Srednja škola	15 (31,3%)	<b>33 (68,8%)</b>	48 (46,2%)
Ukupno	56 (53,8%)	48 (46,2%)	104 (100%)

Tablica 2. Specifične teškoće djece i adolescenata

Specifične teškoće	Opis teškoća
Poteškoće u učenju	Problemi sa čitanjem, pisanjem, upamćivanjem i dosjećanjem gradiva, pisanjem testova, pisanjem domaće zadaće, teškoće koncentriranja na jednu aktivnost tijekom učenja i pisanja (u školi i rad kod kuće)
Problemi u ponašanju	Hiperaktivno ponašanje, impulzivnost, nemir, upadanje u riječ, teškoće čekanja na red, agresivnost
Sklonost perfekcionizmu	Pokušaji kontroliranja s ciljem smanjenja anksioznosti (pretjerana urednost, pedantnost, organiziranost, kontrola, red, simetrija, čistoća i raspored); visoka očekivanja od sebe i drugih.
Teškoće s emocijama	Teškoće u prepoznavanju, imenovanju, izražavanju emocija i adekvatnom nošenju s emocijama (kod sebe i drugih ljudi)
Socijalna izolacija	Povlačenje iz socijalnih interakcija s vršnjacima
Doživljena trauma	Postojanje traumatskog iskustva (nasilje od strane roditelja ili vršnjaka)
Suicidalnost	Razmišljanje, planiranje i/ili pokušaj suicida
Loša slika o sebi	Samokritičnost, samookrivljavanje, sumnja u sebe, usmjerenost pažnje na slabosti i nedostatke, umanjivanje i/ili zanemarivanje pozitivnih karakteristika, teškoće u iznošenju vlastitih potreba i zauzimanju za sebe, često opravdavanje i ispričavanje, propuštanje prilika zbog lošeg mišljenja
Obiteljske teškoće	Loša komunikacija i odnosi među roditeljima, život jednog roditelja izvan RH, razvedeni roditelji, cjelovite obitelji s neadekvatnim odnosima
Internet/dig. mediji	Prekomjerno korištenje interneta i/ili digitalnih medija ( $\geq$ od 4 sata dnevno)
Droga	Konzumiranje marihuane, <i>galaxy</i>
Alkohol	Konsumacija alkohola tijekom izlaska s vršnjacima, tzv. vikend opijanja

### 3.2 Postupak

Retrospektivno istraživanje provedeno je uvidom u kartone s nalazima pacijenata koji su u razdoblju od 05/2017 do 02/2020 sudjelovali u dijagnostičkom procesu (neovisno o uključenosti u psihološki tretman) u Službi za zaštitu mentalnog zdravlja, prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti Zavoda

za javno zdravstvo Karlovačke županije (ZJZKA). Temeljni kriteriji za uključivanje u istraživanje su godine života (od sedam do devetnaest, odnosno pripadnost osnovnoškolskom ili srednjoškolskom uzrastu) i dijagnoza mentalnog poremećaja. Provedena je analiza dokumentacije s obzirom na podatke bitne za istraživanje (dob, spol, škola, dijagnoza, specifične teškoće). Istraživanje je provedeno u skladu s Etičkim načelima i uz dozvolu ZJZKA. Dijagnoze su svrstane u osam kategorija: poremećaj pažnje i hiperaktivnosti (ADHD), poremećaj pažnje (ADD), anksiozni poremećaji (ANK), depresivni poremećaj (DEP), opsesivno - kompulzivni poremećaj (OKP), bipolarni afektivni poremećaj (BAP), posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) i akutna psihotična reakcija (PSIHOZA). Specifične teškoće koje su uočene tijekom dijagnostičkog procesa kod djece i adolescenata kategorizirane su u dvanaest kategorija (Tablica 2).

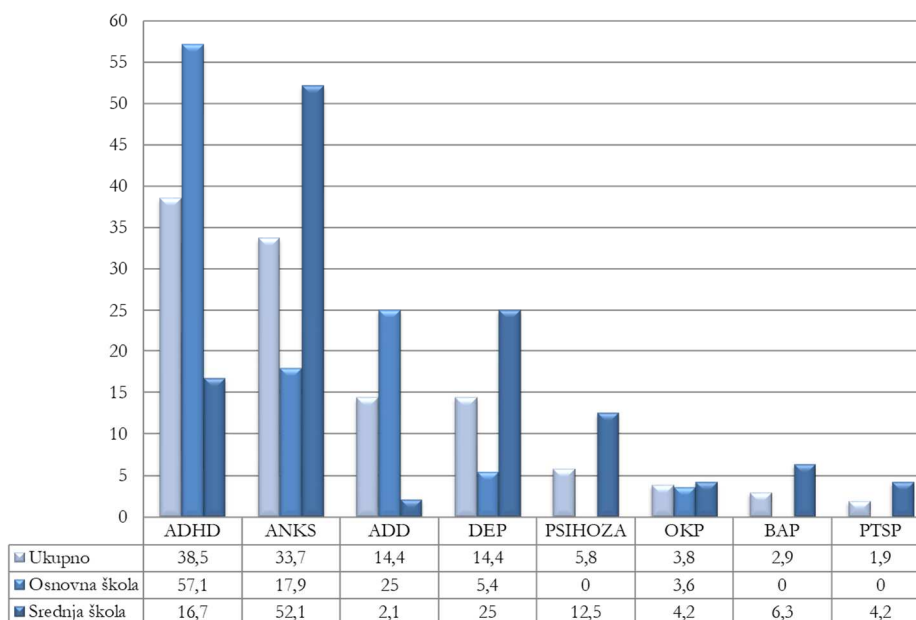
### 3.3 Obrada podataka

Podaci su kvantitativno obrađeni u MS Excel programu pri čemu je provedena deskriptivna analiza podataka (apsolutne frekvencije i postotci).

## Rezultati

U istraživanju je sudjelovalo ukupno 104 djece i adolescenata, od toga njih 53,8% (N=56) su djeca osnovnoškolske dobi, dok je njih 46,2% (N=48) srednjoškolske dobi. Promatrajući zastupljenost po spolu u okviru obrazovanja, vidljivo je kako u uzorku osnovnoškolaca većinu čine dječaci, njih 73,2%, dok je kod srednjoškolaca obrnut slučaj, 68,8% čine djevojke (Tablica 1).

Grafički prikaz 1. Zastupljenost psihičkih poremećaja na uzorku djece i adolescenata

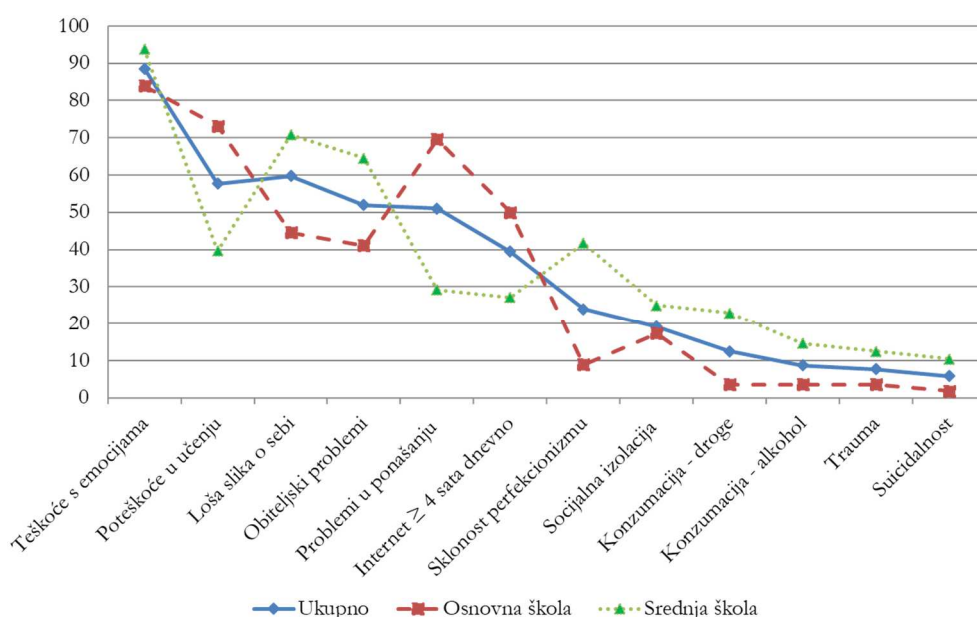


Iz dobivenih rezultata vidljivo je kako su u ukupnom uzorku najzastupljeniji mentalni poremećaji: poremećaj hiperaktivnosti i pažnje (ADHD) (38,5%), anksiozni poremećaji (33,7%), poremećaj pažnje (ADD) i depresija (14,4%) (Grafički prikaz 1). Promatrajući osnovnoškolski uzrast daleko najzastupljeniji su ADHD (57,1%) i ADD (25%) uz anksiozne poremećaje (17,9%). Na uzrastu srednjoškolaca najčešći su anksiozni poremećaji (52,1%), depresija (25%) i ADHD (16,7%). Kod

srednjoškolaca su detektirane i akutne psihotične reakcije (12,5%) uslijed intoksikacije psihoaktivnim tvarima.

Rezultati pokazuju kako postoji niz specifičnih teškoća s kojima se suočavaju djeca i adolescenti (Grafički prikaz 2). Najviše su zastupljene teškoće vezane uz prepoznavanje i izražavanje emocija (88,5%), teškoće u učenju (57,7%), loša slika o sebi (56,7%), obiteljski problemi (51,9%), problemi u ponašanju (51,0%) i prekomjerno korištenje interneta i digitalnih medija (39,4%). S time da su kod osnovnoškolaca najprisutniji problemi u učenju (73,2%), ponašanju (69,6%) i prekomjernom korištenju interneta (50%), dok kod srednjoškolaca prevladava loša slika o sebi (70,8%), obiteljski problemi (64,6%) i sklonost perfekcionizmu (41,7%). Čak 22,9% srednjoškolaca i 3,6% osnovnoškolaca priznaje da konzumira marihuanu i/ili *galaxy*. Nezanemariv je i podatak o 10,4% pokušaja samoubojstva kod srednjoškolaca.

Grafički prikaz 2. Zastupljenost specifičnih teškoća na uzorku djece i adolescenata



## Rasprava

Dobiveni rezultati pokazuju kako je većina pacijenata osnovnoškolskog uzrasta muškog spola (73,2%). Pritom treba uzeti u obzir da Služba ostvaruje suradnju sa stručnim suradnicima škola na području županije koji nam upućuju djecu sa problemima u ponašanju i učenju; poput hiperaktivnosti, nepažnje i manjka koncentracije. Najčešće se kod takve djece dijagnosticira ADHD koji je češći kod muškog spola (7,13). S tim u skladu, kod osnovnoškolskog uzrasta najčešća problematika vezana je uz poremećaj s/bez hiperaktivnosti (82,1%) kojeg prate specifične teškoće u učenju (73,2%), ponašanju (69,6%) i prekomjerno korištenje interneta i/ili digitalnih medija (50%). Navedeni nalazi ukazuju na nužnost što ranijeg prepoznavanja takvih pojedinaca s ciljem omogućavanja što optimalnijeg školovanja i razvoja. Pokazalo se kako se prvi dolazak stručnjaku mentalnog zdravlja zbog navedenih problema ostvaruje najčešće u sedmom razredu, dok je uočavanje istih tih problema prisutno još u predškolskom razdoblju (14). Također, preventivne aktivnosti nužno je usmjeriti prema racionalnijem korištenju interneta i/ili digitalnih medija.

Kod srednjoškolskog uzrasta većinom se javljaju djevojke (68,8%) sa anksiozno depresivnom simptomatikom (77,1%). Takvi nalazi ne znače kako mladići imaju manje poteškoća od djevojaka. Na tu pojavnost utječe niz čimbenika, a između ostalih i socijalna determinanta – društveno je prihvatljivo

za žene tražiti pomoć i podršku. Možemo vidjeti kako ADHD ne nestaje nakon osnovne škole jer su navedene poteškoće prisutne kod 16,7% srednjoškolaca. Ponovno valja uzeti u obzir kako je u uzorku srednjoškolaca veći broj djevojaka, a poznato je kako je ADHD više izražen kod dječaka, čime je zapravo upitna prevalencijska vrijednost tog poremećaja u srednjoškolskoj populaciji. Valja napomenuti kako je šestero ispitanika upućeno u Službu u stanju akutne psihoze što se pokazalo posljedicom intoksikacije psihoaktivnim tvarima (marihuana i *galaxy*) uz postojanje dijagnoze ADHD-a. Kod manjeg broja pacijenata prisutne su dijagnoze BAP, OKP i PTSP. Navedeni nalazi sukladni su već postojećim nalazima koji pokazuju kako je anksiozno depresivna slika najčešći poremećaj kod adolescenata, dok su ostali poremećaji manje zastupljeni, iako kao takvi postoje (1, 2, 15, 16). Zabrinjava činjenica da je i kod srednjoškolaca protok vremena od pojave simptoma do dolaska stručnjaku otprilike četiri do pet godina. Prema njihovim samoiskazima, anksiozno depresivni simptomi najčešće su se počeli javljati tijekom šestog/sedmog razreda osnovne škole i ostali neprepoznati i netretirani do prosječno drugog razreda srednje škole.

Uočeno je kako djeca i adolescenti u velikom broju iskazuju poteškoće u razumijevanju, prepoznavanju i adekvatnom nošenju s emocijama (88,5%). Navedeno nas upućuje na potrebu njihovog većeg opismenijavanja u pogledu emocija jer s boljim razumijevanjem i adekvatnijim mehanizmima nošenja s emocijama očekujemo bolje snalaženje u stresnim situacijama te u konačnici umanjivanje i/ili sprječavanje razvoja poremećaja. Uz navedenu problematiku, valjalo bi obratiti veću pozornost i na ostale specifične poteškoće (probleme u učenju i ponašanju, lošu sliku o sebi, obiteljske probleme, sklonost perfekcionizmu, prekomjerno korištenje interneta) obzirom da doprinose razvoju poremećaja, javljaju se kao njegov dio ili su njegova posljedica. Uočena suicidalnost i konzumacija droge i alkohola alarm su za daljnja ispitivanja povezanosti mentalnih poremećaja i pokušaja njihovog "liječenja" nedozvoljenim sredstvima. Iz ovih nalaza razvidna je potreba puno ranijeg prepoznavanja i reagiranja na problematiku mentalnog zdravlja kod djece i adolescenata. Navedeno je moguće ostvariti kroz educiranje šire zajednice, djece i njihovih roditelja s ciljem smanjivanja stigme odlaska kod stručnjaka mentalnog zdravlja. Najvažniji naglasak je na stručnim suradnicima u školama koji su u mogućnosti prepoznati odstupanja od očekivanog normalnog razvoja i uputiti roditelje stručnjaku za mentalno zdravlje.

## Zaključak

U skladu s ciljevima ovog rada utvrđene su najčešće poteškoće mentalnog zdravlja djece i adolescenata. Rezultati su pokazali kako je u osnovnoškolskom uzrastu najčešći poremećaj pažnje s/bez hiperaktivnosti, dok su kod srednjoškolaca prisutne anksiozno depresivne smetnje. Identificirano je i niz specifičnih teškoća koje nam mogu poslužiti kao smjernice za razvoj programa s ciljem ranog prepoznavanja i prevencije mentalnih teškoća. Prilikom donošenja zaključka o mentalnom zdravlju važno je uzeti u obzir koliko dobro dijete i adolescent funkcioniraju u obitelji, školi i među vršnjacima, kao i samu dob i uočene simptome. Naime, mnoga ponašanja koja je moguće shvatiti kao simptome smetnji mentalnog zdravlja mogu se pojaviti kao normalan dio razvoja. Međutim, nepravovremeno reagiranje i protok vremena između pojave prvih simptoma i javljanja stručnjaku mentalnog zdravlja otežavaju tretman te nerijetko dovode do razvoja komorbidnih stanja. Moramo si postaviti pitanje koliko je dijagnoza moglo biti spriječeno pravovremenom reakcijom, u vrijeme postojanja simptoma, odnosno prije pojave kliničkog poremećaja. Nameće se zaključak kako je nužan razvoj programa i plansko educiranje svih uključenih: djece, roditelja, nastavnika i stručnih suradnika. Znanjem i korištenjem točnih informacija moguće je prepoznati neželjeno ponašanje, omogućiti kvalitetniji razvoj djeci te smanjiti stigmatizaciju onih kojima je potrebna pomoć stručnjaka mentalnog zdravlja.

## Literatura

1. Boričević Maršanić V i sur. Probir i rana detekcija psihičkih odstupanja/poremećaja kod djece u predškolskim ustanovama i adolescenata u osnovnim školama Grada Zagreba - rezultati probnog projekta. *Socijalna psihijatrija*, 2017, 45, 3,169-186.
2. Gore FM, Bloem PJ i Patton GC. Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis. *The Lancet*, 2011, 18, 2093-2102. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60512-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60512-6)

3. Berk LE. *Psihologija cjeloživotnog razvoja*. Jastrebarsko: Naklada slap, 2008.
4. Wenar C. *Razvojna psihopatologija i psihijatrija. Od dojenačke dobi do adolescencije*. Jastrebarsko: Naklada slap, 2003.
5. Begić D. *Psihopatologija*. Zagreb: Medicinska naklada, 2014.
6. Kendall PC. *Child and Adolescent Therapy: Cognitive Behavioral Procedures*. New York: The Guilford Press, 2006.
7. Danielson ML i sur. Prevalence of Parent-Reported ADHD Diagnosis and Associated Treatment Among U.S. Children and Adolescents. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 2016, 47, 2, 199-212. <https://doi.org/10.1097/00004583-199107000-00001>
8. Bernstein GA i Borchardt C. Anxiety Disorders of Childhood and Adolescence. A Critical Review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1991, 30, 4, 519-532. DOI: [10.1097/00004583-199107000-00001](https://doi.org/10.1097/00004583-199107000-00001)
9. Davison GC i Neale JM. *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja*. Naklada slap: Jastrebarsko 2002.
10. Cohen P i sur. Epidemiological Study of Disorders in Late Childhood and Adolescence. Age and Gender specific prevalence. *J Child Psychol Psychiatry*, 1993, 34, 6, 851-867. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1993.tb01094.x>
11. Thapar A i sur. Depression in adolescence. *The Lancet*, 2012, 379, 9820, 1056-1067. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60871-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60871-4)
12. Vrdoljak F, Coleman Božić L, Čubić B. Psihički poremećaji u djece i adolescenata - prikaz slučaja. U: Zbornik radova za medicinske sestre Hrvatske proljetne pedijatrijske škole, Split, 2016, 123-126.
13. Ujjiwal P i sur. Sex and gender differences in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder symptoms and Diagnoses: Implication for DSM-V and ICD-11. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2011, 49, 217-28. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc3101894/>
14. Ladika M i Ričković V. Pogled na poremećaj pažnje kroz bioekološki model - utjecaj na pojedinca, obitelj i zajednicu. U: Knjiga sažetaka 2. međunarodnog znanstveno-stručnog skupa: *Mozak i um: promicanje dobrobiti pojedinca i zajednice*. Zagreb, 2019, 118-118.
15. Ledić L i sur. Depresija u djece i adolescenata. *Zdravstveni glasnik*, 2019, 5, 2, 75-85.
16. Poljak M i Begić D. Anksiozni poremećaji u djece i adolescenata. *Socijalna psihijatrija*, 2016, 44, 4, 310-329.