

Transdijagnostički pristup teškoćama psihičkog zdravlja

Špaček, Martina

Professional thesis / Završni specijalistički

2024

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Humanities and Social Sciences / Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:131:943932>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-19**



Sveučilište u Zagrebu
Filozofski fakultet
University of Zagreb
Faculty of Humanities
and Social Sciences

Repository / Repozitorij:

[ODRAZ - open repository of the University of Zagreb
Faculty of Humanities and Social Sciences](#)





Sveučilište u Zagrebu
FILOZOFSKI FAKULTET

Martina Špaček

Transdijagnostički pristup teškoćama psihičkog zdravlja

SPECIJALISTIČKI RAD

Zagreb, 2024.



Sveučilište u Zagrebu
FILOZOFSKI FAKULTET

Martina Špaček

Transdijagnostički pristup teškoćama psihičkog zdravlja

SPECIJALISTIČKI RAD

Mentorica: prof. dr. sc. Nataša Jokić-Begić

Zagreb, 2024.

Naziv sveučilišnog specijalističkog studija:
Specijalistički studij kliničke psihologije

Specijalistički rad obranjen je 14. studenoga 2024.g. pred Stručnim povjerenstvom u sastavu:

1. izv.prof.dr.sc. Anita Lauri Korajlija
2. prof.dr.sc. Nataša Jokić-Begić
3. doc.dr.sc. Davor Bodor (Klinika za psihijatriju Sveti Ivan)

ŽIVOTOPIS MENTORICE

Prof. dr. sc. Nataša Jokić-Begić rođena je 1. kolovoza 1964. godine. Na Filozofskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu diplomirala je psihologiju 1987. godine. Na istom je fakultetu magistrirala, a doktorat je stekla na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu 2000. godine. U zvanje redovite profesorice u trajnom zvanju izabrana je 2017. godine.

Aktivno se bavi istraživačkim i klinički radom u području kliničke psihologije. Njezin znanstveni interes je usmjeren prema istraživanju etioloških čimbenika anksioznosti, pojavnih oblika anksioznih poremećaja i njihovom liječenju, kao i prema psihičkim manifestacijama stresa. Zadnjih godina istražuje utjecaj interneta na pojavu zdravstvene anksioznosti. Osim navedenog, klinički i istraživački se bavi fenomenom transspolnosti. Voditeljica je nekoliko znanstvenih projekata. Objavila je više od 80 znanstvenih i stručnih članaka iz područja kliničke psihologije koji su postigli veliku međunarodnu prepoznatost. Članci su objavljeni u časopisima indeksiranim u međunarodnim bazama, s visokim stupnjem kategorizacije uz visoku citiranost (51 članak je objavljen u časopisima u WOS-u, h-indeks u WOS-u iznosi 17, a u Google Scholar bazi 28, njezini su radovi citirani 2.590 puta). Autorica je više poglavlja u knjigama i udžbenicima.

Voditeljica je više obaveznih i izbornih kolegija na diplomskom i poslijediplomskom studiju psihologije. Sudjeluje i u diplomskoj i poslijediplomskoj nastavi na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu. Pod njezinim mentorstvom obranjen je velik broj diplomskih, magistarskih, specijalističkih i doktorskih radova. Osmislila je novi Poslijediplomski specijalistički studij iz kliničke psihologije, kojega je voditelj i na kojem uspješno studira sedma generacija studenata. Članica je Vijeća poslijediplomskih studija Filozofskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. Članica je Povjerenstva za studente s invaliditetom Sveučilišta u Zagrebu, te koordinatorica za studente s invaliditetom Filozofskog fakulteta.

Nataša Jokić-Begić intenzivno surađuje sa zajednicom i društveno je aktivna. Surađuje s javnim i realnim sektorom u promicanju značaja brige za psihičko zdravlje. Prepoznata je po svojoj sposobnosti unošenja inovacija u nastavne programe pa u svojim kolegijima redovito koristi društveno korisno učenje, povezujući studente s praksom i time nudeći psihološka znanja zajednici. Tako je tijekom pandemije iz jednog njezinog kolegija nastala inicijativa Kako si? – platforma pokrenuta tijekom pandemije i nakon potresa s ciljem pružanja psihološke pomoći i podrške općoj populaciji. Inicijativa je prerasla u neprofitnu udrugu u kojoj mladi psiholozi,

pod njezinim mentorstvom unaprjeđuju psihičko zdravlje i kvalitetu života svojih čitatelja i korisnika, smanjuju stigmatizaciju doživljavanja psihičkih smetnji te populariziraju psihologiju u društvu. Reagirajući na trend zapošljavanja mladih psihologa u školama te sve veću potrebu za znanjima pružanja usluga iz područja mentalnog zdravlja mladima pokrenula je, unutar Poslijediplomskog specijalističkog studija iz kliničke psihologije, kolegij Psihološka procjena i prevencija psihičkih smetnji u školskom kontekstu, koji je dostupan svim školskim psiholozima.

Licencirani je kognitivno-bihevioralni terapeut. Aktivno sudjeluje u radu strukovnih udruženja, prije svega Hrvatske psihološke komore u kojem je predsjednica Stručnog razreda za kliničku psihologiju. Predsjednica je međunarodnog Udruženja za istraživanje stresa, traume, anksioznosti i otpornosti (The Stress, Trauma, Anxiety, and Resilience Society – STAR Society). Nacionalni je predstavnik u Europskom udruženju kliničkih psihologa. Dobitnica je Psihologijske nagrade Ramiro Bujas za osobito vrijedan doprinos društvenoj afirmaciji psihologije (za projekt „Kako smo? Život u Hrvatskoj u doba korone“) koju dodjeljuje Hrvatsko psihološko društvo (grupna nagrada za 2021. godinu).

Naslov: Transdijagnostički pristup teškoćama psihičkog zdravlja

Sažetak

Zadnjih godina sve veći broj istraživanja napušta tradicionalni pristup konceptualizaciji teškoća psihičkog zdravlja, utemeljen na dijagnostičkim kategorijama i okreće se transdijagnostičkom pristupu razumijevanja psihopatologije i psihičkog zdravlja općenito. Ovaj pristup prelazi granice dijagnostičkih kategorija i usmjerava se na identifikaciju temeljnih neadaptivnih procesa koji su u podlozi širokog spektra psihopatologije. Pokazalo se da ovakva konceptualizacija bolje objašnjava pojavnost psihopatologije koja se susreće u svakodnevnom kliničkom radu, kao i izazove s kojima se suočavaju aktualni kategorijalni dijagnostički sustavi (npr. komorbiditet i složenost kliničkih slika, heterogenost simptoma unutar kategorije kao i dimenzionalnost simptoma). Osim transdijagnostičkih čimbenika i procesa koji doprinose nastanku i održavanju problema psihičkog zdravlja te jačaju ranjivosti pojedinca i sustava na psihopatologiju, u kontekstu prevencije i istraživanja otpornosti, u zadnje se vrijeme posvećuje pažnja identificiranju zaštitnih procesa s transdijagnostičkim učinkom. Cilj je ovoga rada sintetizirati postojeću literaturu u domeni transdijagnostičkih pristupa kako bi bila dostupnija zainteresiranim stručnjacima i praktičarima, posebice u hrvatskoj znanstvenoj zajednici gdje izostaje radova na ovu temu. Pretraživanje dostupne literature otkriva da se radi o području koje se ubrzano razvija u tri relevantne domene znanstvene spoznaje i tehnologije: u domeni klasifikacije psihopatologije, domeni bazičnih istraživanja, kao i u domeni kliničke prakse i razvoja preventivnih intervencija te je do sada iznjedrilo alternativne klasifikacijske sustave poput hijerarhijske taksonomije psihopatologije, alternativne konceptualizacije psihopatologije, brojne predložene biopsihosocijalne mehanizme u podlozi nastanka i održavanja problema psihičkog zdravlja, kao i intervencije usmjerene na komorbidna stanja i širok spektar psihopatologije. Području predstoji razvoj teorija koje bi integrirale dosadašnje spoznaje i vodile daljnja istraživanja i razvoj praktične primjene.

Ključne riječi: transdijagnostički pristup, psihičko zdravlje, klasifikacija psihopatologije, biopsihosocijalni procesi, kliničke intervencije, prevencija, pregledni rad, hijerarhijska taksonomija psihopatologije, kriteriji istraživačkih domena, kognitivno-bihevioralne terapije

Title: Transdiagnostic Approach to Mental Health Problems

Summary

Mainstream diagnostic classification systems such as Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) and The International Classification of Diseases (ICD) are facing a growing number of challenges. Alongside some improvements in reliability, categorical classification failed to explain high rates of comorbidity, heterogeneity of phenotypes within the same diagnostic category or difficulties that cause significant functioning impairments and suffering but do not meet diagnostic criteria for any defined disorder. At the same time, most practicing clinicians set aside diagnostic categories and use an eclectic approach when creating interventions for individual patients that include comorbidity and address subsyndromal or prodromal states. It was thus realized that diagnostic classification systems may not adequately reflect the real nature of mental health problems and that although they bear some usefulness it must not be forgotten that mental health problems are not the same as diagnoses. In recent years, a growing number of researchers and practitioners are putting aside traditional diagnostic approaches to mental health problems and are moving toward a transdiagnostic approach in understanding psychopathology and mental health in general. This approach cuts across diagnostic categories and focuses on identifying the core maladaptive processes that underpin a broad array of psychopathology and developing interventions that target these processes. Besides transdiagnostic factors and processes that are underlying vulnerability, in the context of resilience research, attention is recently given to identification of protective processes with transdiagnostic effects. Transdiagnostic field in its modern form began to emerge relatively recently, but since first studies at the beginning of the century, field rapidly evolved and from just a few scientific studies containing the term “transdiagnostic” is now counting almost 1500 scientific articles with more than a third of the number in the last three years.

The aim of this paper is to synthesize existing literature in the field of transdiagnostic approaches to mental health to make it more accessible for interested professionals and practitioners, especially in the Croatian scientific and clinical community where there is a lack of studies regarding this topic. For this purpose, narrative literary review methodology was used and relevant studies, articles, books and other texts available at four scientific databases (PsychInfo, EBSCO, PubMed, CINAHL) and other sources like Google Scholar were searched

primarily using the term “transdiagnostic” and using other relevant terms when focusing of research was needed.

Available literature revealed transdiagnostic approach to mental health problems as a rapidly developing area in three relevant domains of scientific knowledge and technology: in classification and nosology of psychopathology, basic biopsychosocial research, and in clinical practice and the development of preventive interventions.

In the classification and nosology domain, the most prominent alternative classification system identified was the Hierarchical Taxonomy of psychopathology (HiTOP). Instead of categorical it uses dimensional approach that describes psychopathology in quantitative terms with continuity of difficulties intensity from normal functioning to psychopathology. These dimensions are meant to be transdiagnostic. Syndromes are constructed from empirical covariation of symptoms and then grouped in spectra according to variations among them. As the name suggests, the model is hierarchical: at the lowest level it contains a group of homogenous components comprising a few hundreds of signs and symptoms and maladaptive traits. Moving upward these components are grouped in increasingly broader dimensions like syndromes, subfactors, spectra and superspectra and finally converge to the general factor of psychopathology. Till now, the model includes six spectra: internalizing, externalizing, thought disorder, disinhibited externalizing, antagonistic externalizing, detachment and somatising. Taxonomy is open to constant revisions as new evidence arrives. One of alternative ways for conceptualizing mental disorders that research revealed was a network approach to psychopathology. It conceptualizes psychopathology through the lens of complex, biopsychosocial, dynamic systems and hypothesizes that mental health problems are emergent properties of complex systems of symptoms that are in constant interactions. Besides conceptualization, the approach is aimed at developing new methodologies appropriate for identification of symptom networks and techniques for network analysis that can provide relevant information for clinical uses and creation of simulation models of disorders. One of the advantages of this methodology is the use of formal theories which describe relations among phenomena in mathematical terms.

In the area of basic research and studying of basic biopsychosocial processes and mechanisms involved in aetiology and maintenance of mental health problems, search of the literature revealed several processes and mechanisms identified and proposed as transdiagnostic. Classification according to the range and nature of mental health problems they are connected to was proposed. One of the first transdiagnostic theories that involved multiple transdiagnostic

processes responsible for the whole class of eating psychopathology is a Fairburn's theory of eating disorders that involves primarily dysfunctional cognitive scheme for self-evaluation alongside mechanisms of clinical perfectionism, core low self-esteem, mood intolerance and interpersonal relations. Theory gave rise to the first transdiagnostic treatment, namely Cognitive behavioural therapy for eating disorders. Another example is Barlow's and associates research on processes common to anxiety and depression. Temperamental trait of neuroticism was hypothesized to be connected to a whole range of anxiety and mood disorders and that core mechanism in emotional disorders involves interaction of negative or unpleasant emotional experiences and attempts of avoiding them. This led to a development of transdiagnostic interventions for adults with emotional disorders and followed in adaptation of interventions for the populations of children and adolescents. Some other proposed processes and mechanisms included self-focused attention, self-regulatory executive dysfunction, repetitive negative thinking, rumination and experiential avoidance, mentalization and models of interacting cognitive subsystems and schematic, propositional, analogical, and associative representation systems model. One of the most prominent projects in the field, from the beginning of the century, is the Harvey's and associates research on cognitive-behavioural transdiagnostic processes that identified attentional, memory, reasoning, thought and behavioural processes connected to a wide range of psychopathology. Theoretical attempts that reach beyond explaining more narrow and specific relationships among phenomena included Perceptual control theory that suggests conceptualization of human suffering in terms of conflict between hierarchically organized control systems following ideas from cybernetics. One of the projects in the field of basic research was the Research Domain Criteria project started by the United States National mental health institute. Project is aimed at supporting new ways of classification and understanding of mental health disorders through developing a framework for research of pathophysiology primarily in the field of genomics and neuroscience, including dimensions of observable behaviour. Hierarchical scheme is proposed with five domains of functioning that had robust empirical support: negative valence systems, positive valence systems, cognitive systems, social processes, arousal and regulatory systems and sensorimotor systems. Every dimension is defined and contains the list of elements that can serve as measures of that dimension, on every of few units of analysis: genes, molecules, cells, circuits, physiology, behaviour, self-report and paradigms. The hierarchical taxonomy of the psychopathology system is open to updates as new evidence arrives.

In the clinical domain some existing, long standing therapeutic approaches such as humanistic, cognitive or gestalt approaches to therapy are being recognized as transdiagnostic so as more recent approaches, for instance, Acceptance and Commitment Therapy (Hayes, Strosahl i Wilson, 1999). New interventions that target mechanisms involved in aetiology and maintenance of multiple disorders are also being developed, such as already mentioned Cognitive-behavior therapy for eating disorders (Fairburn, Cooper i Shafran, 2003) and Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional disorders (Barlow i sur. 2011a, b), that was also adapted for children and adolescents and modular interventions such as Modular Approach to Therapy for Children with Anxiety, Trauma and Conduct Problems (Chorpita i Weisz, 2009) or a Common elements treatment approach for adult mental health problems in low-and middle-income countries (Murray i sur., 2014). One of the most recent is the principle-based treatment protocol for a broad array of youth problems 'FIRST' (Weisz i Bearman, 2020). Preventive interventions domain is, in some ways, an independently developing field that is starting to recognize benefits of transdiagnostic paradigm and where transdiagnostic research regarding risk and protective factors alongside transdiagnostic preventive interventions is beginning to emerge.

Thus far transdiagnostic research and practice has led to alternative classification systems such as hierarchical classification of psychopathology, alternative conceptualizations of psychopathology, numerous proposed biopsychosocial mechanisms underlying the development and maintenance of mental health problems, as well as interventions targeting comorbid conditions and a wide range of psychopathology. The field has a potential for fostering development of new paradigms in the field of mental health and for true integration of biopsychosocial domains of human functioning. Currently it is in need of developing theories that transcend diagnostic frameworks and suitable methodology that would integrate current knowledge and guide further research, and the development of practical applications.

Key words: transdiagnostic approach, mental health, psychopathology classification, biopsychosocial processes, clinical intervention, prevention, narrative review, Hierarchical Taxonomy of psychopathology, Research Domain Criteria, cognitive-behavioural therapies

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. Prepoznata ograničenja kategorijalnih dijagnostičkih pristupa.....	2
1.2. Razvoj područja transdijagnostičkih pristupa	5
1.3. Definiranje termina „transdijagnostički“	7
2. CILJ	9
3. METODOLOGIJA	10
3.1. Metoda.....	10
3.2. Organizacija informacija	10
4. DOMENE RAZVOJA TRANSDIJAGNOSTIČKOG PRISTUPA	11
4.1. Domena klasifikacije i nozologije.....	11
4.1.1. Hijerarhijska taksonomija psihopatologije (HiTOP).....	11
4.1.2. Mrežna teorija psihičkih poremećaja	16
4.2. Domena istraživanja biopsihosocijalnih procesa	19
4.2.1. Transdijagnostički kognitivni i bihevioralni procesi.....	19
4.2.2. Kriteriji istraživačkih domena (RDoC)	28
4.3. Domena kliničke znanosti	33
4.3.1. Unaprijeđena kognitivno-bihevioralna terapija za poremećaje hranjenja.....	37
4.3.2. Unificirani protokol za transdijagnostički tretman emocionalnih poremećaja	39
4.3.3. Transdijagnostičke psihoterapijske intervencije za djecu i adolescente	40
4.3.4. Procjena uspješnosti transdijagnostičkih intervencija.....	44
5. TRANSDIJAGNOSTIČKI PRISTUPI PREVENCIJI.....	46
6. OGRANIČENJA TRANSDIJAGNOSTIČKIH PRISTUPA I PRIJEDLOZI ZA BUDUĆA ISTRAŽIVANJA.....	50
7. ZAKLJUČAK	52
8. LITERATURA.....	54
9. ŽIVOTOPIS	76

1. UVOD

Ljudi oduvijek pokušavaju razumjeti prirodu okolnog svijeta, što uključuje i probleme psihičkog zdravlja. U drevna vremena vjerovalo se da su problemi psihičkog zdravlja posljedica djelovanja božanskih ili demonskih sila te se bolestima pridavalo magijsko i mitsko značenje (Begić, 2021). U današnje vrijeme, dijagnostički klasifikacijski sustavi poput Dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne poremećaje (DSM) i Međunarodne klasifikacije bolesti (MKB), odnosno njihovih suvremenih inačica DSM-5 (Američka psihijatrijska udruga, 2014) i MKB-11 (World Health Organization, 2022), uvelike oblikuju način na koji doživljavamo i razumijemo probleme psihičkog zdravlja (Kendler, 2009). Problemi psihičkog zdravlja u njima su opisani pomoću dijagnostičkih kategorija koje su u trećem izdanju DSM-a operacionalizirane setom dijagnostičkih kriterija (engl. Research Domain Criteria – RDC), najčešće specifičnih znakova i simptoma. Primjerice, prema priručniku DSM-5 epizoda velikog depresivnog poremećaja može biti dijagnosticirana ako je, u trajanju dulje od dva tjedna, prisutno 5 od 9 simptoma, odnosno kriterija te ako postoje značajne smetnje u funkcioniranju (Američka psihijatrijska udruga, 2014). Postavlja se, dakle, pitanje odražavaju li ove kategorije i pridruženi kriteriji stvarne entitete prisutne u prirodi? Zašto baš 5, a ne 4 ili 6 kriterija? I zašto baš dva tjedna, a ne dva tjedna i dva dana ili tri tjedna? Odgovor je moguće pronaći u razumijevanju utjecaja povijesnih i kulturalnih čimbenika na ovakvu konceptualizaciju problema psihičkog zdravlja, odnosno psihopatologije te činjenici da je ovakav klasifikacijski sustav naslijede ranijih razmišljanja koja su, iako klinički informirana, zapravo uvelike pod utjecajem *a priori* čimbenika (Kendler, 2009). Dakle, dijagnoze mogu biti vrlo koristan alat za istraživanja i kliničku praksu, no važno je imati na umu da problemi psihičkog zdravlja nisu isto što i dijagnoze (Fried, 2022).

Već je prilikom pripreme revizije četvrtoga izdanja DSM-a zamijećeno da uz pozitivan doprinos povećanju pouzdanosti dijagnoza među kliničarima i istraživačima postoje poteškoće u identificiranju „zona diskrecije“ među poremećajima, da određena farmakoterapija ne djeluje samo specifično na jednu dijagnostičku kategoriju, da je prisutna visoka stopa komorbiditeta među dijagnozama kao i heterogenost fenotipa unutar iste dijagnostičke kategorije te da kliničari učestalo svjedoče poteškoćama koje ne udovoljavaju dijagnostičkim kriterijima za određenu dijagnozu, no izazivaju značajnu patnju i tegobe u funkcioniranju ljudi (Regier i sur., 2009). Klasifikacijski sustavi, osim što olakšavaju komunikaciju među stručnjacima tvoreći zajednički jezik, idealno bi trebali služiti kao smjernice u odabiru tretmana, predviđanju tijeka

bolesti i stvaranju temelja za istraživanje uzroka bolesti (Hayes i sur., 1996.; Ruggero i sur., 2019). U posljednje vrijeme, sve češće se postavlja pitanje ograničene korisnosti aktualnih nozologija za razvoj područja na planu istraživanja i kliničke prakse (Dagleish i sur., 2020). Akumulacija znanstvenih spoznaja o rizičnim, zaštitnim, kao i čimbenicima i procesima odgovornim za održavanje problema psihičkog zdravlja (bio-psiho-socijalnim) sugerira zaključak da ovi čimbenici i procesi nisu odgovorni samo za dijagnozom definiran određeni poremećaj, već za čitav raspon problema psihičkog zdravlja koji nadilazi dijagnostičke kategorije (Buckholtz, Meyer-Lindberg, 2012; Harvey, Watkins i Mansell, 2004). Osim toga, do danas nije pronađen niti jedan psihološki proces ili biološki marker povezan isključivo s jednim psihološkim poremećajem (Dagleish i sur., 2020).

Usporedno s razvojem dijagnostičkih klasifikacijskih sustava tako se počinje razvijati nov način konceptualizacije problema psihičkog zdravlja, njihovoga početka, održavanja, tretmana i oporavka u području koje sada nazivamo transdijagnostičkim. Transdijagnostički pristup poteškoćama psihičkog zdravlja i psihičkom zdravlju općenito pretpostavlja postojanje zajedničkih čimbenika ili procesa u podlozi šireg spektra psihopatologije. Zagovaratelji ovog pristupa nadaju se da bi istraživanje i razumijevanje tih mehanizama i čimbenika trebalo doprinijeti razvoju istraživanja, razumijevanju prirode zdravlja i bolesti te razvoju učinkovitih načina liječenja i preventivnih intervencija.

1.1. Prepoznata ograničenja kategorijalnih dijagnostičkih pristupa

Osim istraživača koji su se bavili revizijama DSM-a i MKB-a, brojni drugi istraživači kroz svoj su rad počeli zamjećivati ograničenja dijagnostičkih sustava i kategorijalne klasifikacije psihopatologije.

Cuthbert i Insel (2013) navode kako je svrha dijagnoze u medicini određivanje točne prirode pacijentova stanja, odnosno bolesti, kako bi bilo moguće primijeniti optimalan tretman. Isti autori argumentiraju kako na području problema psihičkog zdravlja u zadnjim desetljećima nije došlo do napretka mjerljivoga s onim u ostalim područjima medicine. Na primjer, stope smrtnosti od srčanih bolesti u zadnjih nekoliko desetljeća značajno su opale uslijed napretka u primjeni znanstvenih spoznaja u liječenju pacijenata. Suprotno tome, niti za jednu psihičku bolest nije opala stopa mortaliteta, dok su stope prevalencije slično nepromijenjene. Nema kliničkih testova za konkretne dijagnoze, poremećaji se detektiraju značajno kasnije od opće prihvaćenog početka psihopatoloških procesa, a uz to nema ni dobro razvijenih preventivnih

intervencija. Osim činjenice da su problemi psihičkog zdravlja kompleksni, interaktivni procesi, da je mozak najsloženiji organ u tijelu i da ga nije moguće proučavati na isti način kao neke dostupnije organe, sam dijagnostički sustav i način na koji je osmišljen i strukturiran mogao bi biti ograničavajući za daljnji napredak. Kao što je već rečeno, probleme psihičkog zdravlja nije posve nekorisno opisivati pomoću dijagnoza, no istovremeno ne smijemo zaboraviti da problemi psihičkog zdravlja nisu isto što i dijagnoze (Fried, 2022). Spajanje toga dvoga zove se dijagnostički literalizam, odnosno reifikacija ili esencijalizam (npr. Adriaens i DeBlock, 2013; Hyman, 2010, 2021) i znači da dijagnozi pripisujemo više nego što ona zapravo jest. Poistovjećivanje dijagnoze s bolešću u podlozi podrazumijevalo bi postojanje zajedničkog uzroka koji dovodi do manifestne simptomatologije koja je u tom slučaju fenomenološki različita, no uzročno homogena, kao u slučaju kada simptome iskašljavanja krvi, kratkoće daha i bolova u prsima možemo pripisati plućnom tumoru. U području problema psihičkog zdravlja ipak se čini da su „psihički poremećaji“ tek konstelacije simptoma za koje je empirijski utvrđeno da se češće pojavljuju skupa, iz zapravo nepoznatih razloga (Borsboom, 2017).

Jedan od najčešće navođenih problema s kojima se suočavaju dijagnostički sustavi prisutnost je komorbiditeta (Dalglish i sur., 2020; Cuthbert i Insel, 2013; Fried, 2022; Kotov i sur., 2017; 2022; Regier i sur., 2009), odnosno pojave da osoba u nekom određenom vremenskom periodu zadovoljava kriterije ne samo za jedan poremećaj definiran dijagnostičkim kategorijama (Wittchen, 1996). Sama po sebi pojava komorbiditeta nije problematična za dijagnostički sustav, već činjenica da je ona vrlo učestala i predstavlja više pravilo nego iznimku. Drugim riječima, jednostavne kliničke slike su rijetkost (Kessler i sur., 2005). Nameće se stoga pretpostavka da ovako učestala pojava komorbiditeta barem dijelom proizlazi iz samoga načina na koji je dijagnostički sustav organiziran, odnosno da je u određenoj mjeri artefakt njegove strukture i da zapravo ne odražava stvarnu učestalu zajedničku pojavnost međusobno različitih poremećaja već mogućnost da su neka jedinstvena stanja neopravdano podijeljena u više dijagnostičkih kategorija (May, 2005; van Loo i Romeijn, 2015).

S druge strane, prisutna je velika heterogenost kliničkih slika unutar iste dijagnostičke kategorije (Dalglish, Black, Johnston i Bevan, 2020; Fried, 2022; Kotov i sur, 2022; Regier i sur., 2009). Na primjer, kada uzmemo u obzir sva moguća obilježja kojima se može opisati veliki depresivni poremećaj kako ga definira DSM-5, dobijemo 16.400 mogućih različitih profila simptoma, odnosno kliničkih slika koje sve predstavljaju veliki depresivni poremećaj (Fried i Nesse, 2015). Za neke druge dijagnoze situacija je još složenija (npr. Galatzer-Levy i Bryant, 2013). Postavlja se time pitanje pojednostavljuje li doista dijagnostički sustav složenu

stvarnost psihopatoloških fenomena na način koji olakšava razumijevanje i praktičnu primjenu. U praksi, ovo je dovelo do ograničavajućeg učinka na razvoj tretmana u području psihičkog zdravlja. Npr. mnoge farmaceutske tvrtke povukle su se iz studija za aktivan razvoj lijekova na području psihičkih bolesti. Naime, uvjet za dobivanje financijske potpore je osmišljavanje istraživanja u skladu s dijagnostičkim kategorijama DSM-a ili MKB-a, što dovodi do toga da su testirani lijekovi obično učinkoviti za ne više od pola pacijenata, barem djelomično zbog umjetnog grupiranja heterogenih sindroma s različitim mehanizmima u podlozi u jedan psihički poremećaj (Cuthbert i Insel, 2013).

Još jedno važno neslaganje između prevladavajuće konceptualizacije psihopatologije i akumuliranih istraživačkih spoznaja o prirodi psihopatoloških fenomena odnosi se na sve veći broj spoznaja koje sugeriraju da problemi psihičkog zdravlja nisu kategorije, tj. „sve-ili-ništa“ fenomeni, već da ih je prikladnije konceptualizirati kao dimenzije, i to ne samo u kontekstu psihopatologije, već u kontinuumu s normalnim rasponom funkcioniranja (Kotov i sur., 2017). Opisivanje dimenzionalnog prostora pomoću kategorija uskraćuje nam velik broj informacija, što posljedično dovodi do dijagnostičke nestabilnosti: smanjene pouzdanosti u vremenu i među procjenjivačima kao i do najvažnije posljedice, a to je da brojni pojedinci čiji simptomi ne zadovoljavaju dijagnostičke kriterije i koji istovremeno doživljavaju značajnu patnju ostanu uskraćeni za odgovarajuću intervenciju (Dalglish i sur., 2020). DSM-5 je pokušao riješiti taj problem nudeći kategorije „Drugi specificirani poremećaj“ i „Nespecificirani poremećaj“ koje u konačnici nude vrlo malo korisnih informacija (Kotov i sur., 2017).

Osim navedenih, Dalglish i suradnici (2020) prepoznaju još četiri izazova s kojima se suočava dijagnostička paradigma. Prvo, dijagnostičke kategorije ne zahvaćaju na odgovarajući način stvarnu prirodu problema psihičkog zdravlja, oni izvire iz mnoštva bioloških, ponašajnih, psihosocijalnih i kulturalnih procesa koji su u stalnoj međusobnoj interakciji i koji nadilaze dijagnostičke kategorije. Drugo, profili simptoma u određenoj su mjeri preuski i prekruto definirani te nije posve jasno zašto su baš određeni simptomi imenovani tipičnim za neki poremećaj, dok neki drugi nisu. Treće, kliničke slike problema psihičkog zdravlja mijenjaju se u vremenu na način da pojedinci pokazuju drugačije profile simptoma unutar iste dijagnostičke kategorije ili na način da simptomi zadovoljavaju kriterije za posve drugu dijagnozu. Dio ove plastičnosti fenotipa može biti funkcija razvoja, no autori pretpostavljaju da bi u nekoj mjeri zabilježene promjene mogle biti artefakt samoga dijagnostičkog sustava i redukcije dimenzionalnog prostora u kategorije. I konačno četvrto, postoji raskorak između primjene intervencija u svakodnevnoj kliničkoj praksi te prirode i raspona preporučenih intervencija:

većina kliničara ne oslanja se na dijagnoze u kreiranju tretmana, sklona je eklektičnom pristupu i na taj način kreira intervencije koje su prilagođene pojedincu, uključuju komorbidna stanja, adresiraju složene kliničke slike i subsindromalna i prodromalna stanja. Osim toga, mnogi lijekovi i intervencije do sada su višestruko pokazali svoj transdijagnostički učinak.

Kotov i suradnici (2022) tome dodaju ograničenu pouzdanost te nestabilne i arbitrarne „cutoff“ točke pomoću kojih se odlučuje je li nešto klinički problem ili nije, kao i pitanje obuhvaćenosti psihopatologije postojećim kategorijama obzirom na učestalost korištenja dijagnoza „drugi specificirani“ i „nespecificirani“ poremećaj. Kao primjer problema pouzdanosti možemo navesti da prilikom ispitivanja pouzdanosti 40% DSM dijagnoza nije pokazalo prihvatljivu razinu pouzdanosti među ocjenjivačima (Regier i sur., 2013), dok su neke ranije studije pokazale visoku pouzdanost za iste dijagnoze kada bi ih se definiralo kao dimenzije. Tome barem dijelom doprinose arbitrarni pragovi za ocjenu kliničke značajnosti poteškoća na način da manje razlike u kliničkoj procjeni, posebice za slučajeve blizu praga, mogu dovesti do dijagnosticiranja ili nedijagnosticiranja nekoga problema (Cicero i sur., 2024).

1.2. Razvoj područja transdijagnostičkih pristupa

Proučavanje procesa u podlozi različitih problema psihičkog zdravlja nije nov pothvat. Rani bihevioralni pristupi naglašavali su važnost principa klasičnoga i operantnog uvjetovanja za razvoj i održavanje čitavog raspona problema psihičkog zdravlja (Mowrer, 1939; Skinner, 1957; Wolpe, 1969). Također, u kognitivnoj terapiji, „pogreške mišljenja“ poput prekomjerne generalizacije, katastrofiziranja ili polariziranog razmišljanja identificirane su kao mehanizmi održavanja većeg broja problema (Beck, 1976; Ellis, 1974). Još u 80-im godinama prošloga stoljeća, Steer, McElroy i Beck (1982, str. 48), istražujući simptome zajedničke depresiji i alkoholizmu, navode da se: „Znakovi i simptomi mogu definirati kao transdijagnostički ako se pojavljuju u dva ili više sindroma i ako ih se smatra važnim indikatorima tih sindroma“. U istom kontekstu, termin transdijagnostički koriste i Holm i suradnici (1994) ispitujući utjecaj simptoma indikativnih za depresiju i glavobolju na pouzdanost instrumenata za procjenu. Međutim, sve do početka ovoga stoljeća termin se relativno rijetko pojavljuje u znanstvenoj literaturi: objedinjena pretraga navedenih baza podataka uz spomenuta dva rada iznjedrila je još dva članka Fairburna i suradnika (Fairburn i Harrison, 2003; Fairburn, Cooper i Shafran, 2003). Upravo su oni prvi upotrijebili termin transdijagnostički u kontekstu kliničkih intervencija kako bi opisali novi pristup kognitivno-bihevioralnom tretmanu poremećaja hranjenja. Fairburna su zanimali psihopatološki procesi odgovorni za održavanje teških oblika

poremećaja hranjenja, no prepoznaje da takav transdijagnostički pristup teoriji i tretmanu ima implikacije šire od područja poremećaja hranjenja.

Istraživanje koje se smatra početkom suvremenoga transdijagnostičkog pristupa proučavanju procesa u podlozi problema psihičkog zdravlja (Mansell i sur., 2009) datira u zadnje desetljeće prošlog stoljeća kada je Ingram (1990) istraživao ulogu pažnje usmjerene na sebe u razvoju i održavanju problema psihičkog zdravlja te pronašao povišenu razinu ovakvoga ponašanja u različitim poremećajima. Pretpostavio je da određena odstupanja u ovom procesu predstavljaju psihopatološki oblik pažnje te predložio da su određeni aspekti pažnje zajednički različitim poremećajima. Nešto kasnije, Hayes i suradnici (1996) predlažu razvoj funkcionalnog klasifikacijskog sustava koji bi činile funkcionalne klasifikacijske dimenzije. Za razliku od klasifikacijskog sustava temeljenog na sindromima, kakav čini DSM-5, u kome proces klasifikacije kreće od identifikacije konstelacija znakova i simptoma za koje se pretpostavlja da su manifestacija osnovne bolesti čije bi kasnije otkriće koristilo razumijevanju njezine etiologije, tijeka i odgovora na tretman, funkcionalna klasifikacija počinje identifikacijom funkcionalnih procesa s jasnim implikacijama za procjenu i tretman te se tek naknadno vraća pitanju znakova i simptoma koji nastaju djelovanjem identificiranih procesa. Identificirane funkcionalne dijagnostičke dimenzije predstavljaju, dakle, procese koje pomoću njihovih funkcija možemo povezati s većim brojem ponašanja, odnosno znakova i simptoma te koji su na neki način relevantni za nastanak i održavanje psihopatologije (Hayes i Follette, 1992). Kao primjer takve funkcionalne dimenzije autori predlažu izbjegavanje iskustva, fenomen koji se događa kada osoba nije spremna ostati u kontaktu s nekim aspektima svoga osobnog doživljaja (npr. tjelesnim senzacijama, emocijama, mislima, sjećanjima) i čini različite napore ne bi li promijenila učestalost s kojom se ti doživljaji javljaju, njihov intenzitet ili kako bi izbjegla okolnosti i situacije u kojima se javljaju (Hayes i sur., 1996). Izbjegavanje iskustva tako, putem svoje funkcije prekida kontakta s neugodnim aspektima doživljaja, povezuje različita ponašanja poput konzumacije alkohola, kompulzivnoga pranja ruku, izbjegavanja dizala, odlazaka na nastavu ili pak disocijacije i istovremeno daje informaciju o zajedničkom procesu u osnovi etiologije i održavanja ovih ponašanja što pak omogućuje usmjeravanje tretmana upravo na modifikaciju toga procesa. Kao jedan od mogućih smjerova za identifikaciju relevantnih funkcionalnih klasifikacijskih dimenzija, autori predlažu sažimanje informacija dobivenih iz ponavljanih funkcionalnih analiza ponašanja povezanih s određenom dimenzijom koje bi omogućile otkrivanje ključnih obrazaca u ponašanju (Hayes i Fennell, 1992; Hayes i sur., 1996). S vremenom je upravo proces izbjegavanja iskustva postao osnovni mehanizam u

podlozi terapijskih intervencija u Hayesovoj terapiji prihvaćanja i posvećenosti (engl. Acceptance and Commitment Therapy – ACT) (Hayes, Strosahl i Wilson, 1999; Hayes, 2004). Početkom 2000-ih, Allison Harvey je sa skupinom suradnika (Harvey, Watkins i Mansell, 2004) istraživala kognitivne i bihevioralne procese zajedničke ljudima dijagnosticiranim s različitim poremećajima te su identificirali čitav niz transdijagnostičkih procesa koji se manifestiraju u kliničkim i nekliničkim uzorcima i zajednički su većem broju dijagnoza. Iste godine Norton i suradnici evaluiraju prvi grupni transdijagnostički tretman za anksiozne poremećaje i njegov učinak na sekundarnu depresiju (Norton, Hayes i Hope, 2004), a ubrzo David Barlow i suradnici (Allen, Erenreich i Barlow, 2005) objavljuju Objedinjeni protokol za emocionalne poremećaje. Područje se od tada ubrzano razvija o čemu svjedoči i podatak da je od 1.445 znanstvenih članaka navedenih u bazi podataka APA PsycINFO koji u svome naslovu sadrže ili se u ključnoj riječi referiraju na pojam transdijagnostički njih više od trećinu (584) objavljeno u posljednje tri godine, dok je prije 2013. objavljeno svega stotinjak radova ukupno, a do 2008. godine samo pet. Možda je značajno napomenuti i da je od 2008.g. do vremena pisanja ovoga specijalističkog preglednog rada (svibanj, 2024), od ukupnoga broja radova njih 143 kategorizirano kao pregledni rad.

Do danas, transdijagnostički pristupi razvijali su se donekle neovisno u različitim intelektualnim domenama: domeni klasifikacije i nozologije (koja se bavi imenovanjem i opisivanjem fenomena temeljem poznatih karakteristika, simptoma i etiologije), domeni temeljnih biopsihosocijalnih istraživanja (koja se bavi razumijevanjem temeljnih principa u podlozi nekog fenomena) i domeni kliničke znanosti (koja se bavi primjenom znanstvenih spoznaja na prevenciju, dijagnostiku i tretman psihopatologije) (Dalgleish i sur., 2020).

Dalgleish i suradnici (2020) u sve tri domene razlikuju „mekše“ i „tvrđe“ transdijagnostičke pristupe: prvi u svojoj podlozi zadržavaju dijagnostičku klasifikaciju i teže rasvijetliti procese ili osmisliti intervencije relevantne za više tradicionalno definiranih dijagnoza, dok potonji odbacuju dijagnostički sustav u potpunosti i teže ga zamijeniti alternativnim referentnim okvirima.

1.3. Definiranje termina „transdijagnostički“

Kako se područje razvijalo, zamijećeno je da postoje konceptualne razlike u korištenju termina ne samo u različitim domenama razvoja, već i u načinima konceptualizacije unutar pojedine domene. U području proučavanja transdijagnostičkih procesa pojavilo se nekoliko prijedloga o

tome kada neki proces možemo nazvati transdijagnostičkim. Mansell i suradnici (2009) postavljaju za to dva arbitrarna kriterija: mora biti procjenjivan u kliničkim i nekliničkim uzorcima te mora biti prisutan u minimalno četiri različita poremećaja. Harvey, Watkins i Mansell (2011) razlikuju „deskriptivne transdijagnostičke“ procese i „mehanicističke transdijagnostičke“ procese. Prvi nam govore samo da je neki proces prisutan u većem broju dijagnoza (ne znamo kako i zašto), dok drugi podrazumijevaju proces koji je uzročno povezan sa širim rasponom psihopatologije i daju nam informacije o razvoju i održavanju šireg raspona poremećaja. Da bi ilustrirali ovu razliku, Sauer-Zavala i suradnici (2017) navode primjer niskog samopoštovanja koje je u nizu studija povezano s različitim problemima psihičkog zdravlja, od shizofrenije do paničnoga poremećaja. Iako je ova povezanost opisana, još uvijek nema jedinstvene teorije koja bi objasnila kako nisko samopoštovanje doprinosi razvoju i održavanju ovih poremećaja i stoga ga (barem za sada) ne smatramo „mehanicističkim transdijagnostičkim“ procesom. U odnosu na razvoj tretmana to znači da ne možemo biti sigurni da bi usmjeravanje na nisko samopoštovanje u tretmanu doista i doprinijelo oporavku i utjecalo na specifične procese koji doprinose održavanju ovih različitih psihopatologija. Za razliku od niskog samopoštovanja, ruminaciju navode kao dobar primjer mehanicističkog transdijagnostičkog procesa obzirom da se pokazalo kako doprinosi razvoju i održavanju čitavog raspona poremećaja na način opisan emocionalnim kaskadnim modelom (Selby i sur., 2009). Poznavanje ovih temeljnih procesa moglo bi dovesti do razvoja učinkovitijih tretmana, obzirom na spoznaje da usmjeravanje na mehanizme ranjivosti u podlozi više komorbidnih psihopatoloških stanja dovodi do poboljšanja u svim navedenim stanjima (npr. Farchione i sur., 2012; Farchione i sur., 2024). Iz navedenoga razloga, Sauer-Zavala i suradnici (2017) predlažu rezerviranje termina transdijagnostički za mehanicističke transdijagnostičke procese, kao i za tretmane koji su usmjereni upravo na modifikaciju ovih ključnih procesa.

Područje transdijagnostičkog pristupa problemima mentalnog zdravlja ubrzano se razvija i pokušava odgovoriti na probleme s kojima se već dulje vremena suočavaju dijagnostičke, kategorijalne konceptualizacije psihopatologije te se u njemu razvijaju nove paradigme za klasifikaciju, razumijevanje i tretman problema psihičkog zdravlja. U hrvatskoj znanstvenoj zajednici, međutim, izostaje radova koji se sustavno ili uopće bave ovim pristupom, što ukazuje na potrebu za sintetiziranjem postojeće literature u području kako bi na taj način bila dostupnija stručnjacima i praktičarima.

2. CILJ

Ciljevi ovog preglednog rada su: 1) sintetizirati postojeću literaturu o transdijagnostičkim pristupima psihopatologiji i psihičkom zdravlju općenito, 2) kroz reprezentativan prikaz razvoja područja, relevantnih biopsihosocijalnih čimbenika i procesa, kao i preventivnih i tretmanskih intervencija s transdijagnostičkim učinkom, olakšati uklapanje spomenutoga pristupa u svakodnevnu kliničku praksu te 3) prikazati ključne izazove u području i dati prijedloge za daljnji razvoj i istraživanja, s krajnjim ciljem doprinosa razvoju transdijagnostičkih pristupa i prakse u području psihičkog zdravlja u Hrvatskoj.

3. METODOLOGIJA

3.1. Metoda

Za potrebe ovoga rada korištena je metodologija narativnoga pregleda literature s kvalitativnom sintezom, obzirom da je cilj rada širi prikaz područja transdijagnostičkih pristupa. Identificirana je relevantna literatura u području pretragom četiri elektronske bibliografske znanstvene baze (PsychInfo, EBSCO, PubMed, CINAHL) i drugih izvora kao što je Google Znalac kako bi se obuhvatilo što više relevantnih izvora. Baze su pretražene primarno korištenjem termina transdijagnostički (engl. transdiagnostic), bez ograničenja datuma pretraživanja, kako bi se sveobuhvatno predstavilo područje kroz njegov razvoj, aktualna područja istraživanja i ključne spoznaje, postojeća neodgovorena pitanja i mogućnosti daljnjeg razvoja. Po potrebi je pretraga fokusirana korištenjem kombinacija termina transdijagnostički (na hrvatskom i engleskom jeziku) s drugim terminima: *mental health* (psihičko zdravlje), *psychopathology* (psihopatologija), *psychological* (psihološki), *problem* (problem), *disorder* (poremećaj, smetnje), *clinical intervention* (klinička intervencija), *treatment* (tretman), *resilience* (otpornost), *preventive* (preventivno), *factor* (čimbenik), *process* (proces), *mechanism* (mehanizam) s potrebnom pravopisnom prilagodbom.

U obzir je uzeta samo literatura dostupna na engleskom ili hrvatskom jeziku. Naslovi i sažetci pregledani su kako bi se utvrdilo jesu li relevantni za područje istraživanja, nakon čega se pristupilo pregledavanju potencijalno relevantnih radova u cjelovitom tekstu. Literatura je sistematizirana obzirom na ključna identificirana područja i teme.

3.2. Organizacija informacija

Pregled koji slijedi nastoji sažeto prikazati aktualno stanje transdijagnostičkih pristupa u svrhu doprinosa boljem razumijevanju područja i informiranju kliničke prakse te preventivnih programa. U prvom dijelu rada prikazani su primjeri transdijagnostičkih konceptualizacija psihopatologije, istraživanja biopsihosocijalnih procesa i kliničkih intervencija, organizirani upravo kroz tri spomenute domene. Slijedi prikaz implementacije transdijagnostičkih spoznaja u području prevencije te konačno osvrt na izazove s kojima se područje suočava i prijedloge za buduća istraživanja i razvoj područja.

4. DOMENE RAZVOJA TRANSDIJAGNOSTIČKOG PRISTUPA

4.1. Domena klasifikacije i nozologije

4.1.1. Hijerarhijska taksonomija psihopatologije (HiTOP)

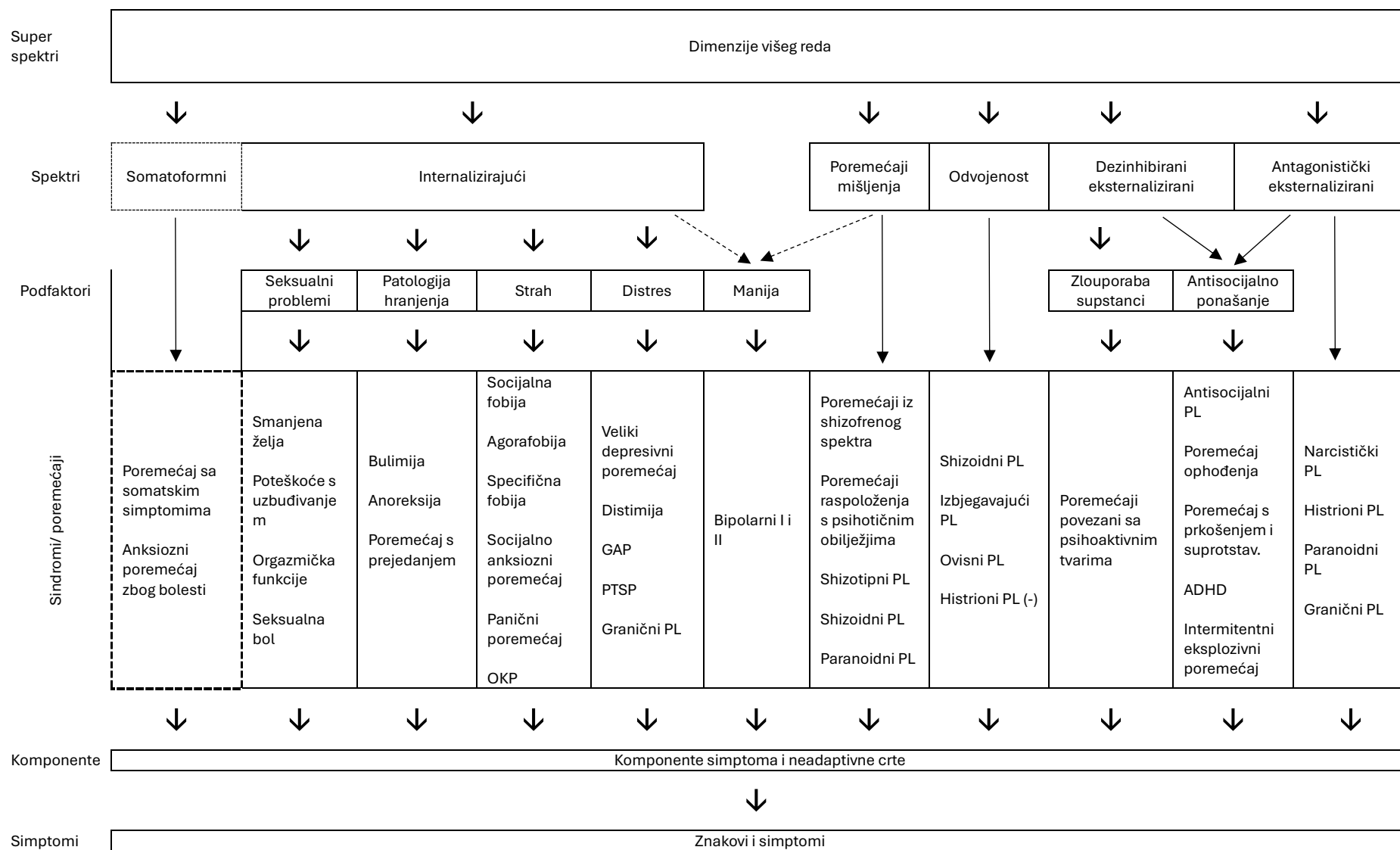
Hijerarhijska taksonomija psihopatologije (engl. Hierarchical Taxonomy of Psychopathology-HiTOP) predstavlja jednu od alternativa klasičnim dijagnostičkim sustavima poput DSM-a i MKB-a. Umjesto kategorija, klasifikacijske jedinice su dimenzije, što znači da psihopatologiju opisuju u kvantitativnim terminima i da podrazumijevaju kontinuum intenziteta poteškoća, od normalnog funkcioniranja do teže psihopatologije (osoba može biti npr. više ili manje anksiozna u odnosu na druge). Osim toga, ove dimenzije ne preslikavaju izravno dijagnostičke kategorije, već su transdijagnostičke (Eaton i sur, 2013; Krueger i Eaton, 2015; Krueger i sur., 2018). Projekt je započeo u proljeće 2015. godine u okvirima kvantitativnog, empirijskog pristupa opisivanju i klasificiranju psihopatoloških fenomena (Ruggiero i sur, 2019). Sindromi su konstruirani iz empirijske kovarijacije simptoma i zatim grupirani u spektre temeljem kovarijacije među njima (Kotov i sur., 2017). Sama ideja kvantitativnog pristupa istraživanju znakova i simptoma nije nova i seže još u kasne tridesete i četrdesete godine prošloga stoljeća, kada su Thomas Moore, Hans Eysenck i drugi osmišljavali načine za mjerenje znakova i simptoma kod svojih pacijenata i putem faktorske analize identificirali šire dimenzije koje su opisivale klasterne simptoma (Kotov i sur, 2017).

Kako mu samo ime kaže, model je hijerarhijski: na najnižoj razini nalazi se skupina homogenih komponenti koju čine više od stotinu znakova, simptoma i neadaptivnih crta, poput nesanice ili submisivnosti. Kako se krećemo prema vrhu, ove komponente grupiraju se u sve šire dimenzije: sindrome, podfaktore, spektre, super-spektre (koji obuhvaćaju internalizirane, eksternalizirane i psihotične poteškoće psihičkog zdravlja; Cicero i sur, 2024) i konačno „p“ faktor koji možemo nazvati generalnim faktorom psihopatologije koji odražava sustavnu kovarijaciju među različitim oblicima psihopatologije (Caspi i Moffitt, 2018).

U model je do sada uključeno šest spektara (ili čimbenika): (1) internalizirani (ili negativna afektivnost), koji opisuje sklonost osobe doživljavanju sniženog raspoloženja i straha (npr. seksualni problemi i problemi hranjenja pripadaju ovom spektru, a tijekom depresivnih epizoda i osobe s bipolarnim poremećajem mogu doživljavati internalizirane simptome), (2) spektar poremećaja mišljenja, koji obuhvaća psihotične simptome, neobična ponašanja i ekscentričnosti, kao i dezorganizirana ponašanja i neobična vjerovanja, (3) dezinhibirani

eksternalizirani, koji opisuje sposobnost regulacije vlastitog ponašanja (uključuje probleme sa zlouporabom supstanci i impulzivnosti, kao i probleme pažnje), (4) antagonistički eksternalizirani, koji obuhvaća doživljaj povlaštenosti, manipulativna, bešćutna i agresivna ponašanja, kao i antisocijalna ponašanja te antisocijalni, narcistički, paranoidni i granični poremećaj ličnosti, (5) spektar odvojenosti, koji se odnosi na nedostatak interesa za socijalnim odnosima (uključuje manjak emocionalne izražajnosti, aseksualnost i negativne simptome shizofrenije) i (6) somatizirajući spektar, koji opisuje brige i anksioznosti vezane za zdravlje i tjelesne simptome koje ne možemo objasniti nekim problemom tjelesnog zdravlja ili drugim čimbenicima (Kotov i sur., 2017; Jonas i sur., 2022). Antagonistički eksternalizirani i dezinhibirani eksternalizirani spektar pripadaju eksternaliziranom super-spektru, dok poremećaj mišljenja i odvojenost pripadaju psihotičnom super-spektru (Cicero i sur., 2024). Nazivi poremećaja prikazani na *Slici 2* konzistentni s nazivima u DSM-u i MKB-u nisu dio taksonomije, no prikazani su unutar modela radi mogućnosti usporedbe. Spektri u modelu predstavljaju široke konstelacije sindroma, podfaktori su grupe blisko povezanih sindroma, dok su sindromi kompoziti blisko povezanih komponenti, odnosno crta. Najniže u hijerarhiji su već spomenute neadaptivne crte, koje predstavljaju specifične crte ličnosti povezane s patologijom i homogene komponente koje predstavljaju konstelacije blisko povezanih manifestacija simptoma (poput straha od jedenja, pijenja ili čitanja u prisutnosti drugih) (Kotov i sur., 2017). Ovakav transdijagnostički dimenzionalni pristup ima određene prednosti u odnosu na dijagnostički kategorijalni. Prvo, konzistentniji je sa stvarnim podacima i kliničkim iskustvom gdje u opisivanju psihopatologije postoji raspon težine simptoma i sindroma koji seže ispod i iznad dijagnostičkoga praga, a predlaže ga DSM-5, bez jasnih diskontinuiteta između određenih stupnjeva težine (Eaton i sur., 2013). Na taj način HiTOP bolje odgovara na izazove vezane uz pouzdanost klasifikacijskoga sustava te se čini da ovi pristupi imaju bolju pouzdanost među ocjenjivačima (Markon i sur., 2011) i kroz vrijeme (Eaton i sur., 2013). Subsindromalni simptomi nisu problem za ovakvu klasifikaciju, već su, preuzevši dimenzionalni pristup postali njezina inherentna značajka (Ruggero i sur., 2019). Dimenzionalni pristup omogućava da i manifestacije simptoma koje ne prelaze dijagnostički prag budu prepoznate i da pojedinci dobiju potrebnu podršku i liječenje, što je izrazito važno obzirom na podatke da su i ove subdijagnostičke manifestacije povezane s visokim stopama suicidalnog ponašanja, korištenjem zdravstvenih usluga, troškovima za socijalnu skrb te većim smetnjama u funkcioniranju (Eaton i sur., 2013).

Slika 1 Radni shematski prikaz HiTOP-a (prema Kotov i sur., 2017)



Pored toga, način na koji su koncipirani odnosi među dimenzijama dobro objašnjava komorbiditet, ali i heterogenost što karakterizira fenotipe koji pripadaju istoj dijagnostičkoj kategoriji (Dalglish i sur., 2020). Komorbiditet, koji nosi važne informacije o zajedničkim rizičnim čimbenicima, patološkim procesima i tijeku bolesti, ugrađen je u sustav kroz njegovu hijerarhijsku strukturu (Kotov i sur., 2017). HiTOP konzorcij smatra kako ovaj pristup, obzirom na svoje značajke, ima potencijal unaprijediti praksu na svim područjima, od procjene i planiranja tretmana do njegova praćenja te poboljšanja konačnih ishoda za pacijente (Ruggero i sur., 2019). Taksonomija je podložna stalnim revizijama kako pristižu novi dokazi, a principi i procedure kojima bi se revizija trebala voditi opisani su i formalizirani u protokolu za reviziju (Forbes, 2024).

Osnovni prigovor HiTOP klasifikaciji glasi da se pri izboru predmeta empirijskih analiza HiTOP vodi u osnovi istom skupinom znakova i simptoma kakvi su sadržani u aktualnim dijagnostičkim sustavima. To znači da kada istraživači odlučuju što će biti predmet njihova istraživanja, koji su to znakovi, simptomi ili crte središnji za proučavanje problema psihičkog zdravlja, vode se pretpostavkama (neempirijskim, „odozgo-prema-dolje“) koje svoje porijeklo imaju u postojećim psihijatrijskim koncepcijama psihopatologije. Stoga ostaje otvoren prostor za pretpostavku da bi sustav temeljen na proučavanju znakova, simptoma i crta čija je relevantnost za proučavanje određena potpuno empirijski mogao imati i neku drugačiju strukturu. Primjerice, kada bi HiTOP istraživači, umjesto vodeći se postojećim instrumentarijima i skupinama simptoma, prvo iz šireg raspona doživljavanja i ponašanja ljudi empirijski putem identificirali one znakove i simptome relevantne za psihopatologiju općenito, moguće je da bi struktura toga klasifikacijskog sustava uključivala neke nove znakove i simptome ili izostavila neke postojeće te da bi odnosi među njima bili izmijenjeni. Drugo, prisutna su nerazjašnjena pitanja interakcije među različitim komponentama modela i posljedično pitanja prirode komponenti višega reda (Dalglish i sur., 2020). Tako, na primjer, zagovaratelji mrežnoga pristupa probleme psihičkog zdravlja definiraju kao emergentno ili „proizlazeće“ svojstvo kompleksnoga sustava kojega čine mreže simptoma u složenim međusobnim interakcijama (Robinaugh i sur., 2020). Sustav tek treba istražiti različite interakcije komponenata iste razine, kao i onih na različitim razinama hijerarhije. Treće, moguće su poteškoće pri određivanju toga što čini „klinički slučaj“, odnosno koja razina teškoće traži određenu vrstu intervencija u situacijama kada se zajedno razmatraju višedimenzionalni konstrukti. I konačno, bez teorija koje bi objasnile zašto su dimenzije organizirane upravo na taj način i zašto se kod određene osobe pojavljuje neka konstelacija

dimenzija, postoji mogućnost da će se ovaj model pri kreiranju učinkovitih intervencija i prevođenja svojih postavki u kliničku praksu susresti s istim problemima kao i dosadašnji dijagnostički sustavi (Dalglish i sur., 2020).

Kako bi ispunili cilj organiziranja i poticanja razvoja empirijskog pristupa klasifikaciji psihopatologije konzorcij kroz nekoliko aktivnih radnih skupina neprestano razvija pristup i teži odgovoriti na izazove i poteškoće s kojima se ovaj pristup suočava. Primjerice, radna skupina zadužena za razvoj dimenzija višeg reda aktualno je usmjerena na pitanja strukture i organizacije psihopatologije iznad razine spektara, kao što je pitanje značenja i tumačenja općeg faktore psihopatologije te njegove povezanosti s nižim razinama u klasifikaciji kroz rad na razvoju odgovarajućih načina modeliranja i usporedbe modela općih faktora (Krueger i sur., 2018).

S novom klasifikacijom, javlja se i potreba za instrumentima kliničke procjene koji će s njom biti konzistentni. Osim rada na razvoju novoga mjernog instrumenta koji bi bio konzistentan sa sustavom (Simms i sur., 2022), identificirani su i neki postojeći koje slijede dimenzionalni model, poput Minnesota multifazičnog inventara ličnosti (MMPI, Hathaway i McKinley, 1942), Inventara za ispitivanje ličnosti (PAI, Morey, 1991) i Achenbachovog sustava procjene (ASEBA, Achenbach i Rescorla, 2001) (HiTOP Clinical Network, 2024a; Kotov i sur., 2017). Pored toga, radna skupina za prevođenje HiTOP-a u kliničku praksu identificirala je niz mjera konzistentnih s klasifikacijom (koje koriste dimenzionalni pristup te su dokazane homogenosti i divergentne valjanosti; osim toga, da su besplatne za uporabu i potvrđene na velikim nekliničkim uzorcima) te ih je okupila u priručnik nazvan HiTOP-DAT (dostupan na poveznici: <https://osf.io/8hngd/>) koji bi trebao poslužiti kao vodič za kliničare koji u svoju praksu žele uvesti ovaj pristup (Jonas i sur., 2022; HiTOP Clinical Network, 2024b).

Radna skupina za pitanja normalne ličnosti bavi se temama vezanima uz isprepletenost varijacija u ličnosti i psihopatologiji, poput razlika između više dispozicijskih konstrukata ličnosti i konstrukata akutnih simptoma (npr. Lahey, 2021). I konačno, dvije radne skupine bave se pitanjima stvarne korisnosti modela za unaprjeđenje istraživanja i primjenu u kliničkoj praksi te, povezano s tim, prevođenjem teorijskih modela u praktične načine povezivanja rezultata procjene i odgovarajućih intervencija (Krueger i sur., 2018).

Cicero i suradnici (2024) sažimaju neke od preporuka radne skupine za daljnje revizije modela od kojih neke odražavaju prepoznatost dijela prigovora i od samoga konzorcija. Prvo, stavljanje naglaska na druge mjere psihopatologije izuzev do sada dominantnih mjera samo-iskaza i strukturiranih i polu-strukturiranih intervjua (poput opažanja i neurobioloških mjera), što bi

moglo biti posebice važno u onim slučajevima kada samo-iskaz i intervju ne mogu adekvatno zahvatiti problem (primjerice, kod razvojnih poremećaja ili dezorganiziranog ponašanja u psihotičnim poteškoćama) ili u situacijama gdje pacijent nije u stanju dati dovoljno informacija ili točne informacije (kao kod hitnih psihijatrijskih stanja ili kod neuropsihologijske procjene). Drugo, uključivanje okolinskih čimbenika poput diskriminacije, nasilja i zlostavljanja ili toksina iz okoline u istraživanja te otkrivanje njihove povezanosti s modelom i, konačno, treće, prilagođavanje metodologije istraživanja kako bi bolje zahvatila dinamičku i razvojnu prirodu problema psihičkog zdravlja.

4.1.2. Mrežna teorija psihičkih poremećaja

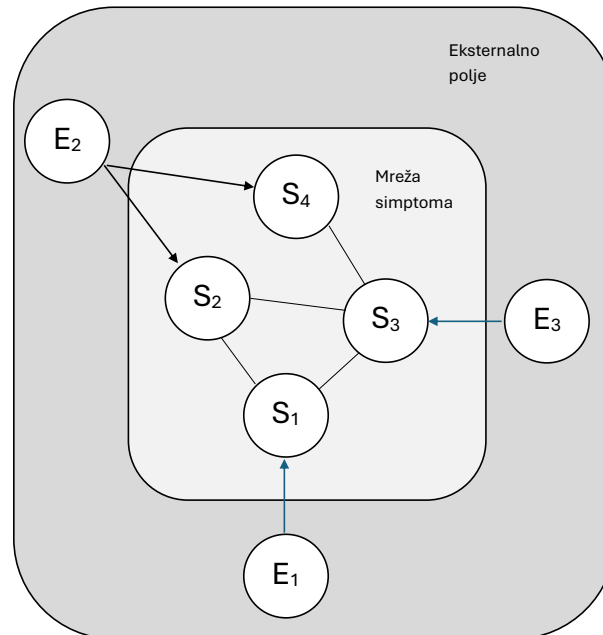
Primjena medicinskog modela zajedničkog uzroka u području psihičkih poremećaja dovela je do toga da se dijagnoze promatraju kao latentne varijable koje uzrokuju manifestne simptome. Međutim, kao što je već rečeno, u području psihičkih poremećaja do sada nisu pronađeni središnji mehanizmi bolesti koji uzrokuju određene konstelacije simptoma. Autori teorije mreža predlažu da takvi mehanizmi nisu pronađeni zato što zapravo i ne postoje (Borsboom, 2017).

Jedan od alternativnih načina konceptualizacije psihičkih poremećaja je mrežni pristup psihopatologiji. Mrežni pristupi na psihičko zdravlje i probleme psihičkog zdravlja gledaju kroz prizmu kompleksnih, biopsihosocijalnih, dinamičkih sustava. Osnovna postavka ove teorije je da su problemi psihičkog zdravlja svojstvo sustava simptoma koje proizlazi iz njihove međusobne kauzalne interakcije. Drugim riječima, simptomi psihopatologije međusobno su povezani kroz mnoštvo bioloških, psiholoških i socioloških mehanizama. Ako su ti odnosi dovoljno snažni, može se generirati određena razina povratne sprege koja međusobne odnose čini samo-održivima. U tom slučaju mreža može zapeti u poremećenom stanju. Psihički poremećaj, dakle, možemo definirati kao alternativno stabilno stanje međusobno isprepletenih mreža simptoma (Borsboom, 2017; Borsboom i Cramer, 2013).

Simptome možemo promatrati kao čvorove u mreži, a kauzalne interakcije među simptomima kao veze među čvorovima. Obrasci interakcije među simptomima čine strukturu mreže. Simptomi koji izravno aktiviraju jedan drugoga povezani su, dok oni koji se međusobno ne aktiviraju izravno nisu. Stanja i događaji koji mogu utjecati na simptome, a nalaze se izvan mreže (npr. nepovoljni životni događaji) čine eksternalno polje. Promjene u ovom polju mogu aktivirati simptome u mreži (npr. gubitak voljene osobe može aktivirati depresivno raspoloženje). Eksternalno polje mogu činiti stanja i događaji izvan osobe ili pak unutar tijela (npr. upala, neurološka stanja, abnormalno funkcioniranje mozga). Veze među simptomima

unutar mreže mogu biti slabije ili jače. Ukoliko su neke interakcije snažnije od drugih čvorovi se mogu grupirati u klustere bliže povezanih simptoma (Slika 2) (Borsboom, 2017).

Slika 2 Mreža od četiri simptoma (prema Borsboom, 2017)



Pitanja komorbiditeta teorija mreža objašnjava kao pojavu koja prirodno proizlazi iz odnosa među varijablama. Dakle, iako u nekoj mreži najviše aktivni mogu biti simptomi povezani s određenom dijagnozom, sama dijagnoza neće ograničiti povezanost i s nekim drugim simptomima koji izlaze van granica određene dijagnostičke kategorije. Na primjer, osoba s nesanicom u kontekstu posttraumatskog stresnog poremećaja, koja joj uzrokuje umor i probleme s koncentracijom (simptome u mrežama povezanim i s velikom depresivnom epizodom i generaliziranim anksioznim poremećajem) može razviti komorbidne obrasce simptoma (Cramer i sur., 2010).

Osim na razvoj teorije, pristup je usmjeren i na razvoj metodologija prikladnih za identifikaciju mreža simptoma i tehnika analize mreža koje mogu pružiti informacije relevantne za uporabu u kliničke svrhe (npr. koji je simptom središnji u nekoj mreži), kao i načina na koji se tehnike mrežne analize mogu koristiti za kreiranje simulacijskih modela poremećaja (Borsboom i Cramer, 2013). Jedna od prednosti metodologije mrežnih pristupa je uporaba formalnih teorija, odnosno modela ili nizova pravila i pretpostavki izražena u matematičkim terminima (VandenBos, 2007). Formalne teorije omogućuju generiranje modela stvarnosti prema pretpostavkama teorije koje zatim možemo uspoređivati sa stvarno opaženim podacima o fenomenu koji istražujemo (Eaton i sur., 2023). Za daljnji razvoj metodologije mrežnih pristupa

Fried i Cramer (2017) predlažu razvoj konfirmatornih mrežnih modela, miješanih mrežnih modela, metoda za statističko uspoređivanje modela latentne varijable s mrežnim modelima, preporuka vezanih za snagu mrežne analize (odnosi se na potrebu za velikom količinom podataka da bi se identificirali smisleni obrasci i veze među simptomima, što posebno može biti problem za rijetke poremećaje ili specifične populacije) i konačno, stjecanje boljeg razumijevanja modela mreža i njegovih pretpostavki od strane istraživača.

Mrežnu teoriju psihopatologije možemo promatrati kao organizacijski okvir koji pretpostavlja široke eksplanatorne principe bez specificiranja načina realizacije ili implementacije tih principa (Borsboom, 2017). Poimanje psihičkih poremećaja kao kompleksnih dinamičkih sustava konzistentno je s mnogim drugim znanstvenim disciplinama koje su razvile modele za predviđanje prelaska sustava iz jednog stanja u drugi, poput npr. meteorologije. Ovaj pristup primijenjen je na primjeru depresije te su pronađeni određeni pokazatelji na razini pojedinih varijabli i čitavoga sustava koji bi mogli funkcionirati kao znakovi upozorenja za prelazak sustava iz zdravoga u patološko stanje (npr. Fried, Proppert i Rieble, 2023; Helmich i sur., 2023). Potrebno je dodatno istražiti vrijednost modela ranih sustava upozorenja za personaliziranu primjenu u predviđanju psihopatologije (Eaton i sur., 2023).

Primjena mrežnoga pristupa u području kliničkih intervencija značila bi preusmjeravanje pažnje istraživača i kliničara na simptome i odnose među simptomima, umjesto na „latentni poremećaj“ u podlozi tih simptoma (Borsboom i Cramer, 2013). Razvoj intervencija temeljenih na ovom pristupu još je u nastanku. Jedna od značajki teorije koja otežava prevođenje spoznaja u kliničke intervencije jest činjenica da strukture mreža mogu značajno varirati među pojedincima, što otežava generalizaciju nalaza i kreiranje intervencija koje bi se mogle šire primjenjivati (Funkhouser i sur., 2020). Također, potrebna su dodatna istraživanja kako bi se razumjeli odnosi među simptomima i mehanizmi u podlozi stvaranja tih odnosa. U budućnosti će mrežni modeli trebati uzeti u obzir i dinamičku i razvojnu perspektivu, kako bi objasnili cikličke i sporo razvijajuće probleme psihičkog zdravlja (McNally, 2021). Mogući odgovor na ovo pitanje nude Olthof i suradnici (2023), predlažući teoriju psihopatologije temeljenu na načelima kompleksnih adaptivnih sustava, koja se oslanja na ideju dinamičkih obrazaca, odnosno obrazaca koji nastaju s protekom vremena.

Konačno, teorija mreža je područje koje se razvija i u kojem istraživači i teoretičari aktivno traže načine prevladavanja ovih ograničenja (npr. Robinaugh i sur., 2020). Pristup je doveo do eksponencijalnog rasta empirijskih studija i novih pristupa modeliranju strukture i dinamike

psihopatologije (McNally, 2021; Eaton i sur., 2023), no predstoji mu nalaženje načina za prevođenje nalaza istraživanja u kliničku praksu.

4.2. Domena istraživanja biopsihosocijalnih procesa

Klasifikacijski sustavi, odnosno opisivanje i imenovanje pojava, entiteta i fenomena, u brojnim su granama znanosti postavili temelje budućega razvoja. No, tek s početkom proučavanja općih načela, procesa i koncepcija došlo je do ubrzanoga napretka u razvoju teorije i tehnologije. Pretpostavka je, dakle, da bi u slučaju proučavanja ponašanja ljudi do značajnoga napretka došlo tek kroz identificiranje općih načela ljudskoga ponašanja i njihova utjecaja na probleme psihičkoga zdravlja, patnju i funkcioniranje općenito. Upravo transdijagnostički pristup utjelovljuje ovu filozofiju znanosti (Mansell i sur., 2009).

4.2.1. Transdijagnostički kognitivni i bihevioralni procesi

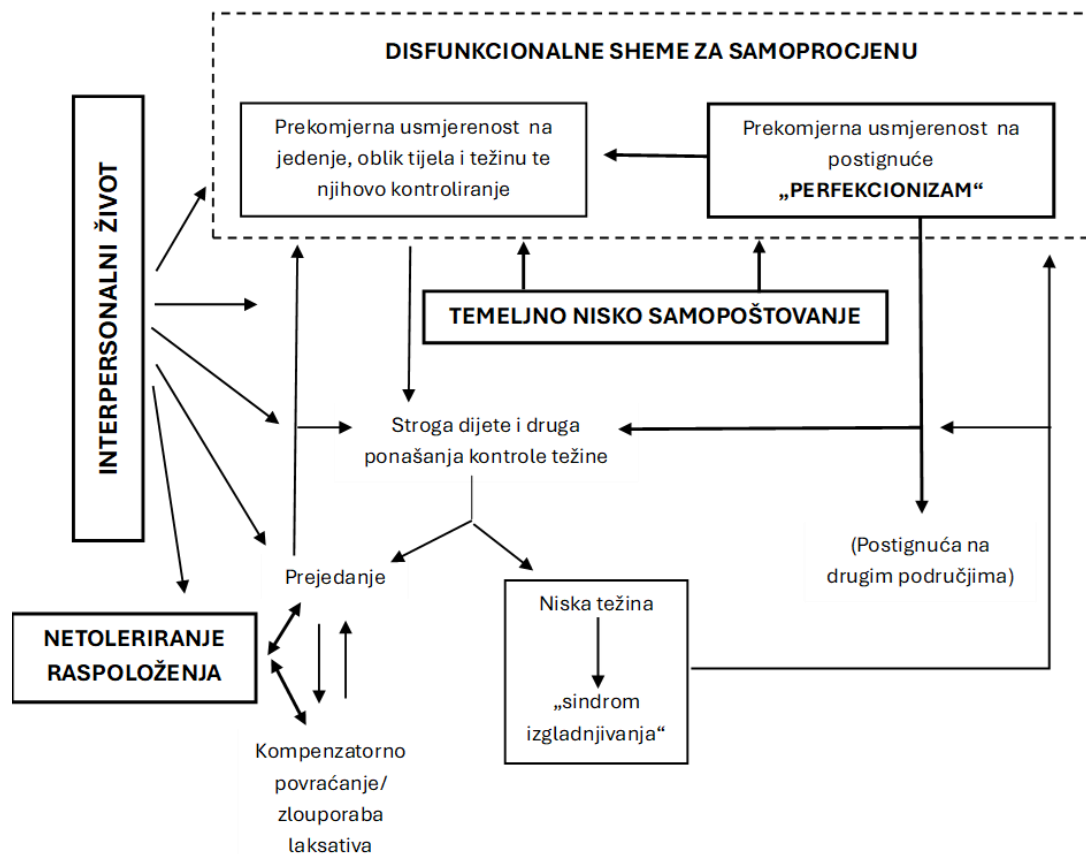
Mansell i sur. (2009) predlažu podjelu proučavanja transdijagnostičkih kognitivnih i bihevioralnih procesa u četiri pristupa, koje imenuju obzirom na raspon i vrstu problema psihičkoga zdravlja kojima se bave te na broj procesa koje smatraju odgovornim za nastanak i održavanje patologije:

(1) Ograničen raspon, višestruki procesi. Ovi pristupi istražuju utjecaj većeg broja kognitivnih i bihevioralnih procesa u održavanju raspona poremećaja koji je nešto širi od tradicionalno definiranih dijagnoza. Dobar primjer je Fairburnova teorija poremećaja hranjenja (Fairburn, Cooper i Shafran, 2003). Prema ovoj teoriji poremećaji hranjenja imaju neke specifične i neke zajedničke značajke, pacijenti se s vremenom „kreću“ među dijagnozama te se čini da ove značajke održavaju zajednički psihološki procesi (*Slika 3*).

Konkretno, pretpostavlja se da su u temelju anoreksije nervoze, bulimije nervoze i drugih atipičnih poremećaja hranjenja kognitivne smetnje koje uključuju prekomjernu usmjerenost na jedenje, oblik tijela i tjelesnu težinu te njihovo kontroliranje. Osim ovih kognitivnih procesa zajedničkih svim osobama s ovim smetnjama, kod određenih skupina pacijenata prisutni su i dodatni mehanizmi koji služe održavanju poremećaja. Jedan od njih je klinički perfekcionizam, kojega autori definiraju kao klinički značajan perfekcionizam, odnosno prekomjernu usmjerenost na vrlo zahtjevne osobne standarde, unatoč nepovoljnim posljedicama. U osnovi ove patologije je sustav za samoprocjenu koji vlastitu vrijednost prosuđuje u odnosu na postavljanje vrlo zahtjevnih ciljeva i uspješnost u njihovu postizanju. Priroda ovoga mehanizma

vrlo je slična prirodi osnovne psihopatologije u osnovi poremećaja hranjenja, obzirom da oba podrazumijevaju postojanje neadekvatnih shema za samoprocjenu. Drugi proces je temeljno nisko samopoštovanje, koje se odnosi na opći nepovoljni doživljaj samoga sebe, sveobuhvatniji od negativnog doživljaja sebe zbog neuspjeha u kontroli prehrane, oblika tijela i tjelesne težine. Nisko samopoštovanje kod osobe obično stvara beznadnost u odnosu na vlastitu sposobnost za promjenu i motivira ju da se potvrđuje u onim područjima koja smatra važnim za sebe (što je obično kontrola prehrane, oblika tijela i težine).

Slika 3 Shematski prikaz transdijagnostičke teorije održavanja poremećaja hranjenja (prema Fairburn, Cooper, Shafran, 2003)



Osim toga, osobe niskoga samopoštovanja sklone su negativnim kognitivnim pristranostima i pretjeranoj generalizaciji neuspjeha, što sve skupa značajno otežava postizanje adaptivne promjene u tretmanu. Netoleriranje raspoloženja, kao treći proces, odnosi se uglavnom na nesposobnost adekvatnog suočavanja s neugodnim emocijama poput ljutnje, anksioznosti, depresivnosti, no u nekih se osoba odnosi na sva emocionalna stanja uključujući i ona pozitivna. Zbog navedenoga, ove osobe slabije prepoznaju svoje okidače i upuštaju se u neadaptivne

strategije suočavanja poput samoozljeđivanja, zlorabe psihoaktivnih tvari ili prejedanja, povraćanja ili kompenzatornog vježbanja. Često ovakvom ponašanju posreduju vjerovanja da se osoba neće moći nositi s emocijom koju doživljava. I konačno, četvrti proces odnosi se na interpersonalne poteškoće i poteškoće u okolini, poput narušene obiteljske dinamike, prisutnosti člana obitelji s problemima hranjenja te radnog ili drugog okruženja u kojemu se favorizira mršavost (Fairburn, Cooper i Shafran, 2003).

Drugi primjer sličnog pristupa istraživanju odnosi se na Barlowa i suradnike (Barlow, Allen i Choate, 2004; Barlow i sur., 2014a; 2014b; Brown i Barlow, 2009) koji su istraživali procese zajedničke anksioznim i depresivnim poremećajima te opravdali pretpostavku o hijerarhijskoj strukturi emocionalnih poteškoća i dijeljenim mehanizmima u podlozi ovih poremećaja. Hijerarhijska struktura zasniva se na dvije temeljne dimenzije temperamenta: neuroticizmu ili negativnoj afektivnosti te ekstraverziji ili pozitivnoj afektivnosti, od kojih je izražen neuroticizam povezan s čitavim rasponom anksioznih i poremećaja raspoloženja, a nizak pozitivan afekt najviše s velikim depresivnim poremećajem, socijalnom anksioznošću i agorafobijom (bez paničnog poremećaja). Osim što češće i intenzivnije doživljavaju neugodna emocionalna iskustva, osobe s neuroticizmom slabije toleriraju ta iskustva i sklone su poduzimati radnje kojima ih umanjuju ili izbjegavaju. Dakle, temeljni psihopatološki mehanizam kod emocionalnih poremećaja obuhvaća interakciju neugodnih emocionalnih iskustava i pokušaje izbjegavanja istih. Zajedničko svim konstruktima nižeg reda, povezanim s nastankom i održavanjem emocionalnih poremećaja, jest nepovoljan doživljaj emocionalnog iskustva i pokušaji izbjegavanja istoga: (1) izbjegavanje iskustva odnosi se na tendenciju izbjegavanja ili bijega od neugodnih unutarnjih doživljaja, poput misli, sjećanja ili emocija, (2) ruminacija je kognitivna strategija koja podrazumijeva ponavljano fiksiranje na negativna raspoloženja i njihove moguće uzroke, značenja i posljedice, s naglaskom na prošle događaje (briga je sličan proces, samo s fokusom na budućnost), (3) anksiozna osjetljivost odnosi se na sklonost vjerovanju da će simptomi anksioznosti, posebice tjelesne senzacije, imati negativne posljedice za osobu, a (4) deficiti u osvještavanju vlastitih emocionalnih iskustava (eng. mindfulness deficits) odnose se na poteškoće osobe da svoje emocionalno iskustvo zadrži u svijesti i prihvati bez obzira na stupanj neugode koji ono izaziva te na vrlo rigidne, pesimistične i negativne atribucije iskustva i događaja (Barlow i Kennedy, 2016). Nastanak i razvoj poremećaja Barlow i suradnici (2004) objašnjavaju teorijom „trostruke ranjivosti“, koja obuhvaća opću biološku ranjivost, opću psihološku ranjivost i specifičnu psihološku ranjivost. Biološka ranjivost odnosi se na nespecifičan doprinos genetskih čimbenika razvoju

anksioznosti negativnog afekta, dok razvoju opće psihološke ranjivosti doprinose određena nepovoljna rana iskustva. Za pojavu poremećaja potrebno je i da osoba doživi određena iskustva u ranoj dobi koja se odnose na učenje o povezanosti anksioznosti s određenim okolnostima i događajima. Na primjer, uslijed određenih iskustava, osoba može početi doživljavati tjelesne senzacije ili intruzivne misli kao opasne.

Neki od pristupa ovoga tipa, usmjereni su na višestruke procese u užem spektru psihopatologije i tiču se uglavnom psihotičnih poremećaja. Ovdje su pristranost u tumačenju, atribucija, briga, ruminacija i sigurnosna ponašanja prepoznati kao procesi odgovorni za održavanje ovih poremećaja, neovisno o konkretnoj dijagnozi (Garety i sur., 2001; Kuipers i sur., 2006; Morrison, 2001).

(2) *Procesi u podlozi pojedinih simptoma.* Kao što mu samo ime kaže, ovaj pristup istraživanjima procesa odgovornih za nastanak i održavanje psihopatologije bavi se identificiranjem mehanizama u podlozi pojedinih simptoma, neovisno o dijagnozi kojoj su pridruženi. Istraživači u području psihotičnih poremećaja, motivirani izostankom nalaza istraživanja koji bi poduprli postojanje diskretnih dijagnostičkih kategorija, heterogenošću simptoma unutar kategorije i nepostojanjem ujednačenoga odgovora na tretman, predlažu napuštanje dijagnostičkih pojmova i usmjeravanje na specifične simptome te na objašnjavanje psiholoških mehanizama u osnovi nastanka i održavanja tih simptoma (Bentall, 2006; Persons, 1986). Bentall (2006) svoj pristup naziva pristupom „orijentiranim na pritužbu” i poziva na usmjeravanje istraživanja i tretmana na mehanizme u podlozi „pritužbi”, odnosno simptoma s kojima pacijenti dolaze, poput sumanutosti, halucinacija, dezorganiziranog mišljenja i manije. Tako umjesto „liječenja“ shizofrenije ili sumanutoga poremećaja i traženja mehanizama u podlozi poremećaja kao jedinstvenog fenomena, ukazuje se na važnost usmjeravanja istraživanja i intervencija na mehanizme u podlozi simptoma poremećaja, poput pogrešaka u zaključivanju, odnosno donošenju kauzalnih atribucija, te deficita u donošenju zaključaka o psihičkim stanjima drugih ljudi („teoriji uma“) za koje se pretpostavlja da su u osnovi sumanutog mišljenja (Baker i sur., 2019; Bentall i sur., 2001). Ovi procesi nadilaze diskretne dijagnostičke kategorije i zajednički su zdravim pojedincima i onima s klinički značajnim smetnjama. Bentall (2006) nadalje tvrdi da ukoliko bi se objasnili svi simptomi vezani uz, primjerice, shizofreniju i bipolarni poremećaj, ne bi ostalo drugog entiteta, neke bolesti u podlozi koja bi povezivala svu manifestnu simptomatologiju, već bi se „poremećaj“ mogao svesti na simptome i mehanizme u osnovi simptoma s kojima osoba dolazi. Pristup se doima donekle

konzistentan s teorijom mreža koja definira poremećaj kao svojstvo sustava međusobno povezanih simptoma.

(3) *Univerzalan, jedinstven proces.* U ovom pristupu zagovara se ideja da je jedan proces uvelike odgovoran za održavanje psihopatologije kod većine ili kod svih poremećaja. Jedan od primjera je već spomenuto Ingramovo (1990) istraživanje pažnje usmjerene na sebe. Wells i Matthews (1994) predlažu proces disfunkcije izvršne samo-regulacije (engl. self-regulatory executive dysfunction, S-REF) kao odgovoran za održavanje emocionalnih poremećaja. Autori su razradili detaljan model mehanizama uključenih u ovaj sustav koji je dobio značajnu empirijsku i kliničku podršku te je utjecao na razvoj metakognitivne teorije psiholoških poremećaja i metakognitivne terapije. Metakognitivna teorija psiholoških poremećaja počiva na pretpostavci da su negativne misli i emocije obično prolazna iskustva. Kada perzistiraju to se događa stoga što pojedinac aktivira specifičan obrazac mišljenja koji je štetan za samoregulaciju i prestanak tih neugodnih iskustava. Taj obrazac Wells (2011) naziva kognitivnim sindromom pažnje (engl. cognitive attentional syndrome, CAS) koji se sastoji od briga, ruminacije, praćenja znakova prijetnje i ponašanja suočavanja koja ometaju samoregulaciju. Na psihološke poremećaje stoga možemo gledati kao na „mentalne perseveracije“, odnosno ponavljano bavljenje nekim sadržajima mišljenja. I drugi su autori predlagali i istraživali proces repetitivnog negativnog mišljenja kao odgovoran za održavanje čitavog raspona problema (usp. Ehring i Watkins, 2008; Harvey, Watkins i Mansell, 2004; McEvoy i sur., 2019). Istraživanja su pružila podršku pretpostavci da repetitivno mišljenje usmjereno na negativan sadržaj predviđa intenziviranje simptoma anksioznosti i depresije u čitavom rasponu psiholoških poremećaja, uključujući i veliki depresivni poremećaj, socijalni anksiozni poremećaj, generalizirani anksiozni poremećaj i postraumatski stresni poremećaj (Wahl i sur., 2019; Watkins, 2008), dok se depresivne ruminacije povezuju i s drugim problemima psihičkog zdravlja, ne samo s depresijom, nego i s anksioznošću (McLaughlin i Noel-Hoeksema, 2011), zlouporabom alkohola (Hummel i sur., 2021) agresivnim ponašanjem mladih (McLaughlin i sur., 2014) pa i prekomjernom uporabom pametnih telefona (Wong i sur., 2023). Hayes i suradnici (1996), kako je već spomenuto, predlažu izbjegavanje iskustva kao proces odgovoran za održavanje patnje u čitavom rasponu psihopatologije i definiraju ga kao pokušaj da se izmjeni oblik, učestalost ili situacijska osjetljivost privatnih događaja čak i kada taj postupak osobi uzrokuje štetu. Primjerice, osoba u pokušaju da izbjegne neugodne tjelesne senzacije poput lupanja srca ili vrtoglavice, prateći doživljaj anksioznosti i misli poput „Glup sam!“ ili „Svi će mi se smijati!“, izbjegava javne nastupe i govorenje pred većim grupama ljudi, što ju

sprječava da ostvari željene rezultate i napreduje u poslu. Ili pak osoba koja odgađa baviti se projektom ili seminarom potrebnim za završavanje studija kako bi izbjegla osjećaj neugode i preplavljenosti zadatkom, misli nešto poput „Ne mogu ja ovo!“, iako ju to ometa u postizanju željenoga cilja i kasnije donosi još više stresa. Neki od primjera su i konzumacija alkohola, samo-ozljeđivanje ili pak izbjegavanje stvari koje su nam nekada bile ugodne, poput druženja s drugima, ne bismo li izbjegli neugodne emocije i misli nakon stresnog ili traumatskog iskustva poput gubitka voljene osobe. Istraživanja do sada potvrđuju veći stupanj prisutnosti ovog ponašanja u čitavom rasponu problema psihičkog zdravlja te je isto povezano i s kasnijom emocionalnom patnjom (Hayes i sur., 1996; Hayes i sur., 2006). U okviru evolucijskog pristupa, Gilbert i Irons (2004) navode samokritičnost kao proces koji održava simptome u čitavom rasponu problema kroz intenziviranje doživljaja podložnosti, srama i prijetnje. Ova istraživanja srama i samokritičnosti te njihova utjecaja na čitav raspon psihopatologije s vremenom su utjecala na razvoj terapija temeljenih na suosjećanju (Andersen i Rasmussen, 2017; Craig, Hiskey i Spector, 2020)

(4) *Univerzalni, višestruki procesi.* Pristupi u posljednjoj grupi sadržavaju integrativne modele kognitivnog i emocionalnog funkcioniranja, odnosno teorijske modele koji predlažu generičke mehanizme kojima bi se objasnio čitav raspon psihopatologije. Ovi modeli ne izvire samo iz bihevioralnih i kognitivnih pristupa već im je cilj objasniti interakciju emocija i kognicija u čitavom spektru ljudskoga doživljavanja i ponašanja, zdravlja i psihopatologije. U počecima suvremenog razvoja područja, Harvey, Watkins i Mansell (2004) identificirali su veći broj kognitivnih i bihevioralnih procesa u području pažnje, pamćenja, rezoniranja, mišljenja i ponašanja s transdijagnostičkim obilježjima (zajedničkih barem četirima poremećajima). Istraživanje je obuhvatilo širok raspon psihopatologije, uključujući anksiozne i poremećaje raspoloženja, opsesivno-kompulzivne, psihotične poremećaje, poremećaje ovisnosti, seksualne poremećaje, poremećaje spavanja, poremećaje hranjenja i poremećaje sa somatskim simptomima uzevši u obzir kliničke i nekliničke populacije (*Tablica 1*). Uz identifikaciju univerzalno i potencijalno transdijagnostičkih mehanizama, autori sažimaju pitanja uzročnosti, teorijska pitanja, kliničke implikacije i prijedloge za buduća istraživanja.

Istraživanja psihopatologije u području psihodinamskih pristupa, ponajprije graničnog poremećaja ličnosti, iznjedrila su transdijagnostički i transteorijski pojam mentalizacije za koji se pretpostavlja da bi mogao biti uključen u širok spektar psiholoških problema i poremećaja. Mentaliziranje se odnosi na kapacitet ljudi za razumijevanje sebe i drugih u terminima psihičkih stanja poput osjećaja, težnji, želja, stavova i ciljeva. Mentalizaciju je najbolje razumjeti kao

„kišobran” koncept koji obuhvaća različite konstrukte i kapacitete poput teorije uma, usmjerene svjesnosti, zauzimanja perspektive, aleksitimije, sposobnosti uvida i empatije. Odnosi se na procese uključene u reflektivno funkcioniranje o sebi i drugima, kognitivno i afektivno temeljem internalnih i eksternalnih obilježja. Drugim riječima, mentalizaciju možemo konceptualizirati oko četiri dimenzije ili polariteta, a na neurološkoj razini povezana je s relativno različitim neuronskim krugovima, 1) automatsko nasuprot kontroliranom mentaliziranju, 2) mentaliziranje u odnosu na sebe nasuprot mentaliziranju u odnosu na druge, 3) mentaliziranje zasnovano na eksternalnim ili internalnim značajkama sebe i drugih te 4) kognitivno nasuprot afektivnom mentaliziranju. Neravnoteža između različitih procesa povezanih s mentalizacijom može se prepoznati u različitim problemima psihičkog zdravlja. Tako, primjerice, automatsko mentaliziranje uključuje brze, usporedne i refleksne procese koji zahtijevaju malo uloženog napora i vezano je uz filogenetski starije neuronske krugove koji se primarno oslanjaju na senzorne informacije. Kontrolirano ili eksplicitno mentaliziranje, s druge strane, svjesno je, verbalno i promišljeno te je vezano uz filogenetski novije neuronske krugove, koji se oslanjaju na verbalno i simboličko procesiranje. Ova dva procesa igraju ključnu ulogu u regulaciji stresa i emocija. Kada smo pod stresom dolazi do prelaska s kontroliranog na automatsko mentaliziranje, što u složenom svijetu socijalnih interakcija može biti problematično i dovesti do stvaranja pojednostavljenih i pristranih modele sebe i drugih (Luyten i sur., 2020).

Često ga se pronalazi i kao čimbenik povezan s oporavkom u brojnim terapijskim pristupima i intervencijama koje nisu eksplicitno usmjerene na poboljšanje mentalizacije. Mogućnost činjenja pogrešaka u razumijevanju vlastitog mentalnog stanja i mentalnog stanja drugih, kao i stapanje vlastitog mentalnog stanja s tuđim, zbog pretpostavke da razumijemo druge temeljem naše utjelovljene simulacije tuđih iskustava, ključna su vodilja u razvoju tretmana zasnovanih na mentalizaciji (eng. Mentalization-based treatment, MBT). Učinkovito mentaliziranje vezano je uz ravnotežu među različitim dimenzijama mentalizacije i sustavima u njihovoj podlozi. Intervencije temeljene na mentaliziranju fokusiraju se na poboljšanje kapaciteta za mentalizaciju. To čine kroz usmjeravanje na pacijentova psihička stanja ovdje-i-sada, kako ih pacijent doživljava od trenutka do trenutka, te kroz naglašavanje terapijskog saveza i aktivno popravljanje oštećenja u odnosu terapeut-klijent. Naglasak intervencija utemeljenih na mentaliziranju je na jačanju klijentove otpornosti (Luyten i sur., 2020).

Tablica 1 Transdijagnostički procesi identificirani od Harveyeve i suradnika (prema Harvey, Watkins i Mansell, 2004 i Mansell i sur., 2009)

Pažnja	
Pristranost pažnje	Odnosi se na selektivne procese kojima osoba usmjerava pažnju na vanjske i unutrašnje (pažnja usmjerena na sebe, u skladu s Ingramovim [1990] istraživanjima) podražaje koje aktualno procjenjuje važnima (često može uključivati automatsku pristranost pažnje prema podražajima koji se percipiraju kao prijeteći)
Usmjeravanje pažnje	Odnosi se na procese kojima osoba odvraća pažnju od neugodnih i prijetećih podražaja, odnosno usmjerava pažnju prema izvorima sigurnosti.
Pamćenje	
Pristranost pamćenja	Odnosi se na selektivne procese eksplicitnog pamćenja vezane uz veću sklonost prisjećanju i upamćivanju onih informacija koje osoba aktualno procjenjuje važnima.
Vraćajuća sjećanja	Prije svega se odnosi na intruzivne slike praćene snažnim emocijama.
Pregeneralizirano pamćenje	Poteškoće u dosjećanju detalja događaja iz vlastitoga života (vrijeme, mjesto). <i>Transdijagnostički, no ne i univerzalni proces; za neke poremećaje nije povišeno u odnosu na nekliničke skupine.</i>
Rezoniranje	
Interpretacijska pristranost	Sklonost tumačenju ambivalentnih podražaja na nepovoljan način.
Pristranost očekivanja	Odnosi se na donošenje prosudbi u nesigurnoj situaciji i procjene vjerojatnosti nekog događaja u budućnosti, vjerojatnosti da će određeni postupci dovesti do određenih ishoda ili da će određene reakcije slijediti neka zbivanja u okolini. Najviše pod utjecajem heuristike dostupnosti: donošenje zaključaka temeljem informacija koje nam najlakše padaju na um.
Emocionalno rezoniranje	Heuristika u rezoniranju kada osoba za donošenje zaključaka koristi vlastiti emocionalni doživljaj kao izvor informacija.
Mišljenje	
Repetitivno negativno mišljenje	Odnosi se na brige i ruminacije, procese kojima osoba pokušava odgovoriti na negativno doživljenu intruzivnu misao, posebice ako se doživljava osobno važnom. Često uključuju pažnju usmjerenu na sebe, no razlikuju se od nje jer sadrže lanac misli koje ponavljaju i razrađuju određenu temu.

Pozitivna i negativna metakognitivna vjerovanja	Znanja i procesi uključeni u procjenu, praćenje i kontrolu kognicije. Uključuje i metakognitivna znanja (vjerovanja i informacije koje ljudi imaju o svojim procesima mišljenja) te regulaciju. Pozitivna metakognitivna vjerovanja naglašavaju prednosti određenog tipa mišljenja, dok negativna naglašavaju rizike i nepovoljne posljedice misli.
Potiskivanje misli	Proces kojim osoba pokušava prevenirati pojavljivanje određenih misli u svijesti ili ih ukloniti ukoliko se pojave. <i>Povratni učinak pokazan samo u podgrupi poremećaja.</i>
Ponašanje	
Izbjegavanje	Ponašanja koje osobi omogućavaju predvidjeti i izbjeći situacije koje osoba doživljava neugodnima.
Sigurnosna ponašanja	Ponašanja za koja osoba smatra da joj pomažu umanjiti ili izbjeći katastrofalne posljedice.

Dodatni primjeri integrativnih modela su model interaktivnih kognitivnih podsustava (engl. interacting cognitive subsystems) (Teasdale i Barnard, 1993) i model shematskih, propozicijskih, analognih i asocijativnih sustava reprezentacija (engl. schematic, propositional, analogical, and associative representation systems, SPAARS) (Power i Dalgleish, 2016).

Osim toga, Mansell (2005; 2021) predlaže konceptualizaciju psihološke patnje u terminima nerazriješenog konflikta među kontrolnim sustavima, slijedeći ideje iz područja kibernetike i teorije perceptivne kontrole (engl. perceptual control theory, PCT) (Powers, 1976). Teorija perceptivne kontrole jedna je od prihvaćenijih teorija u transdijagnostičkoj paradigmi (Dalgleish, 2021). Zasniva se na četiri načela: kontrole, hijerarhije, konflikta i reorganizacije. PCT smatra da je kontrola senzornog inputa (percepcije) putem negativne povratne sprege osnovna značajka živčanog sustava, to je proces putem kojega živa bića djeluju u svijetu kako bi ga zadržali u sebi prihvatljivim okvirima (Powers, 2009). Negativna povratna sprema odnosi se na svojstvo sustava da izlazne informacije vrati u sustav kao ulazne informacije kako bi sustav mogao „negirati“ ili smanjiti razliku koja među njima postoji (Carey, Mansell i Tai, 2014). Čitav spektar ljudskih ponašanja, od hodanja do vožnje automobila ili slikanja, služi kontroli usklađenosti naše trenutne percepcije s onom željenom. Prilagodljivost kontrolnih procesa postiže se kroz hijerarhijsku organizaciju sustava u kojem izlazne informacije iz viših razina, odnosno ciljevi postavljeni na višim razinama, postaju referentni okvir za formiranje

ciljeva nižih razina. Primjerice, vozač upravlja automobilom kako bi stigao do željenoga cilja, svoga radnog mjesta. Njegova referentna percepcija je: „Nalazim se na parkiralištu ispred ulaza u zgradu gdje sam zaposlen“, na nižoj razini hijerarhije njegova trenutna percepcija je: „Vozim se brzinom od 45 km/h nekoliko blokova dalje od parkirališta ispred zgrade gdje sam zaposlen“. Viši sustav ne govori nižemu što da čini, već što mu je zadana percepcija koju treba ostvariti. Niži sustav tada čini radnje koje usmjeravaju pojedinca prema ostvarenju zadane percepcije, u ovom slučaju potrebne pokrete volanom i papučicama kako bi se automobil dovezao do željenoga mjesta. Kada dva ili više kontrolnih sustava imaju različite referentne vrijednosti neke varijable (različite ciljeve) dolazi do konflikta koji uzrokuje gubitak kontrole. Pojednostavljeno rečeno, svaki put kada želimo raditi dvije stvari u isto vrijeme, a ne možemo ih raditi u isto vrijeme, doživljavamo unutarnji konflikt. Ukoliko bi vozača automobila na putu do posla zaboljela glava, njegova konkurentna referentna slika mogla bi uključivati odlazak do ljekarne ili u bolnicu ili ležanje kod kuće u krevetu. Konflikta su obično prolazni i osoba relativno brzo reorganizira svoje ponašanje. Ponovno uspostavljanje kontrole događa se putem procesa učenja, unošenja promjena u svojstva kontrolnoga sustava putem pokušaja i pogrešaka, u onim regijama koje su trenutno u svijesti pojedinca (Mansell, 2021). U slučaju kada osoba ne uspijeva riješiti konflikt i kada dva sustava kronično rade u suprotnim smjerovima, razvija se psihopatologija. Osoba, primjerice, može težiti zadržati sigurnost i istovremeno težiti doživljajima koji uključuju uzbuđenje i rizik, ili u slučaju vozača automobila težiti zadržati percepciju posvećenog zaposlenika ili težiti vođenju brige o vlastitom zdravlju na najbolji mogući način. Teorija je korištena u razvoju novoga pristupa kognitivnoj psihoterapiji, nazvanoga “metoda razina” (engl. method of levels, MOL) (Carey, 2008) koja pomaže osobama razriješiti konflikt usmjeravajući svijest osobe na meta-ciljeve, ili one referentne percepcije pozicionirane više u hijerarhiji od razine na kojoj je nastao konflikt. Važno je dodatno napomenuti da je teorija perceptivne kontrole u svojoj osnovi biopsihosocijalne prirode i da se proces negativne povratne sprege događa na svim razinama perceptivne složenosti, od fiziološke do psihološke i socijalne (Carey, Mansell i Tai, 2014). Stoga Carey, Mansell i Tai (2014) argumentiraju kako bi teorija perceptivne kontrole mogla biti prvi funkcionalni biopsihosocijalni model koji objašnjava na koji su način ova tri aspekta ljudskog funkcioniranja povezana te čine cjelinu.

4.2.2. Kriteriji istraživačkih domena (RDoC)

Godine 2009. Nacionalni institut za psihičko zdravlje (engl. National Institute of Mental Health, NIMH), jedan od centara koji čine Nacionalni institut za zdravlje, primarnu agenciju vlade

Sjedinjenih Američkih Država odgovornu za biomedicinska i zdravstvena istraživanja (Wikipedia, 2024), pokrenuo je projekt Kriteriji istraživačkih domena (engl. Research Domain Criteria, RDoC) s ciljem približavanja područja psihičkog zdravlja modelu precizne medicine. Projekt je osmišljen kao odgovor na prepoznate poteškoće s aktualnim sustavima klasifikacije i na potrebu za unaprjeđenjem razvoja novih tehnologija (Cuthbert i Insel, 2013). Autori navode kako dijagnostičke kategorije temeljene na kliničkom konsenzusu nisu konzistentne s nalazima iz kliničke neuroznanosti i genetike, ne zahvaćaju temeljne mehanizme u podlozi disfunkcije te ne predviđaju dobro odgovor na tretman, jer sam način na koji je dijagnostički sustav organiziran utječe na usporavanje razvoja novih tretmana usmjerenih na patofiziološke mehanizme u podlozi (Insel i sur., 2010).

Cilj projekta bio je podržati razvoj novih načina klasificiranja i razumijevanja psihičkih poremećaja putem stvaranja okvira za istraživanje patofiziologije, primarno u području genomike i neuroznanosti, uključujući i dimenzije opažljivoga ponašanja (Cuthbert i Insel, 2013; Insel i sur., 2010). Ovakva konceptualizacija trebala bi pomoći promicanju dijaloga među različitim dionicima u znanstvenoj zajednici (onima koji se prijavljuju za istraživačke stipendije, članovima odborâ za recenziranje, agencijama za upravljanje fondovima, kontrolnim tijelima i urednicima časopisâ), kako znanstvena istraživanja ne bi bila nužno vezana uz dijagnostičke priručnike (Morris i sur., 2022).

Za razvoj okvira predviđena su dva koraka: prvo je bilo potrebno izraditi inventar temeljnih ponašajnih funkcija za čiju se izvedbu smatra da je mozak evoluirao i zatim specificirati neuronske sustave koji su primarno odgovorni za implementaciju tih funkcija, nakon čega je slijedilo razmatranje psihopatologije u terminima različitih vrsta i stupnjeva disfunkcije u određenom sustavu, iz integrativne multisistemske perspektive. Predložena je hijerarhijska shema s pet glavnih domena funkcioniranja (sustavi negativne valencije, pozitivne valencije, kognitivni sustavi, sustavi za socijalne procese i sustavi pobuđenosti) unutar kojih su smještene određene dimenzije (Cuthbert i Insel, 2013). Godine 2019. dodana je nova domena: sustavi senzorno-motornih procesa (Nacionalni institut za psihičko zdravlje, 2019). Glavne domene osmišljene su na empirijskim temeljima iz podataka različitih istraživanja u području temperamenta, ponašajne genetike i strukturalnih modela psihičkih poremećaja (Cuthbert i Insel, 2013). Svaka dimenzija je definirana i sadrži listu elemenata koji mogu poslužiti kao mjere te dimenzije, na svakoj od razina ili jedinica analize (geni, molekule, stanice, neuronski krugovi, fiziologija, ponašanje, samo-iskaz, paradigme) (Sanislow i sur., 2010). Istraživački RdoC okvir možemo dakle zamisliti kao matricu u kojoj redovi predstavljaju različite

konstrukte hijerarhijski grupirane u domene (nezavisne varijable), dok stupci predstavljaju različite jedinice analize (zavisne varijable). Posljedično, istraživački uzorak može uključivati osobe s više različitih DSM dijagnoza (Insel i sur., 2010). Dimenzije su zamišljene kao konstrukti podložni reviziji i modifikaciji u skladu s novim pristiglim nalazima istraživanja.

- (1) *Domena negativne valencije* uključuje sustave odgovorne za reagiranje na averzivne situacije i okolnosti, poput straha, anksioznosti ili gubitka. Sadrži četiri konstrukta: akutnu prijetnju (strah), potencijalnu prijetnju (anksioznost), produljenu prijetnju, gubitak i frustrirajući izostanak nagrade.
- (2) *Domena pozitivne valencije* uključuje sustave odgovorne za reakcije u pozitivno motivirajućim situacijama ili okolnostima poput traženja nagrada, konzumacijskog ponašanja i nagrađivanja/stjecanja navika. Sadrži tri konstrukta i podkonstrukte: responzivnost na nagrađivanje (koja se dijeli na: anticipaciju nagrade, inicijalnu reakciju na nagradu i zasićenje nagradom), učenje vezano za nagrađivanje (koje se dijeli na: probabilističko učenje i učenje potkrepljenjem, pogrešku predviđanja nagrade i navike) i konačno vrednovanje nagrade (koje se dijeli na: nagradu, odgođenost i uloženi napor).
- (3) *Domena kognitivnih sustava* uključuje različite kognitivne procese. Sadrži šest konstrukata i podkonstrukte: pažnju, percepciju (koja se dijeli na: vizualnu percepciju, auditornu percepciju i olfaktornu/ somatosenzornu/ multimodalnu percepciju), deklarativno pamćenje, jezik, kognitivnu kontrolu (odabir cilja, ažuriranje, reprezentacija i održavanje; odabir odgovora, inhibicija/ supresija; nadziranje izvedbe) i radno pamćenje (aktivno održavanje; fleksibilno ažuriranje; ograničeni kapacitet; kontrola interferencije).
- (4) *Domena sustava za socijalne procese* posreduje u reakcijama u različitim interpersonalnim okruženjima, uključujući percepciju i tumačenje tuđih postupaka. Sadrži četiri konstrukta i podkonstrukte: afilijaciju i privrženost, socijalnu komunikaciju (koja se dijeli na: recepciju facijalne komunikacije, produkciju facijalne komunikacije, recepciju ne-facijalne komunikacije i produkciju ne-facijalne komunikacije), percepciju i razumijevanje sebe (koje se dijeli na: djelotvornost i znanje o sebi) te percepciju i razumijevanje drugih (koje se dijeli na: percepciju životnosti, percepciju namjere i razumijevanje psihičkog stanja).
- (5) *Domena sustava pobuđenosti/ regulacijskih sustava* odgovorna je za generiranje aktivacije živčanog sustava primjerene određenom okruženju te za homeostatsku regulaciju sustava poput ravnoteže energije i spavanja. Sadrži tri konstrukta: pobuđenost, cirkadijurne ritmove te spavanje i budnost.

(6) *Domena senzorno-motornih sustava* primarno je odgovorna za kontrolu i izvođenje motoričkog ponašanja i njegovo usavršavanje tijekom učenja i razvoja. Sadrži četiri konstrukta i podkonstrukte: motoričku aktivnost (koja se dijeli na: planiranje i odabir postupaka, senzorno-motornu dinamiku, inicijaciju, izvršavanje, inhibiciju i završavanje); djelotvornost i posjedovanje, navike i urođene motoričke obrasce (Kozak i Cuthbert, 2016; Nacionalni institut za psihičko zdravlje, 2024). Osim na motorički, Harrison i suradnici (2019) naglašavaju važnost usmjeravanja na senzorni aspekt ove domene i predlažu dva razreda senzornih simptoma: (a) senzorno procesiranje, koje uključuje senzornu osjetljivost i aktivno osjećanje te (b) domene perceptivnog signaliziranja, uključujući propriocepciju i interocepciju za koje smatraju kako trenutno, ili uopće nisu prisutne u okviru, ili su pak nedovoljno razvijene unutar perceptivnih konstrukata u kognitivnoj domeni.

Do prije nekoliko godina najviše su istraživane domene negativne i pozitivne valencije i domena kognitivnih sustava te su primarno povezivani rezultati istraživanja iz genetike, neuronskih krugova i fiziologije s ponašanjem i samo-iskazima (Carcone i Ruocco, 2017).

Osnovne značajke, ili načela RDoC projekta utjelovljeni su u onome što autori nazivaju sedam stupova projekta i odnose se na: (1) translacijsku perspektivu projekta, odnosno namjeru bržeg prevođenja otkrića iz temeljnih znanosti u praksu, (2) dimenzionalni pristup proučavanju fenomena, u čitavom rasponu pojavnosti, uključujući i normalnost i psihopatologiju, (3) razvoj korespondirajućih mjernih skala koje bi bile u stanju zahvatiti raspone blage i prijelazne psihopatologije, što bi potencijalno unaprijedilo razumijevanje proksimalnih uzročnih čimbenika i mehanizama te posljedično pospješilo razvoj preventivnih intervencija, (4) preferirane načine dizajniranja studija i strategije uzorkovanja gdje autori predlažu dva koraka: prvo, određivanje grupe ispitanika koja će biti obuhvaćena studijom (s drugačijim kriterijima u odnosu na dijagnostičke) i po potrebi uključivanje kontrolne grupe te drugo, specificiranje nezavisne varijable koja može biti odabrana iz bilo koje jedinice analize s višestrukim mjerenim ovisnim varijablama, zatim, slijedi (5) stup integrativne perspektive, odnosno namjera okvira da jednako vrednuje ponašajne i biološke konstrukte. Ovo načelo odražava se u dva kriterija koja nužno trebaju biti zadovoljena da bi konstrukt bio uvršten u okvir: jedno, postojanje snažnih dokaza o valjanosti samoga konstrukta kao bihevioralne funkcije i drugo, postojanje dokaza koji sugeriraju da je konstrukt moguće povezati sa specifičnim biološkim sustavom, (6) posljednja dva principa odnose se na usmjerenost projekta na one konstrukte koji dokazano mogu biti korisni za daljnji razvoj znanosti i istraživanja te (7) fleksibilnost i sposobnost sustava

za dinamičko prilagođavanje napretku u istraživanjima, što znači da je neke uvrštene konstrukte moguće s vremenom odbaciti, uvrstiti nove koji bi zadovoljavali navedene kriterije, ili podijeliti postojeći na više konstrukata i slično (Cuthbert i Insel, 2013).

Jedan od prigovora pristupu RDoC odnosi se na nejasno definirane kriterije o tome koji su procesi relevantni za proučavanje unutar okvira, odnosno, u užem smislu, koji su procesi relevantni za psihopatologiju (Dalglish i sur., 2020). Autori pristupa, uz gore navedene kriterije za uvrštavanje nekog konstrukta u matricu, shvaćaju konstrukt kao relevantan ako njegova disregulacija predstavlja slabljenje ili oštećenje funkcije koje dovodi do nekog kliničkog problema (Kozak i Cuthbert, 2016). Ipak, moguće je da različiti konstrukti, koji svaki za sebe operiraju u normalnom rasponu, u interakciji mogu dovesti do disfunkcionalnih odgovora relevantnih za psihopatologiju ili pak procesi mogu operirati unutar normalnog raspona te i dalje biti relevantni za psihopatologiju predstavljajući dijatezu ili ranjivost za psihopatologiju u nekom određenom kontekstu. Ako, dakle, ostavimo po strani kriterij abnormalnosti procesa da bi bili relevantni, ostajemo bez očitog načina za definiranje nekog konstrukta kao problematičnog ili disfunkcionalnog. Bilo koji proces mogao bi biti relevantan, posebice obzirom na sustavnu prirodu većine problema psihičkog zdravlja. Prigovor vezan uz teorijski pristup projekta RDoC odnosi se na poteškoću razlikovanja procesa koji su proksimalno uzročni od onih koji su distalno uzročni ili samo povezani s poteškoćama psihičkog zdravlja bez odgovarajuće teorije o etiologiji nekoga problema. Dodatno, bez teorije postaje teško razlikovati kauzalne procese koji su relevantni za razvoj kliničkih intervencija (čije će adresiranje dovesti do željene promjene) od onih koji su manje korisni. Još jedan problem koji pripada pitanjima uzročnosti odnosi se i na razumijevanje multifinalnosti (činjenice da isti uzroci dovode do različitih posljedica, odnosno problema psihičkog zdravlja) i ekvifinalnosti (pojave da više uzročnih puteva dovodi do istoga ishoda). Da bismo imali korisne intervencije, trebamo identificirati one procese na koje je moguće utjecati i koji su najpodložniji promjeni. Sve navedeno je vrlo teško ili nemoguće bez jasnih teorijskih načela koja bi usmjeravala razlučivanje bitnih procesa od nebitnih (Dalglish i sur., 2020).

Dodatni prigovori odnose se na prenaplašavanje bioloških jedinica i mjera, na što autori odgovaraju da je cilj RDoC inicijative povećati doprinos bioloških disciplina poput genetike i neuroznanosti razumijevanju psihopatologije (Kozak i Cuthbert, 2017), zanemarivanje pogreške mjerenja, bioloških i psihometrijskih ograničenja endofenotipa (bioloških elemenata u kauzalnom lancu između gena i bolesti) i razlikovanja bioloških predispozicija i njihovih manifestacija u ponašanju (Lillienfeld, 2014). Lillienfeld (2014) zaključuje da bi RDoC kao

klasifikacijski sustav sam po sebi mogao biti nedovoljan za klasifikaciju psihopatologije te da bi mogao doprinijeti informacijama o biološkim predispozicijama postojećim sustavima koji uključuju detaljnu procjenu znakova i simptoma poremećaja.

Patrick i Hajcak (2016) daju preporuke za prevladavanje identificiranih izazova i daljnji razvoj okvira, od kojih su neke: jasnija specifikacija kliničkih problema koji su uključeni u izučavanje, koristeći dimenzije simptoma iz integrativnih dimenzionalnih modela psihopatologije kao privremene referente podložne promjeni, zatim, uključivanje ontogenetsko-razvojnih komponenti u istraživanja, kao i stavljanje prioriteta na replikabilnost studija i sinergiju kroz promjenu kriterija za prijavu na istraživačke stipendije.

4.3. Domena kliničke znanosti

Akumulacija istraživanja koja sugeriraju da poremećaji kako su definirani u DSM-u nisu jedinstveni konstrukti, već odražavaju varijacije sindroma koji se nalazi u podlozi više dijagnoza (Brown i Barlow, 2009), dovela je do obnavljanja interesa za istraživanje konstrukata koje povezujemo s više različitih dijagnostičkih kategorija poput temperamenta, iskrivljene slike tijela, anksiozne osjetljivosti ili perfekcionizma (Barlow i sur., 2014a, 2014b; Boswell i sur., 2013; Egan, Wade i Shafran, 2011; Fairburn, Cooper i Shafran, 2003). Osim toga, već spomenuta visoka stopa komorbiditeta i činjenica da mnogi protokoli dizajnirani za tretman određenog pojedinog poremećaja ne pružaju smjernice za tretman komorbidnih stanja također su usmjerile interes istraživača i praktičara na osmišljavanje intervencija koje će biti učinkovite u tretmanu šireg spektra psihopatologije. Ne manje važna je i u praksi prepoznata prednost da bi izobrazba stručnjaka koji provode intervencije bila mnogo manje opterećujuća ukoliko bi bilo moguće jedan tretman primijeniti na veći raspon poteškoća, umjesto pripremanja i uvježbavanja provođenja nekoliko protokola osmišljenih za rad na pojedinačnim problemima psihičkog zdravlja. Sve navedeno dovelo je, u zadnjih petnaestak godina, do značajnog porasta broja tretmana koji se karakteriziraju kao transdijagnostički.

Sauer-Zavala i suradnici (2017), promišljajući o načinima na koji se termin „transdijagnostički“ konceptualizira u području razvoja tretmana, prepoznaju tri široke kategorije transdijagnostičkih intervencija: (1) intervencije koje uključuju opće primjenjiva terapijska načela (engl. universally applied therapeutic principles), (2) modularne intervencije (engl. modular treatments) (ili tretmani zajedničkih elemenata) i (3) tretmani usmjereni na zajedničke mehanizme (engl. shared mechanisms treatment). Ove tri klase strategija međusobno se

razlikuju u teorijskom objašnjenju kako i zašto ih se može koristiti za tretman čitavog raspona problema psihičkog zdravlja.

(1) *Intervencije koje uključuju univerzalno primjenjiva terapijska načela* prema ovoj se podjeli odnose uglavnom na do sada već dobro poznate terapijske pristupe poput terapije usmjerene na klijenta (Rogers, 1946; 1950), kognitivne terapije (Beck, 1964; 1976; Beck, 1995), geštalt terapije (Pearls, Hefferline i Goodman, 1951) ili terapije prihvatanja i posvećenosti (engl. acceptance and commitment therapy, ACT) (Hayes, Strosahl i Wilson, 1999; Hayes, 2004), koji obično proizlaze iz nekog psihoterapijskog pravca (npr. psihodinamskog, humanističkog ili kognitivno-bihevioralnog). Ovi se pristupi prije svega vode teorijom („odozgo-prema-dolje“) što usmjerava izbor intervencija i strategija koje se univerzalno primjenjuju na vrlo širok raspon poteškoća psihičkog zdravlja. Primjerice, Rogersova terapija usmjerena na klijenta, slijedeći temeljne postavke humanističke psihologije, prije svega naglašava kapacitet osobe za razumijevanje samoga sebe, rješavanje vlastitih problema i samostalno usmjeravanje vlastitog razvoja (Corey, 2016). Potreba za samoaktualizacijom, odnosno funkcioniranjem kao potpuno ljudsko biće, realistično, pouzdano, svrhovito i usmjereno razvojnim i konstruktivnim ciljevima, potreba je svakog čovjeka (Janković, 2004), a zadatak terapeuta je stvoriti okruženje koje osoba može iskoristiti za osobni rast i razvoj (Rogers, 1950). Stav i osobine terapeuta (npr. empatija, bezuvjetno prihvatanje, tolerancija, zainteresiranost) te kvaliteta terapijskog odnosa osnovne su odrednice terapijskog ishoda, dok poznavanje teorijskih načela i tehnika nije primarna odrednica uspješnosti ovoga pristupa. Cilj terapije nije toliko pomoći klijentu riješiti konkretan problem već ga podržati u postizanju većeg stupnja neovisnosti i integracije kako bi postao uspješniji u rješavanju ovoga i budućih problema koji bi se mogli pojaviti (Corey, 2016). Jedan od suvremenijih primjera je terapija prihvatanja i posvećenosti (engl. acceptance and commitment therapy, ACT; Hayes, 2004), utemeljena u pragmatičnoj filozofiji funkcionalnog kontekstualizma (npr. Biglan i Hayes, 2015) i teoriji relacijskih okvira (engl. relational frame theory, RFT; Barnes-Holmes i sur., 2004; Hayes, Barnes-Holmes, Roche, 2001) koja u osnovi naglašava da kapacitet ljudi za stvaranje verbalnih asocijacija među podražajima i pojmovima, koji je u osnovi naših kognitivnih i komunikacijskih sposobnosti, može dovesti do patnje: naši doživljaji (npr. misli, tjelesne senzacije) mogu biti povezani s patnjom kroz kognitivni proces stvaranja značenja i posljedično dovesti do izbjegavanja bilo kojeg doživljaja, odnosno podražaja koji je povezan s tom patnjom. Primjerice, dijete koje je ugrizao pas na igralištu, što je kod djeteta izazvalo strah, bol i tjelesne senzacije poput ubrzanog lupanja srca, osim što se može početi bojati pasa, kroz sposobnost povezivanja ovih podražaja na verbalnoj razini može

početi izbjegavati bilo koji od ovih podražaja, što znači i dječja igrališta i ubrzano lupanje srca ili misli o strahu. Dakle, ubrzano lupanje srca u bilo kojoj situaciji sada može izazvati osjećaj straha i potrebu za bijegom. Prema teoriji relacijskih okvira to je moguće zato što ljudi imaju sposobnost donošenja zaključaka o povezanosti dva podražaja (ako Iva stoji ispred Petre, onda Petra stoji iza Ive), a isto tako imamo sposobnost donošenja zaključaka o povezanosti dva podražaja temeljem poznavanja odnosa svakoga od tih podražaja s nekim trećim (ukoliko znamo da Marija stoji ispred Ive i da Petra stoji iza Ive moći ćemo zaključiti da Marija stoji ispred Petre) i konačno, imamo sposobnost stvaranja novih značenja temeljem novih informacija i ovisno o kontekstu. Tako, primjerice, pas može biti povezan sa strahom i dječje igralište sa psom, što može dovesti do povezivanja straha s dječjim igralištem. Isto tako, dječje igralište koje je ranije bilo povezano s ugodom i zabavom, uvođenjem novoga konteksta psa i ugriza, stječe za dijete novo značenje povezano s neugodom i strahom (Blackledge, 2003). Cilj je terapije da pomoću strategija defuziranja, prihvaćanja, doticaja sa sadašnjim trenutkom, doživljava sebe kao konteksta te usmjeravanja na vrijednosti i osobno djelovanje, oslabi nastale asocijacije i osnaži pojedinca da živi život temeljen na osobnim vrijednostima unatoč neugodnim iskustvima. Drugim riječima, cilj terapije nije uklanjanje samoga izvora problema, odnosno zajedničkog uzroka simptoma, već promjena odnosa osobe prema simptomima i ublažavanje njihova nepovoljnog utjecaja. Na taj način usmjerena je na jačanje kapaciteta osobe za nošenje sa širokim rasponom problema, ne samo onih koji se uklapaju u određene dijagnostičke kategorije (Hayes i sur., 2006; Sauer-Zavala i sur., 2017).

(2) *Modularne intervencije* razvile su se kao odgovor na dotadašnja dva prevladavajuća pristupa osmišljavanju terapijskih intervencija: jedan kojemu su polazište teorijska načela temeljem kojih terapeut kreira i odabire prikladne strategije i tehnike izravno u terapijskom okruženju, u neposrednom radu s klijentom (što možemo poistovjetiti s pristupima koji primjenjuju univerzalno primjenjiva terapijska načela), i drugi koji uključuje formiranje tretmanskih protokola koji se zatim testiraju u strogo kontroliranim (laboratorijskim) uvjetima. Između te dvije krajnosti, pojavili su se pristupi koji su primarno osmišljeni za ispitivanja u kontroliranim uvjetima, no koji omogućuju fleksibilnu prilagodbu pojedinom klijentu u tijeku terapijskog rada u svakodnevnoj kliničkoj praksi (Chorpita, Daleiden i Weisz, 2005b). Potonje možemo opisati kao modularne pristupe. Općenito, modularnost podrazumijeva razlaganje neke složene aktivnosti ili sustava na sastavne dijelove koji mogu neovisno funkcionirati i, ako razmišljamo u kontekstu kliničkih intervencija, samostalno ostvariti učinak, neovisno o njihovom slijedu i načinu na koji ih povezujemo (Campagnollo i Camuffo, 2010). Chorpita, Daleiden i Weisz

(2005a) smatraju kako je na ovaj način moguće povećati učinkovitost (engl. efficiency) intervencija, a što se odnosi na sposobnost neke intervencije da se dizajnira i redizajnira s minimalno uloženog vremena i materijalnih sredstava (dakle, prilagodi posebnim potrebama korisnika) uz istovremeno očuvanje njihove efikasnosti i efektivnosti: mjere u kojoj protokol ostvaruje željeni ishod općenito, odnosno mjere u kojoj ga je moguće generalizirati i postići željeni ishod u svakodnevnoj praksi, izvan strogo kontroliranih uvjeta. Navedeni autori smatraju kako modularni pristup tretmanu olakšava kreiranje najprikladnije intervencije za određenoga klijenta i njegove poteškoće, a koja je istovremeno utemeljena na dokazima (engl. evidence-based) o njezinoj učinkovitosti. Modularne intervencije najprisutnije su u literaturi iz područja dječje i adolescentne psihopatologije, o čemu će više biti riječ u nastavku teksta (Chorpita, Taylor, Francis, Moffit i Austin, 2004), i u primjeni u zemljama niskog i srednjeg dohotka (npr. Murray i sur., 2014).

Murrayev pristup tretmana zajedničkih elemenata (engl. common elements treatment approach, CETA; Murray i sur., 2014) transdijagnostička je intervencija za odrasle s depresivnim i anksioznim smetnjama te onima nastalim uslijed traumatskog stresa, specifično razvijena za zemlje niskog i srednjeg dohotka. Pristupom se nastojalo odgovoriti na probleme manjka stručnjaka u području psihičkog zdravlja, njihove slabije educiranosti te nedostatka financijske podrške za obučavanje stručnjaka i infrastrukture koja bi podržala povezivanje osobe s pojedinim teškoćama sa stručnjakom educiranim specifično za te probleme. Intervencija je kompozit elemenata dokazane učinkovitosti sa smjernicama za odabir primarnog fokusa tretmana, odabir pojedinih modula, planiranje njihovoga slijeda i doziranje. Komponente programa su sljedeće: uključivanje u program (adresiranje prepreka za uključivanje, povezivanje programa s poteškoćama pojedinca), psihoedukacija (informacije o programu, normalizacija i validacija poteškoća i simptoma), strategije za nošenje s anksioznošću (strategije za regulaciju tjelesne napetosti, jačanje postojećih strategija, ostale strategije kulturalno prilagođene okruženju), bihevioralna aktivacija (uključivanje u aktivnosti koje podižu raspoloženje i/ili jačaju osjećaj osobne učinkovitosti), kognitivno suočavanje/restrukturacija (razumijevanje veze između misli, osjećaja i ponašanja, evaluacija i restrukturacija mišljenja u smjeru veće točnosti i korisnosti), postupno izlaganje u mašti (suočavanje s teškim sjećanjima, postupna desenzitizacija/ izlaganje), izlaganje „uživo“ (suočavanje s okidačima i podsjetnicima u okruženju, postupna desenzitizacija/ izlaganje), planiranje vezano uz suicidalnost/ homicidalnost i opasnost općenito (procjena rizika, kreiranje plana s klijentom i po potrebi s obitelji, upućivanje drugim stručnjacima i službama), trijaža i

kratka intervencija vezana uz zlouporabu i ovisnost o alkoholu (koristi pojmove motivacijskog intervjua za poticanje prihvaćanja potrebe za promjenom). Ova posljednja komponenta dodana je nakon što je u primjeni primijećena povećana prisutnost problema sa zlouporabom i ovisnosti o alkoholu. Pilot-program je proveden u Iraku i Tajlandu te se pokazao obećavajućim u nošenju sa specifičnim izazovima brige o psihičkom zdravlju u zemljama niskog i srednjeg dohotka.

Iz transdijagnostičke perspektive, modularni pristup je, prije svega, empirijski i podrazumijeva kreiranje široke baze intervencija koje su se pokazale učinkovitim u smanjenju određenih simptoma, bez da su nužno povezane nekim teorijskim načelima ili temeljnim mehanizmima odgovornim za nastanak ili održavanje psihopatologije. Oni su transdijagnostički, u smislu da se bilo koja konstelacija problema s kojima korisnici dolaze može tretirati odgovarajućom kombinacijom modula (Sauer-Zavala i sur., 2017).

(3) Tretmani usmjereni na zajedničke mehanizme proizlaze iz bazičnih istraživanja usmjerenih na otkrivanje mehanizama odgovornih za nastanak i održavanje psihičkih poremećaja. Oni su stoga informirani teorijskim modelima psihopatoloških fenomena i ciljaju procese, odnosno mehanizme, u podlozi čitavog raspona poremećaja. Možemo na njih gledati kao na „odozdo-prema-dolje“ pristupe koji kreću od identificiranja ključnih procesa i zatim kreiraju strategije i intervencije usmjerene upravo na njih. Korištenje izlaganja u tretmanu širokog raspona anksioznih poremećaja jedan je od prvih primjera ovoga pristupa tretmanu, obzirom da je osmišljeno temeljem spoznaja o osnovnim mehanizmima odgovornim za nastanak i razvoj anksioznih poremećaja. Neki od primjera su i Fairburnova kognitivno-bihevioralna terapija čitavog raspona poremećaja hranjenja (engl. Cognitive-behavioral therapy for eating disorders – enhanced; CBT-E, Fairburn, 2008), kao i Unificirani protokol za transdijagnostički tretman emocionalnih poremećaja (engl. Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders; UP, Barlow i sur., 2011a, 2011b), koji će biti pobliže predstavljeni u daljnjem tekstu radi uvida u njihove posebne doprinose području transdijagnostičkih kliničkih intervencija i slikovitijeg prikaza primjene spoznaja iz bazičnih istraživanja transdijagnostičkih mehanizama u podlozi psihopatologije u terapijskom kontekstu.

4.3.1. Unaprijeđena kognitivno-bihevioralna terapija za poremećaje hranjenja

Unaprijeđena kognitivno-bihevioralna terapija za poremećaje hranjenja (engl. cognitive-behavioral therapy for eating disorders – enhanced, CBT-E) svoje početke ima u kasnim 70-im godinama prošloga stoljeća, kada je Fairburn (1981) razvijao tretman za odrasle osobe s bulimijom (engl. cognitive behavioral therapy for bulimia nervosa, KBT-BN). Tretman je

postao vodeći u ovom području, no pokazalo se da do oporavka dolazi kod manje od polovice pacijenata. S vremenom se tretman proširio kako bi obuhvatio sve poremećaje hranjenja. Teorija u podlozi ovog pristupa tiče se procesa važnih za održavanje psihopatologije hranjenja (ne toliko onih odgovornih za nastanak poremećaja, iako je među njima moguće određeno preklapanje). Osnova psihopatologije poremećaja hranjenja prema ovom modelu leži u pacijentovim disfunkcionalnim shemama za samoprocjenu. Sve različite značajke poremećaja hranjenja (izuzev prejedanja), poput ograničavanja unosa hrane i drugih oblika ponašanja usmjerenih na kontrolu težine, različitih oblika provjeravanja tijela i izbjegavanja, kao i preokupacija mislima o vlastitom obliku, težini i hranjenju, mogu se povezati s ovom shemom (Fairburn, 2008). Terapija je primarno dizajnirana za odrasle, no može se prilagoditi i mlađim osobama (npr. Cooper i Stewart, 2008) te radu u grupi (Dalle Grave, Bohn, Hawker i Fairburn, 2008). Obično traje 20 seansi (no može trajati i dulje, ovisno o potrebama pojedinca), koje se odvijaju kroz 20 tjedana (ne uvijek istim tempom). Odvija se u četiri faze putem jasno specificiranih strategija i postupaka usmjerenih na temeljnu psihopatologiju u podlozi: (1) u intenzivnoj inicijalnoj fazi susreti se održavaju dva puta tjedno i usmjereni su na motiviranje pacijenta za tretman, kreiranje zajedničke konceptualizacije poteškoća, edukaciju i uvođenje redovitoga vaganja na seansama te pravilnog obrasca hranjenja u svakodnevici, (2) u kratkoj tranzicijskoj fazi radi se procjena do sada učinjenoga i postignutog napretka, identificiraju se potencijalne prepreke za napredak i po potrebi se prilagođava konceptualizacija te se priprema za treću fazu, koja je (3) osnova tretmana i usmjerena je na rad s ranije navedenim mehanizmima u podlozi održavanja poremećaja (disfunkcionalnim kognitivnim procesima koji uključuju prekomjernu usmjerenost na jedenje, oblik tijela i tjelesnu težinu te njihovo kontroliranje, kliničkim perfekcionizmom, niskim samopoštovanjem, nesposobnošću suočavanja s neugodnim i intenzivnim emocijama te interpersonalnim poteškoćama, *vidi str. 20., Slika 3*) i obično se sastoji od 8 tjednih seansi, (4) četvrta faza je i završna faza tretmana čija je svrha osigurati održavanje pozitivnih promjena kroz 20 tjedana kada se planira kontrolna seansa i svesti na minimum rizik od relapsa u dugoročnom smislu. U ovoj fazi susreti se odvijaju svaka dva tjedna (Fairburn, Cooper i Shafran, 2008). Postoji više oblika ovoga tretmana, primjerice „fokusirana“ KBT-E koja je usmjerena isključivo na psihopatologiju poremećaja hranjenja te „šira“ verzija koja je usmjerena na još neke mehanizme van psihopatologije hranjenja, a koji su važni za održavanje poremećaja kod nekih pojedinaca, poput kliničkog perfekcionizma, niskog samopoštovanja i interpersonalnih poteškoća (Fairburn, Cooper i Shafran, 2008).

Ispitivanja efikasnosti i efektivnosti terapije za odrasle i starije adolescente podržavaju njezinu efikasnost i efektivnost za čitav raspon poremećaja hranjenja, u smislu smanjenja osnovnih problema hranjenja i temeljne psihopatologije, kao i porasta indeksa tjelesne mase za osobe s anoreksijom. Ipak, većina studija nije pokazala superiornost KBT-E u odnosu na druge tretmane, posebice u pogledu dugoročnih učinaka (de Jong i sur., 2020) te odustajanja od tretmana i remisije (Atwood i Friedman, 2019).

4.3.2. Unificirani protokol za transdijagnostički tretman emocionalnih poremećaja

Osnovna ideja u podlozi ovoga tretmana je da anksiozni, depresivni i drugi povezani poremećaji sa snažnom emocionalnom komponentom imaju zajednički set ranjivosti koji doprinosi njihovom nastanku i održavanju. Osim što pojedince s ovim poteškoćama karakterizira temperamentalna sklonost da češće i intenzivnije doživljavaju neugodne emocije (neuroticizam) (Barlow, Sauer-Zavala, Carl, Bullis i Ellard, 2014), oni su svoja neugodna emocionalna iskustva skloniji nepovoljno procjenjivati te konačno razvijaju neadaptivne strategije emocionalne regulacije (izbjegavanje i potiskivanje emocionalnog iskustva), koje iako privremeno mogu dovesti do olakšanja, dugoročno dovode do održavanja visoke razine negativnog afekta i doprinose održavanju simptoma. Strategije korištene u tretmanu uvelike su utemeljene na zajedničkim načelima koja se mogu pronaći u postojećim empirijski podržanim psihološkim tretmanima i čine pet osnovnih modula tretmana: usredotočena svjesnost usmjerena na emocije; propitivanje automatskih misli i jačanje kognitivne fleksibilnosti; identificiranje i modificiranje problematičnih djelatnih tendencija; jačanje svijesti i tolerancije tjelesnih senzacija kroz proprioceptivna izlaganja; te peti modul koji sažima sve do tada naučeno i omogućava prakticiranje vještina kroz izazivanje i izlaganje emocionalnim iskustvima. Dva uvodna modula usmjerena su na postavljanje ciljeva, jačanje motivacije za tretman te uvodnu psiho-edukaciju o emocijama, dok se završni modul bavi osvrtom na postignut napredak i razvojem strategija za prevenciju povrata simptoma. Fokus temeljnih vještina je na primarnim negativnim reakcijama na emocionalna iskustva i usmjeravanju klijenta da prepozna nekorisne obrasce emocionalne regulacije, čime se UP odmiče od strategija usmjerenih na specifične simptome k mehanizmima u podlozi problema psihičkog zdravlja duž čitavog „neurotskog spektra“ (Barlow i sur., 2011b).

Protokol se do sada pokazao učinkovitim u tretmanu primarnoga poremećaja jednako kao i protokoli osmišljeni za specifični poremećaj, uz dokazanu učinkovitost u smanjenju simptoma vezanih za komorbidna emocionalna stanja (generalizirana anksioznost, socijalna anksioznost

i depresija) (Steele i sur., 2018). Poduzeta su inicijalna istraživanja učinkovitosti i u tretmanu ostalih poremećaja koji imaju snažnu emocionalnu komponentu, poput emocionalnih poremećaja s komorbidnim problemima zlouporabe alkohola i ovisnosti (Ciraulo i sur., 2013), unipolarnog depresivnog poremećaja (Boswell, Anderson, i Barlow, 2014), bipolarnog poremećaja i komorbidne anksioznosti (Ellard, Deckersbach, Sylvia, Nierenberg, i Barlow, 2012), graničnog poremećaja ličnosti te komorbidnih anksioznih i depresivnih poremećaja (Sauer-Zavala, Bentley, i Wilner, 2016) i posttraumatskog stresnog poremećaja (Gallagher, 2017). Osim individualno, tretman se može provoditi i grupno. Preliminarni rezultati sugeriraju na umjerene do snažne učinke u pogledu anksioznih i depresivnih simptoma, kvalitete života (Bullis i sur., 2015; Osmá, Peris-Baquero, Suso-Ribera, Farchione i Barlow, 2021), funkcionalnog oštećenja i vještina emocionalne regulacije, u dijagnostički heterogenoj skupini pacijenata. Osim toga, prihvaćenost tretmana i samo-iskazano zadovoljstvo tretmanom ne razlikuju se u individualnom i grupnom modelu (Bullis i sur., 2015). Protokol je do sada primijenjen u različitim okruženjima. Tako je nedavno prilagođen za grupnu primjenu u primarnoj zdravstvenoj zaštiti skraćivanjem trajanja na 5 seansi s obećavajućim rezultatima koji potiču daljnji razvoj i primjenu (DePaul i Carver, 2021). Jedna od najvažnijih adaptacija je i njegova primjena na populaciju djece i adolescenata (Ehrenreich-May i sur., 2017), o kojoj će više biti riječ u tekstu koji slijedi.

4.3.3. Transdijagnostičke psihoterapijske intervencije za djecu i adolescente

Na području psihoterapijskih intervencija za djecu i adolescente Marchette i Weisz (2017) klasificirali su tri smjera razvoja transdijagnostičkih tretmana: (1) pristupi usmjereni na temeljne disfunkcije (engl. core dysfunction approaches), (2) pristupi zajedničkih elemenata (engl. common elements approaches) i pristupi vođeni načelima (engl. principle-guided approaches).

(1) *Pristupi usmjereni na temeljne disfunkcije* obuhvaćaju intervencije namijenjene tretmanu više poremećaja ili problema tako što se usmjeravaju na zajedničku etiologiju, patološke procese u podlozi ili održavajuće procese zajedničke ciljanim poremećajima i problemima. Idealno su obuhvaćeni mehanizmi objašnjeni teorijskim modelom, a odabrane strategije su empirijski utemeljene. Ovaj način konceptualizacije problema psihičkog zdravlja i samih intervencija inicijalno je razvijen za odrasle (npr. Barlow i sur., 2011a), no s vremenom je poraslo zanimanje za primjenom pristupa i u radu s djecom i adolescentima. Neki od čimbenika koji su utjecali na ovaj porast interesa su visoke stope komorbiditeta među mladima, značajno

preklapanje simptoma među poremećajima i promjena profila simptoma u vremenu i kroz razvojne stadije (Chu, Temkin i Toffey, 2016). Jedna od prvih transdijagnostičkih intervencija za mlade bila je adaptacija Unificiranog protokola za transdijagnostički tretman emocionalnih poremećaja (Barlow i sur., 2011a) na ovu populaciju, pod nazivom Unificirani protokol za transdijagnostički tretman emocionalnih poremećaja za adolescente u dobi od 13 do 18 godina (engl. Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders for Adolescents, UP-A; Ehrenreich-May, Goldstein, Wright i Barlow, 2009). Kasnije je protokol adaptiran i za djecu u dobi od 7 do 13 godina (UP-C, ovisno o djetetovim kognitivnim sposobnostima, vještini čitanja i stupnju uključenosti roditelja moguće ga je koristiti i s nešto mlađom djecom) te su oba protokola objedinjena u priručniku (Ehrenreich-May i sur., 2017c) s pratećim radnim bilježnicama za adolescente (Ehrenreich-May i sur., 2017a) i za djecu (Ehrenreich-May i sur., 2017b).

Slijedeći postavke UP-a za odrasle, protokoli za djecu i adolescente također su prije svega namijenjeni za tretman anksioznih i depresivnih poremećaja, no mogu se koristiti i za tretman nekih traumatskih i sa stresom povezanih poteškoća (uključujući poremećaj prilagodbe), poremećaja sa somatskim simptomima, tikovima, kao i opsesivno kompulzivnog poremećaja. Posebna značajka ova dva protokola, koja proizlazi iz razvojnih potreba djece i adolescenata, uključivanje je roditelja u tretman kroz roditeljski modul. Ovaj modul je u UP-A primarno usmjeren na roditeljska ponašanja (npr. kritiziranje, prezaštićivanje, modeliranje izbjegavanja, nedosljednost) koja obično pojačavaju ili podržavaju održavanje simptoma poremećaja. Iako u ovoj podjeli nije smješten među modularne pristupe, autori protokol za adolescente opisuju kao modularizirani pristup koji omogućuje određenu prilagodbu potrebama klijenta. UP-A se sastoji od 8 temeljnih modula i jednog roditeljskog modula koji se mogu provoditi kroz 12 – 21 seansu. Moduli u blago izmijenjenom redoslijedu korespondiraju modulima u protokolu za odrasle.

Za razliku od UP-A, protokol za djecu primjenjuje primarno grupni pristup, koji uključuje paralelno održavanje grupe za djecu i grupe za roditelje čija je svrha poučiti roditelje vještinama kojima se poučavaju djeca kako bi im mogli biti adekvatna podrška kod kuće, osvijestiti nekorisna roditeljska ponašanja i naučiti nova korisna u situacijama u kojima djeca doživljavaju intenzivne emocije, kao i osiguravanje podržavajućeg okruženja i povezanosti s drugim roditeljima. Protokol je moguće uz određene prilagodbe primjenjivati i individualno. UP-C se provodi kroz 15 tjednih seansi koje sadržajno i strukturom zrcale one u protokolu za adolescente, s tim da su razvojno prilagođene mlađoj dobi (Ehrenreich-May i sur., 2017b). Učinkovitost protokola UP-A i UP-C do sada je pokazana s djecom i adolescentima, u čitavom

rasponu problema i poremećaja te u primjeni u različitim okruženjima (Ehrenreich-May i Kennedy, 2021).

Drugi primjeri ove vrste pristupa kreiranju tretmana su: Grupna terapija bihevioralne aktivacije (engl. Group behavioral activation therapy, GBAT; Chu, Colognori, Weissman i Bannon, 2009), koja osim komponente bihevioralne aktivacije naglašava i izlaganje kako bi se što učinkovitije zahvatile anksiozne poteškoće; Integrirana kratka bihevioralna terapija (engl. Integrated brief behavioral therapy, IBBT; Weersing, Gonzalez, Campo i Lucas, 2008) koja je kasnije proširena u Transdijagnostičke internalizirajuće alate (engl. Transdiagnostic Internalizing Toolbox; Weersing, Rozenman, Maher-Bridge i Campo, 2012) i usmjerena na tretman komorbidnih anksioznih, depresivnih i somatizacijskih poteškoća usmjeravajući se na zajedničke etiološke procese u podlozi ovih problema; te protokol pod nazivom EMOCIJE: Suočavanje djece s anksioznošću i depresijom (EMOTION: „Coping Kids” Managing Anxiety and Depression; Kendall, Stark, Martinsen, O’Neil i Arora, 2013, prema Marchette i Weisz, 2017) namijenjen djeci u dobi od 8 do 12 godina s anksioznim i depresivnim smetnjama, usmjeren na jačanje vještina emocionalne regulacije putem psihoedukacije, bihevioralne aktivacije, kognitivnog restrukturiranja i postupnog izlaganja (Loevaas i sur., 2019).

Ograničenja ovoga pristupa su potencijalno smanjena fleksibilnost i mogućnost prilagodbe pojedinom klijentu, obzirom na standardiziranu primjenu u pogledu slijeda i sadržaja pojedinih seansi (Marchette i Weisz, 2017).

(2) *Pristup zajedničkih elemenata* podrazumijeva identificiranje komponenti obično korištenih u *evidence-based* tretmanima za određene poremećaje iz kojeg skupa kliničar tada može odabrati one najprikladnije za pojedinoga klijenta. Najpraktičnijim se pokazalo kada su komponente strukturirane kao moduli, odnosno neovisne komponente koje se mogu kombinirati na različite načine. Modularne intervencije mogu uključivati algoritme koji vode kliničara u donošenju odluka o tome koji je modul najprimjereniji i kada ga koristiti (Marchette i Weisz, 2017).

Primjer ovakve intervencije je modularni pristup terapiji za djecu s anksioznošću, depresijom, traumom i problemima ponašanja (engl. Modular approach to therapy for children with anxiety, depression, trauma, or conduct problems, MATCH; Chorpita i Weisz, 2009). Intervencija je dizajnirana za djecu u dobi od 6 do 15 godina i sastoji se od 33 kratka modula i dijagrama toka koji pomažu terapeutu individualizirati tretman koristeći logične sekvence modula. Moduli obuhvaćaju tretmanske komponente koje su se pokazale učinkovitim u bihevioralno-kognitivnom tretmanu depresije (npr. bihevioralna aktivacija, kognitivno suočavanje),

anksioznosti (npr. postupno izlaganje), traume (npr. naracija traume, planiranje sigurnosti) i bihevioralnog treninga za roditelja kod problema u ponašanju (npr. aktivno ignoriranje, nagrađivanje). Svaki modul može trajati jedan ili nekoliko susreta.

Drugi primjer ovakvog pristupa je tretman Bihevioralne intervencije za anksioznost kod djece s autizmom (engl. Behavioral interventions for anxiety in children with autism, BIACA; Wood, Drahota, Sze, Har i sur., 2009) za djecu u dobi od 7 do 11 godina s autizmom i komorbidnom anksioznošću (simptomi generaliziranog anksioznog, separacijskog anksioznog, socijalno anksioznog i opsesivno-kompulzivnog poremećaja). Uz anksiozne smetnje česta klinička obilježja djece s problemima iz spektra autizma uključuju poteškoće u socijalnim vještinama i zauzimanju perspektive, u adaptivnim vještinama, stereotipije u ponašanju, sužene i specifične interese, poteškoće s pažnjom i motivacijom, što sve skupa može doprinosti održavanju anksioznih smetnji i dodatno otežavati tretman. Tako, primjerice, poučavanje socijalnim vještinama sklapanja i održavanja prijateljstva kod ove djece može kompenzirati postojeće teškoće u području sposobnosti predočavanja psihičkih stanja drugih ljudi, što će onda omogućiti i podržati uspješnost izlaganja socijalnim situacijama koje su izvor anksioznosti.

Program se obično provodi kroz 16 tjednih susreta u trajanju od 90 minuta, 30 minuta s djetetom i 60 minuta s roditeljima, odnosno obitelji. Osim modula za djecu, program naglašava uključenost roditelja i rad na poteškoćama vezanim za svakodnevno funkcioniranje u školskom okruženju. Tako program uključuje dva susreta s nastavnicima i stručnim suradnicima u školi kako bi ih se poučilo tehnikama vezanima za rad na socijalnim vještinama. Uz module vezane za vještine suočavanja s anksioznošću i postupno izlaganje, program sadrži i module vezane za učenje socijalnih vještina, poput davanja komplimenta, ugošćivanja prijatelja ili nošenja s neuspjehom, vježbanje socijalnih vještina (koje se odvija u prirodnim uvjetima, neposredno prije uključivanja djeteta u aktivnost) i za ublažavanje socijalne izolacije kroz sustav „prijatelja“ i mentorskih programa u kojemu dijete ima priliku poučavati druge i samo biti poučavano. Pored socijalnih vještina, uključeni su i moduli vezani uz jačanje samostalnosti i uvježbavanje za dob primjerenih vještina brige o sebi, vježbanja regulacije stereotipija i bavljenja specifičnim interesima, kao i oni vezani za probleme u ponašanju poput poteškoća u slijeđenju uputa ili agresivnosti. Program se može prilagođavati potrebama djeteta i obitelji koje su najizraženije u danom trenutku, no preporuča se provesti najmanje tri susreta vježbajući osnovne vještine suočavanja i osam susreta u izlaganju „uživo“.

Nedostatci ovoga pristupa odnose se ponajprije na MATCH tretman kod kojeg bi opsežnost i trajanje mogli biti izazovni za svladavanje kliničarima (Marchette i Weisz, 2017).

(3) *Pristupi vođeni načelima* su, kao što im samo ime kaže, umjesto na terapijske postupke usmjereni su na načela koja leže u osnovi tih terapijskih postupaka, a koja su učinkovita za veći broj poremećaja i problema. Kako bi identificirao ključne komponente tretmana pristup se oslanja na istraživačku literaturu tragajući za onim načelima koja su (a) središnja za empirijski podržane tretmane, (b) mogu se primijeniti na veći broj poremećaja i problema i (c) povezana su sa značajnom dobom od tretmana, čak i kada se koriste samostalno (Marchette i Weisz, 2017).

Primjer ovakvoga pristupa je tretmanski protokol za mlade FIRST (Weisz i Bearman, 2020; Weisz, Bearman, Santucci i Jensen-Doss, 2017) koji je osmišljen za djecu u dobi od 6 do 15 godina (no moguće ga je adaptirati za korištenje izvan tog dobnog raspona), čiji se primarni problemi tiču anksioznosti, opsesivno-kompulzivnog poremećaja, posttraumatskog stresa, depresije i/ili poteškoća u ponašanju. Tretman uključuje pet terapijskih načela izvedenih iz brojnih istraživanja bihevioralnih i bihevioralno-kognitivnih intervencija sadržanih u akronimu FIRST: (1) „osjećati se smireno“ (engl. Feeling calm) – uključuje strategije umirivanja i relaksacije, od kratkih postupaka za smanjenje napetosti i regulaciju emocija do progresivne mišićne relaksacije, (2) „povećati motivaciju“ (engl. Increasing motivation) – strategija za jačanje nagrađujućeg učinka adaptivnog ponašanja u odnosu na neadaptivno, (3) „popravljanje misli“ (engl. Repairing thoughts) – odnosi se na strategije za identifikaciju i restrukturiranje pristranih i iskrivljenih kognicija koje mogu voditi do problematičnoga ponašanja ili bolnih emocija, (4) „rješavanje problema“ (engl. Solving problems) – koja podrazumijeva učenje koraka u procesu rješavanja problema i konačno (5) „iskušavanje suprotnoga“ (engl. Trying the opposite) – gdje treba otkriti i vježbati ponašanja koja su nekonzistentna s problematičnim ponašanjima i emocijama (Weisz i Bearman, 2020).

Mogući problem o kojem treba voditi računa je nedoumica kliničara u odabiru točnih procedura i postupaka u samoj terapijskoj seansi, obzirom na manje detaljne smjernice u priručniku (Marchette i Weisz, 2017).

4.3.4. Procjena uspješnosti transdijagnostičkih intervencija

Do sada su brojni sistematski pregledi i meta-analize ukazali na jednaku ili veću učinkovitost transdijagnostičkih intervencija u usporedbi s kontrolnim intervencijama (intervencijama za specifičnu dijagnozu, drugim tretmanima ili kontrolnim skupinama- npr. lista čekanja). Važno je ovdje imati na umu da ne možemo ni očekivati da bi se transdijagnostičke intervencije pokazale učinkovitijima za primarni poremećaj u odnosu na intervencije dizajnirane specifično

za taj poremećaj. Stoga je u budućnosti važno razvijati nove, adekvatne kriterije za evaluaciju uspješnosti transdijagnostičkih intervencija (Dalgleish i sur., 2020).

Uspješnost svake intervencije ovisi o nekoliko vrsta čimbenika i procesa kojima se može objasniti određena proporcija varijance uspješnosti tretmana: jedno su zajednički čimbenici (npr. klijentova očekivanja, redovitost seansi, odnos terapeuta i klijenta), drugo su načela zajednička svim terapijama unutar neke terapijske škole ili modela, a treće su specifični procesi, koji su u slučaju transdijagnostičkih intervencija zajednički određenoj klasi ili širem spektru poremećaja, a u slučaju dijagnostičkih pristupa specifični za određeni poremećaj odnosno dijagnozu. S druge strane, za svaku intervenciju postojat će određeni broj klijenata kod kojih iz nekog razloga neće doći do poboljšanja i bit će onih kod kojih bi došlo do spontanog oporavka bez obzira na intervenciju. Dakle, ako se usmjerimo na usporedbu intervencija dizajniranih za određenu dijagnozu i transdijagnostičke intervencije, obzirom na djelovanje svih ovih čimbenika i procesa očekivano je da bi transdijagnostičke intervencije pokazale i manju uspješnost ukoliko bi kriterij bio smanjenje tegoba vezanih uz identificiranu primarnu dijagnozu. S druge strane, čak i kod komorbidnih stanja, obzirom na prisutnost zajedničkih čimbenika i zajedničkih načela u oba pristupa (transdijagnostičkom i dijagnostičkom), može se očekivati da bi veličina efekta na strani transdijagnostičke intervencije bila mala.

Dakle, klinička ispitivanja učinkovitosti transdijagnostičkih intervencija ubuduće bi trebala uz primarni poremećaj obuhvatiti i komorbidne poteškoće te u nacrtu istraživanja istovremeno obuhvatiti i provjeru ne-inferiornosti (koja utvrđuje da transdijagnostički pristupi nisu lošiji za tretman primarnog poremećaja od dijagnostičkog) i provjeru superiornosti (koja ispituje jesu li transdijagnostički pristupi uspješniji u tretmanu komorbidnih stanja). Obzirom na očekivanu malu veličinu efekta za potonju komponentu, potrebno je i prilagoditi veličinu uzoraka kako bi se osigurala odgovarajuća statistička snaga (Dalgleish i sur., 2020). Osim na planu efikasnosti, treba uzeti u obzir i prednosti transdijagnostičkih pristupa u smislu njihove isplativosti i pojednostavljanja edukacije kliničara te posljedično njihove implementacije u svakodnevnu kliničku praksu i javnozdravstveni sustav.

5. TRANSDIJAGNOSTIČKI PRISTUPI PREVENCIJI

Jedan od prvih radova koji spominje transdijagnostičke pristupe u kontekstu prevencije bavi se mogućnošću dizajniranja učinkovitih intervencija za anksiozne i depresivne poremećaje obzirom na njihov učestali komorbiditet i zajedničke rizične čimbenike koje ove dvije klase poremećaja dijele te naglašava važnost usvajanja transdijagnostičkog pristupa u području prevencije radi unaprjeđenja efikasnosti, mogućnosti generalizacije i isplativosti preventivnih intervencija (Dozois, Seeds, Collins, 2009). Do danas je transdijagnostička perspektiva sve prisutnija i u ovom kontekstu, a zanimanje istraživača i praktičara sve je izraženije za primjenom ovog pristupa ne samo u kliničkom kontekstu, već i u preventivnom kontekstu javnoga zdravstva i općih preventivnih programa u zajednici u čitavom svijetu (npr. Berking i Lukas, 2015; Clauss i sur., 2023; DeTorre i sur., 2023; Johnson, Burke, Brinkman i Wade, 2016; Kishida, Hida i Ishikawa, 2022; Martinsen i sur., 2019; Nguyen i sur., 2024; Schick i sur., 2021; Vivas-Fernandez, 2023). Ipak, podatci o učinkovitosti ovih programa u prevenciji emocionalnih i drugih poremećaja do sada su oskudni i s određenim metodološkim nedostacima (Garcia-Lopez i sur., 2024).

Jedan od postojećih protokola za tretman emocionalnih poremećaja, Unificirani protokol za transdijagnostički tretman emocionalnih poremećaja za adolescente, s dokazanom učinkovitošću, prilagođen je u preventivni program univerzalne prevencije (Garcia-Escalera i sur., 2019; 2020), program selektivne prevencije PROCARE, Preventivnu transdijagnostičku intervenciju za adolescente u riziku od razvoja emocionalnih poremećaja (engl. Preventive Transdiagnostic Intervention for Adolescents at Risk for Emotional Disorders), odnosno PROCARE+ koji je uz osnovni protokol uključivao i dodatne personalizirane module (Vivas-Fernandez, 2023a) te za potrebe indicirane prevencije kod adolescenata sa subkliničkim simptomima anksioznosti i depresije (Schmitt i sur., 2022). Do sada je adaptiran za grupnu primjenu, kao i za primjenu u telemedicini, pod nazivom PROCARE-I (Garcia-Lopez i sur., 2024). PROCARE kao program univerzalne prevencije primarno je usmjeren na razvoj vještina emocionalne regulacije kao potencijalnog zaštitnog čimbenika za čitav niz psihičkih problema, obzirom da se deficiti emocionalne regulacije povezuju s anksioznim i depresivnim smetnjama, poremećajima hranjenja i problemima zlouporabe i ovisnosti (Garcia-Escalera i sur., 2020). Provodi se kao grupna intervencija kroz devet susreta, u trajanju od 55 minuta te je uklopljen u školski kurikulum. Program prati slijed modula Unificiranog protokola za transdijagnostički tretman emocionalnih poremećaja za adolescente (Garcia-Escalera i sur., 2017) (*Tablica 2*).

Tablica 2 Unificirani protokol za transdijagnostički tretman emocionalnih poremećaja za adolescente prilagođen za preventivnu provedbu (Garcia-Escalera i sur., 2017).

	Naziv modula	Sadržaj modula
Modul 1	Gradimo motivaciju	Upoznavanje i grupna pravila. Identificiranje tri glavna problema i postavljanje ciljeva.
Modul 2	Upoznavanje svojih emocija i ponašanja	Psihoedukacija o emocijama i njihovim funkcijama. Uvođenje praćenja emocionalnih iskustava između susreta.
Modul 3	Bihevioralni eksperimenti usmjereni na emocije	Psihoedukacija o ciklusu izbjegavanja, suprotnom djelovanju i bihevioralnoj aktivaciji. Uvođenje tjednog praćenja vlastitih aktivnosti.
Modul 4	Svjesnost o fizičkim senzacijama	Psihoedukacija o tjelesnim senzacijama i njihovoj povezanosti s intenzivnim emocijama te o konceptu “borba ili bijeg” reakcije. Senzorno izlaganje u grupi.
Modul 5	Fleksibilnost mišljenja	Uvođenje koncepta “zamki mišljenja” (kognitivnih distorzija), automatskih i alternativnih misli. Poučavanje vještina rješavanja problema. <i>Ovaj modul se provodi kroz dva susreta. Na kraju prvoga susreta sudionici ponovno procjenjuju svoja tri glavna problema, dok na kraju drugoga utvrđuju sve do sada naučene vještine.</i>
Modul 6	Svjesnost emocionalnih iskustava	Psihoedukacija o usmjeravanju svjesnosti na sadašnji trenutak i korisnosti istoga te neprosuđujuće svjesnosti. Uvježbavanje vještina.
Modul 7	Situacijsko izlaganje emocijama	Ponoviti ciklus izbjegavanja, potkrjepljenja i održavanja naučenog ponašanja. Psihoedukacija o izlaganju. Izlaganje u grupnom okruženju i između susreta.
Modul 8	Održavanje dobivenog	Ponovna procjena tri glavna problema, uvježbavanje vještina i izrada individualiziranog plana za daljnje uvježbavanje i razvoj vještina.

PROCARE+ uključuje cjelovit sadržaj PROCARE programa univerzalne prevencije uz tri dodatna modula za adolescente usmjerena na rizične čimbenike socijalne isključenosti, stresa vezanog uz pandemiju koronavirusa (COVID-19) i neadekvatnih zdravstvenih navika te jedan

modul za roditelje usmjeren na unaprjeđenje komunikacije između njih i djece, s posebnim naglaskom na smanjenju intenziteta emocionalne ekspresije u roditelja. Dodatni moduli za adolescente provodili su se u manjim grupama adolescenata kod kojih su prepoznati rizični čimbenici, dok se roditeljski modul provodio u grupama roditelja kroz četiri tjedna susreta (Vivas-Fernandez, 2023b). Kao jedan od važnih medijatora za smanjenje rizika od razvoja emocionalnih poremećaja i poboljšanja kvalitete života u kontekstu PROCARE indiciranih preventivnih intervencija pokazala se otpornost. Proučavanje statističkih medijatora psiholoških intervencija općenito, jednako tako i preventivnih intervencija, informativno je za razumijevanje načina na koji intervencije utječu na ciljane mehanizme i procese ta zašto su učinkovite (Vivas-Fernandez i sur., 2024). U svim svojim oblicima PROCARE se pokazao obećavajućim u smanjenju utjecaja rizičnih i jačanju utjecaja zaštitnih čimbenika za razvoj emocionalnih poremećaja kod mladih te je dobro prihvaćen od strane sudionika.

Općenito, za razvoj preventivnih intervencija važna su istraživanja rizičnih i zaštitnih čimbenika povezanih s razvojem psihopatologije, a koji su podložni promjeni. Hazzardova i suradnici (2023) u svojoj „kišobran“ analizi identificirali su nekoliko transdijagnostičkih rizičnih i zaštitnih čimbenika relevantnih za područje internaliziranih poremećaja. Tek dva čimbenika bila su zajednička svim trima proučavanim razredima poremećaja (anksioznim, depresivnim i poremećajima hranjenja), a to su zabrinutost zbog pogreški (koja se vezuje uz perfekcionizam) i samopoštovanje. Neuroticizam, izloženost bullyingu, vršnjačka viktimizacija, sumnja u vlastite postupke, nesigurnosti vezane uz posao, osobni standardi (npr. postavljanje previsokih ciljeva), pretilost majke i psihološka kontrola od strane roditelja identificirani su kao transdijagnostički rizični čimbenici za domene anksioznosti i depresivnosti, dok su za iste domene pronađena četiri transdijagnostička zaštitna čimbenika, tjelesna aktivnost, pozitivna emocionalnost i sklonost „ne-reaktivnosti“ te osviješteno djelovanje.

Linch, Sunderland, Newton i Chapman (2021) saželi su nalaze iz studija empirijskih modela psihopatologije i transdijagnostičkih rizičnih i zaštitnih čimbenika među djecom i mladima u dobi od 10 do 24 godine te su pronašli nekoliko bioloških (deficiti u izvršnom funkcioniranju, rani pubertet, genetski rizik za ADHD i shizofreniju te smanjen volumen sive tvari u mozgu), psiholoških (snižena sposobnost samo-regulacije, visok neuroticizam i negativna afektivnost) i socio-okolinskih (stresni životni događaji i depresivnost majke) transdijagnostičkih rizičnih čimbenika, relevantnih za širok spektar psihopatologije, internalizirane i eksternalizirane.

U kontekstu okolinskih rizičnih čimbenika za razvoj širokog spektra psihopatologije ističu se i nepovoljna, odnosno traumatska iskustva u djetinjstvu, koja se povezuju sa širokim spektrom nepovoljnih ishoda i psihopatologije u kasnijem djetinjstvu i odrasloj dobi (npr. Kerker i sur., 2015; Panagou i MacBeth, 2022). Istovremeno, do sada su identificirani i neki transdijagnostički zaštitni čimbenici poput vještina suočavanja, sposobnosti emocionalne regulacije i dostupne socijalne podrške (Liu i sur., 2022; McLaughlin i sur., 2020). Neki čimbenici otpornosti, poput efektivnog roditeljstva, socijalne podrške ili vještina samoregulacije mogu, dakle, pružiti transdijagnostičku zaštitu od razvoja psihopatologije i stoga intervencije kojima se podržavaju i osnažuju ovi čimbenici mogu polučiti transdijagnostičke zaštitne učinke (Masten, Lucke, Nelson i Stallworthy, 2021).

Jedan od primjera su i nastojanja RDoC skupine u poticanju istraživanja koja bi unaprijedila preventivne intervencije kroz, primjerice, identifikaciju pokazatelja ranih stadija psihopatologije na koje bi se mogle usmjeriti preventivne aktivnosti. Na primjer, poteškoće u brzini procesiranja koje se mogu javljati tijekom rane adolescencije pokazale su se kao najbolji prediktor poteškoća u socijalnom funkcioniranju, socijalnog povlačenja i eventualnog kasnijeg razvoja psihotičnih smetnji (Carrion i sur., 2013). Istraživanja također ukazuju da se na brzinu procesiranja može utjecati, što je podatak koji potiče razvoj preventivnih intervencija za pojedince kod kojih postoji rizik za razvoj psihotične psihopatologije. Primjerice, Choi i suradnici (2017) razvili su postupak za unaprjeđenje brzine procesiranja koji nazivaju Uvježbavanje brzine procesiranja (engl. Processing Speed Training, PST). Radi se o metodi neurofeedbacka pomoću pupilometrije s ciljem poboljšanja učinkovitosti vizualnog pretraživanja pomoću inhibicije odabira nebitnih ciljeva i diskriminacije detalja figure i pozadine. Postupak je prilagođen za uporabu na tabletu te se pokazao obećavajućim za unaprjeđenje brzine procesiranja i socijalnog funkcioniranja kod osoba u visokom riziku za razvoj psihoze. Potičući istraživanja u kojima su ispitanici mogli biti homogeni prema učinku na nekom bihevioralnom zadatku, umjesto po DSM dijagnozi, RDoC je pospješio razvoj ovih spoznaja (Pacheco i sur., 2022).

Svi ovi nalazi doprinose rastućem broj dokaza o korisnosti transdijagnostičkog pristupa za razvoj preventivnih intervencija.

6. OGRANIČENJA TRANSDIJAGNOSTIČKIH PRISTUPA I PRIJEDLOZI ZA BUDUĆA ISTRAŽIVANJA

Dalgleish i suradnici (2020) sažimaju izazove s kojima se područje transdijagnostičke znanosti aktualno suočava i koje bi trebalo prevladati kako bi dalje napredovalo. U području klasifikacije i nozologije transdijagnostički sustavi obično su ateorijski, vođeni podacima, bez teorija koje bi objasnile interakciju među pojedinim komponentama sustava ili koje bi vodile odabir simptoma i znakova koje bi valjalo opažati. Bez odgovarajuće teorije koja bi usmjerila opažanja, istraživanja su i dalje često vođena skupinama simptoma i znakova koji se nalaze u dijagnostičkim priručnicima. Područje transdijagnostičkih procesa također je uglavnom ateorijsko, iako postoje neka implicitna teorijska načela kojima se, primjerice, vodi RDoC, poput dimenzionalnosti fenomena, bioloških teorija psihopatologije i mogućnosti analitičkog, fragmentarnog razmatranja psihopatologije. Teorije u području kliničkih pristupa, s druge strane, preusko su fokusirane (Dalgleish, 2021). Kako bi bilo moguće adekvatno prenijeti suvremene spoznaje u učinkovite kliničke intervencije, u budućnosti transdijagnostička znanost mora razviti metateorijske transdijagnostičke modele (Dalgleish i sur., 2020).

Za sveobuhvatno razumijevanje utjecaja koje disfunkcionalni procesi imaju na psihičko zdravlje, potrebno je usmjeriti istraživanja na sadržaje proučavanih psihičkih procesa (poput negativnih misli, ruminacija, disfunkcionalnih bazičnih vjerovanja, intruzivnih slika i sl.) i na razumijevanje međudjelovanja sadržaja s procesima te utjecaja istog na razvoj i održavanje psihopatologije (Dalgleish i sur., 2020).

Dodatno, potrebno je sveobuhvatnije prigrliti „tvrde“ transdijagnostičke pristupe, koji u potpunosti napuštaju dijagnostičke formulacije i traže nove načine konceptualizacije psihopatologije i problema psihičkog zdravlja. Ovo se upravo odnosi na činjenicu da čak i kada pristup karakteriziramo kao empirijski i ateorijski, određene (teorijske) pretpostavke vode naše odluke o tome na što ćemo usmjeriti pažnju. Ukoliko je to na što usmjeravamo pažnju vođeno smjernicama iz dijagnostičkih priručnika o relevantnim znakovima i simptomima, opravdano je postaviti pitanje je li odabir podataka koje unosimo u daljnju analizu utjecao na konačne rezultate (Dalgleish i sur., 2020).

Kako smo već ranije napomenuli, potrebno je usvojiti nove odgovarajuće istraživačke nacрте koji bi odgovarali potrebama evaluacije transdijagnostičkih intervencija (Dalgleish i sur., 2020). Razvoj područja u ovom smjeru mogao bi adekvatno odgovoriti na prigovore vezane uz

nedokazanu veću učinkovitost transdijagnostičkih intervencija u odnosu na one utemeljene na dijagnostičkim kategorijama (Fusar-Poli i sur., 2019).

Povezivanje istraživača međusobno, kao i u velikim udruženim naporima poput HiTOP-a i RDoC-a važno je za daljnji razvoj područja, adekvatnih mjernih instrumenata i intervencija koje bi mogle konkurirati aktualnim dijagnostičkim paradigmama (Dalglish, 2020).

7. ZAKLJUČAK

Transdijagnostički pristupi problemima psihičkog zdravlja predstavljaju obećavajući smjer u kojemu se teorija, istraživanja i kliničke intervencije nastavljaju dalje razvijati. Suočivši se s problemima poput komorbiditeta, heterogenosti dijagnostičkih kategorija, niske pouzdanosti među procjenjivačima, neodgovaranja kategorijalnog poimanja opaženim značajkama psihopatoloških fenomena te upitne kliničke korisnosti pojedinih tretmana, transdijagnostički pristupi ponudili su alternative koje se uspješno mogu nositi s ovim izazovima i odgovoriti na njih.

Pristup se relativno neovisno razvijao u tri intelektualne domene: domeni klasifikacije i nozologije, domeni istraživanja biopsihosocijalnih procesa u podlozi nastanka i održavanja psihopatologije, kao i domeni kliničkih intervencija usmjerenih na identificirane mehanizme te je do sada polučio alternativne klasifikacijske sustave poput Hijerarhijske klasifikacije psihopatologije (HiTOP), projekta Kriterija istraživačkih domena (RDoC), brojne modele transdijagnostičkih procesa i mehanizama u podlozi šireg spektra psihopatologije, kao i niz različitih novih intervencija koje su u najmanju ruku jednako učinkovite kao i one osmišljene za određenu dijagnozu, s prednošću lakšeg prenošenja znanja kliničarima i implementacije u kliničku praksu.

Najveći izazov za daljnji razvoj područja predstavlja potreba za razvojem teorija koje bi na odgovarajući način povezale fenomene vezane uz pitanja psihičkog zdravlja, drugim riječima, meta-teorija koje bi povezale i objasnile odnose među širokim domenama psihopatologije, ponudile opis širokog transdijagnostičkog prostora te načina integracije s teorijama psihičkog zdravlja i ljudskog funkcioniranja uopće. Naime teorije, osim kao okvir za organizaciju i interpretaciju podataka, služe i kao vodilja u procesu odabira relevantnih fenomena na koje ćemo usmjeriti pažnju u istraživačkim naporima te kao osnova za stvaranje hipoteza koje je zatim moguće provjeriti, što očekivano utječe na spoznaje kojima će istraživanja rezultirati.

Nadalje, transdijagnostički teorijski okvir ima potencijal poticanja daljnjeg otvaranja istraživanja prema interdisciplinarnoj suradnji i stvarnoj integraciji biopsihosocijalnog modela, odnosno integraciji spoznaja iz domene „psihološkog“ s onima iz domene biološkog i socijalnog, opisujući načine na koji ova tri arbitrarno odvojena sustava čine složen sustav, odnosno cjelinu. Primjere takve integracije možemo vidjeti u istraživanjima povezanosti crijevnog mikrobioma i psihičkog zdravlja, koje otvaraju prostor za istraživanje mogućnosti prevencije i tretmana problema psihičkog zdravlja putem održavanja zdravlja crijevne

mikroflora ili regulacijom prehrane. Isto tako, u društvenim znanostima sve se više istražuje utjecaj digitalnih tehnologija na pojavnost i održavanje brojnih problema psihičkog zdravlja putem nepovoljnog utjecaja na razvoj socijalnih i komunikacijskih vještina, samopoštovanje i dobrobit općenito. Istovremeno, u području bioloških istraživanja proučava se utjecaj vremena provedenog pred ekranima, plavog svjetla i sadržaja kojima smo izloženi na neurotransmitterske sustave u mozgu, kognitivno funkcioniranje općenito, obrasce spavanja i doživljaj stresa. Možemo tu pribrojiti i istraživanja utjecaja vježbe i tjelesne aktivnosti na mentalno zdravlje, utjecaja kroničnog stresa na imunološki sustav, kao i roditeljskog utjecaja na razvoj i mentalno zdravlje djece.

Razvoj obuhvatne meta-teorije koja bi nadilazila dijagnostičke kategorije te obuhvatila čitav raspon ljudskog ponašanja, od normalnog do patološkog te koja bi integrirala biološke, psihološke i socijalne činitelje u složenom sustavu kojeg čini pojedinac i njegova okolina, imala bi potencijal za poticanje daljnjeg razvoja područja i kreiranje intervencija koje bi bile personalizirane i učinkovite, i koje bi obuhvaćale biološku, psihološku i socijalnu stvarnost ljudske egzistencije.

8. LITERATURA

- Achenbach, T. M., i Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms and Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont Research Center for Children, Youth, & Families.
- Adriaens, P. R., i De Block, A. (2013). Why we essentialize mental disorders. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 38(2), 107-127. <https://doi.org/10.1093/jmp/jht008>
- Allen, L. B., Ehrenreich, J. T., i Barlow, D. H. (2005). A Unified Treatment for Emotional Disorders: Applications With Adults and Adolescents (Pozvani članak). *Japanese Journal of Behavior Therapy*, 31(1), 3–30. Dostupno na: <https://shorturl.at/CIqal>
- Američka psihijatrijska udruga. (2014). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, peto izdanje*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Andersen, B., i Rasmussen, P. (2017). Transdiagnostic group therapy for people with self-critic and low self-esteem, based on compassion focused therapy principles. *Journal of Compassionate Health Care*, 4(1). <https://doi.org/10.1186/s40639-017-0043-1>
- Atwood, M. E., i Friedman, A. (2020). A systematic review of enhanced cognitive behavioral therapy (CBT-E) for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 53(3), 311–330. <https://doi.org/10.1002/eat.23206>
- Baker, S. C., Konova, A. B., Daw, N. D., i Horga, G. (2019). A distinct inferential mechanism for delusions in schizophrenia. *Brain: a journal of neurology*, 142(6), 1797–1812. <https://doi.org/10.1093/brain/awz051>
- Barlow, D. H. (2004). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press.
- Barlow, D. H., Allen, L. B., i Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35, 205-230. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80036-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80036-4)
- Barlow, D. H., Ellard, K. K., Sauer-Zavala, S., Bullis, J. R., i Carl, J. R. (2014a). The origins of neuroticism. *Perspectives on Psychological Science*, 9(5), 481–496. <https://doi.org/10.1177/1745691614544528>

- Barlow, D. H., Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Farchione, T. J., Boisseau, C. L., Allen, L. B., i Ehrenreich-May, J. (2011a). *The Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Client workbook*. New York: Oxford University Press.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B., i Ehrenreich-May, J. (2011b). *The Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. New York: Oxford University Press.
- Barlow, D. H., i Kennedy, K. A. (2016). New approaches to diagnosis and treatment in anxiety and related emotional disorders: A focus on temperament. *Canadian Psychology/ Psychologie Canadienne*, 57(1), 8-20. <https://doi.org/10.1037/cap0000039>
- Barlow, D. H., Sauer-Zavala, S., Carl, J. R., Bullis, J. R., i Ellard, K. K. (2014b). The nature, diagnosis, and treatment of neuroticism: Back to the future. *Clinical Psychological Science*, 2(3), 344-365. <https://doi.org/10.1177/2167702613505532>
- Barnes-Holmes, Y., Barnes-Holmes, D., McHugh, L., i Hayes, S. C. (2004). Relational Frame Theory: Some Implications for Understanding and Treating Human Psychopathology. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 4(2), 355–375. Dostupno na: <https://shorturl.at/4Nb1M>
- Beck, A. T. (1964). Thinking and depression: II. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*, 10(6), 561-571. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1964.01720240015003>
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Begić, D. (2021). *Psihopatologija, 4.izd.* Zagreb: Medicinska naklada.
- Bentall, R. (2006). Madness explained: why we must reject the Kraepelinian paradigm and replace it with a ‘complaint-orientated’ approach to understanding mental illness. *Medical hypotheses*, 66(2), 220–233. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2005.09.026>
- Bentall, R. P., Corcoran, R., Howard, R., Blackwood, N., i Kinderman, P. (2001). Persecutory delusions: a review and theoretical integration. *Clinical psychology review*, 21(8), 1143–1192. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(01\)00106-4](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(01)00106-4)

- Berking, M., i Lukas, C. A. (2015). The Affect Regulation Training (ART): a transdiagnostic approach to the prevention and treatment of mental disorders. *Current Opinion in Psychology*, 3, 64–69. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.02.002>
- Biglan, A., i Hayes, S. C. (2016). Functional contextualism and contextual behavioral science. U R. D. Zettle, S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes, i A. Biglan (ur.), *The Wiley handbook of contextual behavioral science* (str. 37–61). Wiley Blackwell.
- Blackledge, J. T. (2003). An introduction to relational frame theory: Basics and applications. *The Behavior Analyst Today*, 3(4), 421–433. <https://doi.org/10.1037/h0099997>
- Borsboom D. (2017). A network theory of mental disorders. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 16(1), 5–13. <https://doi.org/10.1002/wps.20375>
- Borsboom, D., i Cramer, A. O. J. (2013). Network analysis: An integrative approach to the structure of psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 91-121. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185608>
- Boswell, J. F., Anderson, L. M., i Barlow, D. H. (2014). An idiographic analysis of change processes in the unified transdiagnostic treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(6), 1060–1071. <https://doi.org/10.1037/a0037403>
- Boswell, J. F., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Murray, H. W., Fortune, M. R., i Barlow, D. H. (2013). Anxiety sensitivity and interoceptive exposure: A transdiagnostic construct and change strategy. *Behavior Therapy*, 44(3), 417–431. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.03.006>
- Brown, T.A. i Barlow, D.H. (2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for assessment and treatment. *Psychological Assessment*, 21(3), 256-271. <https://doi.org/10.1037/a0016608>
- Buckholtz, J. W., i Meyer-Lindenberg, A. (2012). Psychopathology and the human connectome: toward a transdiagnostic model of risk for mental illness. *Neuron*, 74(6), 990–1004. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2012.06.002>
- Bullis, J. R., Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., i Barlow, D. H. (2015). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders:

- Preliminary exploration of effectiveness for group delivery. *Behavior Modification*, 39(2), 295–321. <https://doi.org/10.1177/0145445514553094>
- Campagnolo, D., i Camuffo, A. (2010). The concept of modularity in management studies: a literature review. *International journal of management reviews*, 12(3), 259–283. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2370.2009.00260.x>
- Carcone, D., i Ruocco, A. C. (2017). Six years of research on the national institute of mental health’s research domain criteria (RDoC) initiative: a systematic review. *Frontiers in cellular neuroscience*, 11(46). <https://doi.org/10.3389/fncel.2017.00046>
- Carey, T. A. (2008). Perceptual control theory and the method of levels: Further contributions to a transdiagnostic perspective. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1(3), 237–255. <https://doi.org/10.1680/ijct.2008.1.3.237>
- Carey, T. A., Mansell, W., i Tai, S. J. (2014). A biopsychosocial model based on negative feedback and control. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8(94). <https://doi.org/10.3389/fnhum.2014.00094>
- Carrion R. E., McLaughlin D., Goldberg T. E., Auther A. M., Olsen R. H., Olvet D. M., Correll C. U., i Cornblatt B. A. (2013). Prediction of functional outcome in individuals at clinical high risk for psychosis. *JAMA Psychiatry*, 70(11), 1133–1142. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.1909>
- Caspi, A., i Moffitt, T. E. (2018). All for one and one for all: Mental disorders in one dimension. *The American Journal of Psychiatry*, 175(9), 831–844. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.17121383>
- Choi, J., Corcoran, C. M., Fiszdon, J. M., Stevens, M., Javitt, D. C., Deasy, M., Haber, L. C., Dewberry, M. J., i Pearlson, G. D. (2017). Pupillometer-based neurofeedback cognitive training to improve processing speed and social functioning in individuals at clinical high risk for psychosis. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 40(1), 33–42. <https://doi.org/10.1037/prj0000217>
- Chorpita, B. F., Daleiden, E. L., i Weisz, J. R. (2005a). Identifying and selecting the common elements of evidence based interventions: A distillation and matching model. *Mental Health Services Research*, 7, 5-20. <https://doi.org/10.1007/s11020-005-1962-6>

- Chorpita, B. F., Daleiden, E. L., i Weisz, J. R. (2005b). Modularity in the design and application of therapeutic interventions. *Applied and Preventive Psychology*, *11*(3), 141-156. <https://doi.org/10.1016/j.appsy.2005.05.002>
- Chorpita, B. F., Taylor, A. A., Francis, S. E., Moffitt, C., i Austin, A. A. (2004). Efficacy of modular cognitive behavior therapy for childhood anxiety disorders. *Behavior Therapy*, *35*(2), 263-287. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80039-X](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80039-X)
- Chorpita, B. F., i Weisz, J. R. (2009). *MATCH-ADTC: Modular Approach to Therapy for Children with Anxiety, Depression, Trauma, or Conduct Problems*. PracticeWise.
- Chu, B. C., Colognori, D., Weissman, A. S., i Bannon, K. (2009). An initial description and pilot of group behavioral activation therapy for anxious and depressed youth. *Cognitive and Behavioral Practice*, *16*(4), 408–419. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2009.04.003>
- Chu, B. C., Temkin, A. B., i Toffey, K. (2016). Transdiagnostic Mechanisms and Treatment for Children and Adolescents: An Emerging Field. U Oxford Handbooks Editorial Bord (ur.) *Oxford Handbook Topics in Psychology [Online izdanje]*. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199935291.013.10>
- Cicero, D. C., Ruggero, C. J., Balling, C. E., Bottera, A. R., Cheli, S., Elkrief, L., Forbush, K. T., Hopwood, C. J., Jonas, K. G., Jutras-Aswad, D., Kotov, R., Levin-Aspenson, H. F., Mullins-Sweatt, S. N., Johnson-Munguia, S., Narrow, W. E., Negi, S., Patrick, C. J., Rodriguez-Seijas, C., Sheth, S., Simms, L. J., ... Thomeczek, M. L. (2024). State of the Science: The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP). *Behavior therapy*, *55*(6), 1114–1129. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2024.05.001>
- Ciraulo, D. A., Barlow, D. H., Gulliver, S. B., Farchione, T., Morissette, S. B., Kamholz, B. W., Eisenmenger, K., Brown, B., Devine, E., Brown, T. A., i Knapp, C. M. (2013). The effects of venlafaxine and cognitive behavioral therapy alone and combined in the treatment of co-morbid alcohol use-anxiety disorders. *Behaviour research and therapy*, *51*(11), 729–735. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.08.003>
- Clauss, J. A., Bhiku, K., Burke, A., Pimentel-Diaz, Y., DeTore, N. R., Zapetis, S., Zvonar, V., Kritikos, K., Canenguez, K. M., Cather, C., i Holt, D. J. (2023). Development of a transdiagnostic, resilience-focused intervention for at-risk adolescents. *Journal of mental health (Abingdon, England)*, *32*(3), 592–601. <https://doi.org/10.1080/09638237.2022.2140790>

- Cooper, Z., i Stewart, A. (2008). CBT-E and the younger patient. U Fairburn, C. G. (ur.), *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders* (str. 221–230). Guilford Press.
- Corey, G. (2016). *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy* (10. izdanje). Belmon, CA: Brooks/Cole.
- Craig, C., Hiskey, S., i Spector, A. (2020). Compassion focused therapy: a systematic review of its effectiveness and acceptability in clinical populations. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 20(4), 385–400. <https://doi.org/10.1080/14737175.2020.1746184>
- Cramer, A. O., Waldorp, L. J., van der Maas, H. L., i Borsboom, D. (2010). Comorbidity: a network perspective. *The Behavioral and brain sciences*, 33(2-3), 137–193. <https://doi.org/10.1017/S0140525X09991567>
- Cuthbert, B. N., i Insel, T. R. (2013). Toward the future of psychiatric diagnosis: the seven pillars of RDoC. *BMC medicine*, 11, 126. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-11-126>
- Dalgleish, T. (2021). *Reaching for the Mood: Theory, Meta-theory & the Transdiagnostic Endeavour* [Izlaganje na stručnom skupu]. Transdiagnostic Approaches to Mental Health Online Conference 2021, University of Manchester, England. Dostupno na: <https://shorturl.at/oGjd0>
- Dalgleish, T., Black, M., Johnston, D., i Bevan, A. (2020). Transdiagnostic approaches to mental health problems: Current status and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(3), 179–195. <https://doi.org/10.1037/ccp0000482>
- Dalle Grave, R., Bohn, K., Hawker, D. M., i Fairburn, C. G. (2008). Inpatient, day patient and two forms of outpatient CBT-E. U Fairburn, C. G. (ur.), *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders* (str. 231–244). Guilford Press.
- de Jong, M., Spinhoven, P., Korrelboom, K., Deen, M., van der Meer, I., Danner, U. N., van der Schuur, S., Schoorl, M., i Hoek, H. W. (2020). Effectiveness of enhanced cognitive behavior therapy for eating disorders: A randomized controlled trial. *International Journal of Eating Disorders*, 53(5), 447–457. <https://doi.org/10.1002/eat.23239>
- De Paul, N. F., i Caver, K. A. (2021). A pilot study of a brief group adaptation of the Unified Protocol in integrated primary care. *Psychological Services*, 18(3), 416–425. <https://doi.org/10.1037/ser0000406>
- DeTore, N. R., Luther, L., Deng, W., Zimmerman, J., Leathem, L., Burke, A. S., Nyer, M. B., i Holt, D. J. (2023). Efficacy of a transdiagnostic, prevention-focused program for at-risk

- young adults: A waitlist-controlled trial. *Psychological Medicine*, 53(8), 3490–3499. <https://doi.org/10.1017/S0033291722000046>
- Dozois, D. J. A., Seeds, P. M., i Collins, K. A. (2009). Transdiagnostic approaches to the prevention of depression and anxiety. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(1), 44–59. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.23.1.44>
- Eaton, N. R., Bringmann, L. F., Elmer, T., Fried, E. I., Forbes, M. K., Greene, A. L., Krueger, R. F., Kotov, R., McGorry, P. D., Mei, C., i Waszczuk, M. A. (2023). A review of approaches and models in psychopathology conceptualization research. *Nature Reviews Psychology*, 2, 622-636. <https://doi.org/10.1038/s44159-023-00218-4>
- Eaton, N. R., Krueger, R. F., Markon, K. E., Keyes, K. M., Skodol, A. E., Wall, M., Hasin, D. S., i Grant, B. F. (2013). The structure and predictive validity of the internalizing disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(1), 86–92. <https://doi.org/10.1037/a0029598>
- Egan, S. J., Wade, T. D., i Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review*, 31(2), 203–212. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.009>
- Ehrenreich, J. T., Goldstein, C. R., Wright, L. R., i Barlow, D. H. (2009). Development of a Unified Protocol for the Treatment of Emotional Disorders in Youth. *Child & Family Behavior Therapy*, 31(1), 20–37. <https://doi.org/10.1080/07317100802701228>
- Ehrenreich-May, J., i Kennedy, S. M. (Ur.). (2021). *Applications of the Unified Protocols for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Children and Adolescents*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780197527931.001.0001>
- Ehrenreich-May, J., Kennedy, S. M., Sherman, J. A., Bennett, S. M., i Barlow, D. H. (2017a). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in adolescents: workbook*. Oxford University Press.
- Ehrenreich-May, J., Kennedy, S. M., Sherman, J. A., Bilek, E. L., i Barlow, D. H. (2017b). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in children: workbook*. Oxford University Press.
- Ehrenreich-May, J., Kennedy, S. M., Sherman, J. A., Bilek, E. L., Buzzella, B. A., Bennett, S. M., i Barlow, D. H. (2017c). *Unified protocols for transdiagnostic treatment of emotional disorders in children and adolescents: Therapist guide*. Oxford University Press.

- Ehring, T., i Watkins, E. R. (2008). Repetitive negative thinking as a transdiagnostic process. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1(3), 192–205. <https://doi.org/10.1680/ijct.2008.1.3.192>
- Ellard, K. K., Deckersbach, T., Sylvia, L. G., Nierenberg, A. A., i Barlow, D. H. (2012). Transdiagnostic treatment of bipolar disorder and comorbid anxiety with the unified protocol: A clinical replication series. *Behavior Modification*, 36(4), 482–508. <https://doi.org/10.1177/0145445512451272>
- Ellis, A. (1974). Rational-emotive theory: Albert Ellis. U Burton, A. (ur.), *Operational theories of personality*. Brunner/Mazel.
- Fairburn, C. G. (1981). A cognitive behavioural approach to the treatment of bulimia. *Psychological Medicine*, 11(4), 707–711. <https://doi.org/10.1017/S0033291700041209>
- Fairburn, C. G. (2008). Eating disorders: The transdiagnostic view and the cognitive behavioral theory. U fairburn, C. G. (ur.), *Cognitive behavior therapy and eating disorders* (str.7–22). Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., i Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A „transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509-528. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8)
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., i Shafran, R. (2008). Enhanced cognitive behavior therapy for eating disorders (CBT-E): An overview. U Fairburn, C. G. (ur.), *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders* (str. 23-34). Guilford Press.
- Fairburn, C. G., i Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *Lancet (London, England)*, 361(9355), 407–416. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)12378-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)12378-1)
- Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., Gallagher, M. W., i Barlow, D. H. (2012). Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 43(3), 666-678. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2012.01.001>
- Farchione, T. J., Long, L. J., Spencer-Laitt, D., Moreno, J., i Barlow, D. H. (2024). State of the Science: The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders. *Behavior Therapy*. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2024.04.007>
- Forbes, M. K., Ringwald, W. R., Allen, T., Cicero, D. C., Clark, L. A., DeYoung, C. G., Eaton, N., Kotov, R., Krueger, R. F., Latzman, R. D., Martin, E. A., Naragon-Gainey, K., Ruggero,

- C. J., Waldman, I. D., Brandes, C., Fried, E. I., Goghari, V. M., Hankin, B., Sperry, S., . . . Wright, A. G. C. (2024). Principles and procedures for revising the hierarchical taxonomy of psychopathology. *Journal of Psychopathology and Clinical Science*, *133*(1), 4–19. <https://doi.org/10.1037/abn0000886>
- Fried, E. I. (2022). Studying mental health problems as systems, not syndromes. *Current Directions in Psychological Science*, *31*(6), 500–508. <https://doi.org/10.1177/09637214221114089>
- Fried, E. I., i Cramer, A. O. J. (2017). Moving forward: Challenges and directions for psychopathological network theory and methodology. *Perspectives on Psychological Science*, 999–1020. <https://doi.org/10.1177/1745691617705892>
- Fried, E. I., i Nesse, R. M. (2015). Depression is not a consistent syndrome: An investigation of unique symptom patterns in the STAR*D study. *Journal of affective disorders*, *172*, 96–102. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.10.010>
- Fried, E. I., Proppert, R. K. K., i Rieble, C. L. (2023). Building an Early Warning System for Depression: Rationale, Objectives, and Methods of the WARN-D Study. *Clinical psychology in Europe*, *5*(3), e10075. <https://doi.org/10.32872/cpe.10075>
- Funkhouser, C. J., Correa, K. A., Gorke, S. M., Nelson, B. D., Phan, K. L., i Shankman, S. A. (2020). The replicability and generalizability of internalizing symptom networks across five samples. *Journal of abnormal psychology*, *129*(2), 191–203. <https://doi.org/10.1037/abn0000496>
- Fusar-Poli, P., Solmi, M., Brondino, N., Davies, C., Chae, C., Politi, P., Borgwardt, S., Lawrie, S. M., Parnas, J., i McGuire, P. (2019). Transdiagnostic psychiatry: a systematic review. *World psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, *18*(2), 192–207. <https://doi.org/10.1002/wps.20631>
- Galatzer-Levy, I., i Bryant, R. A. (2013). 636,120 ways to have posttraumatic stress disorder. *Perspectives on Psychological Science*, *8*(6), 651–662. <https://doi.org/10.1177/1745691613504115>
- Gallagher, M. W. (2017). The unified protocol for posttraumatic stress disorder: A clinical replication series. U D. H. Barlow i T. J. Farchione (ur.), *Applications of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders* (str. 11–126). New York: Oxford University Press

- García-Escalera, J., Chorot, P., Sandín, B., Ehrenreich-May, J., Prieto, A., i Valiente, R. M. (2019). An open trial applying the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Adolescents (UP-A) adapted as a school-based prevention program. *Child & Youth Care Forum*, *48*(1), 29–53. <https://doi.org/10.1007/s10566-018-9471-0>
- García-Escalera, J., Valiente, R. M., Chorot, P., Ehrenreich-May, J., Kennedy, S. M., i Sandín, B. (2017). The Spanish Version of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Adolescents (UP-A) Adapted as a School-Based Anxiety and Depression Prevention Program: Study Protocol for a Cluster Randomized Controlled Trial. *JMIR Research Protocols*, *6*(8), e149. <https://doi.org/10.2196/resprot.7934>
- García-Escalera, J., Valiente, R. M., Sandín, B., Ehrenreich-May, J., Prieto, A., i Chorot, P. (2020). The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Adolescents (UP-A) Adapted as a School-Based Anxiety and Depression Prevention Program: An Initial Cluster Randomized Wait-List-Controlled Trial. *Behavior Therapy*, *51*(3), 461–473. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.08.003>
- García-Lopez, L. J., Jimenez-Vazquez, D., Muela-Martinez, J. A., Piqueras, J. A., Espinosa-Fernandez, L., Canals-Sans, J...Ehrenreich-May, J. (2024). Effectiveness of a transdiagnostic indicated preventive intervention for adolescents at high risk for anxiety and depressive disorders. *Current Psychology*, *43*(17), 15484–15498. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-05421-3>
- Garety, P. A., Kuipers, E., Fowler, D., Freeman, D., i Bebbington, P. E. (2001). A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. *Psychological Medicine*, *31*(2), 189–195. <https://doi.org/10.1017/s0033291701003312>
- Gilbert, P., i Irons, C. (2004). A pilot exploration of the use of compassionate images in a group of self-critical people. *Memory (Hove, England)*, *12*(4), 507–516. <https://doi.org/10.1080/09658210444000115>
- Harrison, L. A., Kats, A., Williams, M. E., i Aziz-Zadeh, L. (2019). The importance of sensory processing in mental health: A proposed addition to the Research Domain Criteria (RDoC) and suggestions for RDoC 2.0. *Frontiers in Psychology*, *10*, 15. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00103>
- Harvey, A. G., Watkins, E., i Mansell, W. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford University Press, USA.

- Harvey, A. G., Murray, G., Chandler, R. A., i Soehner, A. (2011). Sleep disturbance as transdiagnostic: Consideration of neurobiological mechanisms. *Clinical Psychology Review, 31*(2), 225–235. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.003>
- Hathaway, S. R., i McKinley, J. C. (1942). *The Minnesota Multiphasic Personality Schedule*. University of Minnesota Press.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior Therapy, 35*(4), 639-665. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., i Roche, B. (Ur.). (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Hayes, S. C., i Follette, W. C. (1992). Can functional analysis provide a substitute for syndromal classification? *Behavioral Assessment, 14*(3-4), 345–365. Dostupno na: <https://tinyurl.com/n3zrmy5s>
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., i Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy, 44*(1), 1–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., i Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy (Vol. 6)*. New York: Guilford press.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., i Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(6), 1152–1168. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1152>
- Hazzard, V. M., Mason, T. B., Smith, K. E., Schaefer, L. M., Anderson, L. M., Dodd, D. R., Crosby, R. D., i Wonderlich, S. A. (2023). Identifying transdiagnostically relevant risk and protective factors for internalizing psychopathology: An umbrella review of longitudinal meta-analyses. *Journal of Psychiatric Research, 158*, 231–244. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.12.025>
- Helmich, M. A., Smit, A. C., Bringmann, L. F., Schreuder, M. J., Oldehinkel, A. J., Wichers, M., i Snippe, E. (2023). Detecting impending symptom transitions using early-warning

- signals in individuals receiving treatment for depression. *Clinical Psychological Science*, 11(6), 994–1010. <https://doi.org/10.1177/21677026221137006>
- HiTOP Clinical Network. (2024a). *HiTOP Friendly Measures*. Dostupno na: <https://tinyurl.com/n2dv7d99>
- HiTOP Clinical Network. (2024b). *HiTOP Digital Assessment and Tracker (HiTOP-DAT)*. Dostupno na: <https://tinyurl.com/4urjka3z>
- Holm, J. E., Penzien, D. B., Holroyd, K. A., i Brown, T. A. (1994). Headache and depression: Confounding effects of transdiagnostic symptoms. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 34(7), 418–423. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.1994.hed3407418.x>
- Hummel, K. V., Trautmann, S., Venz, J., Thomas, S., i Schäfer, J. (2021). Repetitive negative thinking: transdiagnostic correlate and risk factor for mental disorders? A proof-of-concept study in German soldiers before and after deployment to Afghanistan. *BMC psychology*, 9(1), 198. <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00696-2>
- Hyman, S. E. (2010). The diagnosis of mental disorders: The problem of reification. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 155–179. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091532>
- Hyman, S. E. (2021). Psychiatric disorders: Grounded in human biology but not natural kinds. *Perspectives in Biology and Medicine*, 64(1), 6–28. <http://doi.org/10.1353/pbm.2021.0002>
- Ingram R. E. (1990). Self-focused attention in clinical disorders: review and a conceptual model. *Psychological Bulletin*, 107(2), 156–176. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.107.2.156>
- Insel, T., Cuthbert, B., Garvey, M., Heinssen, R., Pine, D. S., Quinn, K., Sanislow, C., i Wang, P. (2010). Research domain criteria (RDoC): Toward a new classification framework for research on mental disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 167(7), 748–751. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09091379>
- Janković, J. (2004). *Savjetovanje u psihosocijalnom radu*. Zagreb: Etcetera.
- Johnson, C., Burke, C., Brinkman, S., i Wade, T. (2016). Effectiveness of a school-based mindfulness program for transdiagnostic prevention in young adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 81, 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.03.002>

- Jonas, K., Stanton, K., Simms, L., Mullins-Sweatt, S., Gillett, D., Dainer, E., ...Ruggero, C. (2021). *HiTOP digital assessment and tracker (HiTOP-DAT) manual*. Dostupno na: osf.io/8hngd.
- Kendler, K. S. (2009). An historical framework for psychiatric nosology. *Psychological Medicine*, 39(12), 1935–1941. <https://doi.org/10.1017/S0033291709005753>
- Kerker, B. D., Zhang, J., Nadeem, E., Stein, R. E., Hurlburt, M. S., Heneghan, A., Landsverk, J., i McCue Horwitz, S. (2015). Adverse Childhood Experiences and Mental Health, Chronic Medical Conditions, and Development in Young Children. *Academic Pediatrics*, 15(5), 510–517. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2015.05.005>
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., i Walters, E. E. (2005). Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617–627. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.617>
- Kishida, K., Hida, N., i Ishikawa, S. (2022). Evaluating the effectiveness of a transdiagnostic universal prevention program for both internalizing and externalizing problems in children: Two feasibility studies. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 16, 10. <https://doi.org/10.1186/s13034-022-00445-2>
- Kotov, R., Cicero, D. C., Conway, C. C., DeYoung, C. G., Dombrowski, A., Eaton, N. R., First, M. B., Forbes, M. K., Hyman, S. E., Jonas, K. G., Krueger, R. F., Latzman, R. D., Li, J. J., Nelson, B. D., Regier, D. A., Rodriguez-Seijas, C., Ruggero, C. J., Simms, L. J., Skodol, A. E., ... Wright, A. G. C. (2022). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP) in psychiatric practice and research. *Psychological Medicine*, 52(9), 1666–1678. <https://doi.org/10.1017/S0033291722001301>
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M., Brown, T. A., Carpenter, W. T., Caspi, A., Clark, L. A., Eaton, N. R., Forbes, M. K., Forbush, K. T., Goldberg, D., Hasin, D., Hyman, S. E., Ivanova, M. Y., Lynam, D. R., Markon, K.,... Zimmerman, M. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(4), 454–477. <https://doi.org/10.1037/abn0000258>
- Kozak, M. J., i Cuthbert, B. N. (2016). The NIMH research domain criteria initiative: Background, issues, and pragmatics. *Psychophysiology*, 53(3), 286–297. <https://doi.org/10.1111/psyp.12518>

- Krueger, R. F., i Eaton, N. R. (2015). Transdiagnostic factors of mental disorders. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, *14*(1), 27–29. <https://doi.org/10.1002/wps.20175>
- Krueger, R. F., Kotov, R., Watson, D., Forbes, M. K., Eaton, N. R., Ruggero, C. J., Simms, L. J., Widiger, T. A., Achenbach, T. M., Bach, B., Bagby, R. M., Bornoalova, M. A., Carpenter, W. T., Chmielewski, M., Cicero, D. C., Clark, L. A., Conway, C., DeClercq, B., DeYoung, C. G., ... Zimmermann, J. (2018). Progress in achieving quantitative classification of psychopathology. *World Psychiatry*, *17*(3), 282–293. <https://doi.org/10.1002/wps.20566>
- Kuipers, E., Garety, P., Fowler, D., Freeman, D., Dunn, G., i Bebbington, P. (2006). Cognitive, Emotional, and Social Processes in Psychosis: Refining Cognitive Behavioral Therapy for Persistent Positive Symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, *32*, S24-S31. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl014>
- Lahey, B. B., Moore, T. M., Kaczkurkin, A. N., i Zald, D. H. (2021). Hierarchical models of psychopathology: Empirical support, implications, and remaining issues. *World Psychiatry*, *20*(1), 57–63. <https://doi.org/10.1002/wps.20824>
- Lilienfeld, S. O. (2014). The research domain criteria (RDoC): An analysis of methodological and conceptual challenges. *Behaviour Research and Therapy*, *62*, 129–139. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.07.019>
- Liu, J., Abidin, E., Vaingankar, J. A., Lim, M. S. M., Verma, S., Tang, C., Shafie, S., Shahwan, S., i Subramaniam, M. (2022). Positive mental health framework of transdiagnostic protective factors in elucidating the association between adverse childhood experiences and severe mental disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *56*(10), 1332–1343. <https://doi.org/10.1177/00048674211053568>
- Loevaas, M. E. S., Sund, A. M., Lydersen, S., Neumer, S., Martinsen, K., Holen, S., Patras, J., Adolfsen, F., i Reinfjell, T. (2019). Does the transdiagnostic EMOTION intervention improve emotion regulation skills in children? *Journal of Child and Family Studies*, *28*(3), 805–813. <https://doi.org/10.1007/s10826-018-01324-1>
- Luyten, P., Campbell, C., Allison, E., i Fonagy, P. (2020). The Mentalizing Approach to Psychopathology: State of the Art and Future Directions. *Annual review of clinical psychology*, *16*, 297–325. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-071919-015355>

- Lynch, S. J., Sunderland, M., Newton, N. C., i Chapman, C. (2021). A systematic review of transdiagnostic risk and protective factors for general and specific psychopathology in young people. *Clinical Psychology Review*, 87, 102036. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102036>
- Maj, M. (2005). “Psychiatric comorbidity”: An artefact of current diagnostic systems? *The British Journal of Psychiatry*, 186(3), 182–184. <https://doi.org/10.1192/bjp.186.3.182>
- Mansell, W. (2005). Control theory and psychopathology: An integrative approach. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 78(2), 141–178. <https://doi.org/10.1348/147608304X21400>
- Mansell, W. (2021). The perceptual control model of psychopathology. *Current Opinion in Psychology*, 41, 15–20. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.01.008>
- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E., i Shafran, R. (2009). Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(1), 6–19. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.23.1.6>
- Marchette, L. K., i Weisz, J. R. (2017). Practitioner Review: Empirical evolution of youth psychotherapy toward transdiagnostic approaches. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 58(9), 970–984. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12747>
- Markon, K. E., Chmielewski, M., i Miller, C. J. (2011). The reliability and validity of discrete and continuous measures of psychopathology: A quantitative review. *Psychological Bulletin*, 137(5), 856–879. <https://doi.org/10.1037/a0023678>
- Martinsen, K. D., Rasmussen, L. M. P., Wentzel-Larsen, T., Holen, S., Sund, A. M., Løvaas, M. E. S., Patras, J., Kendall, P. C., Waaktaar, T., i Neumer, S. (2019). Prevention of anxiety and depression in school children: Effectiveness of the transdiagnostic EMOTION program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(2), 212–219. <https://doi.org/10.1037/ccp0000360>
- Masten, A. S., Lucke, C. M., Nelson, K. M., i Stallworthy, I. C. (2021). Resilience in development and psychopathology: Multisystem perspectives. *Annual Review of Clinical Psychology*, 17, 521–549. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-120307>
- McEvoy, P. M., Salmon, K., Hyett, M. P., Jose, P. E., Gutenbrunner, C., Bryson, K., i Dewhirst, M. (2019). Repetitive Negative Thinking as a Transdiagnostic Predictor of Depression and

- Anxiety Symptoms in Adolescents. *Assessment*, 26(2), 324–335.
<https://doi.org/10.1177/1073191117693923>
- McLaughlin, K. A., Aldao, A., Wisco, B. E., i Hilt, L. M. (2014). Rumination as a transdiagnostic factor underlying transitions between internalizing symptoms and aggressive behavior in early adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 123(1), 13–23. <https://doi.org/10.1037/a0035358>
- McLaughlin, K. A., Colich, N. L., Rodman, A. M., i Weissman, D. G. (2020). Mechanisms linking childhood trauma exposure and psychopathology: a transdiagnostic model of risk and resilience. *BMC medicine*, 18(1), 96. <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01561-6>
- McLaughlin, K. A., i Nolen-Hoeksema, S. (2011). Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. *Behaviour research and therapy*, 49(3), 186–193. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.12.006>
- McNally R. J. (2021). Network Analysis of Psychopathology: Controversies and Challenges. *Annual review of clinical psychology*, 17, 31–53. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-092850>
- Morey, L. C. (1991). *Personality Assessment Inventory* [Database record]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t03903-000>
- Morris, S. E., Sanislow, C. A., Pacheco, J., Vaidyanathan, U., Gordon, J. A., i Cuthbert, B. N. (2022). Revisiting the seven pillars of RDoC. *BMC medicine*, 20(1), 220. <https://doi.org/10.1186/s12916-022-02414-0>
- Morrison, A. P. (2001). The interpretation of intrusions in psychosis: An integrative cognitive approach to hallucinations and delusions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29(3), 257–276. <https://doi.org/10.1017/S1352465801003010>
- Mowrer, O. H. (1939). A stimulus-response analysis of anxiety and its role as a reinforcing agent. *Psychological Review*, 46(6), 553–565. <https://doi.org/10.1037/h0054288>
- Murray, L. K., Dorsey, S., Haroz, E., Lee, C., Alsiary, M. M., Haydary, A., Weiss, W. M., i Bolton, P. (2014). A Common Elements Treatment Approach for Adult Mental Health Problems in Low- and Middle-Income Countries. *Cognitive and Behavioral Practice*, 21(2), 111–123. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2013.06.005>
- National Institute of Mental Health (2019). *Sensorimotor Domain Added to the RDoC Framework*. Dostupno na: <https://shorturl.at/XmcZA>

- National Institute of Mental Health (2024). *Definitions of the RDoC Domains and Constructs*.
Dostupno na: <https://shorturl.at/MYO6D>
- Nguyen, A. J., Hersh, J., Beahm, L., Henderson Smith, L., Newman, C., Birchfield, K., Michael, K., i Bradshaw, C. P. (2024/02/17/). Coping power – *rural*: Iterative adaptation of an evidence-based preventive intervention for rural upper elementary and middle schools. *School Mental Health: A Multidisciplinary Research and Practice Journal*, <https://doi.org/10.1007/s12310-024-09632-2>
- Norton, P. J., Hayes, S. A., i Hope, D. A. (2004). Effects of a Transdiagnostic Group Treatment for Anxiety on Secondary Depression. *Depression and Anxiety*, 20(4), 198–202. <https://doi.org/10.1002/da.20045>
- Olthof, M., Hasselman, F., Oude Maatman, F., Bosman, A. M. T., i Lichtwarck-Aschoff, A. (2023). Complexity theory of psychopathology. *Journal of psychopathology and clinical science*, 132(3), 314–323. <https://doi.org/10.1037/abn0000740>
- Osma, J., Peris-Baquero, O., Suso-Ribera, C., Farchione, T. J., i Barlow, D. H. (2021). Effectiveness of the Unified Protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in group format in Spain: Results from a randomized controlled trial with 6-months follow-up. *Psychotherapy Research*, 32(3), 329–342. <https://doi.org/10.1080/10503307.2021.1939190>
- Pacheco, J., Garvey, M. A., Sarampote, C. S., Cohen, E. D., Murphy, E. R., i Friedman-Hill, S. R. (2022). Annual Research Review: The contributions of the RDoC research framework on understanding the neurodevelopmental origins, progression and treatment of mental illnesses. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 63(4), 360–376. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13543>
- Panagou, C., i MacBeth, A. (2022). Deconstructing pathways to resilience: A systematic review of associations between psychosocial mechanisms and transdiagnostic adult mental health outcomes in the context of adverse childhood experiences. *Clinical psychology & psychotherapy*, 29(5), 1626–1654. <https://doi.org/10.1002/cpp.2732>
- Patrick, C. J., i Hajcak, G. (2016). RDoC: Translating promise into progress. *Psychophysiology*, 53(3), 415–424. <https://doi.org/10.1111/psyp.12612>
- Pearls, F., Hefferline, R.F., i Goodman, P. (1951). *Gestalt therapy: Excitement and growth in the human personality*. New York: Dell Publishing Co., Inc.

- Persons, J. B. (1986). The advantages of studying psychological phenomena rather than psychiatric diagnoses. *American Psychologist*, 41(11), 1252–1260. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.41.11.1252>
- Power, M., i Dalgleish, T. (2016). *Cognition and emotion: From order to disorder* (3. izd.). Psychology Press.
- Powers, W. T. (1976). Control-system theory and performance objectives. *Journal of Psycholinguistic Research*, 5(3), 285–297. <https://doi.org/10.1007/BF01067378>
- Powers, W. T. (2009). PCT in 11 steps. *International Association for Perceptual Control Theory*. Dostupno na: <https://www.iapct.org/pct/pct-in-11-steps/>
- Regier, D. A., Narrow, W. E., Clarke, D. E., Kraemer, H. C., Kuramoto, S. J., Kuhl, E. A., i Kupfer, D. J. (2013). DSM-5 field trials in the United States and Canada, Part II: test-retest reliability of selected categorical diagnoses. *The American Journal of Psychiatry*, 170(1), 59–70. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12070999>
- Regier, D. A., Narrow, W. E., Kuhl, E. A., i Kupfer, D. J. (2009). The conceptual development of DSM-5. *The American journal of psychiatry*, 166(6), 645–650. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09020279>
- Robinaugh, D. J., Hoekstra, R. H. A., Toner, E. R., i Borsboom, D. (2020). The network approach to psychopathology: a review of the literature 2008–2018 and an agenda for future research. *Psychological Medicine*, 50(3), 353–366. <https://doi.org/10.1017/S0033291719003404>
- Rogers, C. R. (1946). Significant aspects of client-centered therapy. *American Psychologist*, 1(10), 415–422. <https://doi.org/10.1037/h0060866>
- Rogers, C. R. (1950). A current formulation of client-centered therapy. *Social Service Review*, 24(4), 442–450.
- Ruggero, C. J., Callahan, J. L., Dornbach-Bender, A., Tackett, J. L., i Kotov, R. (2019). Disquiet in nosology: A primer on an emerging, empirically based approach to classifying mental illness and implications for training. *The Behavior Therapist*, 42(6), 208–212.
- Sanislow, C. A., Pine, D. S., Quinn, K. J., Kozak, M. J., Garvey, M. A., Heinssen, R. K., Wang, P. S., i Cuthbert, B. N. (2010). Developing constructs for psychopathology research: research domain criteria. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(4), 631–639. <https://doi.org/10.1037/a0020909>

- Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., i Wilner, J. G. (2016). Transdiagnostic Treatment of Borderline Personality Disorder and Comorbid Disorders: A Clinical Replication Series. *Journal of Personality Disorders*, 30(1), 35–51. https://doi.org/10.1521/pedi_2015_29_179
- Sauer-Zavala, S., Gutner, C. A., Farchione, T. J., Boettcher, H. T., Bullis, J. R., i Barlow, D. H. (2017). Current definitions of “transdiagnostic” in treatment development: A search for consensus. *Behavior Therapy*, 48(1), 128-138. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.09.004>
- Schick, A., Paetzold, I., Rauschenberg, C., Hirjak, D., Banaschewski, T., Meyer-Lindenberg, A., Boehnke, J. R., Boecking, B., i Reininghaus, U. (2021). Effects of a Novel, Transdiagnostic, Hybrid Ecological Momentary Intervention for Improving Resilience in Youth (EMicompass): Protocol for an Exploratory Randomized Controlled Trial. *JMIR Research Protocols*, 10(12), e27462. <https://doi.org/10.2196/27462>
- Schmitt, J. C., Valiente, R. M., García-Escalera, J., Arnáez, S., Espinosa, V., Sandín, B., i Chorot, P. (2022). Prevention of depression and anxiety in subclinical adolescents: Effects of a transdiagnostic internet-delivered CBT Program. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9), 5365. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095365>
- Selby, E. A., Anestis, M. D., Bender, T. W., i Joiner, T. E., Jr. (2009). An exploration of the emotional cascade model in borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(2), 375-387. <https://doi.org/10.1037/a0015711>
- Simms, L. J., Wright, A. G. C., Cicero, D., Kotov, R., Mullins-Sweatt, S., Sellbom, M., Watson, D., Widiger, T. A., i Zimmermann, J. (2022). Development of measures for the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A collaborative scale development project. *Assessment*, 29(1), 3-16. <https://doi.org/10.1177/10731911211015309>
- Skinner, B. F. (1957). *Verbal Behavior*. Appleton-Century-Crofts. <https://doi.org/10.1037/11256-000>
- Steele, S. J., Farchione, T. J., Cassiello-Robbins, C., Ametaj, A., Sbi, S., Sauer-Zavala, S., i Barlow, D. H. (2018). Efficacy of the Unified Protocol for transdiagnostic treatment of comorbid psychopathology accompanying emotional disorders compared to treatments targeting single disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 104, 211–216. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.08.005>

- Steer, R. A., McElroy, M. G., i Beck, A. T. (1983). Transdiagnostic symptoms of depression in alcoholism. *Multivariate Experimental Clinical Research*, 6(2), 47–54. Dostupno na: <https://shorturl.at/W69dS>
- Teasdale, J. D., i Barnard, P. J. (1993). *Affect, Cognition, and Change: Re-modelling Depressive Thought*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- VandenBos, G. R. (Ur.). (2007). *APA Dictionary of Psychology*. American Psychological Association. Dostupno na: <https://dictionary.apa.org/>
- van Loo, H. M., i Romeijn, J. W. (2015). Psychiatric comorbidity: fact or artifact? *Theoretical Medicine and Bioethics*, 36(1), 41–60. <https://doi.org/10.1007/s11017-015-9321-0>
- Vivas-Fernandez, M., Garcia-Lopez, L.-J., Muela-Martinez, J. A., Piqueras, J. A., Espinosa-Fernandez, L., Jimenez-Vazquez, D., i del Mar Diaz-Castela, M. (2024). Exploring the role of resilience as a mediator in selective preventive transdiagnostic intervention (PROCARE+) for adolescents at risk of emotional disorders. *European Journal of Psychology Open*. <https://doi.org/10.1024/2673-8627/a000054>
- Vivas-Fernandez, M., Garcia-Lopez, L. J., Piqueras, J. A., Espinosa-Fernandez, L., Muela-Martinez, J. A., Jimenez-Vazquez, D., Diaz-Castela, M. D. M., i Ehrenreich-May, J. (2023). A 12-Month Follow-Up of PROCARE+, a Transdiagnostic, Selective, Preventive Intervention for Adolescents At-Risk for Emotional Disorders. *Child psychiatry and human development*, 10.1007/s10578-023-01638-2. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s10578-023-01638-2>
- Vivas-Fernandez, M., Garcia-Lopez, L. J., Piqueras, J. A., Muela-Martinez, J. A., Canals-Sans, J., Espinosa-Fernandez, L., Jimenez-Vazquez, D., Diaz-Castela, M. D. M., Morales-Hidalgo, P., Rivera, M., i Ehrenreich-May, J. (2023b). Randomized controlled trial for selective preventive transdiagnostic intervention for adolescents at risk for emotional disorders. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 17(1), 7. <https://doi.org/10.1186/s13034-022-00550-2>
- Wahl, K., Ehring, T., Kley, H., Lieb, R., Meyer, A., Kordon, A., Heinzl, C. V., Mazanec, M., i Schönfeld, S. (2019). Is repetitive negative thinking a transdiagnostic process? A comparison of key processes of RNT in depression, generalized anxiety disorder, obsessive-compulsive disorder, and community controls. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 64, 45–53. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2019.02.006>

- Watkins E. R. (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological Bulletin*, *134*(2), 163–206. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.134.2.163>
- Weersing, V. R., Gonzalez, A., Campo, J. V., i Lucas, A. N. (2008). Brief behavioral therapy for pediatric anxiety and depression: Piloting an integrated treatment approach. *Cognitive and Behavioral Practice*, *15*(2), 126–139. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2007.10.001>
- Weersing, V. R., Rozenman, M. S., Maher-Bridge, M., i Campo, J. V. (2012). Anxiety, depression, and somatic distress: Developing a transdiagnostic internalizing toolbox for pediatric practice. *Cognitive and Behavioral Practice*, *19*(1), 68–82. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.06.002>
- Weisz, J. R., i Bearman, S. K. (2020). *Principle-guided Psychotherapy for Children and Adolescents: The FIRST Program for Behavioral and Emotional Problems*. Guilford Publications.
- Weisz, J., Bearman, S. K., Santucci, L. C., i Jensen-Doss, A. (2017). Initial test of a principle-guided approach to transdiagnostic psychotherapy with children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *46*(1), 44–58. <https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1163708>
- Wells, A. (2011). Metacognitive Therapy. U Herbert, D. i Forman, E. M. (ur.), *Acceptance and Mindfulness in Cognitive Behavior Therapy: Understanding and Applying the New Therapies* (pp. 83-108). John Wiley & Sons, Inc. <https://doi.org/10.1002/9781118001851.ch4>
- Wells, A., i Matthews, G. (1994). *Attention and Emotion: A Clinical Perspective*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Wittchen, H. U. (1996). What is Comorbidity – Fact or Artefact? *British Journal of Psychiatry*, *168*(S30), 7–8. <https://doi.org/10.1192/S0007125000298358>
- Wolpe, J. (1969). Basic principles and practices of behavior therapy of neuroses. *The American Journal of Psychiatry*, *125*(9), 1242–1247. <https://doi.org/10.1176/ajp.125.9.1242>
- Wong, S. M. Y., Chen, E. Y. H., Lee, M. C. Y., Suen, Y. N., i Hui, C. L. M. (2023). Rumination as a Transdiagnostic Phenomenon in the 21st Century: The Flow Model of Rumination. *Brain sciences*, *13*(7), 1041. <https://doi.org/10.3390/brainsci13071041>
- Wood, J. J., Drahota, A., Sze, K., Har, K., Chiu, A., i Langer, D. A. (2009). Cognitive behavioral therapy for anxiety in children with autism spectrum disorders: a randomized, controlled

trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 50(3), 224–234.
<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01948.x>

World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems (11. izd.)*. Dostupno na: <https://icd.who.int/>

9. ŽIVOTOPIS

Martina Špaček rođena je 16. travnja 1985. u Osijeku. Diplomirala je psihologiju na Filozofskom fakultetu Sveučilišta J. J. Strossmayera u Osijeku 2010. godine, pod mentorstvom prof. dr. sc. Krunoslava Matešića, na temu „Mjere li upitnici NEO-FFI i BFQ iste konstrukte”. Dobitnica je dekanove nagrade Filozofskog fakulteta u Osijeku. Iste godine zapošljava se u sustavu socijalne skrbi gdje radi do danas: od 2010. do 2018. kao psihologinja u Centrima za socijalnu skrb Donji Miholjac i Vukovar, primarno na poslovima zaštite prava i dobrobiti djece, tijekom 2011. kratko u Domu za psihički bolesne odrasle osobe te unazad šest godina, od 2018. u Obiteljskom centru, prvo u Vukovaru, a od 2023. godine u Područnoj službi Osječko-baranjskoj, gdje se primarno bavi savjetodavnim i preventivnim radom s djecom, mladima i njihovim roditeljima te pripremom i edukacijom potencijalnih posvojitelja. Početkom 2024. godine napredovala je u zvanje savjetnice.

Od 2019. surađuje s Centrom za podršku roditeljstvu „Rastimo zajedno” te je suautorica dvaju programa za podršku roditeljima djece predškolske dobi: „Rastimo zajedno Online” (program podrške za roditelje djece predškolske dobi koji odgajaju djecu u zahtjevnijim okolnostima i koji je razvijen kao odgovor na povećane potrebe za podrškom i mjere socijalnog distanciranja tijekom pandemije COVID-19) i „Rastimo zajedno u novoj obitelji” (program podrške za roditelje posvojitelje i njihovu djecu predškolske i rane školske dobi). Osim toga, kao suautorica sudjeluje u edukacijama za nove voditelje radionica s djecom programa „Rastimo zajedno i mi” (programa podrške roditeljima koji odgajaju djecu u zahtjevnijim okolnostima i njihovoj djeci predškolske dobi) i „Rastimo zajedno u novoj obitelji”. Suautorica je mrežnih stranica „UNO WEB” za roditelje posvojitelje i druge zainteresirane za temu posvojenja.

Unazad nekoliko godina surađuje s udrugom osoba oboljelih od upalnih bolesti crijeva iz Osijeka „ColonOs”, pružajući savjetodavnu podršku oboljelima i njihovim obiteljima te održavajući psihoedukativna predavanja i radionice.

Završila je prvi stupanj bihevioralno-kognitivnih terapija pri Hrvatskom udruženju za bihevioralno-kognitivne terapije te je sada pred završavanjem drugog stupnja edukacije. Od ove godine edukantica je dječje integrativne psihoterapije pri Udruženju za integrativnu dječju psihoterapiju iz Subotice.