

Terapija prihvaćanja i posvećenosti u tretmanu internaliziranih smetnji djece i adolescenata

Pleić, Nada

Professional thesis / Završni specijalistički

2022

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:131:249636>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-24**



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

Neda Pleić

**Terapija prihvaćanja i posvećenosti u
tretmanu internaliziranih smetnji djece i
adolescenata**

SPECIJALISTIČKI RAD

Zagreb, 2022.



Sveučilište u Zagrebu

FILOZOFSKI FAKULTET

Neda Pleić

**Terapija prihvaćanja i posvećenosti u
tretmanu internaliziranih smetnji djece i
adolescenata**

SPECIJALISTIČKI RAD

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

Zagreb, 2022.

Naziv sveučilišnog poslijediplomskog studija:

Specijalistički studij kliničke psihologije

Specijalistički rad je obranjen 29.06.2022. pred Stručnim povjerenstvom u sastavu:

1. prof. dr. sc. Gordana Keresteš
predsjednik povjerenstva

2. prof. dr. sc. Nataša Jokić-Begić
član povjerenstva

3. prof. dr. sc. Trpimir Glavina (Klinika za psihijatriju, KBC Split)
član povjerenstva

ZAHVALA

Zahvaljujem svojoj mentorici Nataši Jokić-Begić na toplom i usmjerenom vođenju od studentskih dana preko psihoterapijskih edukacija do upisa i kraja specijalističkog studija te u mom daljnjem napredovanju.

Zahvaljujem svojim ACT učiteljima Igori Krnetiću i Mariju Maričiću.

Zahvaljujem se svojim prekrasnim kćerkama Nini i Tei na svakodnevnoj inspiraciji i motivaciji te mome suprugu Hrvoju na svakodnevnoj potpori i poticaju.

Moja sestra Vesna od najranije dobi me usmjerava i podržava zajedno s mojom divnom majkom i ocem te barba Ivotom. Hvala i svekru i svekrvi na razumijevanju i potpori.

Hvala mojoj Mari zbog pomoći u pismenosti te Tokićima, Mupićima, Heli, bratu i Kiki na tome što su uvijek tu.

Hvala Novim nadama kliničke psihologije i 5 ratnica na kontinuiranoj podršci te kolegicama i rukovoditeljima u KBC Split na razumijevanju, savjetima i potpori.

ŽIVOTOPIS MENTORA

Prof. dr. sc. Nataša Jokić-Begić rođena je 1. kolovoza 1964. godine. Na Filozofskom fakultetu u Zagrebu diplomirala je psihologiju 1987. godine. Na istom je fakultetu magistrirala 1994. godine, a doktorat je stekla na Medicinskom fakultetu u Zagrebu 2000. godine.

Od 1987. bila je zaposlena na KBC-u Zagreb, od 2001. – 2004. godine bila je u kumulativnom radnom odnosu na Kliničkom bolničkom centru i na Filozofskom fakultetu u Zagrebu. Od 2004. godine je zaposlena na Odsjeku za psihologiju, Filozofskog fakulteta u Zagrebu, Katedra za zdravstvenu i kliničku psihologiju.

U zvanje docenta u polju psihologija, grana klinička i zdravstvena psihologija je izabrana 2001. godine, u zvanje izvanrednog profesora izabrana je 2006. godine, a u zvanje redovitog profesora 2011. godine. Voditeljica je više obaveznih i izbornih kolegija na diplomskom i poslijediplomskom studiju. Osmislila je i voditeljica je programa Poslijediplomskog specijalističkog studija kliničke psihologije te sudjeluje u radu Doktorskog studija psihologije. Sudjeluje i u diplomskoj i poslijediplomskoj nastavi na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu. Mentorica je diplomskim, specijalističkim i doktorskim radnjama.

Aktivno se bavi istraživačkim radom. Znanstveni je interes otpočetak karijere vrlo aktivno usmjerila prema istraživanju etioloških čimbenika anksioznosti, pojavnih oblika anksioznih poremećaja i njihovom liječenju, kao i prema psihičkim manifestacijama stresa. Osim navedenog, klinički i istraživački se bavi fenomenom transpolnosti. Bila je voditeljica nekoliko znanstvenih projekata. Objavila brojne znanstvene i stručne radove u domaćim i inozemnim časopisima. Autorica više poglavlja u knjigama i udžbenicima. Licencirani je kognitivno-bihevioralni terapeut.

Obnašala je funkciju predstojnice Katedre za zdravstvenu i kliničku psihologiju u nekoliko navrata. Bila je recenzentica nastavnih programa kao i prijedloga znanstvenih projekata na natječajima Ministarstva znanosti, obrazovanja i sporta, te Zaklade za znanost RH.

Dobitnica je priznanja *Hrvatskog psihološkog društva Marulić: Fiat Psychologia* (2007. godine) za osobito vrijedan doprinos razvitku i promicanju hrvatske primijenjene psihologije. Dobitnica je *nagrade Snježana Biga Friganović Hrvatske psihološke komore* (2013.) za poseban doprinos organizaciji, radu i razvoju Hrvatske psihološke komore. Dobitnica je posebnog priznanja Dekanskog kolegija Filozofskog fakulteta za izniman doprinos u organizaciji međunarodnog znanstveno-stručnog skupa *37th STAR conference*.

Naslov

Terapija prihvaćanja i posvećenosti u tretmanu internaliziranih smetnji djece i adolescenata

Sažetak

Terapija prihvaćanja i posvećenosti (TPP; Acceptance and commitment therapy, ACT) dio je trećeg vala kognitivno bihevioralnih terapija. Radi se o transdijagnostičkom kontekstualnom pristupu u kojem se osobu uči nositi s psihološkom patnjom, kroz razvijanje mentalne fleksibilnosti za usmjeravanje života prema vlastitim vrijednostima. Njezina efikasnost dokazana je kod odraslih i sve češće se primjenjuje kod djece. Ovim radom prikazuje se način primjene i efikasnost TPP kod djece i adolescenata s internaliziranim smetnjama s prilagodbom tretmana i naglaskom na metodološke nedorečenosti i nekonzistentnosti u evaluaciji tretmana. Korištena je metodologija sustavnog pregleda literature s kvalitativnom sintezom članaka iz elektroničkih bibliografskih znanstvenih baza PubMed, PsychInfo, Science Direct i EBSCO. Iako se radi o personaliziranoj terapiji, prikazuju se protokoli koji se mogu koristiti u individualnoj, grupnoj i digitalnoj primjeni te su prikazane prednosti i nedostaci istih, uz prilagodbe koje su potrebne za primjenu kod djece i adolescenata. Detaljno su prikazani Upitnik izbjegavanja i fuzije za djecu (AFQ-Y, AFQ-Y8), Upitnik voljnosti i predane akcije za djecu (WAM-CA) i Upitnik prihvaćanja i usredotočene svjesnosti za djecu (CAMM) koji se koriste za provjeru teorijskih koncepata TPP te efikasnosti ovog terapijskog pristupa. Efikasnost primjene ove terapije je prikazana kod nekliničkih skupina i skupina s internaliziranim simptomima (anksioznost, depresivnost, OKP, trahitilomanija i PTSP). Poseban naglasak stavljen je na nekonzistentne rezultate efikasnosti ove terapije u usporedbi s kognitivno bihevioralnom terapijom te na metodološke nedostatke u istraživanjima. Korištenje TPP kod individualne, grupne i digitalne primjene otvara niz mogućnosti za smanjenje simptoma kod kliničkih i nekliničkih skupina u preventivnom i tretmanskome radu. Potrebno je dodatno razvijanje mjernih instrumenata i određivanje indikacija za primjenu.

Ključne riječi: Treći val kognitivno bihevioralnih terapija, terapija prihvaćanja i posvećenosti, mentalna fleksibilnost, usredotočena svjesnost, djeca i adolescenti, internalizirani poremećaji

Title

Acceptance and commitment therapy in treatment of children and adolescents with internalized disorders

Abstract

Acceptance and commitment therapy (ACT) is a part of Third wave of cognitive behavioral therapies. It is transdiagnostic, contextual therapy which teaches us how to manage psychological suffering through developing mental flexibility which directs our life towards our values. It is effective on adult population, and it is often used with children. This paper is showing appliance, adjustment and efficiency of ACT among children with internalizing symptoms emphasizing methodological problems and inconsistency in treatment evaluation. All primary quantitative and qualitative studies were found by searching four scientific databases - MEDLINE, PsychInfo, Science Direct and EBSCO. This therapy is personalized, but in literature we find protocols for individual, group and digital application which are presented with their advantages and disadvantages. This paper presents adaptations which are necessary for children and adolescent. Measures for processes in ACT, Acceptance and Fusion Questionnaire for Youth (AFQ-Y, AFQ-Y8), Willingness and Action Measure for Adolescents (WAM-C/A) and Child and Adolescent Mindfulness Measure (CAMM) are critically presented. Efficiency of this therapy is presented for nonclinical groups and groups with internalized symptoms (anxiety, depression, OCD, PTSD, trichotillomania). Efficiency compared with cognitive behavioral therapy is shown along with methodological problems. ACT is a good preventive or treatment program for diminishing symptoms in clinical and nonclinical populations. There is need for better measurements and indications for this therapeutic approach.

Key words: Third wave of cognitive behavioral therapies, Acceptance and commitment therapy, mental flexibility, mindfulness, children and adolescents, internalized disorders

SKRAĆENICE

ACT- Acceptance and Commitment Therapy

TPP- Terapija prihvatanja i posvećenosti

KBT- Kognitivno bihevioralna terapija

TRO- Teorija relacijskih okvira

RFT- Relational Frame Theory

AFQ-Y - Upitnik izbjegavanja i fuzije za djecu

AFQ-Y8 – Upitnik izbjegavanja i fuzije skraćena verzija

WAM-CA- Upitnik voljnosti i predane akcije za djecu

CAMM- Upitnik prihvatanja i usredotočene svjesnosti za djecu

AAQ- Acceptance and Action Questionnaire

OKP- Opsesivno kompulzivni poremećaj

PTSP- Posttraumatski stresni poremećaj

S A D R Ź A J

1. Uvod.....	1
1.1.Funkcionalni konceptualizam	3
1.2.Teorija relacijskih okvira	3
1.3.Procesi u TPP	4
1.4.Terapijski odnos u TPP	7
1.5.TPP kod odraslih.....	8
1.6.Problemi mentalnog zdravlja kod djece i adolescenata	9
1.7.TPP kod djece i adolescenata	10
2. Metodologija	14
2.1.Metoda	14
2.2.Organizacija informacija	15
3. Načini provođenja terapije TPP kod djece i adolescenata	16
3.1. Protokoli po kojima se provodi TPP kod djece i adolescenata	16
3.2. Uvođenje roditelja u tretman	20
3.3. Načini provođenja terapije (individualni, grupni i na daljinu)	21
3.3.1. Individualna terapija	21
3.3.2. Grupna terapija	22
3.3.3. Primjena terapije na daljinu	23
4. Prilagodbe potrebne za primjenu TPP kod djece i adolescenata	26
5. Pregled mjernih instrumenata	30
5.1.Upitnik izbjegavanja i fuzije za djecu (AFQ-Y)	310
5.2.Upitnik voljnosti i predane akcije za djecu (WAM-CA)	34
5.3.Upitnik prihvaćanja i usredotočene svjesnosti za djecu (CAMM)	35
6. Efikasnost tretmana TPP	38
6.1. Efikasnost kod nekliničkih skupina	38
6.2. Efikasnost kod kliničkih skupina	41
6.2.1. Anksioznost	41
6.2.2. Depresivnost	42
6.2.3. Trahilitomanija	43
6.2.4. Opsesivno kompulzivni poremećaj	44
6.2.5. Posttraumatski stresni poremećaj	45
6.3. Efikasnost u odnosu na klasičnu kognitivno bihevioralnu terapiju	47
6.4. Metodološki problemi u istraživanju TPP	50
7. Zaključak	52
8. Literatura	54
9. Životopis	67

1. UVOD

Terapija prihvaćanja i posvećenosti (TPP; eng. Acceptance and commitment therapy, ACT) je bihevioralna terapija koja se usmjerava na život u skladu s vrijednostima. Kroz šest osnovnih procesa osobe usmjerava prema otvaranju mislima, osjećajima i svim svojim iskustvima, bez obzira jesu li ona ugodna ili neugodna. Smatra se kako je otvaranje bolnim iskustvima dobro ne zbog same boli, nego zbog toga što pokušaji izbjegavanja bolnih iskustava (na primjer, pasivna romantična veza, izbjegavanje javnog govora) stvaraju patnju koja nas odvodi daleko od onoga što nam je stvarno važno i što naš život čini vrijedan življenja. TPP se usmjerava na identifikaciju misli i osjećaja koji su nam prepreka prema životu u skladu s vrijednostima i ima za cilj promijeniti naš odnos prema tim unutarnjim iskustvima, a ne mijenjati sama iskustva (Stoddard i Afari, 2014). Iako se TPP razvija od ranih osamdesetih, većina sadašnjih praktičara TPP-a su upoznati s ovim modelom terapije kroz rad Hayes i sur. (1999) koji je potaknuo velik broj empirijskih istraživanja (Hayes i sur., 2004a).

TPP proizlazi iz bihevioralnih pristupa terapiji. Bihevioralne terapije su se razvijale kroz povijest s razlikama u dominantnim pretpostavkama, modelima i ciljevima koji utječu na istraživački rad, teoriju i praksu. Kategoriziramo ih u tri generacije ili tri vala dominantnih pretpostavki (Hayes i sur., 2004b). Prvi val kognitivno bihevioralne terapije usmjerava se isključivo na problematična ponašanja te se u terapiji primjenjuju osnovna bihevioralna načela promjene ponašanja, bez interesa za misli i emocije u njihovoj podlozi. Na primjer, kod osoba koje se boje ulaska u autobus osobu se izlaganjem uči kako postupno prevladati anksioznost te kako se ista smanjuje svakim sljedećim ulaskom u autobus. Drugi val je uveo kognicije, odnosno usmjerava se na sadržaj iracionalnih misli, a do promjena u ponašanju se dolazi kroz prepoznavanje, eliminaciju ili zamjenu iracionalnih misli i vjerovanja (Hayes i sur., 2004b). U ovom pristupu se uz izlaganje ulascima u autobus kod klijenta prepoznaju negativne misli i vjerovanja (kao što su: „*Srušit ću se, neću moći izaći kad poželim, nesposobna sam...*“) i pronalazi se umirujuće odgovore na njih ili ih se zamjenjuje pozitivnijim mislima („*Do sada se to nikada nije dogodilo, to nije najgore što se može dogoditi, nešto ipak mogu napraviti.*“). Treći val naglašava osnovne bihevioralne tehnike, uključujući funkcionalnu analizu ponašanja, razvijanje vještina, direktno oblikovanje ponašanja (Hayes i sur., 2004b) i usmjerava se na promjenu ponašanja mijenjanjem konteksta, umjesto mijenjanjem sadržaja misli i osjećaja. Terapije trećeg vala u sebi sadrže tehnike usredotočene svjesnosti (mindfulnessa), prihvaćanja, kognitivnu defuziju, dijalektiku i vrijednosti (Hayes i sur., 2004b). Cilj tih tehnika nije promjena problematičnih misli i emocija, već njihovo prihvaćanje onakvima kakvima ih mi

doživljavamo. Do prihvaćanja dolazi promjenom, ali ne promjenom sadržaja misli i osjećaja već promjenom našeg odnosa prema tim mislima. Sadržaj postaje manje važan, a važniji od njega postaju kontekst i funkcija našeg iskustva. Ne usmjeravamo se na uklanjanje simptoma nego na razvijanje psihološke fleksibilnosti. Kada osoba može pronaći ravnotežu između prihvaćanja i promjene, prihvaćanjem da su misli samo misli i promjenom svog odnosa prema njima, dobiva fleksibilnost koja joj pomaže kretati se prema svojim vrijednostima, odnosno onome što joj je važno. Osobu se potiče da krene prema autobusu, osvijesti svoj strah i svoje negativne misli, te se odluči izložiti svom strahu (patnji) kako bi išla prema nečemu što joj je važno, a to je samostalnost i neovisnost koju joj daje vožnja. Pri tome se osvještavaju negativne misli i osjećaji, ali ih se ne pokušava promijeniti, već osvijestiti da mi misao „*Srušit ću se*“ stvara nelagodu koja će proći ako joj ne pridajem važnost.

Najpoznatije terapije trećeg vala uz TPP su Dijalektička bihevioralna terapija (DBT; eng. Dialectical behavior therapy, Linehan i sur., 1991), Kognitivna terapija temeljena na usredotočenoj svjesnosti (mindfulnessu) (MBCT; eng. Mindfulness-Based Cognitive Therapy, Segal Williams i Teasdale, 2002), Terapija smanjenja stresa putem usredotočene svjesnosti (MBSR; eng. Mindfulness-Based Stress Reduction Programme, Kabat-Zinn, 1994) i Terapija usmjerena na suosjećanje (CFT; eng. Compassion-focused therapy, Gilbert, 2009).

TPP se temelji na transdijagnostičkim principima, odnosno ne usmjerava se na kategorizaciju psihičke bolesti već za cilj ima promjenu temeljnih principa po kojima funkcioniramo. Kroz integraciju filozofije, teorije i prakse se nadilazi specifične psihijatrijske poremećaje i radi na procesima koji se nalaze u osnovi više psihičkih poremećaja. Iz perspektive TPP, psihopatologija se konceptualizira kao a) nezdravi pokušaji kontrole emocija, misli, sjećanja i drugih osobnih iskustava (Hayes i sur., 1996), b) nezdravo usmjeravanje ponašanja u skladu s našim kognicijama umjesto oslanjanja na stvarno iskustvo i c) nejasne temeljne vrijednosti i nedovoljna aktivacija za ponašanje u skladu s njima. Opći cilj TPP-a je smanjiti ulogu doslovnog shvaćanja misli (kognitivna defuzija) i ohrabriti osobu da dođe u izravan dodir s psihološkim iskustvom, u cijeloj svojoj punini bez nepotrebnih obrana (psihološko prihvaćanje) dok se u isto vrijeme ponaša u skladu sa svojim vrijednostima. Kod TPP se prihvaćaju promjene i mijenja se ono što je promjenjivo, naše ponašanje ili životna situacija, a ne radi se na promjeni osobne povijesti ili automatskih misli i osjećaja. Osnovna konceptualizacija ove terapije je kroz ponašanje (Turrell i Bell, 2016).

Na primjer, osobe koje su depresivne pokušavaju ne biti više depresivne te pokušavaju mijenjati svoje misli i osjećaje. U trećem valu se osobu potiče da osjeti svoje neugodne osjećaje i misli

povezane s depresijom te da ih ne shvaća kao da su one dio nje, već kao samo jedan dio svog depresivnog iskustva koje je prolazno. Radi se na regulaciji ponašanja na način da se ukidaju ponašanja koja osobu sputavaju (npr. zatvaranje u kuću, neodržavanje higijene, pasivnost) i potiče se usmjeravanje prema ponašanjima koja su u skladu s onim što je osobi važno (izlaziti, družiti se, uređivati se) jer je to ono što radi osoba kakva mi želimo biti. Tu se ne radi na promjeni negativnih misli i emocija („*Nikada to neću moći, tužna sam...*“) već se na misli i emocije gleda kao na nešto što je samo trenutno tu i što će proći.

1.1. Funkcionalni konceptualizam

TPP je empirijski dokazan model koji se temelji na funkcionalnom konceptualizmu (Hayes i sur., 1999). Prema njemu je predviđanje i mijenjanje ponašanja glavni cilj bihevioralne analize i terapije. Funkcionalni kontekstualisti se usmjeravaju na ponašanje koje se događa u kontekstu. Kontekst nekog događaja može biti *vanjski* a odnosi se na motorička ponašanja kao što su govor i kretanje, te *unutarnji* koji se odnosi na psihološke događaje kao što su imaginacija, osjećaji i osjeti. Kontekst događaja utječe na prirodu i funkciju događaja, odnosno na doživljaj. TPP terapeuti ne pokušavaju promijeniti ponašanje zamjenjujući ga drugim ponašanjem ili mijenjanjem emocija i kognicija kroz raspravu ili racionalne argumente (kao što to rade kognitivno bihevioralni terapeuti) već pokušavaju promijeniti naš *odnos* prema ponašanju, emocijama i kognicijama. Mijenja se kontekst unutar kojeg se događaj odvija kroz usmjeravanje na funkciju koju ta ponašanja imaju. Na taj način se bilo kojem životnom događaju prilazi s većom fleksibilnošću i otvorenošću za nova iskustvu (Turrell i sur., 2016).

Na primjer, osoba koja ima problema s hipohondrijom može vjerovati da su bolovi koje osjeća znak karcinoma. Ukoliko to vjeruje, sva pažnja se usmjerava na bolove i ti bolovi postaju intenzivniji i izazivaju veći strah koji povećava napetost i vjerovanje da je karcinom stvaran. Ali ako osoba osvijesti kako ima problem sa zdravstvenom anksioznošću, onda će svoju bol shvatiti kao znak svoje anksioznosti, a ne kao dokaz da ima karcinom.

1.2. Teorija relacijskih okvira

Teorijska osnova TPP-a je Teorija relacijskih okvira (TRO; eng. Relational Frame Theory, RFT). Zagovornici teorije (Hayes i sur., 2001) navode da su jezik i kognicije međusobno povezani te se zbog te povezanosti različiti koncepti povezuju i evaluiraju. Uslijed iskrivljenog povezivanja dolazi do psihopatologije ili psihičkih poremećaja (Hayes 2005). Prema TRO,

efekti koje na nas imaju unutarnji i vanjski događaji s kojima dođemo u kontakt, nastaju kao rezultat indirektnog učenja (Hayes i sur., 2001). Ljudi korištenjem jezika, zbog različitih kontekstualnih obilježja, mogu donijeti zaključke ili indirektno naučiti veze između događaja koje nisu stvarne. Te veze utječu na funkciju koju imaju drugi događaji koji se odvijaju istovremeno u istom kontekstu (Hayes, i sur., 2004a). Ako svaki put kada dijete dođe u liječničku ambulantu kod doktora Marka plače jer ne želi da ga se svlači, kada mama kaže idemo kod Marka, ili idemo kod doktora, ili idemo u ambulantu ili čak samo riječ idemo, dijete plače. Na taj način različiti podražaji mogu postati povezani s istim ponašanjem. Istraživači i kliničari TPP pretpostavljaju da psihološka patnja proizlazi iz nesvjesno naučenih veza među riječima koje potiču psihološku nefleksibilnost, odnosno ponavljanje sličnih ili istih obrazaca ponašanja a ne otvorenost za prihvaćanje novog iskustva. Kontinuirana upotreba jezika na načine koji ograničavaju naše doživljavanje može dovesti do rigidnog i ograničavajućeg ponašanja (Turrell i Bell, 2016). Jezik je pun primjera u kojima djecu učimo da se boje dubokog mora jer ono može biti opasno, učimo ih da ne idu u duboko more jer tamo može biti morski pas ili mnogo strašnih riba. Ta učenja mogu rezultirati time da se dijete panično boji dubokog mora i upadne li slučajno u duboko more ili zaroni li i ne vidi dno pokaže paničan strah.

1.3. Procesi u TPP

U samom imenu ovog terapijskog pravca istaknuti su koncepti prihvaćanja i posvećenosti koji čine temelj ovog terapijskog pristupa. Prihvaćanje se odnosi na sposobnost da se odlučimo na prihvaćanje neželjenog osobnog iskustva (misli, osjećaja, tjelesnih senzacija, uspomena i nagona). Posvećenost se odnosi na posvećenost onome što je važno u našem životu. Kada smo otvoreni za prihvaćanje i posvećenost razvijamo psihološku fleksibilnost koja nam pomaže da se svakom iskustvu koje dolazi možemo posvetiti u punini s obzirom na ono što se događa u trenutku, bez da nas vode nefleksibilna rigidna ponašanja kojima upravljaju osobna unutarnja pravila ili unaprijed određene sheme. Kod TPP-a cilj nije eliminiranje misli i osjećaja koji dovode do patnje već prihvaćanje onoga što se nalazi u nama i oko nas dok se usmjeravamo prema onome što nam je važno. Važna je voljnost osobe da prihvati iskustvo upravo onakvo kakvo ono jest, bilo da je ugodno ili neugodno, bez izbjegavanja. To je preduvjet predane akcije. Postoje dvije vrste osobnog iskustva: ono koje se nalazi u osobi zbog unutarnjih procesa i trenutnih okolnosti (ponekad ih se naziva „čiste emocije“) i ono pobuđeno pokušajima osobe da se riješi onoga što ne želi iskusiti (često se nazivaju „prljave emocije“). TPP navodi kako osobi, kada se prestane boriti da bi se riješila onoga što je u njoj (a borba povećava intenzitet),

ostaje nelagoda koja se javlja kao odgovor na trenutne okolnosti „čiste emocije“, koje se ne možemo riješiti. To zahtijeva izlaganje i prilagodbu situacijama koje izazivaju tugu, anksioznost ili neku drugu emociju, ali koje su manjeg intenziteta (Turell i sur., 2016). Ako se bojimo javnog nastupa, za nas postoji situacija javnog nastupa koja je nelagodna sama po sebi („čiste emocije“) ali s druge strane, mi zamišljamo tu situaciju puno strašnijom nego što ona je, uz niz negativnih misli i predviđanja koji povećavaju intenzitet našeg straha („prljave emocije“). Cilj ovog pristupa bio bi prihvatiti „čiste emocije“ i osvijestiti da „prljave emocije“ nisu činjenice već naši strahovi koji povećavaju intenzitet naše patnje. Kada se odvojimo (defuziramo) od prljavih emocija patnja ostaje, ali je manjeg intenziteta. Također, mi moramo biti voljni izložiti se toj patnji.

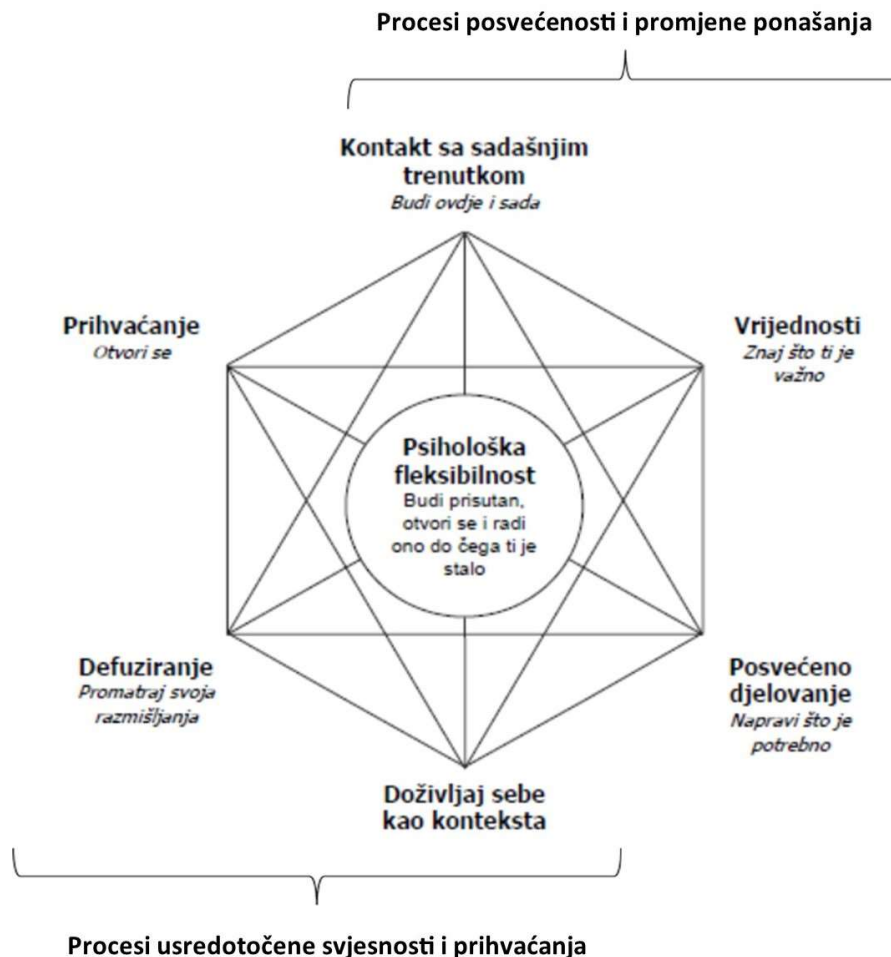
Terapijski proces kojim se dolazi do psihološke fleksibilnosti se često objašnjava uz pomoć heksagrama koji je prikazan na slici 1. Objašnjavanje pojedinih procesa u heksagramu počinjemo s lijevom stranom, odnosno defuziranjem i prihvaćanjem, zatim prema centru u kojem se nalaze kontakti sa sadašnjim trenutkom i *ja* kao kontekst, te se za kraj objašnjava vrijednosti i posvećeno djelovanje na desnoj strani.

Defuziranje se koristi kako bi oslabili vezu između verbalnog sadržaja misli i osjećaja te njihove funkcije. Tehnike defuziranja potiču neutralnu percepciju unutarnjih događaja (Hayes i sur., 2012), dopuštajući različite moguće odgovore na tu situaciju. Smanjuje se vjerovanje u zastrašujući sadržaj misli, iako se te misli i dalje ponavljaju (Hayes i sur., 2006). Cilj defuziranja nije mijenjanje sadržaja misli već mijenjanje stava osobe „prema“ i njezine pretpostavke „o“ mislima, što pomaže osobi da doživi iskustvo fleksibilno.

Prihvaćanje se odnosi na dopuštanje sebi da iskusimo neželjene osobne doživljaje ili ponašanja (misli, osjećaje, tjelesne senzacije, uspomene, nagone itd.) onakvima kakvi jesu u ovom trenutku dok ne prođu, umjesto da ih pokušamo potisnuti ili izbjegavamo raditi ono što dovodi do njih. Proces prihvaćanja se odnosi prvenstveno na emocionalni dio iskustava, a TPP olakšava istraživanje osjećaja s otvorenom znatiželjom i osjećajem samosuosjećanja (Halliburton i Cooper, 2015).

Kontakt sa sadašnjim trenutkom se ostvaruje i održava kroz proces zvan usredotočena svjesnost (mindfulness) (Hayes i sur., 2004a). Prakticiranje usredotočene svjesnosti pomaže osobama povezati se sa sadašnjim trenutkom, nježno se udaljavajući od svojih unutarnjih i vanjskih iskustava u prošlosti ili planiranja i strahovanja od doživljaja u budućnosti. TPP pretpostavlja da će usmjeravanje na sadašnji trenutak kod osobe razvijati otvorenost, neosuđivanje, stabilnost, fleksibilnost i dobrovoljnost (Hayes i sur., 2011). Jednostavnim promatranjem misli,

uči se odnos prema događajima (unutarnjim i vanjskim) bez vrednovanja, odnosno bez označavanja događaja kao dobrih i loših. Na taj način smanjuje se moć zastrašujućih događaja. U TPP cilj usredotočene svjesnosti nije mijenjanje događaja, već samo primjećivanje unutarnjih i vanjskih događaja onakvih kakvi jesu.



Slika 1. Grafički prikaz heksagramskog modela procesa koji utječu na psihološku fleksibilnost prema postavkama TPP (prema Hayes i sur., 2006)

Doživljaj sebe kao konteksta - TPP potiče osobe da se odmaknu od „konceptualnog ja“ koji je sastavljen od skupa etiketa i opisa koje svatko od nas ima prema samome sebi i koji definiraju osobu prema „kontekstualnom ili promatračkom ja“, koji uzima iskustva kao posebne entitete (Hayes i sur., 1999). „Promatrački ja“ je definiran kao poseban entitet sa svojim mislima, osjećajima i ponašanjem, ali nije definiran njima i oni ne upravljaju njime. Iskustva se mijenjaju, ali savjesni „promatrački ja“ je konstantan (Hayes i sur., 2004a). Umjesto usmjeravanja na zastrašujuće misli koje često definiraju osobu, *ja* kao kontekst se usmjerava na

mnoga unutarnja iskustva procjenjujući koliko ona pomažu ili odmažu osobi u njezinom općem funkcioniranju. Možemo ga definirati kroz riječi „*ja nisam moje misli i osjećaji, ja sam onaj koji ih promatra i uzima sebi ono što vodi prema onome što je meni važno*“.

Vrijednosti se odnose na usmjeravanje svojih ponašanja prema onome što nam je važno, odnosno prema svrhovitim akcijama koje su u skladu sa značajnim, željenim ishodima. One se ne odnose na ciljeve, odnosno na neki završni ishod već na provođenje aktivnosti koje čine naš život vrijedan življenja. Življenje života u skladu s našim vrijednostima je samo po sebi nagrada (Wilson i Murrell, 2004). Jako je važno da vrijednosti biramo slobodno, bez uzimanja u obzir socijalnih ili obiteljskih očekivanja, jer ako smo prisiljeni živjeti prema određenim vrijednostima javlja se rizik da se vratimo konceptualiziranom sebi (Hayes i sur., 1999). Najčešće se smatra da ponašanjem osoba upravljaju njihovi simptomi dok TPP potiče da ponašanjem upravljaju vrijednosti.

Posvećeno djelovanje operacionalizira proces razjašnjavanja vrijednosti i započinje put prema životu usmjerenom na vlastite vrijednosti. Proces posvećenog djelovanja osobi daje priliku suočiti se i savladati prepreke prema životu vrijednom življenja (kao što je bol ili teškoća koju mora prihvatiti) kako bi se kretala naprijed, te odredila put kojim će krenuti njezin život (Hayes i sur., 2004). Osoba se ne usmjerava na uspjeh u procesu slijeđenja života usmjerenog prema svojim vrijednostima, već je posvećena kretanju prema naprijed kroz proces neprekidnih pokušaja odabira koji su vođeni njezinim vrijednostima (Hayes i sur., 1999).

1.4. Terapijski odnos u TPP

Kroz terapijski odnos u TPP terapeut potiče okruženje u kojem su terapeut i klijent jednaki, tj. na istoj razini. Terapeut nije stručnjak koji je u poziciji nadmoći, već TPP terapeut potiče mišljenje da se oboje nalaze „u istoj kaši“. Terapeut se i sam nosi s problemima kao što je izbjegavanje, fuzija, nedostatak jasnoće vrijednosti, zbog toga što se procesi koji dovode do patnje i problema promatraju kao univerzalna ljudska iskustva, a ne kao patološka stanja (Krnetić, 2019). Na taj način terapeut može lakše pomoći klijentu jer u ovom trenutku ne doživljava iste probleme već ih promatra sa strane. U TPP terapeut često koristi samootkrivanje u funkciji pokazivanja kako je neželjeno unutarnje iskustvo univerzalno. Pri tome iznosi primjere koji su u funkciji pojašnjavanja osnovnih TPP načela, a ne svoje osobne probleme za koje traži pomoć (Turrell i sur., 2016.). Terapijski odnos karakterizira otvorenost, prihvaćanje, poštovanje, briga i toplina. Kroz građenje terapijskog odnosa, terapeut modelira kako se

postaviti prema svojim unutarnjim iskustvima. Tako na primjer terapeut ne reagira na alarmantan način na društveno neprihvatljivu misao koju klijent podijeli s njim. On pokazuje kako ono što osoba doživljava nije štetno, već je štetna borba koju osoba ima protiv toga. Stoga ako adolescent kaže: „Dođe mi da ubijem svog mlađeg brata.“, terapeut pita „Kako se ti zbog toga osjećaš?“, „Da li ti je ta misao teška?“, odnosno pomaže klijentu da istraži tu misao i svoj odnos prema njoj i prihvati je kao misao, a ne nešto što stvarno želi učiniti. Tu terapeut može reći: „... i ja nekad kada moje dijete napravi nešto što mi se ne sviđa pomislim da bi ga bacio kroz prozor i istražujući tu svoju misao, shvatim da je to samo misao koja mi dođe u ljutnji te da ja volim svoje dijete“. Pokazivanjem transparentnosti i iskrenosti tijekom terapije terapeut pomaže osobi izgraditi povjerenje u odnos i otvaranja prema iskustvu, prihvaćanje i doživljavanje onakvog kakvo ono je. Kroz prihvaćanja svog iskustva osvještava i drugačije načine na koje se osoba može nositi s tim iskustvom (Krnetić, 2019).

1.5. TPP kod odraslih

U posljednjih trideset godina od kada je objavljeno prvo istraživanje o TPP, na tu temu provedeno je više od 325 istraživanja (Hayes i sur., 2020). Iako potječe iz Sjeverne Amerike, primjena i istraživanja su raširena na Južnu Ameriku, Europu, Aziju, Afriku i Australiju (Gloster i sur., 2020). Istraživanja pokazuju kako je TPP efikasna u individualnim i grupnim intervencijama za smanjenje simptoma kod osoba pod utjecajem visokog stresa, s različitim vrstama anksioznosti, depresijom, shizofrenijom, ovisnosti, osoba s kroničnom boli, kroničnim stanjima i invalidnosti te za povećanje opće dobrobiti i kvalitete života. Većina istraživanja je pokazala kako je efikasnija ili podjednako efikasna kao i KBT (Gloster i sur., 2020). Prilikom mjerenja procesa koji su u osnovi TPP razvijeni su mjerni instrumenti za odrasle od kojih su najpoznatiji Upitnik prihvaćanja i akcije (AAQ-II; eng. Acceptance and Action Questionare, Hayes i sur., 2004a), Upitnik usredotočenosti i svjesnosti (MAAS; eng. Mindfulness Attention Awareness Scale, Brown i Ryan, 2003), Petofaktorski upitnik mindfulnessa (FFMQ; eng. Five Facet Mindfulness Questionnaire, Baer i sur., 2006) te Upitnik života u skladu s vrijednosti (VLQ; eng. Valued Living Questionare, Wilson i Groom, 2002). U Hrvatskoj nije pronađeno sustavno istraživanje učinkovitosti TPP ali su istraživani efekti pojedinih procesa poput psihološke fleksibilnosti i usredotočene svjesnosti (Vuk, 2019; Gračanin i sur. 2017.; Reić Ercegovac, Ljubetić, 2019.; Mamić, Nekić, 2019).

1.6. Problemi mentalnog zdravlja kod djece i adolescenata

Weeks i sur. 2016. navode kako 10-20% djece u svijetu ima probleme mentalnog zdravlja koji se najčešće dijele na eksternalizirane (poteškoće samoregulacije, antisocijalno ponašanje) i internalizirane probleme (depresija, anksioznost, hipersenzitivnost, brige). Internalizirani simptomi su povezani sa širokim spektrom poteškoća koje negativno utječu na zdravlje i svakodnevni život mladih (narušena slika o sebi, nedostatak zadovoljstva, problemi s apetitom i snom), uključujući visok rizik od samoozljeđivanja i suicida (Schulte-Körne, 2016). Pokazalo se kako djevojke imaju veći broj internaliziranih simptoma nego dječaci, iako su te razlike male (Chaplin i Aldao, 2013).

U Američkom istraživanju je više od 30% adolescenata izvijestilo kako su preplavljeni osjećajima ili depresivni i tužni zbog stresa (APA, 2014). U Švedskoj je 37% djevojčica i 22% dječaka izvijestilo kako su često pod stresom (Wiklund i sur., 2012).

U jesen 2020. tijekom drugog vala pandemije psiholozi s Filozofskog Fakulteta u Zagrebu proveli su drugi dio istraživanja Kako smo? (Jokić-Begić i sur., 2021) u kojem je sudjelovao velik broj sudionika od čega izdvajamo 260 sudionika koji su odgovarali na pitanja o roditeljstvu te 1400 učenika osnovnih i srednjih škola, iz svih dijelova Hrvatske. Roditelji procjenjuju kako njihova djeca imaju podjednako emocionalnih poteškoća i problema u ponašanju, ali najviše poteškoća imaju u odnosima s vršnjacima (nemaju dobre prijatelje, nisu omiljeni, druga djeca ih zadirkuju). Roditelji procjenjuju kako njihova djeca imaju više internaliziranih nego eksternaliziranih teškoća te kako djevojčice imaju više emocionalnih problema nego dječaci, dok djeca mlađa od 12 godina imaju više eksternaliziranih teškoća od starije djece (Kuterovac Jagodić, 2021). Djeca su bila zabrinuta mogućnošću zaraze te mogućnošću da zaraze druge ljude. Mlađa djeca su bila zabrinutija nego starija djeca, dok su djevojčice svih uzrasta bile nešto više zabrinute za vlastito zdravlje nego dječaci. Procjenjuju da se dolaskom pandemije koronavirusa smanjila kvaliteta života i mogućnost sudjelovanja u uobičajenim aktivnostima kojima su zadovoljavali psihološke potrebe (odlasci u kino, izlete, putovanja, proslave rođendana, odlasci u goste, bavljenje sportom). Djeca su od početka pandemije doživjela pet stresnih životnih događaja kao što su: samoizolacija zbog kontakta s zaraženom osobom, samoizolacija člana obitelji, bili su izloženi svađama u obitelji, a više od jedne trećine je doživjelo smrt bliske osobe, tešku bolest jednog od ukućana i velike probleme u školi (Keresteš, 2021). To je više nego što je pronađeno u istraživanju u prvom valu gdje su doživjeli u prosjeku dva stresna životna događaja. Svaki peti dječak (21.6%) i svaka treća djevojčica (37%) su izvijestili o teškoćama psihičkog zdravlja. Psihičko zdravlje starije djece i

djevojčica je bilo više ugroženo nego psihičko zdravlje mlađe djece i dječaka, pri čemu razlike između djevojčica i dječaka rastu s dobi. To se pokazalo kao veća psihološka uznemirenost, pesimističan pogled na svijet, veća zabrinutost za budućnost i manje zadovoljstvo životom. Uz to djevojčice su pokazale više teškoća spavanja od dječaka (Keresteš, 2021).

Istraživanje Poliklinike za zaštitu djece i mladih Grada Zagreba u vrijeme pandemije i poslije potresa na Zagrebačkom području je uključilo roditelje 22020 djece te ih se pitalo o teškoćama koje opažaju kod svoje djece. Istraživanje je pokazalo kako je, prema roditeljskim procjenama, kod 9% djece prisutna značajna anksiozna i/ili depresivna simptomatologija, a 15% djece se suočava sa značajnom razinom simptoma posttraumatskog stresa. Nije nađena razlika između djece u osnovnim i srednjim školama, ali se pokazalo da su djevojčice u većem riziku, odnosno, prema izvještajima roditelja, češće od dječaka pokazuju povišenu razinu anksioznosti i/ili depresivnosti i posttraumatski stres (Buljan Flander i sur., 2021).

Poteškoće o kojima izvještava ovo istraživanje su i teškoće koncentriranja (56%), uznemirenost pri sjećanju na stresni događaj (51%), emocionalna osjetljivost/plašljivost (51%), nametajući sadržaji (49%), izbjegavanje neugodnih sjećanja i osjećaja (44%). Brige mladih u ovom periodu su pojačane. Sa strahom od neuspjeha se, prema procjenama roditelja, suočilo 74% djece, a 60% sa anksioznošću u socijalnim situacijama. Kod gotovo polovice djece roditelji su izvijestili o osjećajima tuge i praznine (48%), zabrinutosti za sigurnost članova obitelji (47%) i strahu od toga da borave sami kod kuće (39%) (Buljan Flander i sur., 2021).

Ovakvi podatci ukazuju na potrebu za većom i sveobuhvatnom primjenom različitih programa zaštite mentalnog zdravlja koji pomažu djeci i adolescentima s internaliziranim smetnjama, što ostavlja prostor za primjenu transdijagnostičkog programa za prevenciju i tretman problema s mentalnim zdravljem.

1.7. TPP kod djece i adolescenata

Nedugo nakon široke primjene TPP kod odraslih započele su prilagodbe i primjena TPP kod djece i adolescenata. TPP se kod djece i adolescenata usmjerava na nefleksibilnost u ponašanju koja je nastala iz upotrebe jezika i koja im otežava usmjeravanje prema životu u skladu s njihovim vlastitim vrijednostima. Dječja patnja se ne razlikuje značajno od patnje odraslih, ali je potrebno voditi računa kako je sadržaj i kontekst dječje patnje drugačiji. Terapijski tretman se započinje funkcionalnom analizom ponašanja, ali kod djece treba više voditi računa o

roditeljskom ponašanju i stilu roditeljstva te utjecaju vršnjaka i stupnju intelektualnog razvoja. Potrebno je i prilagoditi rječnik, koncepte, metafore i tehnike (Greco i Hayes, 2008).

Razvijeni su različiti modeli koji kombiniraju prihvaćanje, usredotočenu svjesnost i trening roditelja, upravljanje novim situacijama i vježbanje vještina. Novija istraživanja pokazuju niz razvijenih programa koji se temelje na TPP korištenih za individualnu ili grupnu primjenu kod djece i adolescenata (Murell i sur., 2004), a najnovija istraživanja govore o internetskim i mobilnim aplikacijama za primjenu TPP kod djece i adolescenata (Pouhanko i sur., 2019). Trenutno najistaknutiji model primjene TPP kod djece i adolescenata je DNA-V model koji je kombinacija TPP i pozitivne psihologije (Hayes i Ciarochi, 2015). Načini provođenja TPP kod djece i adolescenata opisani su detaljnije u 3. poglavlju ovog rada.

Iako se u primjeni TPP kod odraslih već koristi metode koje su prihvatljive djeci, poput pričanja priča i metafora, kod djece i adolescenata se u terapijski proces češće uvode imaginacija, videoigrice, crtanje, kretanje, isprobavanje hrane, dodirivanje i pjesme (Turrell i sur., 2016). U posljednje vrijeme kroz rad Harrisa i njegovih kolega se uvode i razna videa koja objašnjavaju koncepte TPP i približavaju ih osobama različite dobi.

Dostupni su javno te su potpuno primjenjivi i razumljivi djeci koja govore engleski jezik (<https://www.youtube.com/channel/UC-sMFszAaa7C9poytIAmBvA/videos>). U usponu je i razvijanje mobilnih aplikacija za djecu koje uvode TPP u dječji život putem digitalnih tehnologija (Pouhanko i sur., 2019.).

Kako bi se procijenila efikasnost TPP potrebno je provjeravati utjecaj terapije na psihološke procese koji su u osnovi TPP, simptome zbog kojih dijete dolazi (npr. anksioznost, depresivnost, problemi ponašanja, poteškoće hranjenja) te kako terapija utječe na život djeteta (npr. kvalitetu života, sliku o sebi, samopouzdanje, samoefikasnost). Razvijeni su i upitnici koji u sebi imaju iste principe kao i oni za odrasle, ali su prilagođeni dječjoj dobi. Najpoznatiji instrumenti za procjenu procesa kod djece u TPP su Upitnik izbjegavanja i fuzije za djecu (AFQ-Y, AFQ-Y8; eng. Avoidance and Fusion Questionare, Greco, Murell i Coyne, 2005a), Upitnik voljnosti i akcije za djecu i adolescente (WAM-CA; eng. Willignes and Action Measure for Children and Adolescent, Greco i sur., 2004a), Dječji upitnik usredotočene svjesnosti (CAMM; eng Child Acceptance and Mindfulness Measure; Greco i Baer, 2005a), Upitnik osobnih vrijednosti (PVQ; eng. Personal Values Questionare; Blackledge i Ciarrochi, 2006a). Nije pronađen nijedan članak o prijevodu i adaptaciji navedenih skala u Hrvatskoj. Više o mjernim instrumentima i skalama za procjenu psihološke fleksibilnosti bit će prikazano u 5. poglavlju ovog rada.

Još 2004. godine su Greco i sur., u poglavlju knjige prikazali integraciju prihvaćanja i usredotočene svjesnosti u tretman anksioznosti, uspoređujući tradicionalni tretman, KBT i TPP, razmatrajući prilagodbe i dobrobiti pojedinog pristupa. Prikazali su TPP kao primjenjiv pristup, pristupačan djeci i roditeljima za različite poteškoće s kojim se djeca suočavaju. Njihov prikaz temelji se na dotadašnjem malom broju istraživanja i spoznajama iz područja razvojne psihologije.

Murell i Scherbath (2006) su pregledavali literaturu o TPP kako bi saželi relevantne članke u tom području. U svom istraživanju se usmjeravaju na 15 članaka o TPP kod mladih ljudi koji su imali različite poteškoće uključujući anoreksiju, anksioznost, kroničnu bol, probleme s tjelesnim zdravljem i rizična ponašanja. Kroz proučavanje 10 teorijskih i pet empirijskih članaka pokazalo se kako se nakon TPP intervencija smanjio broj simptoma poremećaja hranjenja, povećala pažnja u školi i funkcioniranje mladih ljudi s kroničnom boli a broj rizičnih ponašanja se smanjio.

Kroz niz istraživanja provjeravaju se koncepti TPP u sklopu različitih modela. Od 2010. do danas provedeno je nekoliko metaanalitičkih istraživanja koja proučavaju upotrebu TPP kod djece s kroničnom boli, dijabetesom, autizmom, psihozama, problemima u ponašanju, te u radu s djecom u školi (Coyone i sur., 2011; Swain i sur., 2015a). Nekoliko istraživanja se odnosilo samo na internalizirane probleme (Fang i Ding, 2020; Harris i Samuel, 2020).

Halliburton i sur. (2015) u svojoj studiji su analizirali 10 radova koji pokazuju kako TPP i njegovi dijelovi mogu pomoći adolescentima s opsesivno kompulzivnim poremećajem (OKP; Armstrong, 2011), simptomima autizma i problema u učenju (Cook 2008), depresijom (Hayes i sur., 2011; Livheim i sur., 2015), anoreksijom (Heffner i sur., 2002), stresom (Livheim i sur., 2015), poremećajima u ponašanju (Myles, 2002; Sabaini, 2013), kroničnom boli (Wicksell i sur., 2005) i posttraumatskim stresnim poremećajem (Woldneck, 2012). U svim istraživanjima sudionici su pokazali poboljšanje u simptomima, u različitom stupnju, a u nekim istraživanjima su pokazali i poboljšanja u funkcioniranju (viši prosjek ocjena, češće pohađanje škole) (Hayes i sur, 2011; Sabani, 2013; Wicksell i sur 2005). U nekim istraživanjima sudionici su pokazali i različite stupnjeve promjene u TPP procesima, povećanje usredotočene svjesnosti (Livheim i sur, 2015), povećanu psihološku fleksibilnost (Cook, 2008; Sabaini, 2013), smanjeno izbjegavanje i fuziju (Livenheim i sur., 2015) i poboljšan život u skladu s vrijednostima (Cook, 2008; Wicksell i sur., 2005).

Kroz šesto poglavlje bit će prikazana relevantna istraživanja o efikasnosti TPP kod nekliničkih i kliničkih skupina djece s internaliziranim smetnjama (anksioznost, depresivnost, trihitilomanija, opsesivno kompulzivni poremećaj i posttraumatski stresni poremećaj) te usporedba s KBT.

Pretraživanjem literature na našem području nisu pronađeni radovi koji se bave TPP, bilo da se radi o odraslima ili o djeci. Kognitivno bihevioralna terapija je široko upotrebljavana u Hrvatskoj kroz individualnu i grupnu terapiju kod odraslih i kod djece. Od terapija trećeg vala rađena su istraživanja o pojedinim procesima koji su dio TPP kao što je psihološka fleksibilnost (Reić Ercegovac i sur., 2019; Jokić Begić i sur., 2020), usredotočena svjesnost (mindfulness) (Mihić, 2019), te pregledni rad o usredotočenoj svjesnosti kod djece i adolescenata (Maršanić Boričević i sur., 2015).

Budući da na našem području nije pronađen nijedan članak o TPP koja može predstavljati odličan program prevencije i tretmana internaliziranih smetnji adolescenata, cilj ovog rada je približiti TPP Hrvatskoj stručnoj javnosti te prikazati najnovije spoznaje o načinima provođenja, potrebnim prilagodbama, mjernim instrumentima i efikasnosti korištenja TPP kod djece i adolescenata s naglaskom na internalizirane probleme.

2. METODOLOGIJA

2.1. Metoda

U izradi ovog specijalističkog rada korištena je metodologija sustavnog pregleda literature s kvalitativnom sintezom. Pretražene su četiri elektroničke bibliografske znanstvene baze uključujući MEDLINE (preko PubMed-a), PsychInfo, Science Direct i EBSCO. Članci su pretraživani putem niza ključnih riječi na engleskom i hrvatskom jeziku: terapija prihvatanja i posvećenosti (Acceptance and Commitment Therapy), djeca (children), adolescenti (adolescent), uspješnost (efficacy), intervencija (intervention), mjerenje (measure), internalizacija (internalization), anksioznost (anxiety), depresija (depression), opsesivno kompulzivni poremećaj (obsessive compulsive disorder), trahitilomanija (trichotillomania), posttraumatski stresni poremećaj (post-traumatic stress disorder). Budući da postoji internacionalno učenje na daljinu i istraživačka zajednica za istraživače i kliničare koja se bavi TPP-om, pretražena je i web stranica Association for Contextual Bibehavioral Science (<https://contextualscience.org/>). Uključeni su radovi koji su objavljeni u periodu od 2011. godine do 2021. godine, te iznimno i stariji radovi ukoliko se radi o temeljnim teorijskim postavkama pristupa. U pregled nisu uključeni radovi koji se bave primjenom TPP-a kod odraslih, primjenom TPP-a kod djece s teškoćama iz područja spektra autizma, problema u ponašanju, oboljelih od karcinoma, dijabetesa, kronične boli i kroničnih stanja, ovisnosti, radovi koji se odnose na psihoze te radovi koji se temelje na istraživanju roditelja i roditeljske uloge. Relevantni nalazi su prikazani kroz tablični prikaz. Kako bi se odgovorilo na istraživačka pitanja, pregledano je više od 100 studija različitog tipa.

Naglasak je bio na kritičkoj evaluaciji svih objavljenih relevantnih materijala u području primjene TPP-a kod djece i mladih s internaliziranim teškoćama. Utvrđeni su glavni izazovi i smjernice za primjenu i daljnja istraživanja u ovom području. Posebna pažnja je upućena metodološkim nedorečenostima i nekonzistentnostima kojom evaluacije tretmana obiluju. Na temelju dobivenih spoznaja i kritičke evaluacije istih, sugerirane su smjernice za primjenu TPP-a.

2.2. Organizacija informacija

S ciljem približavanja TPP kod djece i adolescenata, prikupljeni rezultati rada organizirani su tako da su prvo prikazani programi koji se koriste u primjeni TPP kod djece i adolescenata, uključivanje roditelja u terapijski proces te razlike primjene ove terapije individualno, grupno i kroz primjenu na daljinu. Drugi dio rada usmjeren je na prilagodbe koje su potrebne za primjenu ove terapije kod djece i adolescenata. U nastavku je iznesen prikaz instrumenata za procjenu procesa TPP koji služe za procjenu efikasnosti ove terapije u razvijanju psihološke fleksibilnosti. U zadnjem dijelu je prikazan niz istraživanja primjene TPP kod djece i adolescenata kod nekliničkih skupina i kod djece s različitom internaliziranom simptomatologijom, uz poseban osvrt na usporedbu TPP i KBT te metodološke poteškoće u istraživanju efikasnosti primjene TPP.

3. NAČINI PROVOĐENJA TPP KOD DJECE I ADOLESCENATA

TPP ima široku primjenu u cijelome svijetu. Njezina učinkovitost je znanstveno dokazana, a konstrukti su se pokazali primjenjivi i efikasni kako kod odraslih tako i kod djece i adolescenata (Fang i sur., 2020).

Kreatori i terapeuti ovog terapijskog pristupa navode kako ne postoji jedinstven način upoznavanja osobe s osnovnim procesima, već svaki terapeut upoznaje osobu s procesima u skladu sa svojim afinitetima i problemom s kojim se susreće u terapiji. Ipak, neki autori su kroz svoje knjige kreirali protokole za individualnu i grupnu primjenu TPP kod djece i adolescenata. Njih najčešće koriste terapeuti početnici te istraživači (Turrell i sur., 2016).

Kao i kod odraslih, TPP se kod djece i adolescenata primjenjuje individualno i grupno. Noviji trendovi (koji su doživjeli izrazit porast u pandemiji COVID 19) su uvođenje terapijskih postupaka putem videoveza, webinarima ili mobilnih aplikacija odnosno koji se primjenjuju na daljinu (Harris, 2021).

Sama odluka o vrsti tretmana za dijete ili adolescenta ovisi o osobinama djeteta, vrsti problema, intenzitetu poteškoća koje dijete ima, djetetovoj okolini i sustavu podrške, socioekonomskom statusu, mjestu u kojem dijete stanuje i dostupnim oblicima terapije u njegovoj sredini. Istraživanja koja uspoređuju efikasnost individualne i grupne terapije su rijetka jer je teško uskladiti različite terapeute koji provode individualnu terapiju i različite terapijske pristupe koje koriste, te ih usporediti s grupnom primjenom terapije. Takva istraživanja su metodološki slaba. Ipak, kroz različite metaanalitičke studije, pokazalo se kako je TPP uspješna u pomaganju djeci i mladima u povećanju vještina usredotočene svjesnosti, psihičke fleksibilnosti, kvalitete života, smanjenju anksioznih i depresivnih simptoma te simptoma stresa (Coyone i sur., 2011; Halliburton i sur., 2015; Swain i sur., 2015a; Fang i sur., 2020). Efikasnost individualne i grupne terapije će biti prikazana u šestom poglavlju. U ovom poglavlju usmjerit ćemo se na vrste protokola, uvođenje roditelja u tretman, prednosti i nedostatke individualne i grupne primjene te primjene na daljinu.

3.1. Protokoli po kojima se radi TPP kod djece i adolescenata

Različiti autori osmišljavaju programe u kojima provode TPP s djecom i adolescentima. Razvijeni su različiti protokoli za odrasle i za djecu. Iako je TPP transdijagnostička terapija, mogu se pronaći i protokoli prilagođeni određenim poremećajima kreirani za posebne skupine

osoba s određenim poteškoćama u određenom terapijskom okruženju. Tako možemo naći TPP prilagođenu za problem kockanja, tugovanja, probleme sa spavanjem, psihoze, depresiju, stigmatu i sram, ljutnju, impulzivnost, parove, djecu s internaliziranim i eksternaliziranim problemima, roditelje djece s poteškoćama, nošenje s kroničnom boli itd. (najbolji pregled programa može se pronaći na stranici Association for Contextual Behavioral Science <https://contextualscience.org/act>).

TPP se u grupnoj ili individualnoj primjeni koristi u trajanju od samo jedne seanse do 30 seansi, nekada jednom tjedno, nekada više puta tjedno, ovisno o terapeutu, vrsti problema i kontekstu u kojem se izvodi. Najčešće se radi od 6-12 seansi u trajanju od pola sata do dva sata (Harris i sur., 2020).

Turrell i Bell (2012) u svojoj knjizi *ACT for adolescents* opisuju osnovne procese koji se uče u terapiji te upućuju kako organizirati procjenu i provođenje individualne i grupne terapije. Njihov program se temelji na 10 seansi koje se mogu provoditi ili po redoslijedu kojim ih oni predlažu ili ostavljaju provoditelju programa mogućnost prilagodbe redoslijeda planiranih seansi potrebama svog klijenta. U **tablici 1.** su prikazani okvirni sadržaji seansi.

Ciarrochi i sur. (2012) u svojoj knjizi *Get out of your mind into your life for teens* podučavaju mlade kako optimalno prolaziti kroz izazove odrastanja, prateći principe TPP. Kroz metaforu *Mindfull Warrior* (osviještenog ratnika) pokušavaju uputiti mlade kako znatizeljno proučavati svrhu svoga postojanja te kako unijeti energiju u aktivnosti koje nas usmjeravaju prema onome što nam je važno. Knjiga pomaže mladima naučiti vještine osvještavanja tijela, vještine usredotočene svjesnosti i posvećenog djelovanja kroz niz metafora o ratnicima.

Daljnijim radom isti autori su osmislili *DNA-V* model koji je još u procesu istraživanja i dorade. On je trenutno jedan od najpoznatijih modela primjene TPP kod djece i adolescenata. Ovaj model koristi osnovne postavke TPP i postavke pozitivne psihologije, kako bi pomogao mladima bolje se nositi s emocijama, postići ciljeve i povezati se s drugima. Kroz *DNA-V* model djeci i mladima se prezentira metafora o tri dijela nas samih. Ta tri dijela su: onaj koji otkriva (D- discoverer), onaj koji promatra (N- noticer) i onaj koji savjetuje (A- adviser) da živimo život u skladu sa svojim vrijednostima (V- values). Metoda se pokazala primjenjiva, prihvatljiva i razumljiva mladima i djeci te je široko primjenjivana u individualnom i grupnom radu. Preporuča se model uvesti u terapiju kroz 6 individualnih ili grupnih susreta (Ciarrochi i Heyes, 2018). Sadržaj seansi je prikazan u **tablici 1.**

Osim primjene TPP kod kliničke populacije u individualnom i grupnom radu, ove intervencije mogu utjecati na mnoge psihološke simptome i životne probleme (Dindo i sur., 2017; Hayes i Hofman, 2017). Ovaj teorijski okvir upućuje na to da bi intervencije iz područja TPP mogle predstavljati odlične preventivne programe u smanjenju različitih psiholoških simptoma (npr. stresa) i odlične promocije dobrobiti i zdravlja (akademski uspjeh, kvaliteta života) (Puolakanaho i sur., 2019). U istraživanjima Burckhardt (2016) (o istraživanju više u 6. poglavlju) korišten je program *Strong minds* koji su kreirali Burckhardt i Manicavasagar. Program koristi principe pozitivne psihologije i TPP. Osnovna ideja je, kroz jačanje osobnih kapaciteta djece za nošenje s poteškoćama, smanjiti simptome stresa i povećati osjećaj osobne dobrobiti. Program je koncipiran kroz 16 seansi koje traju pola sata. Sadržaj pojedine seanse je prikazan u **tablici 1**.

Tablica 1.

Sadržaj pojedinih seansi kod različitih programa koji se koriste za primjenu Terapije prihvatanja i posvećenosti kod djece i adolescenata

Turrell i Bell, 2012	<ol style="list-style-type: none"> 1. Procjena 2. Kreativna beznadnost 3. Identificiranje vrijednosti 4. Postavljanje ciljeva: usmjeravanje vrijednosti u djela 5. Voljnost i nošenje s emocijama 6. Defuzija od misli 7. Defuzija od priča 8. Ja kao kontekst 9. Samosuosjećanje 10. Sažimanje svega zajedno
<i>DNA-V</i> , Ciarrochi, Bayes L i Baiely, 2015.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Opis programa i osnovnih principa 2. Promatrač 3. Savjetnik 4. Otkrivač 5. Vrijednosti 6. Samouvid i šest načina postizanja dobrobiti
<i>Strong Minds</i> , Burckhardt i Manicavasagar 2016.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Uvod u program; mitovi o sreći; uvod u vrijednosti 2. Vrijednosti 3. Posvećena akcija 4. Korištenje emocija i uma kao mehanizam rješavanja problema 5. Emocionalno izbjegavanje i prihvatanje 6. Fuzija i defuzija misli 7. Kontakt sa sadašnjim trenutkom 8. Kontakt sa sadašnjim trenutkom i promatračko „ja“ 9. Primjena svih procesa TPP na primjeru vršnjačkog nasilja 10. Asertivnost prvi dio

-
11. Asertivnost drugi dio
 12. Ljubaznost
 13. Uvod u osobnu dobrobit, humanost, nošenje sa stresom
 14. Veza između novca, sreće i tjelesnih vježbi
 15. Socijalni odnosi
 16. Posljednja seansa- završavanje i dijeljenje na koji način su radionice pomogle
-

- The youth compas*,
Räsänen i sur., 2016
0. Uvod
 1. Smjernice za život: Pronalaženje osobnih interesa i ciljeva
 2. Ja i moj um: Promoviranje svjesnosti samog sebe, prihvaćanja i vještina kognitivne defuzije
 3. „Uhođenje samog sebe“; Biti u sadašnjem trenutku i prakticiranje prihvaćanja
 4. Ja i moji procesi: Prepoznavanje konstrukta „ja“ kao kontekst i osvještavanje samosuosjećanja
 5. Ja i drugi ljudi: Primjena TPP principa u posvećeno djelovanje prema drugim ljudima i u odnosu na druge ljude: Primjena važnih akcija na odnose sa samim sobom i s drugima
-

Tijekom posljednjih godina, uspješno su korištene nove web i mobilne aplikacije s intervencijama TPP kod odraslih (Lappalainen i sur., 2014; Lappalainen, P. i sur., 2015; Puolakanaho i sur., 2018) i među studentima (Räsänen i sur., 2016). Budući da adolescenti u današnje vrijeme kontinuirano provode vrijeme koristeći mobilne telefone za zadovoljavanje socijalnih i emocionalnih potreba te informiranje i druženje, očekivano je kako će programi prilagođeni za web i mobilne telefone biti zanimljivi mladima. Stvoreno je više mobilnih aplikacija i web programa koji koriste osnovne principe TPP. Jedan od poznatijih, istražen među djecom i adolescentima je *The youth compas*, čiji je cilj smanjiti simptome stresa i povećati akademski uspjeh. Kreiran je na temelju modela prihvaćanja i posvećenosti za mlade (Ciarrochi i sur., 2012) uz korištenje iskustva iz istraživanja sa studentima u programu COMPASS (Räsänen i sur., 2016). Verzija za mlade je usmjerenija na igru, vježbe su kraće i modificirane u digitalni oblik. Sastoji se od kratkih tekstova, slika, video odlomaka, stripova i auditivnih vježbi. Programu se može pristupiti putem računala, laptopa, tableta ili mobilnog telefona. Sastoji se od pet modula pri kojem je svaki podijeljen na uvod i tri različite razine, uz uključivanje seta kratkih vježbi koje se temelje na određenom procesu psihološke fleksibilnosti. Kako bi mogli napredovati u programu, sudionici moraju završiti barem dvije vježbe na svakoj razini. Prva vježba je obvezna, a onda se može birati između četiri i sedam kratkih vježbi. Kako bi završili tjedan, sudionici moraju proći barem šest različitih vježbi, a ukoliko žele, mogu proći i sve vježbe. Većina ovih vježbi je u pismenom i auditivnom obliku. Otprilike pola vježbi

zahtijeva dominantno mentalni angažman (kao npr. vježba usredotočene svjesnosti i samouvid), dok druga polovina zahtijeva bihevioralne odgovore (kao što su izvođenje vježbe, pisanje odgovora ili traženje odgovora). U program je uključeno više od 90 vježbi koje ne traju dulje od 5-10 minuta. Tijekom sudjelovanja, djecu mentoriraju i prate posebno educirane osobe kroz postavljanje unaprijed određenih pitanja i slanje motivirajućih poruka. Više o efikasnosti programa u četvrtom poglavlju, a struktura i sadržaj programa su prikazani u **tablici 1**.

Budući da je TPP terapijski pristup koji je još u razvoju, te je fleksibilan i otvoren za nove spoznaje i nove metode prilagođavanja djeci i adolescentima, postoji niz načina strukturiranja seansi prilagođenih posebnim skupinama korisnika te pojedincima s različitim vrstama problema i različitim nivoa spoznajnog razvoja (Harris, 2020).

3.2. Uvođenje roditelja u tretman

U adolescenciji konflikti s roditeljima postaju češći te se smanjuje bliskost djece i roditelja, dok se s druge strane povećava vrijeme druženja s vršnjacima i prijateljstva postaju važnija (Steinberg i Morris 2001). Ipak, roditelji su bitan faktor terapijskog procesa jer provode više vremena s djetetom od terapeuta. Stoga je bitno voditi računa o utjecaju i uključenosti roditelja u tretman te vršnjačkim odnosima i utjecajima.

Pri određivanju uloge roditelja u tretmanu važno je imati na umu stupanj razvoja djeteta i roditeljski stil (koliko je roditelj uključen u život djeteta). Roditelj može biti uključen u vidu informiranja o napretku terapije ili tako da pomogne pri implementaciji vještina kod kuće. Možemo se odlučiti i da roditelji budu klijenti kada se radi s obiteljskim ili roditeljskim problemima na koje se treba usmjeriti simultano s problemima sa kojima se suočavaju djeca i adolescenti (Katz i sur., 2009). Važno je procijeniti i, po potrebi, redefinirati roditeljska očekivanja o ishodima terapije kako bi ona bila u skladu s očekivanjima adolescenta te kako bi se usmjerili na realističnije ciljeve i mogućnosti odabranog tretmana (Kingery i sur., 2015).

Wicksell i sur. (2005) su kod primjene TPP kod adolescenata s kroničnom boli odvojeno održavali seanse s roditeljima na kojima su pratili napredak djece u terapiji posebno se osvrćući na čestinu izbjegavanja simptoma kod djece. Roditelje su usmjeravali na osvještavanje osnovnih vrijednosti koje moderiraju njihove odluke. Na taj način se pomagalo roditeljima da budu potpora djeci u tretmanu. Roditeljska potpora se pokazala kao važan faktor u uspjehu tretmana i kod adolescenata s anoreksijom (Heffner i sur., 2002). Učenje roditelja na koji način dati potporu djetetu u tretmanu daje dodatnu vrijednost tretmanu. Pokazalo se da je roditeljska povezanost s tretmanom u pozitivnoj korelaciji s vršnjačkom povezanosti i percipiranom

roditeljskom socijalnom potporom. Osim toga, povezana je s višim samopouzdanjem, socijalnom kompetencijom te osobnom dobrobiti (Helsen i sur., 2000).

3.3. Načini provođenja terapije (individualni, grupni i na daljinu)

Djeca se razlikuju po svojim individualnim karakteristikama i socijalnosti te je na terapeutu da procijeni koja vrsta tretmana je, s obzirom na djetetove biološke, psihološke i socijalne karakteristike, najprimjerenija (Turrell i sur., 2012). Adolescenti se suočavaju s izazovima individualizacije i uspostavljanja vlastite socijalne mreže kroz istraživanje i oblikovanje identiteta te započinjanje romantičnih veza (Steinberg i sur., 2001). Pred adolescente se stavljaju novi zahtjevi vezani uz uspostavljanje i zadržavanje odnosa, donošenje odluka u socijalnim situacijama, potrebe da se nose s osobnim i interpersonalnim konfliktima. Zbog toga je očekivano da se povećavaju poteškoće prilagodbe i emocionalne poteškoće tijekom adolescencije (Greco i Eifert, 2004; Vialle i sur., 2007).

3.3.1. Individualna terapija

Individualna terapija je terapija izbora kod adolescenata čije poteškoće zahtijevaju diskreciju i privatnost ili kod onih koji to jednostavno preferiraju. Efikasnija je zbog kraćeg trajanja seansi, potreban je manji broj seansi za pronalazak rješenja problema, te se procesima koji su važni za određenog klijenta posvećuje više pažnje. Jedna o prednosti je i mogućnost uključivanja roditelja u seanse kada god nam se to čini potrebno, čime se postiže veća potpora od strane roditelja, bolje roditeljsko razumijevanje koncepata i češći rad kod kuće koji pomaže pri generalizaciji procesa TPP izvan seansi. S druge strane, pred terapeuta su postavljeni veći zahtjevi u individualnom radu s klijentima zbog toga što u ovom terapijskom pristupu, kao dio terapije, postoji potreba za korištenjem svog „selfa“ na autentičan način, što je posebno zahtjevno u individualnom radu. Vježbe se u TPP postavljaju tako da ih terapeut i klijent mogu provoditi zajedno, tjelesno i emocionalno, te je dijeljenje svog iskustva s klijentom važno za terapijski proces. Pri tome je važno da terapeut dobro promišlja o sadržajima koje unosi, jer ti sadržaji trebaju biti u funkciji pomaganja klijentu i pružanja nove perspektive. Terapeut treba imati dobar samouvid i dobru kontrolu nad svojim doživljajima kako ga osobno emocionalno iskustvo ne bi preplavilo te odvučlo od potreba klijenta. Važno je da terapeut sam sebi postavi jasne granice oko toga koje sadržaje o sebi dijeli (Turrell i sur., 2016).

3.3.2. Grupna terapija

Adolescenti koji se kreću kroz TPP procese u grupama svojih vršnjaka imaju višestruke koristi. Hayes i sur. su implementirali grupnu terapiju za adolescentnu depresiju (Hayes i Rowse, 2008; Hayes i sur., 2011) i stres (Livheim i sur., 2015) te izvještavaju kako grupno okruženje pomaže povećavanju osjećaja pripadanja i neosuđujuće atmosfere. Povratne informacije iz grupe pokazuju da su sudionici istaknuli kako im se sviđa spoznaja da više osoba iz grupe ima iste probleme (Livheim i sur., 2015). Vršnjaci mogu dati informacije jedni drugima (odnosno ideje kako se nositi s teškim preprekama u terapiji) i dijeliti emocionalnu potporu (Hombrados-Mendieta i sur., 2012). Grupna terapija je posebno dobra za one adolescente koji su izolirani i one koji imaju potrebu grupnog dijeljenja svog iskustva. Ako adolescenti nisu skloni provođenju iskustvenih vježbi ili dijeljenju svog iskustva u grupi, potrebno je dobro razmotriti njihovo uključivanje u grupu, jer se grupni rad najčešće provodi kroz iskustvene vježbe i dijeljenje iskustva. Odnos s terapeutom ili vršnjački odnosi koji se uspostave u grupnom tretmanu mogu biti generalizirani na svakodnevni život (Kingery i sur., 2015). Adolescenti pokušavaju napredovati u svom okolišu te stvarati osjećaj da se uklapaju (Eccies i Roeser, 2011) stoga grupa vršnjaka sa sličnim problemima može imati pozitivan učinak za napredak u tretmanu. Grupne seanse mogu zadovoljavati dvostruku funkciju jer pružaju realističniju priliku za uvježbavanje novih vještina (za razliku od isključivo individualne terapije) i omogućavaju korištenje pozitivnog utjecaja vršnjaka na poboljšanje tretmana. Prilikom odlučivanja o uključivanju vršnjaka u tretman treba voditi računa o njihovoj socijalnoj kompetenciji i nivou udobnosti u interakcijama s vršnjacima (Turrell i sur., 2016).

Važno je donijeti odluku o broju djece u grupi, broju seansi, trajanju pojedine seanse, odlučiti radi li se sa otvorenim ili zatvorenim grupama te o broju terapeuta u grupi.

Optimalan broj sudionika grupe je od 5-10 (Coyone i sur., 2011). U nekliničkim skupinama, broj sudionika može biti i veći.

Prema Harris i Samuel (2020) broj seansi ovisi o programu za koji se terapeuti odluče. Nailazimo na programe koji traju 3 susreta do programa koji traju 20 susreta. Trajanje grupe je od 30 do 120 minuta, ovisno o razvojnoj dobi sudionika, problemima s kojima se susreću, procjeni radi li se o preventivnoj ili tretmanskoj grupi te o ciljevima terapijskog procesa.

Zatvorene grupe, u kojima su isti polaznici od prve do zadnje seanse, su dobre zbog toga što svi istovremenu uče o psihološkim procesima, postoji veća povezanost među sudionicima, jači utjecaj grupne povezanosti te veća opuštenost članova grupe. Problem se javlja kada polaznik

propusti seansu jer se u svakoj uvodi neki novi proces i obrađuje zadana tema. U tom slučaju je važno upoznati adolescenta sa sadržajem propuštene seanse kroz pisane materijale ili individualan rad. Ipak, to iskustvo nije ekvivalentno iskustvu grupne terapije. Kada su grupe otvorene, češće dulje traju, sudionici su manje povezani, dolaskom novog člana mijenja se dinamika grupe te je potrebno ponavljati sadržaje koji objašnjavaju pojedine procese. Tada se koristi veći broj različitih metafora i iskustvenih vježbi za iste procese, što je moguće jer postoji velik broj metafora i vježbi. S druge strane, polaznici koji više vremena provedu u grupi, imaju mogućnost bolje usvojiti i generalizirati terapijske tehnike te veći broj djece može biti uključen u tretman (Turrell i sur., 2016).

Iako se grupa može raditi s jednim terapeutom, kada su u terapijski proces uključena dva terapeuta, poboljšava se rad u grupi, zbog toga što je jedan terapeut dostupan u situaciji kada je sudionik grupe u krizi. Osim toga, povećava se vjerojatnost primjećivanja suptilnih nijansi ili dinamike kada se pojave poteškoće, što se može koristiti kako bi se ilustrirao koncept u trenutku. Povećava se pridržavanje TPP modela te poboljšava terapeutovo znanje i vještine dok raspravljaju nakon grupnih seansi i pripremaju se za sljedeću seansu. U grupnim seansama, klijenti daju više povratnih informacija i različitih uvida koji mogu pomoći terapeutu da izađe iz svoje zone udobnosti i napreduje kao stručnjak (Turrell i sur., 2016).

Dodatno, primijećeno je da korištenje grupe olakšava implementaciju programa u školskom okruženju, prikazujući realistična normativna ponašanja, dinamiku i dopuštajući im da vježbaju vještine suočavanja sa stresom (Livheim i sur., 2015, Sabaini, 2013).

Pretragom stručne literature nisu pronađene studije koje uspoređuju grupnu i individualnu primjenu TPP kod djece i adolescenata te je to područje koje bi bilo dobro dodatno istražiti.

3.3.3. Internet primjena terapije (na daljinu)

Intervencije na daljinu su razvijene tijekom posljednjih desetljeća. Njihovo korištenje nije ograničeno na jedno mjesto i vrijeme, ekonomičnije su te mogu pružiti nove uvide stručnjacima različitih profesija kao što su učitelji (Pouhanko i sur., 2019.). Anderson i Titov (2014) navode kako su digitalne intervencije jednako efikasne kao i terapije licem u lice, posebno kada uključuju motivacijske aspekte i osobnu terapijsku potporu.

Intervencije na daljinu uključuju mnoge izazove. Kroz takve intervencije gubimo dio intimnosti i dubine u povezanosti koja se dobiva kroz terapiju uživo te kliničar i klijent imaju manje

vizualnih povratnih informacija jedan od drugoga. Osim toga provođenje tretmana preko računala ili mobitela više sati dnevno je iscrpljujuće za terapeuta (Harris, 2021).

Pozitivne strane intervencija na daljinu su jednostavnost pristupa, odnosno terapija je dostupna klijentima iz cijelog svijeta i ne treba trošiti puno vremena za dolazak na seanse (Harris, 2021). To je posebno važno za osobe koje su u malim mjestima te one koje stanuju u državama gdje se ne priča njihov materinji jezik. Na ovaj način im terapija na jeziku koji im je najbliži postaje dostupna. Druga dobra strana ovakvih intervencija je da vidimo klijente u njihovom prirodnom okruženju. Uočavanje svakodnevnih izazova u kući ili na poslu pruža velik broj mogućnosti za terapijske intervencije u trenutku kada se stresne situacije događaju. Osim toga, budući da se terapija može odvijati putem mobilnih telefona, tijekom terapijske seanse osobe mogu staviti slušalice i mijenjati mjesto gdje se nalaze, čime se dobije veći repertoar situacija u kojima se može vršiti eksperimentalno izlaganje (Harris, 2021). Tako se, na primjer, klijente može uputiti na primjećivanje zvukova iz okoline (npr. u svom domu, braća koja viču u pozadini), te osvještavanje emocija koje ti zvukovi proizvode u nama i vježbanje kako ih defuzirati iz svog mentalnog iskustva. Vježbe usredotočene svjesnosti se mogu prakticirati kroz šetanje, pranje ruku, odlaženje na mjesta koja su nelagodna. Omogućeno je da se klijentima daje potpora kroz izvođenje zadataka koje odgađaju i aktivno u trenutku raditi na njihovim negativnim mislima i osjećajima.

Prema Harrisu (2021) negativne strane ovih intervencija su u nizu distrakcija koje osoba može imati tijekom seansi (bučna obitelj, zvonjenje na vrata, kućni ljubimci koji ometaju). Ako klijent ne odabere dobro mjesto, postoji strah kako će ukućani čuti sadržaj terapijske seanse. Osim toga, kod intervencija na daljinu terapeut i klijent imaju manje vizualnih informacija jedan od drugog (ne vide ruke, noge, ponekad slika kasni pa je teško djelovati u trenutku). Ovim nedostacima se može doskočiti na način da se s klijentom popriča o svim ovim nedostacima i ograničenjima te da se kroz terapijske seanse češće provjerava kako se klijent osjeća te što radi sa svojim tijelom. Dobro se više usmjeriti na izraze lica, neverbalne znakove tijekom govorenja, itd. Osim toga, i klijentu nedostaju informacije o terapeutu i njegovim reakcijama, stoga je u seansi važno češće verbalizirati svoje reakcije te misli i osjećaje koji se pojave.

Posljednjih nekoliko godina razvijaju se novi programi intervencija u TPP na daljinu među odraslima te se pokazalo kako su isti korisni u smanjivanju depresije (Lappalainen i sur., 2014; Lappalainen i sur., 2015) te povećanju osobne dobrobiti (Lappalainen i sur., 2014). Räsänen i sur. (2016) su ispitivali efekte Internet programa TPP na uzorku učenika i studenata ($n = 68$;

dob 9–32 godine) s različitim stupnjem psihološke uznemirenosti. Pronašli su srednje i velike efekte u nekoliko mjera osobne dobrobiti.

Istraživanja potpore na daljinu za dobrobit adolescenta su rijetka (Lappalainen i sur., 2021). Mladima koji često provode više vremena „online“ nego u drugim grupama, tehnologija i mobilni uređaji nude fleksibilni alat i daju nove mogućnosti za povećati dostupnost usluga za zaštitu mentalnog zdravlja (Edwards-Hart i Chester, 2010). Pouhanko i sur. (2019) koristili su Internet intervenciju na daljinu s djecom u dobi od 12-15 godina te su zaključili kako web i mobilna TPP kod djece i adolescenata može biti efikasna kod upoznavanja osnovnih procesa TPP te povećanja psihološke dobrobiti mladih (kao što je to i kod odraslih).

Budući da ne postoje takvi programi na hrvatskom jeziku, otvara se prostor za razvijanje istih.

4. PRILAGODBE POTREBNE ZA PRIMJENU TPP KOD DJECE I ADOLESCENATA

Kao što je već spomenuto, tehnike kojima se koristi kako bi se klijente uvelo u osnovne procese TPP su jednostavne, razumljive i primjenjive na širok spektar ljudi. Odrasli i djeca koriste iste principe u TPP, ali je kod primjene s djecom i adolescentima ipak potrebno prilagoditi neke metode (Greco i sur., 2011). Murell i sur. (2006) navode kako konceptualizacija slučaja kod djece (isto kao i kod odraslih) zahtijeva funkcionalnu analizu ponašanja te procjenu vrijednosti i izbjegavanja. Ipak, kod djece je važnije korištenje različitih izvora informacija (roditelji, škola, braća i sestre). Kako bi se zadovoljili etički zahtjevi važno je imati informirani pristanak od djece i od roditelja. Djeca i adolescenti se, zbog biološkog sazrijevanja, kognitivnog razvoja, razvoja seksualnosti, prijelaza u školi i promjena u socijalnim odnosima simultano suočavaju s različitim socijalnim, psihološkim i fiziološkim promjenama u različitim životnim područjima (Denham i sur., 2009.).

Tijelo djece prolazi kroz važne biološke promjene koje koincidiraju s ranim stadijima adolescencije (Blakemore i sur., 2010). Osim tjelesnih promjena kod djece, koje same po sebi zahtijevaju prihvaćanje, dolazi i do povećavanja volumena bijele tvari i mijelinizacije, što rezultira bržim procesiranjem informacija (Paus, 2005.). S obzirom da se u ovom periodu prefrontalna i frontalna kontrola još uvijek razvijaju (Rubia i sur., 2006), adolescenti su češće vođeni emocijama i ponašaju se impulzivnije nego odrasli (Hare i sur., 2008). Neurološka područja koja su odgovorna za procjenu inhibicije, rizika i nagrađivanja te emocionalne regulacije prolaze kroz značajne promjene tijekom adolescencije (Steinberg, 2005). Kao rezultat ovih neurokognitivnih promjena, adolescentima su prikladniji tretmani koji su manje kognitivno zahtjevni te je važno voditi računa o broju seansi, duljini seansi, fleksibilnosti (odnosno češće uključivati i druge ljude u seanse, primjerice roditelje) i kompleksnosti predviđenih modula (Cosgrave, Keating, 2006; MacPherson i sur., 2013).

Kada planiramo susret, kod adolescenta je važno voditi računa o promjenjivim raspoloženjima i mogućim poteškoćama. Na primjer, rana istraživanja usredotočene svjesnosti s adolescentima i djecom predlažu skraćivanje trajanja meditacije (Biegel i sur., 2009) kako bi se omogućilo adolescentima da se učinkovitije upoznaju s prakticiranjem. Osim toga, predlaže se i često uvježbavanje specifičnih vještina kako bi se radilo na dugoročnoj promjeni i zadržavanju naučenog na grupi (Katz i sur., 2009). Tako se na primjer kroz terapiju često ponavljaju podsjetnici na vježbe koje ukazuju na vezu između misli i tjelesnih reakcija, kao na primjer u

vježbi *Čokoladne torte*. Vježba se radi na način da se osobu potakne na zamišljanje sebe kako jede čokoladnu tortu, a potom se kod nje osvijesti stvaranje slina u ustima, iako se radilo samo o zamišljanju. Kasnije u tretmanu, kad god želimo povezati neželjene misli i neugodne osjete u tijelu, spomenemo tu vježbu.

Bihevioralna aktivacija je jako važna za zadržavanje adolescentove uključenosti u seansu (Hayes i sur., 2010; Wicksell i sur., 2005). Za razliku od odraslih, djeca i adolescenti najčešće imaju puno energije koju je tijekom seansi dobro koristiti na konstruktivne načine, radije nego da je pokušavamo potisnuti. Greco i sur. (2005) preporučaju da vježbe tijekom seanse budu, koliko je god moguće, eksperimentalne i interaktivne. Tako se, kada radimo vježbe usredotočene svjesnosti, preporuča vježbe raditi kroz šetanje ili kroz tjelesnu aktivnost, a kod vježbi defuzije briga dobro je s djecom pisati brige na papir te ih simbolički bacati u smeće.

U TPP je izrazito često korištenje metafora. Jedna od poznatijih je metafora *Šahovske ploče* tijekom koje se šahovske figure uspoređuju s našim negativnim mislima i događajima te se osobe potiče da promijene kontekst i zamisle sebe kao ploču koja opaža sve te promjene. Kako bi se u radu s djecom metafora bolje objasnila, preporuča se korištenje šahovske ploče (Heffner i sur., 2002). Vježbe izlaganja neugodnim situacijama, kroz igranje uloga ili odlaženje na neugodna mjesta mogu biti interaktivnije, ovisno o stupnju neovisnosti i stupnju napretka u dosadašnjem tretmanu (Kingery i sur., 2006). Osim toga, u samu seansu je dobro uključiti crteže, radne bilježnice, prezentacije, videa (npr. postoji izvrstan video koji prikazuje metaforu šahovske ploče; <https://www.youtube.com/watch?v=phbzSNsY8vc>), igranje uloga, pisanje na ploči i više (Kingery i sur., 2006). Na koji način ćemo implementirati bihevioralnu aktivaciju ovisi o svrsi aktivnosti, ličnosti i afinitetima osobe te njenoj spremnosti za sudjelovanje u aktivnosti (Kingery i sur., 2006).

U terapijskom procesu važno je voditi računa o razvojnim stadijima, posebno kada se kod djece primjenjuju terapijski postupci koji su razvijeni prvenstveno za odrasle (Greco i sur., 2005, Quakley i sur., 2003). To je iznimno važno kod terapija koje koriste metakognitivne vještine (razumijevanje svojih osobnih kognitivnih procesa) koji su, kao što je već spomenuto, tijekom djetinjstva i adolescencije u razvoju.

Kod djece se, simbolička interpretacija pročitanih tekstova intenzivnije razvija oko 11 godine (Peskin i Wells Jopling, 2012). Vještine koje su povezane s kreativnošću i uvidom poboljšavaju se s dobi, vjerojatno zbog boljeg znanja o svijetu (Kleibeuker i sur., 2013).

Iako većina djece u srednjem djetinjstvu (otprilike 7-11 godina) može identificirati misli i razlikovati ih od emocija i ponašanja, starija djeca u ovoj dobi to mogu napraviti bolje nego mlađa djeca (Doherr i sur., 2005; Quakley i sur., 2003). S druge strane, razvoj metakognitivnih vještina je posebno ugrožen kod djece s emocionalnim teškoćama (Reynolds i sur., 2006). Ovi rezultati pokazuju kako treba posebno voditi računa o načinu prilagodbe ove terapije djeci i adolescentima. Velik broj TPP tehnika zahtijeva metakognitivne sposobnosti. Na primjer, kognitivna defuzija i usredotočena svjesnost misli uključuju identifikaciju misli i usmjeravanje na kognitivne procese koji se događaju u ovom trenutku (Hayes i sur., 1999; Segal i sur., 2002). Pokazalo se kako je kod tretmana generaliziranog anksioznog poremećaja osobito važna razvijenost ovih vještina, prvenstveno zbog pretjeranog korištenja izbjegavajućih ponašanja, koje je teško tretirati isključivo bihevioralnim intervencijama (Behar i sur., 2009).

Neki terapeuti su u terapiji kod djece pokušali s korištenjem konkretnih alata i strategija za povećanje shvaćanja apstraktnih koncepata, npr. vježbanje usredotočene svjesnosti dok jedemo gumene bombone ili šetamo (Zack i sur., 2014). Neki stručnjaci primjenjuju tehniku kojom osoba, kroz crtanje vlastitih strahova i zastrašujućih doživljaja, pokušava olakšati kognitivnu difuziju na način da sebe i strah nacrtaju odvojeno (Liverheim i sur., 2015).

Osobni uvid je također metakognitivna vještina koja se poboljšava s višim stupnjem kognitivnog razvoja. Kod djece kod koje je razvijenija sposobnost povezivanja sadašnjosti sa prošalošću i budućnošću, dobro je u terapiju uvesti i pisanje vlastitih biografija i dnevnika ili možda čak i blogova (Habermas i Bluck, 2000). Pričanje osobnih priča i vođenje dnevnika češće se koristi kod adolescenata nego kod mlađe djece. S obzirom na povećanje metakognitivnih sposobnosti tijekom adolescencije, adolescenti imaju veću sposobnost samouvida i samoevaluacije (Weil i sur., 2013) i veću sposobnost analiziranja vlastitih misli, emocija i ponašanja u terapijskom okruženju. S druge strane, za mlađu djecu su primjerenije bihevioralne tehnike koje pri uvidu značajno pomažu. Ako se adolescenti muče s tretmanom, onda pomaže uvođenje bihevioralnih tehnika. Tako Murrell i sur. (2005) predlažu korištenje kutije u obliku srca koja označava srce osobe u tretmanu. Osoba prema uputama treba napuniti kutiju s komadićima papira koji sadrže njegove „vitalne“ vrijednosti.

Korištenje jezika koji je primjeren dobi može povećati adolescentovo razumijevanje terapijskog procesa, npr. negativne misli se mogu uspoređivati s neželjenim reklamama koje nam „iskaču“ na Internetu (Sauter i sur., 2009). Wicksell i sur. (2005) su u radu s adolescentima s kroničnom boli konceptualizirali anksiozne misli kao upute koje dolaze od „čudovišta boli“ koje im je reklo što mogu ili ne mogu raditi zbog kronične boli. Ponekad se koristi metafora čudovišta u vlaku

ili autobusu u kojoj se potiče djecu da svoje unutarnje događaje tretiraju kao čudovišta koja se nalaze u vlaku u kojem su oni vlakovođe. Zatim ih se potiče da provjere mogu li voziti, a da pri tome ne pokušavaju otjerati čudovišta te da ne rade ono što ta čudovišta traže od njih (Armstrong 2011; Cook, 2008; Myles 2002; Woidneck 2014).

U aktivnosti i ciljeve koje imamo u tretmanu dobro je uključiti interese djece i adolescenata (sport, glazbeni instrumenti, video igrice, hobiji) jer to pomaže u povećanju njihove motivacije za tretman i olakšava generalizaciju novih vještina (Kingery i sur., 2006). Npr. kod rada s djecom s opsesivno kompulzivnim poremećajem dobro je napraviti hijerarhiju ciljeva nošenja s OKP-om kroz metaforu s omiljenom video igricom djeteta i prolaženjem njenih različitih nivoa. Na taj način se osvijeste poteškoće, utvrde manji ciljevi, uvježbaju tehnike i kada se to svlada, prelaze na novi nivo videoigre, kako bi došli do zajedničkog cilja. Iz perspektive TPP, dok simultano napreduju prema ciljevima vezanim uz anksioznost, ovi ciljevi omogućavaju djetetu da vježba prihvaćanje i defuziju od anksioznosti vezane uz negativne misli i kompulzivne radnje (Wicksell i sur. 2005). Važno je koristiti jasne bihevioralne ciljeve (npr. zapisati svaki put kada imam opsesivnu misao) što omogućuje operacionalizaciju bilo kojeg domaćeg zadatka koji je bio postavljen kao cilj i time se olakša procjena spremnosti za završetak terapije (Armstrong, 2011).

TPP je lako prilagodljiva djeci i adolescentima. Važno je zbog njihove povećane impulzivnosti, višeg stupnja energije, čestih promjena raspoloženja, nižeg stupnja razvoja metakognitivnih vještina i jezika te drugačijih interesa od odraslih koristiti vježbe koje su bihevioralno usmjerene, kraće, interaktivne te uključuju konkretne objekte koje se može dodirivati i isprobavati.

5. PREGLED MJERNIH INSTRUMENATA

Razvijanjem TPP za djecu i adolescente javilo se i pitanje mjerenja osnovnih procesa. Upitnici koji se koriste za odrasle su se djeci pokazali nerazumljivi, što je pokrenulo konstrukcije osjetljivih i razvojno primjerenih upitnika za djecu i adolescente. S obzirom na predmet mjerenja, dijelimo ih na upitnike izbjegavanja iskustva/psihološke nefleksibilnosti, upitnike prihvatanja i usredotočene svjesnosti te upitnike za procjenu vrijednosti (Coyne i sur. 2011).

Najpoznatiji upitnici za mjerenje izbjegavanja iskustva i psihološke nefleksibilnosti su Upitnik izbjegavanja i fuzije za djecu (Avoidance and fusion Questionnaire for youth; AFQ.Y) i roditeljski upitnik Prihvatanja i akcije (Parental Acceptance and Action Questionnaire; PAAQ; Ehrenreich, J, Cheron, D. 2008.).

Pokazalo se kako za ispitivanje vrijednosti i predane akcije instrumenti imaju slabe mjerne karakteristike. Od poznatijih upitnika za mjerenje vrijednosti i predane akcije su: *Personal Value Questionnaire* (Blackledge i Ciarrochi, 2006a) i *Survey of Social Values* (Blackledge i Ciarrochi, 2006b). U ovom radu prikazujemo Upitnik voljnosti i akcije za djecu (*Willingness and action measure* WAM-CA; Greco, Murrell i Coyone, 2004).

Pregled mjernih instrumenata za prihvatanje i usredotočenu svjesnost kod djece i adolescenata su napravili Goodman, Madny and Semple (2017) te su izdvojili: dječji upitnik prihvatanja i usredotočene svjesnosti (CAMM; eng. *The Child Acceptance and Mindfulness Measure*; Greco i sur., 2011); Skala usredotočene pažnje i svjesnosti za adolescente (MAAS-AM; eng. *Mindful Attention Awareness Scale for Adolescents*; Brown i sur., 2011), Skala usredotočene pažnje i svjesnosti za djecu (MAAS-C; eng. *Mindful Attention Awareness Scale for Children*; Lawlor i sur., 2014) i Sveobuhvatni inventar iskustva usredotočene svjesnosti kod adolescenata (CHIME-A; eng. *Comprehensive Inventory of Mindfulness Experiences Adolescents*; Johnson i sur., 2017). U ovom radu smo prikazali mjeru koja je najkorištenija u istraživanjima TPP te ima dobre mjerne karakteristike, CAMM.

U nastavku ćemo se pojedinačno osvrnuti na tri odabrane mjere za ispitivanje psihološke fleksibilnosti.

5.1. Upitnik izbjegavanja i fuzije za djecu (Aviodance and Fusion Questionare for Youth (AFQ-Y))

Kako bi izmjerili konstrukte povezane s TPP kod djece i adolescenata Greco i Murell (2004) su izradili Child Acceptance and Action Questionare (CAAQ), po uzoru na mjeru psihološke fleksibilnosti za odrasle Acceptance and Action Questionare (AAQ; Hayes i sur. 2004). Konstruiran je kako bi uputom i česticama bio razumljiv i prilagođen djeci i adolescentima. Primjenom tog instrumenta koji se sastojao od 50 čestica pokazala su se dva odvojena faktora za čestice fuzije i čestice voljnosti stoga su odvojeni u dva neovisna upitnika Upitnik izbjegavanja i fuzije za djecu (AFQ-Y) i Upitnik voljnosti i akcije za djecu (WAM-C/A).

Upitnik izbjegavanja i fuzije za djecu (AFQ-Y) konstruirali su Laurie i sur. (2005; prema Laurie i sur., 2008). Čestice AFQ procjenjuju povezanost psihološke nefleksibilnosti s kognitivnom fuzijom (primjer čestice: „Moj život neće biti dobar dok se ne osjećam sretno“), povezanost s izbjegavanjem iskustva (primjer čestice: „Odgurujem od sebe misli i osjećaje koji mi se ne sviđaju“) i interakcije ili ponašajne neefikasnosti u prisustvu neželjenih unutarnjih iskustava (primjer čestice: „Ne isprobavam nove stvari ako se bojim da ću pogriješiti“). Od sudionika se traži da procijene svaku česticu na skali Likertovog tipa od 0-4 (0- uopće nije točno; 4- u potpunosti točno). Visoki rezultati ukazuju na psihološku nefleksibilnost.

Razvijene su dvije verzije, dulja verzija se sastoji od 17 čestica (AFQ-Y) i procjenjuje dvije komponente psihološke nefleksibilnosti, kognitivnu fuziju i izbjegavanje iskustva. Kraća verzija se sastoji od 8 čestica (AFQ-Y8) i ispituje psihološku nefleksibilnost (Greco i sur., 2008). Obje verzije imaju dobru unutarnju konzistentnost koja se razlikuje u različitim istraživanjima, ali se i za kratku i dugu verziju nalazi u rasponu od $\alpha = .83 - .90$ (Salzar i sur., 2018).

AFQ- Y je procijenjen kao dobar mjerni instrument te je validiran na različitim jezicima poput španjolskog (Valdivia-Salas i sur., 2017), nizozemskog (Simon i Verboon, 2016), talijanskog (Schweiger i sur., 2017), švedskog (Livenheim i sur., 2016), grčkog (Christodoluou i sur., 2017) i perzijskog (Hekmati, 2020).

Faktorska struktura AFQ-Y je nejasna. Neki autori navode kako u podlozi postoji jedan faktor (Greco i sur., 2008, Simon i sur., 2016 i Schweiger i sur., 2017), ali su druga istraživanja pokazala postojanje dvaju faktora (Livenheim i sur., 2016., Renshaw, 2018; Valdivia- Salas i sur., 2017.). S druge strane, sva istraživanja su pokazala kako AFQ-Y8 ima jednofaktorsku strukturu (Livenheim i sur., 2016, Greco i sur., 2008).

Fergus i sur. (2012) te Schmalz i Murre (2010) su pokazali postojanje jednog faktora s dobrom unutarnjom konzistencijom i valjanošću. Livenheim i sur. (2016) su usporedili dvije verzije i zaključili da se AFQ-Y8 bolje uklapa u model ispitivanja psihološke nefleksibilnosti. Reinshaw (2016) je dokazao dobro uklapanje AFQ-Y u jedan faktor ako se korigira pogreška varijance. Valdivia-Salas, i sur. (2017) su provjeravali moguću dvofaktorsku strukturu AFQ-Y, pri čemu je prvi faktor potreba za kontrolom neželjenih emocija (6, 8, 11, 15), a drugi faktor emocije koje su usmjerene na olakšanje (5, 7, 12, 14). Pronašli su kako se jednofaktorsko i dvofaktorsko rješenje može uklopiti u model. Christodoulou i sur. (2018) su također pronašli dva faktora te bolje slaganje s modelom kod jednofaktorskog rješenja.

Salzar i sur. (2018.) navode tri moguća razloga za različite faktorske strukture pronađene u različitim istraživanjima. Ponajprije, istraživanja su provedena s djecom različite dobi. Postoji mogućnost da adolescenti drugačije odgovaraju na upitnike nego djeca niže dobi, odnosno, da adolescenti bolje uočavaju fine razlike među konstruktima i imaju bolje samouvide zbog čega drugačije odgovaraju na čestice kognitivne fuzije i izbjegavanja iskustva, za razliku od djece koja ne percipiraju razlike među tim konstruktima. Takav nalaz je sukladan nalazima kod drugih mjernih instrumenata poput skale depresije (Depression Anxiety and Stress Scales, Lovibonda i Lovibonda, 1995) gdje faktorska analiza dječjih odgovora rezultira s manje faktora nego ona kod adolescenata i odraslih (Szabo i Lovibond, 2006). Drugo, različite faktorske strukture mogu biti posljedica jezičnih i kulturalnih razlika. Treće, broj faktora može biti povezan s brojem čestica. Veći broj čestica ima tendenciju grupiranja u veći broj faktora nego kraće skale. Osim toga, metoda procjene koja se koristi u konfirmatornoj faktorskoj analizi može dovesti do blago različitih rezultata. Važno je voditi računa o tome kako prisustvo jednog ili dva faktora u AFQ-Y utječe na način ocjenjivanja skale. U slučaju jednofaktorske strukture, trebalo bi uzeti u obzir samo ukupni rezultat, dok kod postojanja dva faktora, istraživači i praktičari mogu izračunati dva različita rezultata, jedan za kognitivnu fuziju, jedan za izbjegavanje iskustva.

Istraživanja su pokazala kako nema razlike u faktorskoj strukturi AFQ-Y8 između djevojčica i dječaka različite dobi (Simon i sur., 2016; Salzar i sur., 2018).

Pronađena je visoka korelacija između dugog i kratkog oblika upitnika (Renshaw, 2018). Istraživanja su također pokazala kako oba instrumenta imaju primjerenu pouzdanost (Christodoulou i sur., 2018; Greco i sur., 2008; Livheim i sur., 2016; Oppo i sur., 2019) i prediktivnu valjanost jer predviđaju depresiju, anksioznost, afektivne probleme i zadovoljstvo životom (Valdivia-Salas i sur., 2017; Venta i sur., 2012). Neka istraživanja pokazuju kako su rezultati neovisni o mjerama depresije (Livheim i sur., 2016), te se temeljem upitnika može

razlikovati djecu s kliničkim poremećajem i onu koja nemaju psihički poremećaj (Reinshaw, 2018; Venta i sur. 2012).

AFQ-Y i AFQ-Y8 pozitivno koreliraju s dječjim somatskim pritužbama, anksioznošću, problemima u ponašanju, tugom, strahom, ljutnjom, aleksitimijom i potiskivanjem misli. Značajne negativne korelacije su pronađene s kvalitetom života, usredotočenom svjesnošću, pozitivnim afektom i prihvaćanjem (Greco i sur., 2008; Ciarrochi i sur., 2011; Dickson i sur., 2012; Livheim i sur., 2016; Renshaw, 2018; Venta i sur., 2012). Rezultati pokazuju da AFQ-Y može biti jako dobar prediktor negativnih ishoda uključujući tjelesne i emocionalne simptome.

Venta i sur. (2012) navode kako AFQ-Y rezultati predviđaju dijagnoze anksioznih poremećaja među bolničkim pacijentima te među adolescentima. Schramm i sur. (2013) su pronašli kako AFQ rezultati ukazuju na međuodnos veze emocionalne regulacije i simptoma koji ukazuju na moguću graničnu ličnost te bolje objašnjavaju varijabilnost u simptomima koji ukazuju na moguću graničnu ličnost. Psihološka nefleksibilnost mjerena s AFQ je povezana s kroničnim tikovima (Best, 2009) i ponavljajućim nesuicidalnim samoozljeđivanjem kod šesnaestogodišnjih adolescenata (Howe i sur., 2012).

Primjena ovog upitnika se provodila i kod odraslih (istraživanjima Schmalza i Murrella, 2010; Fergusa i sur., 2012 i Livheim i sur., 2016). Schmalz i sur. (2010) su usporedili AAQ II i AFQ-Y kako bi provjerili koji od upitnika bolje mjeri psihološku nefleksibilnost. Pokazalo se kako je AFQ-Y bolja mjera, odnosno ima snažnije psihometrijske karakteristike psihološke nefleksibilnosti posebno među djecom i adolescentima. To objašnjavaju s dva razloga, prvi je da AAQ-II objašnjava samo jedan ključni proces psihološke nefleksibilnosti - izbjegavanje doživljavanja. Drugo, AFQ-Y je napravljen posebno za procjenu psihološke nefleksibilnosti kod djece i adolescenata i treba manje poznavanje procesa u TPP kako bi se razumjelo pitanja, te ga mogu lako riješiti i osobe koje imaju lošije poznavanje jezika i niži stupanj obrazovanja. Fergus i sur. (2012) su također uspoređivali AAQ_II i AFQ-Y te su donijeli tri važna zaključka. Prvo, za AFQ-Y je potrebna niže razvijena vještina čitanja i razumijevana teksta. Pokazalo se da AFQ-Y (a ne i AAQ-II) zahtijeva vještinu čitanja na stupnju nižem od petog i šestog razreda (11-13 godina). S druge strane, AFQ-Y je pokazao dobru pouzdanost i valjanost. Nadalje, AFQ-Y je pokazao veću pouzdanost od AAQ-II u predviđanju nekoliko psiholoških simptoma među odraslima. Isto je potvrđeno u istraživanju Livheima i sur. (2016).

Schmalz i sur. (2010) su zaključili da postoji značajna korelacija među upitnicima AFQ-Y i AAQ-II, ali rezultati nisu toliko jako povezani da bi se moglo reći da mjere isti konstrukt. To je važno jer neki autori kritiziraju AAQ-II kao lošu mjeru psihološke fleksibilnosti (Wolgast,

2014; Vaughan-Johnston i sur., 2017; Cherry i sur., 2021), te dovode u pitanje radi li se o posebnom konstrukt ili se radi o emocionalnoj stabilnosti-nestabilnosti odnosno neuroticizmu (Doorley i sur., 2020). S druge strane, AFQ-Y je bolja mjera psihološke fleksibilnosti jer bolje objašnjava taj konstrukt.

Iz svega navedenog možemo zaključiti kako su AFQ-Y i AFQ-Y8 dobre mjere izbjegavanja i fuzije za djecu i odrasle, s tim da AFQ-Y8 ima bolje mjerne karakteristike i jasniju faktorsku strukturu.

5.2. Upitnik voljnosti i predane akcije za djecu (Willingness and Action Measure for children and adolescent; WAM-CA)

Upitnik voljnosti i predane akcije za djecu i adolescente (WAM-CA; Greco i sur., 2004b) je upitnik od 14 čestica koji mjeri psihološku fleksibilnost u pogledu voljnosti i predane akcije. Mjeri koliko su djeca spremna upuštati se u ponašanja koja su u skladu s njihovim vrijednostima u situacijama kada doživljavaju misli, emocije ili osjete koji uzrokuju psihičku nelagodu ili su neželjeni (Greco i sur. 2004b). Sastoji se od dviju ljestvica; ljestvica akcije, koja ima 9 čestica te ljestvica voljnosti koja ima 5 čestica. Primjeri čestica su „Radim stvari koje su mi važne čak i kada imam glavobolju ili osjećam bol u trbuhu“ i „U redu mi je da se osjećam napeto ili uzrujano“. Na čestice se odgovara na skali Likertovog tipa od 0-4 (0- uopće nije točno; 4- u potpunosti točno).

Dosadašnja istraživanja su pokazala nisku, ali ipak prihvatljivu pouzdanost ove mjere, no ne i valjanost. Faktorska analiza pokazuje da se mogu pronaći dva faktora, što je potvrđeno i u španjolskoj verziji skale (Cobos-Sanchez i sur., 2020) ali samo ljestvica akcije ima očekivanu korelaciju s relevantnim konstruktima. Ovakvi nalazi su potvrđeni u nekoliko istraživanja (Greco i sur, 2008b).

Unutarnja konzistentnost oba faktora skale je $\alpha=.65$ u inicijalnoj verziji (Larson, 2008), dok je u španjolskoj verziji skale unutarnja konzistentnost za akcijsku skalu $\alpha=.71$, a za skalu voljnosti $\alpha=.81$ (Cobos-Sanchez i sur., 2020).

U Nizozemskom prijevodu WAM—C/A provjerena je faktorska struktura (Blokzijl, 2005) i pronađena su dva faktora zadovoljavajuće pouzdanosti ($\alpha=.65$). Faktor akcije je imao prihvatljivu konvergentnu valjanost dok faktor voljnosti nije korelirao s nijednim konstruktom za koji se očekivalo da će biti povezan. Ti rezultati potvrđeni su i u drugim istraživanjima (Larson, 2008).

Čestice vezane uz predanu akciju su u pozitivnoj korelaciji s emocionalnom jasnoćom, emocionalnim oporavkom te socijalnom inteligencijom, dok su u negativnoj korelaciji s emocionalnom svjesnošću, impulzivnošću, problemima u postizanju ciljeva, problemima u razumijevanju i razjašnjavanju emocija i problemima u strategijama emocionalne regulacije, ali nisu u statistički značajnoj korelaciji s AFQ-Y, što pokazuje da su to neovisni konstrukti. Faktor voljnosti nije u značajnoj korelaciji s ostalim faktorima (Cobos-Sanchez i sur., 2020). Kako bi se skala voljnosti bolje prilagodila djeci i adolescentima Larsen (2008) predlaže prilagodbu instrumenata koristeći slike ili stripove.

Potrebno je razvijati nove instrumente koji bi bili bolja mjera ovog konstrukta u populaciji djece i adolescenata i bolje se uklapali u teorijske postavke TPP.

5.3. Upitnik prihvaćanja i usredotočene svjesnosti za djecu (Child Acceptance and Mindfulness Measure- CAMM)

Upitnik prihvaćanja i usredotočene svjesnosti za djecu (CAMM) konstruirali su Greco, Dew i Bear (2011). Konstruiran je po uzoru na Kentucky Inventory of Mindfulness Skills for adults (Baer i sur., 2004). Čestice CAMM procjenjuju stupanj u kojem djeca i adolescenti ne primjećuju svoja unutarnja iskustva („Zakupim se nečim kako ne bih primijetio svoja unutarnja iskustva“), djeluju bez svjesnosti („Idem od razreda do razreda, a da ne primijetim što radim“) i odnose se prema svojim unutarnjim iskustvima s osudom („Uzrujam se kada imam određene misli“). Od sudionika se traži da procijene svaku česticu na skali Likertovog tipa od 0-4 (0- uopće nije točno; 4- u potpunosti točno). Boduje se obrnutim redoslijedom i niži rezultat znači veću razinu usredotočene svjesnosti.

U inicijalnoj verziji CAMM se sastojao od 25 čestica, namijenjenih djeci od 10 do 18 godina, koje su procjenjivale primjećivanje, svjesno djelovanje i prihvaćanje bez osude. Daljnjim provjerama pokazalo se kako dvofaktorska i trofaktorska rješenja ne odgovaraju dobro modelu te je u daljnjim istraživanjima upitnik skraćen na 10 čestica koje odgovaraju jednofaktorskom modelu i namijenjene su mjerenju usredotočene svjesnosti djece i adolescenata. Prema usredotočenoj svjesnosti se odnose kao prema osobini (Kuby i sur., 2015) pretpostavljajući kako osoba ima tendenciju biti više ili manje usredotočeno svjesna.

Verzija CAMM s 10 čestica je pokazala dobru unutrašnju konzistenciju ($\alpha = .80$ za adolescente, Greco i sur., 2011; i $\alpha = .71$ za djecu, De Bruin i sur., 2014) te dobru konvergentnu i divergentnu valjanost u početnoj validaciji (Lechtenberg 2012).

CAMM je validiran na engleskom (Kuby i sur., 2015), katalonskom (Viñas i sur., 2015.), nizozemskom (de Bruin i sur., 2014), talijanskom (Bartoccini i sur., 2017; Chiesi i sur., 2016), portugalskom (Cunha i sur., 2013) i francuskom jeziku (Dion i sur., 2018). Sva su istraživanja potvrdila jednodimenzionalnu faktorsku strukturu i pokazuju visoku unutarnju konzistenciju CAMM uz njegovu konstruktivnu valjanost (Dion i sur., 2018).

CAMM je pokazao jednodimenzionalnu faktorsku strukturu te procjenjuje aspekte usredotočene svjesnosti: djelovanje sa svjesnošću (odnosno suprotno od automatskog reagiranja), prihvaćanje bez osuđivanja (odnosno sposobnost bivanja u trenutku bez evaluacije) te bez izbjegavanja određenih misli i osjećaja (Baer i sur., 2004).

Kod djece i adolescenata postoji negativna korelacija CAMM sa širokim rasponom negativnih strategija suočavanja, stavova i simptoma. Neki od njih su korištenje psihoaktivnih tvari, negativni afekt, depresija, ruminacije, somatske pritužbe, samookrivljavanje, katastrofiziranje, stres, internalizirani simptomi, eksternalizirani problemi u ponašanju, proces potiskivanja misli i psihološka nefleksibilnost (De Bruin, 2014; Kuby i sur. 2015). U pozitivnoj je korelaciji s različitim procesima i stavovima koji imaju dobar utjecaj na razvoj osobe poput samoregulacije, osobne dobrobiti, zadovoljstva životom, kvalitete života, optimizma, sreće i visokim funkcioniranjem u različitim aspektima života kao što su tjelesni, emocionalni, socijalni, školski i socijalni (De Bruin i sur., 2014) i višim samosuosjećanjem (Bluth i Blanton, 2014). Pokazalo se da je osjetljiv na prakticiranje usredotočene svjesnosti (Tan i Martin, 2015), s tim da djeca imaju jednak rezultat na CAMM bez obzira na iskustvo prakticiranja, dok oni adolescenti koji imaju iskustvo prakticiranja imaju niže rezultate na testu (De Bruin i sur., 2014).

Istraživanja rodni i dobnih razlika u usredotočenoj svjesnosti pokazuju nejednoznačne rezultate. Rodne razlike u vještinama usredotočene svjesnosti su očekivane zbog toga što se pokazalo kako su žene, u usporedbi s muškarcima, češće okupirane svojim mislima (Dinis i sur., 2015). Osim toga, prethodna literatura je pokazala kako žene doživljavaju situacije s većim emocionalnim intenzitetom, bez obzira radi li se o pozitivnim ili negativnim emocijama (Alispahic i Hasanbegovic-Anic, 2017). Žene imaju bolje rezultate u izvođenju više zadataka istovremeno te bolju kognitivnu kontrolu od muškaraca, posebice kod planiranja, praćenja i inhibicije. Iako bi se moglo pretpostaviti da žene imaju bolje vještine usredotočene svjesnosti, istraživanja na upitniku CAMM ne pokazuju jednoznačne rezultate. Na primjer, kod ispitivanja nekliničkog adolescentnog uzorka iz dvije privatne škole u Zapadnoj Australiji (u dobi od 12 do 15 godina) pokazale su se slabe, ali značajne korelacije između CAMM-a i pozitivnog afekta

za djevojčice, ali ne i dječake (Kuby, 2015). Nadalje, utvrđene su više razine svjesnosti za mlade muškarce u usporedbi s mladim ženama (de Bruin i sur., 2011.; Dion i sur., 2018). Chiesi i sur. (2017) su provjeravali rodnu i dobnu kovarijancu te ispitali razumiju li i odgovaraju li dječaci i djevojčice na sličan način na CAMM. Istraživanje je pokazalo kako ne postoje značajne razlike među djevojčicama i dječacima te djecom različite dobi. U drugom istraživanju se pokazalo kako postoje značajne rodne razlike, odnosno kako djevojčice imaju niže razine usredotočene svjesnosti nego dječaci, a adolescenti imaju niže razine usredotočene svjesnosti nego mladi odrasli (Theofanus i sur., 2020).

CAMM se pokazao kao kratki mjerni instrument s dobrim mjernim karakteristikama koji mjeri usredotočenu svjesnost djece i adolescenata, uz dobru konstruktivnu i prediktivnu valjanost. Negativno je povezan s nizom varijabli koje upućuju na probleme mentalnog zdravlja a pozitivno s različitim aspektima života koji ukazuju na dobro funkcioniranje. Pokazalo se da djeca i adolescenti različito odgovaraju na upitnik s obzirom na to imaju li prethodno iskustvo s prakticiranjem usredotočene svjesnosti. Rodne razlike kod rezultata na testu nisu jasne te bi ih trebalo dodatno istražiti.

Stručna javnost već neko vrijeme propitkuje i dovodi u pitanje mjere psihološke fleksibilnosti za odrasle, te istražuje postoji li psihološka fleksibilnost kao poseban konstrukt ili ne. Istraživanja mjera psihološke fleksibilnosti za djecu i adolescente su manje teorijski usmjerena i češće se bave provjerom valjanosti mjernih instrumenata. Kod djece se pokazalo kako mjera izbjegavanja iskustva i nefleksibilnosti (AFQ) ima dobre mjerne karakteristike, i bez obzira na njezine manjkavosti, ne predlažu se novi instrumenti već se ova mjera prilagođava za primjenu kod roditelja i drugih skupina. Upitnici koji ispituju voljnost i predanu akciju se kontinuirano proučavaju i još se uvijek traži optimalna mjera tih konstrukata kao dio psihološke fleksibilnosti. Konstruiran je niz upitnika prihvaćanja i usredotočene svjesnosti, u kojima se prema usredotočenoj svjesnosti odnosi kao prema osobini, što je još u postupku provjere. Važno je biti svjestan nedostataka mjernih instrumenata za provjeru psihološke fleksibilnosti djece i adolescenata te činjenice da još uvijek ne postoji jedinstveni mjerni instrument s dobrim mjernim karakteristikama koji ispituje sve koncepte psihološke fleksibilnosti prema TPP.

6. EFIKASNOST TRETMANA TPP

Istraživanja efikasnosti tretmana TPP kod djece i adolescenata su još uvijek u ranoj fazi. Istraživanja prikazana u ovom radu su najčešće spominjana istraživanja u literaturi te su imala najveći utjecaj na daljnje smjerove razvoja i istraživanja TPP kod internaliziranih smetnji. Istraživanja su sažeta u **Tablici 2**. Napravljen je osvrt na istraživanja efikasnosti kod nekliničkih skupina, posebno na istraživanja kod anksioznosti, depresivnosti, trahitilomanije, opsesivno kompulzivnog poremećaja i posttraumatskog stresnog poremećaja. U nastavku je osvrt na efikasnost TPP u odnosu na kognitivno bihevioralnu terapiju (KBT) te su izneseni metodološki problemi u istraživanjima TPP.

6.1. Efikasnost kod nekliničkih skupina

Istraživanja provedena u nekliničkim skupinama provedena su u vidu mjera prevencije razvoja problema s mentalnim zdravljem kod djece i adolescenata.

Burckhardt i sur. (2016) su proveli istraživanje programa „Strong Minds“ na uzorku od 267 učenika u dobi od 10 i 11 godina u školi u Australiji. Pitali su se vodi li program smanjenju simptoma kod učenika koji su započeli program s visokom razinom simptoma depresivnosti, anksioznosti i stresa a koji su imali visoku samoprocjenu osobne dobrobiti. Učenicima su podijeljeni po slučaju tako da je polovina slušala program „Strong Minds“ koji je vodio klinički psiholog, TPP terapeut, dok je kontrolna skupina slušala program „Pastoral Care“. Rezultati su pokazali kako postoji značajno smanjenje u simptomima stresa i anksiozno depresivnih simptoma kod skupine koja je pratila TPP program. Povećanje osobne dobrobiti te smanjenje simptoma anksioznosti i depresivnosti se pokazalo na cijelom uzorku.

U drugom istraživanju Burchardt i sur. (2017) su proveli istraživanje primjenjivosti ovog programa kod učenika u dobi od 14-16 godina. U ovom istraživanju, od ukupno 122 učenika, 48 učenika je bilo uključeno u TPP program koji je organiziran u okviru redovne nastave. Učenicima je TPP terapeut prezentirao osnovne koncepte iz TPP te su educirani učitelji provodili 4 vježbe iz područja TPP u grupama od 15 učenika. Radionice su trajale 25 minuta kroz 10 susreta. Kontrolna skupina je slušala program „Pastoral Care“ koji je dio školskog kurikulumu. Sudionici su praćeni kroz period od 5 mjeseci poslije intervencije. Rezultati su pokazali da je intervencija prihvatljiva učenicima i prikladna za primjenu u školskom okruženju. Nije bilo statistički značajnih razlika između grupa. Pri proučavanju razlika između grupa, primjećuje se kako postoje razlike između početnog mjerenja i mjerenja poslije tretmana

te mjerenja nakon praćenja koje idu u smjeru efikasnosti TPP. Nepostojanje značajnih razlika objašnjava se malim brojem sudionika.

Van Der Gucht i sur. (2017) su u svom istraživanju imali jedan od većih uzoraka sudionika te su napravili eksperiment sa 616 učenika u 14 škola. Provodile su se preventivne intervencije. U svakom razredu provedene su 4 radionice od 120 minuta jednom tjedno unutar školskog rasporeda. Kontrolna grupa je išla na redovnu nastavu. Intervencije su provodili učitelji koji su bili na dvodnevnom treningu TPP. Ispunjene su mjere samoprocjene prije i poslije intervencije i praćenje nakon jedne godine. Istraživanje je pokazalo kako ne postoji značajno smanjenje u poteškoćama mentalnog zdravlja ili izbjegavanju i fuziji u usporedbi s kontrolnom grupom koja je išla na redovite satove. Istraživači su nalaz objasnili činjenicom da su program provodili učitelji koji nisu stručnjaci u TPP. Osim toga, rezultati poslije intervencije nisu prikupljeni odmah, nego u razmaku od 1 do 8 tjedana nakon intervencije što je moglo utjecati na rezultate.

Shimoda i sur. (2018) su u svom istraživanju tražili vezu između izbjegavanja doživljavanja i socijalne anksioznosti u školi. Sudjelovalo je 660 učenika dobi od 12-15 godina. Učenici su ispunjavali upitnike izbjegavanja i fuzije te ljestvicu socijalne anksioznosti za adolescente kroz tri primjene s razmakom od 4 mjeseca. Pokazalo se da socijalna anksioznost kod svakog mjerenja dovodi do nešto većeg izbjegavanja doživljavanja. S druge strane izbjegavanje doživljavanja nije predviđalo socijalnu anksioznost. Ovi nalazi pokazuju da socijalna anksioznost može biti faktor rizika za povećano izbjegavanje doživljavanja među adolescentima.

Takahashi i sur., 2020. su istraživali efikasnost kratkog programa TPP (12 sati) kao univerzalnu intervenciju za adolescente. Program u kojem se proučavao efekt TPP na psihološku fleksibilnost i emocionalno bihevioralne probleme provodio je klinički psiholog. Adolescenti u dobi od 14 i 15 godina su bili u tretmanskoj grupi ($n=67$) ili na listi čekanja ($n=203$). Tretmanska grupa je sudjelovala u programu koji je trajao šest seansi od kojih je svaka trajala 50 minuta, u ukupnom trajanju od 5 sati. Rezultati pokazuju kako TPP smanjuje probleme nedostatka pažnje i hiperaktivnosti te izbjegavanje. Daljnje analize provedene kod učenika sa subkliničkim emocionalno bihevioralnim problemima pokazuju da iako TPP ne smanjuje hiperaktivnost i nepažnju, smanjuje izbjegavanje doživljavanja. Ovi rezultati pokazuju kako TPP može biti efektivna univerzalna intervencija za adolescente u školama.

Pouhanko i sur. (2019) su koristili Internet intervenciju na daljinu kod učenika s uključivanjem tretmanske skupine s mentorom online, tretmanske skupine s mentorom uživo te kontrolne skupine, na uzorku od 249 djece u dobi od 12-15 godina. Istraživanje pokazuje statistički

značajno smanjenje simptoma stresa i povećanje akademske uspješnosti uz osobnog mentora u provođenju terapije na daljinu. Ovo istraživanje pokazuje kako web i mobilna TPP kod djece i adolescenata može biti efikasna kao preventivni program u školama pomoću kojeg se djeca upoznaju s osnovnim procesima te se povećava njihova psihološka dobrobit.

Lappalainen i sur. (2021) su koristili intervenciju na daljinu kod 243 učenika u dobi od 15 i 16 godina. Učenici su podijeljeni u tri grupe, jedna je imala TPP i podršku preko WhatsApp, druga je primala podršku osobno, a treća skupina nije imala nikakvu vrstu terapije. Pokazalo se kako adolescenti koji pokazuju više simptoma izbjegavanja neugodnih misli i osjećaja, kognitivne fuzije i depresivnih simptoma imaju i niže zadovoljstvo životom. Povezanost se pokazala većom kod djevojčica nego kod dječaka. Pokazalo se da, na kraju tretmana, oni koji su imali intervenciju TPP s ili bez kontakta licem u lice imaju manje simptoma depresivnosti i povećano zadovoljstvo životom. Nije se pokazao značajan efekt za izbjegavanje. Pokazalo se da intervencije smanjuju depresivne simptome i izbjegavanje iskustva kod djevojčica, ali ne i kod dječaka. Istraživanje pokazuje kako je primjena TPP na daljinu koristan program za prevenciju mentalnog zdravlja i promocije adolescentne psihološke dobrobiti.

Unatoč brojnim nedostacima ovih istraživanja (nestručni predavači, mali broj ispitanika, nejasno vrijeme mjerenja efekta tretmana), kada programe pripremaju i provode stručnjaci koji su educirani u TPP, rezultati pokazuju promjene u smjeru redukcije simptoma koji štete mentalnom zdravlju te povećanje osobne dobrobiti. Program se pokazao efikasan kod primjene na daljinu. Možemo primijetiti kako strategija regulacije emocija kroz prihvaćanje i usredotočenu svjesnost u programima intervencije može pomoći smanjivanju simptoma stresa i poboljšanju osobne dobrobiti i pažnje kod učenika osnovnoškolske i srednjoškolske dobi. Upravo iz tog razloga je potrebno dodatno istraživati ovaj program i razmisliti o razvoju i implementaciji programa kojima bi se putem Interneta i mobilnih programa na hrvatskom jeziku koristila primjena TPP na daljinu za nekliničke skupine.

6.2. Efikasnost kod kliničkih skupina

6.2.1. Anksioznost

U tretmanu anksioznosti provedena su brojna istraživanja u kojima se provjerava smanjenje simptoma anksioznosti, komorbiditet te usvajanje procesa u TPP. Izdvojena istraživanja imaju procijenjeni najveći značaj u istraživanju primjene ove terapije.

Swain i sur. (2015b) su istraživali mehanizam promjene kod primjene TPP za 49 adolescenata s dijagnozom anksioznosti. Adolescenti su podijeljeni u tri grupe: TPP grupa (10 tjedana tretmana), KBT grupa (10 tjedana tretmana) i lista čekanja. Prikupljeni su podatci procjene kliničara, roditelja i samoiskazi anksioznosti. Podatci su prikupljeni prije i poslije intervencije i kod praćenja nakon tri mjeseca. Istraživanje je pokazalo da postoji značajno smanjenje anksioznosti kad ga odmah nakon intervencije procjenjuju kliničari, roditelji i djeca i nakon tri mjeseca za TPP i KBT grupe u usporedbi s kontrolnom grupom. Prihvaćanje i defuzija su se značajno poboljšali za TPP i KBT grupu, usredotočena svjesnost se povećala samo za TPP grupu i nije bilo značajnih promjena u varijabli predane akcije, odnosno, života u skladu s vrijednostima. Istraživanje je pokazalo ograničenu potporu komponentama heksagrama kao medijatorima promjene i pretpostavlja se kako TPP i KBT vjerojatno djeluju prema sličnim mehanizmima. Podatci su prikupljeni prije i poslije intervencije te nakon tri mjeseca, što možda nije dovoljno često da se primijete promjene u procesima.

Hancock i sur. (2016.) su u svom istraživanju provjeravali efikasnost TPP kod djece od 7-17 godina s anksioznim poremećajem. Sudionici su kontaktirani putem javnih oglasa te upućeni od strane školskih savjetnika, roditelja i zdravstvenih stručnjaka. Grupa TPP je uspoređena s grupom KBT i s listom čekanja te su prikupljeni podatci od kliničara, izvještaji roditelja i samoizvještaji, prije i poslije intervencije i tri mjeseca nakon. U uzorku je bilo 193 djece. Veličina efekata je bila mala, ali pokazuje značajno smanjenje anksioznosti kod samoiskaza i kod iskaza kliničara odmah nakon intervencije i nakon tri mjeseca za učenike TPP i KBT grupe u usporedbi s kontrolnom grupom. Prihvaćanje i defuzija su se značajno povećali kod djece u TPP i KBT grupi, ali ne kod kontrolne grupe. Nije bilo razlike u promjenama na dimenzijama prihvaćanja i defuzije kod TPP i KBT grupa.

Meagher i sur. (2018) su u svom istraživanju htjeli provjeriti efikasnost Biheviornih terapija koje se temelje na prihvaćanju, u smanjivanju patološke brige i anksiozne simptomatologije kod djece. Osim toga, htjeli su provjeriti koja je korist od nadopunjavanja klasične Biheviornale terapije s multisenzornom pomoći u učenju koja daje kinestetičke, taktilne i vizualne podražaje

kako bi se olakšalo djetetovo razumijevanje bihevioralnih principa i razvijanje vještina prihvaćanja i usredotočene svjesnosti. Tijekom perioda od 8 tjedana, intenzitetom jednom tjedno, u tretmanu je bilo 10 djece u dobi od 7-11 godina. Grupe su sastavljene tako da je postavljena javna obavijest o treningu vještina za djecu koja se pretjerano brinu. Prije i poslije tretmana, kod djece i roditelja, primijenjeni su upitnici anksioznih smetnji i patološke brige djece. Kod samoprocjena djece kod nijedne grupe nije dobiveno značajno smanjenje u anksioznosti, iako su roditelji kod djece u multisenzornoj grupi naveli značajno smanjenje anksioznosti. Nije bilo promjene u stupnju usredotočene svjesnosti, izbjegavanja i fuzije za nijednu grupu. Problem ovog istraživanja je mali uzorak i nedostatak kontrolne grupe bez ikakvog tretmana.

6.2.2. Depresivnost

Hayes i sur. (2011) su primjenjivali TPP i KBT kod 30 depresivnih adolescenata u dobi od 12 do 18 godina. Djeca u skupini TPP su imala znatno manje depresivne simptome u naknadnom tretmanu i praćenju nakon tri mjeseca. Klinički značajna promjena je primijećena kod 58% sudionika koji su bili u TPP skupini i 36% KBT sudionika. TPP je pokazao veće smanjenje kod depresivnih simptoma nego KBT u naknadnom tretmanu i kod praćenja a 26% i 38% sudionika u TPP-u je pokazalo klinički značajno poboljšanje. Snaga ovog istraživanja su uključenost dobro utreniranih terapeuta i psihometrijski validirani instrumenti. Terapeuti su uključeni u KBT i TPP intervencije, ali ograničenje ovog istraživanja je nedostatak informacija koje se odnose na duljinu tretmana i pouzdanost i usklađenosti među terapeutima. Ta informacija je važna kako bi donijeli valjane zaključke te prevenirali pogreške koje su nastale zbog neusklađenosti u protokolima koje su provodili različiti terapeuti (Ost, 2008).

Livenheim i sur. (2015) su prikazali dva pilot istraživanja provedena u dvije zemlje kako bi provjerili efektivnost grupnog TPP programa za adolescente s depresivnim simptomima (australijsko) i simptomima stresa (švedsko). Sudionici su djeca koja imaju psihosocijalne probleme u školskom okruženju.

U švedskom istraživanju su sudjelovala 32 učenika koja su podijeljena u dvije skupine, TPP grupna terapija (8 seansi) i uobičajeno individualno savjetovanje kod školske medicinske sestre. Poslije tretmana su djeca koja su bila u TPP skupini pokazala značajno niže razine stresa, dok kod djece u uobičajenom tretmanu nije bilo promjene. Pokazalo se da su djeca koja su češće pohađala radionice TPP imala veću kvalitetu života i niže simptome depresivnosti i stresa.

Problemi s ovim istraživanjem su što se TPP tretman provodio grupno, a obični tretman individualno. Osim toga korišten je i različiti broj sati tretmana što otežava usporedbu zbog toga što veći broj sati terapije pridonosi ishodu.

Australijsko istraživanje je provedeno među 66 adolescenata s depresivnim simptomima. Podijeljeni su u TPP skupinu i skupinu koja je bila 12 tjedana nadgledana od školskog savjetnika. Sudjelovalo je 58 djevojčica po slučaju raspoređenih u TPP i kontrolnu grupu te 8 dječaka koji su bili u TPP grupi. U TPP skupini se nakon tretmana pokazalo smanjenje simptoma depresivnosti, niže disforično raspoloženje, ahedoničan/negativan afekt i negativni samoevaluacijski simptomi što se nije pokazalo kod kontrolne skupine. TPP skupina je imala samo granično bolje promjene u prihvaćanju i defuziji u odnosu na kontrolnu skupinu. Poteškoće s ovim istraživanjem su različiti broj seansi za TPP i kontrolnu skupinu te su korišteni različiti načini mjerenja depresivnosti. Uz to, većina sudionika su ženskog spola što smanjuje mogućnost generalizacije ovog istraživanja. Nije napravljena procjena u praćenju kako bi se provjerila trajnost primijećenih ishoda što je važno jer su druga istraživanja pokazala da se efekti TPP ne vide odmah poslije tretmana. Terapeuti koji su sudjelovali u provedbi tretmana su relativno neiskusni te se nije vodilo računa o tome koliko su razumjeli protokol i koliko su ga se pridržavali.

Petts i sur. (2017) su procjenjivali individualno motivacijsko intervjuiranje u kombinaciji s TPP intervencijama kod adolescenata s depresijom. Sudjelovalo je 15 učenika u dobi od 14 do 18 godina u tri seanse motivacijskog intervjuiranja i 12 seansi TPP. Učenici su odabrani iz škole, testirani su testom za procjenu depresivnosti te su uključeni u istraživanje ako su imali dovoljno velik rezultat. Pokazalo se smanjenje simptoma depresije i povećanje psihološke fleksibilnosti, ali zbog malog uzorka potrebna su daljnja istraživanja.

Navedena istraživanja ukazuju kako je TPP uglavnom uspješna kod smanjivanja simptoma depresivnosti kod djece i adolescenata, no niz metodoloških problema u ovim istraživanjima ostavlja prostor za dodatna istraživanja.

6.2.3. Trahitilomanija

Fine i sur. (2012) su u svome istraživanju istraživali efikasnost korištenje *Acceptance Enhanced Behavior Therapy* (AEBT, Woods i Twohig, 2008) za tretman trahitilomanije kod dva adolescenta. Oba adolescenta su u tretmanu pokazala značajni napredak koji je definiran kao najmanje dva tjedna odsutnosti čupanja kose te su subjektivno izvijestili o smanjenoj psihičkoj

nelagodi i poteškoćama. Zaključili su kako je potrebno dodatno istraživanje ove terapije za adolescente.

Lee i sur. (2018) su proveli istraživanje uz korištenje TPP kod trihitilomanije u usporedbi s djecom na listi čekanja. Uzorak se sastojao od 39 sudionika, od kojih je bilo 14 djece između 12 i 18 godina. Rezultate su prikazali odvojeno za djecu i odrasle. Ispunili su dva upitnika ishoda, upitnik o čupanju kose i upitnik prihvaćanja i akcije, prije i poslije intervencije. Zbog malog uzorka rezultati nisu statistički obrađivani, ali pokazalo se kako postoji manji broj povlačenja kose (30,8 % smanjenje) i poboljšanje u vještinama prihvaćanja i akcije (11.3%). Kod odraslih je povlačenje kose nakon tretmana i poboljšanje u prihvaćanju i akciji bilo veće.

Twohig i sur. (2021.) su proveli istraživanje u kojem su usporedili TPP s osobama koje su na listi čekanja. Tretman je proveden putem web aplikacije Zoom kod 28 adolescenata u dobi od 12-16 godina koji su zadovoljavali kriterij za dijagnozu trihitilomanije te je u istraživanje bio uključen barem jedan roditelj ispitanika. Ispunili su upitnike online putem prije i poslije tretmana. Rezultati su pokazali kako adolescenti imaju povjerenja u tretman putem Zooma, te su pohađali sve seanse. Adolescenti koji su sudjelovali u tretmanu izvještavaju o puno rijeđem povlačenju kose od adolescenata na listi čekanja. Kod njih se povećala psihološka fleksibilnost te je smanjena psihološka nelagoda. Roditelji adolescenata u tretmanskoj grupi i nisu procjenjivali manjom ozbiljnost simptoma povlačenja kose. Rezultati su pokazali kako TPP preko web aplikacije Zoom može biti tretman izbora za adolescente s trihitilomanijom. Ipak, potrebna su dodatna istraživanja kako bi se dokazala efikasnost tretmana.

6.2.4. Opsesivno kompulzivni poremećaj (OKP)

Barney i sur. (2017) su procijenili simptome troje djece u dobi od 10 do 11 godina koji su imali OKP. Iako je veličina uzorka mala, pokazalo se kako je intervencija iz područja TPP značajno smanjila OKP simptome, dječje izbjegavanje i fuziju te roditeljsko izbjegavanje doživljavanja. Autori su zaključili kako se TPP može primjenjivati kod djece s OKP te da ga mogu provoditi školski psiholozi, ali nalaze treba uzeti s rezervom jer su dobiveni na malom uzorku.

Shabani i sur. (2019) su uključili 69 adolescenata u dobi od 12-18 godina s OKP koji su uzimali farmakoterapiju (SSRI) te uspoređivali grupe s tretmanom TPP, KBT i kontrolnu skupinu. Procjenjivani su prije tretmana, poslije tretmana i kod praćenja nakon tri mjeseca. Adolescenti u TPP i KBT grupi su pokazali značajno smanjenje u ozbiljnosti simptoma OKP-a u usporedbi s kontrolnom skupinom. TPP skupina je pokazala veće poboljšanje u psihološkoj fleksibilnosti,

usredotočenoj svjesnosti i životu usmjerenom prema vrijednostima u usporedbi s KBT i kontrolnom skupinom. Rezultati pokazuju da su uz korištenje farmakoterapije TPP i KBT jednako efikasne, ali postoje različiti procesi u osnovi pozitivne promjene kod primjene ove dvije terapije.

6.2.5. Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP)

Woidneck i sur. (2012) su proučavali korisnost TPP-a za tretman posttraumatskog stresa kod adolescenata kroz istraživanje s 14 adolescenata iz zajednice ili iz institucionalnog tretmana. Ispitivani su prije tretmana, poslije tretmana i nakon tri mjeseca. Upitnike za mjerenje simptoma i procesa su ispunjavali na svakom susretu. Podatci su pokazali kako je postojalo smanjenje u simptomima PTSP-a poslije tretmana kod oba uzorka za pacijente u zajednici i pacijente u tretmanu. Najveće smanjenje u samoizvještaju PTSP simptomatologije poslije tretmana su imali oni koji su iz zajednice. Pronađeno je smanjenje u intenzitetu simptoma i u praćenju nakon tri mjeseca. Rezultati su dali preliminarnu potporu TPP kao tretmanu za adolescentni posttraumatski stres, uz niz ograničenja u istraživanju, stoga je to područje koje treba dodatno istražiti.

Tablica 2.

Efikasnosti tretmana TPP kod djece i adolescenata

Autori godina	/Dominantni simptomi	Broj sudionika	Skupine	Dob djece	Efekti terapije
Burckhardt i sur., 2016.	Prevenција simptoma	267	TPP, Kontrolna	10-11	Smanjenje simptoma stresa i anksiozno-depresivnih simptoma, povećanje osobne dobrobiti kod TPP.
Burckhardt i sur., 2017.	Prevenција simptoma	122	TPP, kontrolna	14-16	Nisu pronađeni značajni efekti, ali program je prihvatljiv djeci.
Van der Grucht i sur., 2017.	Prevenција simptoma	616	TPP, Kontrolna	14-21	Nisu pronađeni značajni efekti terapije.

Shimoda i sur., 2018.	Prevenција simptoma	660	/	12-15	Socijalna anksioznost povećava rizik izbjegavanja doživljavanja.
Takahsashi i sur., 2020.	Prevenција simptoma	203	TPP, Kontrolna	14-15	Smanjuje se izbjegavanje doživljavanja.
Pouhanko i sur., 2018.	Prevenција simptoma	249	TPP, online mentor TPP, uživo mentor Kontrolna	14-15	Smanjenje simptoma stresa i povećanje u akademskoj uspješnosti.
Lappalainen i sur., 2021.	Prevenција simptoma	243	TPP, Wapp mentor TPP, osobni mentor Kontrolna	14-15	Smanjenje simptoma depresije i povećanje zadovoljstva životom.
Swain i sur., 2015.b	Anksioznost	49	TPP KBT Kontrolna	12-17	Poboljšano prihvaćanje i defuzija kod KBT i TPP, poboljšana usredotočena svjesnost kod TPP.
Hancock i sur., 2016.	Anksioznost	193	TPP KBT Kontrolna	7-17	Jednak efekt KBT i TPP, smanjenje simptoma anksioznosti i povećanje prihvaćanja i defuzije.
Meagher i sur., 2017.	Anksioznost	14	TPP+MP	7-11	Smanjenje brige i anksioznih simptoma.
Hayes i sur., 2011.	Depresivnost	30	TPP KBT	12-18	Veće smanjenje simptoma depresivnosti kod TPP nego kod KBT.
Liveinheim i sur., 2014.	Depresija i stres	66+32	TPP KBT	12-18	Značajno smanjenje depresivnih simptoma i smanjenje psihološke nefleksibilnosti, smanjena razina stresa i anksioznost te povećane vještine usredotočene svjesnosti.

Petts i sur., 2017.	Depresija	15	TPP+MI	14-18	Smanjenje simptoma depresivnosti i povećanje psihološke fleksibilnosti.
Fine i sur., 2012.	Trahitilomanija	2	AEBT	15,16	Smanjena psihička nelagoda i poteškoće.
Lee i sur., 2018.	Trahitilomanija	14	TPP Kontrolna	12-18	Manji broj povlačenja kose i veće prihvaćanje.
Twohig i sur., 2021.	Trahitilomanija	28	TPP Kontrolna	12-16	Smanjena ozbiljnost simptoma, povećana psihološka fleksibilnost i smanjena psihička nelagoda.
Barney i sur., 2017.	OKP	3	TPP	10-11	Smanjenje simptoma OKP, te smanjeno izbjegavanje i fuzija.
Shabani i sur., 2019.	OKP	69	TPP KBT Kontrolna	12-18	Smanjenje simptoma OKP u TPP i KBT grupi i povećanje psihološke fleksibilnosti, usredotočene svjesnosti i života u skladu s vlastitim vrijednostima.
Woidneck i sur., 2014.	PTSP	14	TPP	12-17	Smanjeni simptomi PTSP-a.

6.3. Efikasnost u odnosu na klasičnu KBT

Klasična KBT je u velikom broju istraživanja dokazala svoju efikasnost kod rada s djecom s internaliziranim problemima (Hancock i sur., 2018). TPP je dio kognitivno bihevioralnih terapija, te je važno eksperimentalno provjeriti efikasnost TPP i KBT, kako bismo imali indikacije za primjenu pojedinog pristupa u terapiji te kako bi nam bili poznati očekivani ishodi pojedinog pristupa (Hancock i sur., 2018).

Guardiano (2011) naglašava kako su osnovne razlike TPP i KBT u teoriji o razvoju psihopatologije, mehanizmima pomoću kojih dolazi do promjene, terapijskim tehnikama te odnosu prema ishodu tretmana. Halliburton i sur. (2015) navode kako postoji razlika u kognitivnim tehnikama koje koriste (defuzija i prihvaćanje nasuprot kognitivnom restrukturiranju), emocionalnom suočavanju s poteškoćama (usmjeravanje na to kako

odgovoriti na emocije s usredotočenom svjesnosti i prihvaćanjem nasuprot usmjeravanju na antecedente emocijama) i ishodima (razmatra se na koji način su u interakciji s okolišem nasuprot načina produciranja osjećaja i ponašanja). Kognitivna komponenta TPP pretpostavlja kako je psihopatologija rezultat korištenja disfunkcionalnih strategija suočavanja s poteškoćama i smanjene psihološke fleksibilnosti. KBT ističe patologiju kao količinu i ozbiljnost simptoma te njihov utjecaj na funkcioniranje osobe. Hancock i sur. (2018.) navode niz sličnosti. Obje terapije se odnose prema mislima kao nečem što se može opažati i što olakšava identifikaciju osobnog iskustva, te koriste ponašajne tehnike kao što je biheviorna aktivacija i izlaganje. TPP i KBT imaju za cilj smanjiti važnosti neefikasnih kognitivnih shema i obje razmatraju kako emocionalni odgovori mogu ometati efektivno donošenje odluka.

KBT smatra kako iskrivljene kognicije dovode do psihopatoloških smetnji te se, kako bi se smanjio intenzitet simptoma, tretman usmjerava na izazivanje i restrukturaciju misli (Beck, 2005). Uz to se razmatra na koji način su simptomi u interakciji s okolinom i na koji utječu na emocije i ponašanja. Kognitivna komponenta TPP pretpostavlja da je psihopatologija rezultat doslovnog shvaćanja sadržaja misli i odnošenje prema mislima kao da su stvarni događaji (fuzija) koje rezultira pokušajima da se izbjegnu negativna unutarnja iskustva (misli, osjećaji, tjelesne senzacije) što dovodi do rigidnih obrazaca ponašanja, psihološke nefleksibilnosti te života udaljenog od naših vrijednosti (Hayes i sur., 2013). U KBT-u se ističe važnost mijenjanja iskrivljenih vjerovanja, dok se TPP usmjerava metakognitivnim pristupima koji mijenjaju osobnu vezu s iskrivljenim vjerovanjima (Hayes i sur., 2004a). KBT je usmjeren na prirodu i razvoj samih kognicija, dok je TPP usmjeren na kontekstualne događaje koji reguliraju i organiziraju kognicije te ih povezuju jedne s drugima (Coyone i sur., 2011).

Postoji velik broj istraživanja koji ispituju efikasnost TPP kod internaliziranih smetnji odraslih (A-Tjak i sur., 2015; Graham i sur., 2016). Ruiz (2012) navodi kako je TPP bolji od KBT u 68% uključenih istraživanja.

Većina istraživanja koja uspoređuju TPP i KBT kod djece i adolescenata navodi kako ne postoji razlika u efikasnosti KBT i TPP kod svih vrsta poteškoća kod djece i adolescenata (Swain i sur., 2015; Fang i sur., 2020; Landy i sur., 2015). Samo u nekim istraživanjima TPP se kod internaliziranih smetnji pokazao efikasniji od KBT (Hayes i sur. 2011).

Swain i sur. (2015b) navode kako kod uspoređivanja efekata terapije kod anksiozne djece i adolescenata nema razlike u prihvaćanju i defuziji među TPP i KBT, ali djeca s tretmanom TPP imaju poboljšanu usredotočenu svjesnost. Hancock i sur. (2016) s druge strane nalaze jednak efekt KBT i TPP kod smanjenja simptoma anksioznosti i povećanja prihvaćanja i defuzije.

Hayes i sur. (2011) pronalaze manje simptoma depresivnosti kod TPP nego kod KBT. Laundry i sur. (2015) navode kako je TPP bolji od KBT kod djece s anksioznim smetnjama u komorbiditetu s poremećajima raspoloženja, što je u skladu s teorijom kako je TPP transdijagnostički pristup te nam pomaže nositi se sa svim unutarnjim negativnim iskustvima, dok se KBT više usmjerava na simptome anksioznosti.

Kod usporedbe TPP i KBT u terapiji djece i adolescenata se pokazalo kako sociodemografske varijable (spol, dob, rasa/etnička pripadnost) i osobine ličnosti (ekstraverzija, neuroticizam) ne utječu na ishode terapije za anksiozne poremećaje (Landy i sur., 2020).

Pokazalo se kako su TPP i KBT jednako efikasne kod poboljšanja u percipiranoj kvaliteti života i osobnoj dobrobiti (Fang i sur., 2020.).

Halliburton i Cooper (2015) navode kako je prilikom odluke koji tretman koristiti, KBT ili TPP, kod adolescenata s dobrim sposobnostima uvida i apstraktnog rezoniranja TPP primjerenija, dok KBT zahtijeva jednostavniji stupanj razmišljanja te se više oslanja na jednostavne alate i bihevioralne ciljeve. Terapija izbora ovisi i o temama koje predstavljaju problem. Navode kako treba biti oprezan kada se kao terapija izbora uzima TPP, bez obzira na dokazane dobre efekte kod odraslih zbog toga što se kao što je već prikazano u **tablici 2.** kod djece pokazalo kako je TPP ili jednako efikasna kao KBT ili se pokazalo kako je KBT efikasnija. Osim toga, djeca imaju nižu razinu metakognitivnih sposobnosti, a one su važne kako bi djeca razumjela koncepte TPP koji im mogu pomoći.

Iako istraživanja kod odraslih pokazuju veću efikasnost TPP nad KBT, kod djece i adolescenata većina istraživanja ne navodi razlike u efikasnosti ovih dviju terapija. Ipak, predlaže se koristiti KBT kod mlađe djece jer ona imaju slabije razvijene metakognitivne vještine i teže im je razumijevanje koncepata TPP, dok je TPP bolje koristiti kod djece s višim stupnjem razvoja metakognitivnih vještina te kod djece i adolescenata s većim brojem komorbidnih smetnji. Potrebno je dodatno istraživati koji tretman je prikladniji za djecu i adolescente s internaliziranim smetnjama posebice uzevši u obzir neke unutarnje karakteristike (npr. anksioznu osjetljivost, psihološku uznemirenost, sklonost samoozljeđivanju, emocionalnu reaktivnost, sliku o sebi, aleksitimiju, kontrolu nagona) te vodeći računa o okolnostima djece i osobnoj povijesti.

6.4. Metodološki problemi u istraživanju TPP

Kod istraživanja TPP općenito, a onda i kod istraživanja s djecom i adolescentima nailazi se na mnoge poteškoće u metodologiji istraživanja, broju sudionika, načinima primjene terapije, terapeutima koji provode tretmane, protokolima koji su uključeni u istraživanja, načine mjerenja prediktora promjena i ishoda tretmana.

Istraživanja TPP provode se s nekliničkim i kliničkim uzorcima. Dio istraživanja obuhvaća slučajni ili prigodni uzorak iz opće populacije djece, a dio istraživanja koristi kliničke uzorke djece sa specifičnom problematikom. Djeca i adolescenti s internaliziranim smetnjama, najčešće nemaju simptome jednog poremećaja već više komorbidnih stanja. Neka istraživanja se usmjeravaju na jednu vrstu simptomatologije (anksioznost, depresivnost, OKP) bez da uzmu u obzir komorbidna stanja.

Broj sudionika u istraživanjima je od 3 sudionika do 616 sudionika što, s obzirom na veličinu populacije djece i adolescenata s određenim poteškoćama, predstavlja mali uzorak.

Provjera efikasnosti TPP se radi s djecom koja su imala individualnu, grupnu ili primjenu terapije na daljinu, što otežava međusobnu usporedbu rezultata i generalizaciju spoznaja.

Većina istraživanja se temelji na samoprocjeni djece, samo mali broj istraživanja se temelji i na vanjskoj procjeni napretka u terapiji od strane istraživača, roditelja i učitelja.

U nekim istraživanjima, osobe koje primjenjuju TPP su učitelji koji su naučeni TPP tehnikama kroz seminare kratkog trajanja (Burckhardt i sur., 2016, Van der Grucht i sur., 2017) dok su u drugima to klinički psiholozi koji imaju više godina iskustva u primjeni TPP kod djece i adolescenata (Hayes i sur., 2011). Zbog različitog stupnja znanja provoditelja terapijskog programa o TPP i različitih razumijevanja osnovnih procesa, efekti terapije mogu biti različiti.

TPP ima personalizirani pristup, stoga nije začuđujuće da se protokoli koji su korišteni u različitim istraživanjima razlikuju po sadržajima radionica, redoslijedu uvođenja novih koncepata te broju i duljini trajanja seansi. S druge strane, to otežava usporedivost istraživanja koja procjenjuju efikasnost TPP.

Mjerni instrumenti za utvrđivanje procesa i promjena u procesima prije i poslije terapije pokazuju dobre mjerne karakteristike, ali su u različitim istraživanjima korištene različite mjere. Osim toga, mjerni instrumenti za ispitivanje vrijednosti su pokazali lošu prediktivnu valjanost te je potrebno razvijati nove mjere koje bi bolje zahvatile taj konstrukt.

Prediktori promjena, kriteriji za utvrđivanje simptoma te ishodi terapije su u različitim istraživanjima mjereni na različite načine, različitim mjernim instrumentima. Preporuča se unificiranje mjera koje se koriste za određivanje kriterija uključivanja osoba u tretmane, te ispitivanje većeg broja procesa i ishoda kako bi istraživanja bila komparabilnija.

7. ZAKLJUČAK

TPP je novi terapijski pristup, nastao kao dio trećeg vala kognitivno bihevioralnih terapija. Ova tehnika daje novi kontekstualni okvir bihevioralnoj terapiji te je transdijagnostički orijentirana. U današnjem svijetu u kojem se veliča sreća i ljepota, ovaj terapijski pravac ističe patnju kao put prema mentalnom zdravlju, nešto normalno i dio svakodnevnice. Po svim svojim karakteristikama primjene prilagođena je 21. stoljeću, počevši od tehnika koje su bliske odraslima i djeci te su lako primjenjive u individualnom, grupnom i digitalnom načinu rada. Osim toga, digitalni dio razvija metakognicije (jer kada dijete igra igricu, ono samo glumi svog avatara, te ono što se događa u virtualnom svijetu može transferirati na svoja unutarnja iskustva). Istraživanja pokazuju dobru efikasnost terapije u smanjenju simptoma te implementiranju procesa TPP u svakodnevni život. Rezultati koji TPP uspoređuju s drugim vrstama tretmana većinom pokazuju kako je jednako dobra kao i klasična KBT, a kako je bolja od uobičajenih tretmana ili od situacija bez tretmana. Iako je TPP personalizirana terapija, postoje predloženi protokoli primjene ove terapije, ali stoji preporuka da se kod primjene sa svakom skupinom naprave prilagodbe. Kod prilagodbe terapije djeci, važno je voditi računa o dobi djeteta, stupnju emocionalnog i socijalnog razvoja, razini kognitivnog razvoja djeteta te stupnju emocionalne uznemirenosti. Postoji niz mjernih instrumenata koji su razvijeni za mjerenje procesa TPP, ali postoji potreba za novim i boljim, posebno u području vrijednosti. TPP se pokazala efikasna kod primjene u kliničkim i nekliničkim skupinama, uživo i putem digitalnih tehnologija kod smanjenja anksioznih, depresivnih, OKP, PTSP simptoma i simptoma trahitilomanije. Ipak, u istraživanjima su se pojavili nejednoznačni rezultati posebno u usporedbi s KBT-om te je potrebno provoditi daljnja istraživanja, vodeći računa o metodološkim izazovima kojih ima mnogo. Potrebno je prevesti i validirati skale za mjerenje psiholoških procesa TPP kod djece i adolescenata na hrvatski jezik te nastaviti istraživanja o načinu usvajanja psiholoških procesa u osnovi psihološke fleksibilnosti te njihovom odnosu prema različitim osobinama djece i adolescenata.

TPP predstavlja novu, modernu kognitivno bihevioralnu terapiju koja se lako uči i prihvatljiva je velikom broju odraslih i djece, bez obzira spadaju li u skupinu s određenim poteškoćama i rizicima ili nemaju većih izazova. Ova tehnika pomaže u promjeni pogleda na svijet i na patnju, lako se uči i primjenjuje na svakodnevni život. Uvođenjem osnovnih postavki prihvaćanja i posvećenosti, osobe mijenjaju svoj život iz korijena te uče kako svakodnevno voditi život u skladu s onim što je njima samima važno. TPP predstavlja izvrstan temelj za tretman različitih teškoća te za razvijanje preventivnih programa za mlade, za kojima postoji sve veća potreba,

pogotovo u trenutnim uvjetima višegodišnje pandemije, potresa i trenutnog ratnog stanja u Europi.

8. LITERATURA

- A-Tjak, J.G., Davis, M.L., Morina, N., Powers, M.B., Smits, J.A., Emmelkamp, P.M. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(1), 30-6. doi: 10.1159/000365764
- Alispahic, S., Hasanbegovic-Anic, E. (2017). Mindfulness: age and gender differences on a Bosnian sample. *Psychological Thought*, 10(1), 155–166. doi:10.5964/psyc.v10i1.224
- Andersson, G., Titov, N. (2014). Advantages and limitations of Internet-based interventions for common mental disorders. *World Psychiatry*. 13(1), 4-11. doi: 10.1002/wps.20083
- Armstrong, A.B., (2011). *Acceptance and commitment therapy for adolescent obsessive-compulsive disorder*. (Neobjavljena doktorska dizertacija). Utah State University.
- Baer, R., Smith, G.T., Allen, K.B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment*. 11(3), 191-206. doi: 10.1177/1073191104268029
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13, 27-45. doi: 10.1177/1073191105283504
- Barney, J.Y., Field, C.E., Morrison, K.L., Twohig, M.P. (2017). Treatment of pediatric obsessive compulsive disorder utilizing parent-facilitated acceptance and commitment therapy. *Psychology in the Schools*, 54(1), 88-100. doi:10.1002/pits.21984
- Bartoccini, A., Sergi, M. R., Macchia, A., Romanelli, R., Tommasi, M., Rotondo, S., Saggino, A. (2017). Studio delle proprietà psicometriche della versione italiana della Child and Adolescent Mindfulness Measure (CAMM). *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 23(1), 11–26.
- Beck, A. T. (2005). The current state of cognitive therapy: A 40-year retrospective. *Archives of General Psychiatry*, 62, 953–959. doi:10.1001/archpsyc.62.9.953
- Behar, E., DiMarco, I. D., Hekler E. B., Mohlman J., Staples, A. M. (2009). Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD): conceptual review and treatment implications. *Journal of Anxiety Disorders*, 23,1011–1023. doi: 10.1016/j.janxdis.2009.07.006
- Best, S. H. (2009). *Experiential avoidance in chronic tic disorders: An online survey and pilot treatment study using habit reversal and Acceptance and Commitment Therapy*. (Neobjavljeni doktorski rad). Duke University.
- Biegel, G. M., Brown, K. W., Shapiro, S. L., Schubert, C. M. (2009). Mindfulness-based stress reduction for the treatment of adolescent psychiatric outpatients: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(5), 855–866.
- Blakemore, S. J., Burnett, S., Dahl R. E. (2010) The role of puberty in the developing adolescent brain. *Human Brain Mapping*, 31(6), 926-33. doi: 10.1037/a0016241
- Blokzijl, R. (2005). *Measuring acceptance-related constructs amongst youngsters: Evaluation of the Dutch willingness and action measure for children and adolescents (WAM-C/A) and the avoidance and fusion questionnaire for youth (AFQ-Y)*. (neobjavljeni magistarski

- rad). *Sectile Development and Educational Psychology*, Leiden University, The Netherlands.
- Bluth, K., Blanton, P. W. (2014). Mindfulness and self-compassion: exploring pathways to adolescent emotional well-being. *Journal of Child and Family Studies*, 23, 1298–1309. doi: 10.1007/s10826-013-9830-2
- Brown, K. W., Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822–848. doi: 10.1037/0022-3514.84.4.822
- Brown, K. W., West, A. M., Loverich, T. M., Biegel, G. M. (2011). Assessing adolescent mindfulness: Validation of an Adapted Mindful Attention Awareness Scale in adolescent normative and psychiatric populations. *Psychological Assessment*, 23(4), 1023–1033. doi:10.1037/0022-3514.84.4.822
- Buljan Flander, G., Mikloušić, I., Redžepi, G., Selak Bagarić, E., Brezinščak, T. (2021). *Rezultati probira mentalnog zdravlja djece u Zagrebu*. Grad Zagreb. <https://www.poliklinika-djeca.hr/wp-content/uploads/2021/03/PROBIR-digitalna-verzija-min.pdf>
- Burckhardt, R., Manicavasagar, V., Batterham, P. J., Hadzi-Pavlovic, D. (2016). A randomized controlled trial of strong minds: A school-based mental health program combining acceptance and commitment therapy and positive psychology. *Journal of School Psychology*, 57, 41-52. doi: 10.1016/j.jsp.2016.05.008
- Burckhardt, R., Manicavasagar, V., Batterham, P. J., Hadzi-Pavlovic, D., Shand, F. (2017). Acceptance and commitment therapy universal prevention program for adolescents: A feasibility study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 11(27) 1-10. doi:10.1186/s13034-017-0164-5
- Chaplin, T.M., Aldao, O. (2013). Gender differences in emotion expression in children: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 139(4), 735–765. doi: 10.1037/a0030737
- Cherry, K.M, Vander Hoeven, E., Patterson, T.S., Lumley, M.N. (2021). Defining and measuring “psychological flexibility”: A narrative scoping review of diverse flexibility and rigidity constructs and perspectives. *Clinical Psychology Review*, 84, 101973. doi: 10.1016/j.cpr.2021.101973
- Chiesi, F., Dellagiulia, A., Lionetti, F., Bianchi, G., Primi, C. (2017). Using item response theory to explore the psychometric properties of the Italian version of the Child and Adolescent Mindfulness Measure (CAMM). *Mindfulness*, 8(2), 351–360. doi:10.1007/s12671-016-0604-y.
- Christodoulou, A., Michaelides, M.P., Karekla, M. (2017). Greek Version of the Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth: Psychometric Evaluation and Gender Multigroup Invariance in Adolescents. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 36(8), 844-849. doi:10.1177/0734282917713500
- Ciarrochi, J., Hayes, L. L. P. (2018). *Shaping DNA (Discoverer, Noticer, and Advisor): A Contextual Behavioral Science Approach to Youth Intervention*. (Ur.) Wilson, D. S., Hayes, S. C. *Evolution and contextual behavioral science: A reunification*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Ciarrochi, J.V., Hayes, L., Bailey, A. (2012). *Get Out of Your Mind & Into Your Life For Teens: A Guide to Living an Extraordinary Life*. New Harbinger Publications. doi:10.1080/07317107.2013.846732

- Ciarrochi, J., Kashdan, T. B., Leeson, P., Heaven, P., Jordan, C. (2011). On being aware and accepting: A one-year longitudinal study into adolescent well-being. *Journal of Adolescence*, 34(4), 695–703. doi: 0.1016/j.adolescence.2010.09.003
- Cobos-Sánchez, L., Fluja-Contreras, J.M., Gómez I. (2020). Willingness and Action Measure for Adolescents: Psychometric validation in Spanish adolescents. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 15, 46-51. doi: 10.1016/j.jcbs.2019.11.006
- Cook, S. (2008). *Can you act with Asperger's? A pilot study of the efficacy of acceptance and commitment therapy (ACT) for adolescents with Asperger syndrome and/or nonverbal learning disability*. (Neobjavljena doktorska disertacija). Wright Institute.
- Cosgrave, E., Keating, V., (2006). After the assessment: Introducing adolescents to cognitive-behavioural therapy. *Australian Journal of Guidance and Counselling*, 16(2), 149–157. doi:10.1375/ajgc.16.2.149
- Coyone, L.W., McHugh, L., Martinez, E.R. (2011). Acceptance and Commitment Therapy (ACT): Advances and Applications with Children, Adolescents, and Families. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 20(2), 379-99. doi: 10.1016/j.chc.2011.01.010
- Cunha, A., Galhardo, A., Pinto-Gouveia, J. (2013). Child and Adolescent Mindfulness Measure (CAMM): study of the psychometric properties of the Portuguese version. *Psicologia: Reflexao e Critica*, 26, 459–468. doi: 10.1590/S0102-79722013000300005
- De Bruin, E. I., Zijlstra, B. J. H., Bögels, S. M. (2014). The meaning of mindfulness in children and adolescents: further validation of the Child and Adolescent Mindfulness Measure (CAMM) in two independent samples from the Netherlands. *Mindfulness*, 5, 422–430. doi:10.1007/s12671-013-0196-8
- Denham, S.A., Wyatt, T.M., Bassett, H.H., Echeverria, D., Knox S.S. (2009) Assessing social-emotional development in children from a longitudinal perspective. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63(1), 37-52. doi: 10.1136/jech.2007.070797
- Dickson, K. S., Ciesla, J. A., Reilly, L. C. (2012). Rumination, worry, cognitive avoidance, and behavioral avoidance: examination of temporal effects. *Behavior Therapy*, 43, 629–640. doi: 10.1016/j.beth.2011.11.002.
- Dinis, A., Carvalho, S., Gouveia, J. P., Estanqueiro, C. (2015). Shame memories and depression symptoms: the role of cognitive fusion and experiential avoidance. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 15(1), 63–86.
- Dion, J., Paquette, L., Daigneault, I., Godbout, N. (2018). Validation of the French version of the Child and Adolescent Mindfulness Measure (CAMM) among samples of French and indigenous youth. *Mindfulness*, 9, 645–653. doi:10.1007/s12671-017- 0807-x.
- Doherr, L., Reynolds, S. A., Wetherly, J., Evans, E. H. (2005). Young Children's Ability to engage in Cognitive Therapy Tasks: Associations with age and Educational Experience. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33(2), 201- 215. doi:10.1017/S1352465804001894
- Doorley, J.D., Goodman, F.R., Kelso K.C., Kashdan, T.B. (2020). Psychological flexibility: What we know, what we do not know, and what we think we know. *Social and Personality Psychology Compass*, 14(3), 1-11. doi:10.1111/spc3.12566
- Eccles, J. S., Roeser, R. W. (2011). Schools as developmental contexts during adolescence. *Journal of Research on Adolescence*, 21(1), 225–241. doi:10.1111/j.1532-7795.2010.00725.x

- Edwards-Hart, T., Chester, A. (2010). Online mental health resources for adolescents: Overview of research and theory. *Australian Psychologist*, 45(3), 223–230. doi:10.1080/00050060903584954
- Ehrenreich-May, J., Chu, B.C. (2013). *Transdiagnostic treatments for children and adolescents: Principles and practice*. New York: Guilford Press.
- Ercegovac, I., Ljubetić, M. (2019) Svjesnost u roditeljstvu majki i očeva djece različite dobi: Validacija hrvatske inačice upitnika. *Psihologijske teme*. 28 (2), 397-418. doi:10.31820/pt.28.2.9
- Fang, S., Ding, D. (2020). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment Therapy for children. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 15, 225–234. doi:10.1016/j.jcbs.2020.01.007
- Fergus, T. A., Valentiner, D. P., Gillen, M. J., Hiraoka, R., Twohig, M. P., Abramowitz, J. S., McGrath, P. B. (2012a). Assessing psychological inflexibility: the psychometric properties of the Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth in two adult samples. *Psychological Assessment*, 24(2), 402–408. doi:10.1037/a0025776
- Fine, K. M., Walther, M. R., Joseph, J. M., Robinson, J., Ricketts, E. J., Bowe, W. E., Woods, D. W. (2012). Acceptance-enhanced behavior therapy for trichotillomania in adolescents. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(3), 463–471. doi:10.1016/j.cbpra.2011.10.002
- Gilbert, P. (2009). *The Compassionate Mind: A New Approach to Life Challenges*. London: Constable and Robinson Ltd.
- Gloster, A.T., Walder, N., Levin M.E., Twohig M.P., Karekla M. (2020). The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 181–192. doi: 10.1016/j.jcbs.2020.09.009
- Goodman, M. S., Madni, L. A., Semple, R. J. (2017). Measuring mindfulness in youth: Review of current assessments, challenges, and future directions. *Mindfulness*, 8(6), 1409–1420. doi:10.1007/s12671-017-0719-9
- Gračanin, A., Gunjača, V., Tkalčić, M., Kardum, I., Bajšanski, I., Perak, B. (2017). Struktura usredotočene svjesnosti i njezina povezanost s crtama ličnosti i emocionalnim reagiranjem. *Psihologijske teme*, 26(3), 675-700. doi:10.31820/pt.26.3.9
- Graham, C.D., Gouick, J, Krahe, C., Gillanders, D. (2016). A systematic review of the use of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in chronic disease and long-term conditions. *Clinical Psychology Review*, 46, 46-58. doi: 10.1016/j.cpr.2016.04.009
- Greco, L. A., Baer, R. A., Smith, G. T. (2011). Assessing mindfulness in children and adolescents: Development and validation of the Child and Adolescent Mindfulness Measure (CAMM). *Psychological Assessment*, 23, 606–614. doi: 10.1037/a0022819
- Greco, L.A., Hayes, S.C. (2008a). *Acceptance & Mindfulness Treatments for Children & Adolescents*. Content Press. New Harbinger publications, Inc.
- Greco, L. A., Lambert, W., Baer, R. A. (2008b). Psychological inflexibility in childhood and adolescence: Development and evaluation of the Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth. *Psychological Assessment*, 20(2), 93-102. doi: 10.1037/1040-3590.20.2.93
- Greco, L. A., Blackledge, J. T., Coyne, L. W., Ehrenreich, J. (2005a). Integrating Acceptance and Mindfulness into Treatments for Child and Adolescent Anxiety Disorders: Acceptance and Commitment Therapy as an Example. (Ur.). Orsillo, S.M., Roemer, L.

Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment. (str. 301–322). Springer Science. Business Media. doi:10.1007/0-387-25989-9_12

- Greco, L. A., Murrell, A. R., Coyne, L. W. (2005b). *Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth*. Available from the first author at Department of Psychology, University of Missouri, St. Louis, and online at www.contextualpsychology.org.
- Greco, L. A., Eifert, G. H. (2004a). Treating parent-adolescent conflict: Is acceptance the missing link for an Integrative Family Therapy?. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, 305-314. doi:10.1016/S1077-7229(04)80045-2
- Greco, L. A., Murrell, A., & Coyne, L. (2004b). *Willingness and acceptance measure for children and adolescents (WAM-C/A)*. Available from the second author and online at www.contextualpsychology.org.
- Habermas, T., Bluck, S. (2000). Getting a life: The emergence of the life story in adolescence. *Psychological Bulletin*, 126(5), 748–769. doi:10.1037/0033-2909.126.5.748
- Halliburton, A., Cooper, L. D. (2015). Applications and adaptations of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for adolescents. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4 (1), 1-11. doi:10.1016/j.jcbs.2015.01.002
- Hancock, K. M., Swain, J., Hainsworth, C. J., Dixon, A. L., Koo, S., Munro, K. (2018). Acceptance and commitment therapy versus cognitive behavior therapy for children with anxiety: Outcomes of a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(2), 296-311. doi:10.1080/15374416.2015.1110822
- Hare, T. A., Tottenham, N., Galvan, A., Voss, H. U., Glover, G. H., Casey, B. J. (2008). Biological substrates of emotional reactivity and regulation in adolescence during an emotional go/no-go task. *Biological Psychology*, 63, 927–934. doi:10.1016/j.biopsycho.2008.03.015.
- Harris, R. (2021) *How To Do ACT Via Telehealth*. <https://psychwire.com/harris/resources>
- Harris, E., Samuel, V. (2020). Acceptance and commitment therapy: A systematic Literature review of prevention and Intervention Programs for Mental Health Difficulties in Children and Young People. *Journal of Cognitive Psychology*, 34, 280- 304. doi: 10.1891/JCPSY-D-20-00001
- Hayes, S. C., Hofmann, S. G. (2017). The third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process-based care. *World Psychiatry*, 16(3), 245–246. doi:10.1002/wps.20442
- Hayes, L. L., Ciarrochi, J. (2015). *The thriving adolescent: Using Acceptance and Commitment Therapy and positive psychology to help teens manage emotions, achieve goals, and build connection*. New Harbinger Publications.
- Hayes, S. C., Levin, M., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J., Pistorello, J. (2013). Acceptance and Commitment Therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy* 44, 180-198. doi: 10.1016/j.beth.2009.08.002
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.
- Hayes, L., Boyd, C.P., Sewell, J. (2011). Acceptance and commitment therapy for the treatment of adolescent depression: A pilot study in a psychiatric out-patient setting. *Mindfulness*, 2, 86–94. doi:10.1007/s12671-011- 0046-5

- Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A., Lillis, J. (2006) Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1):1-25. doi: 10.1016/j.brat.2005.06.006
- Hayes, S. C., Follette, V. M., Linehan, M. M. (2004a). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition*. New York: Guilford.
- Hayes, S. C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J., Guerrero, L. F. (2004b). DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behavior Therapy*, 35, 35–54. doi:10.1016/S0005-7894(04)80003-0
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., Polusny, M., A., Dykstra, T. A., Batten, S. V., Bergan, J., Stewart, S. H., Zvolensky, M. J., Eifert, G. H., Bond, F. W., Forsyth J. P., Karekla, M., McCurry, S. M. (2004c). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, 54, 553-578. doi:10.1007/BF03395492
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., Roche, B. (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.
- Hayes, L. L., Rowse, J. (2008). *Acceptance and commitment therapy: Experiential adolescent group*. Retrieved from Association for Contextual Behavioral Science. http://contextualpsychology.org/treatment_protocols.
- Hayes, L., Bach, P.A., Boyd, C.P. (2010). Psychological treatment for adolescent depression: Perspectives on the past, present, and future. *Behaviour Change*, 27(1), 1–18. doi:10.1375/bech.27.1.1
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., Strosahl, K. (1996). Emotional avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168. doi:10.1037/0022-006X.64.6.1152
- Hayes, S. C. (1993). Analytic goals and the varieties of scientific contextualism. (Ur.) Hayes, L. J., Reese, H.W., Sarbin T.R. *Varieties of scientific contextualism* (str. 11–27). Context Press.
- Heffner, M., Sperry, J., Eifert, G.H., Detweiler, M. (2002). Acceptance and Commitment Therapy in the Treatment of an Adolescent Female with Anorexia Nervosa: A Case Example. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9(3), 232-236.
- Hekmati, I., Abdollahpour, H. A., Rasoul, H. S. (2020) Persian adaptation of avoidance and fusion questionnaire for youth (AFQ-Y): A preliminary examination of its psychometric properties. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 17, 46-54. doi:10.1016/S1077-7229(02)80053-0
- Helsen, M., Vollebergh, W., Meeus, W. (2000). Social support from parents and friends and emotional problems in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 29(3), 319–335. doi:10.1023/A:1005147708827
- Hombrados-Mendieta, M.I., Gomez-Jacinta, L., Dominguez-Fuentes, J.M., Garcia-Lieva, P., Castro-Travé, M. (2012). Types of social support provided by parents, teachers, and classmates during adolescence. *Journal of Community Psychology*, 40(6), 645–664. doi:10.1002/jcop.20523.

- Howe-Martin, L. S., Murrell, A. R., Guarnaccia, C. A. (2012). Repetitive nonsuicidal self-injury as experiential avoidance among a community sample of adolescents. *Journal of Clinical Psychology*, 68(7), 809–829. doi:10.1002/jclp.21868
- Johnson, C., Burke, C., Brinkman, S., Wade, T. (2017). A randomized controlled evaluation of a secondary school mindfulness program for early adolescents: Do we have the recipe right yet?. *Behaviour Research and Therapy*, 99, 37–46. doi:10.1016/j.brat.2017.09.001
- Jokić-Begić, N. i sur. (2021) *Kako smo? Život u Hrvatskoj u doba korone. Preliminarni rezultati drugog vala istraživačkog projekta*. Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta. Sveučilište u Zagrebu.
- Jokić-Begić, N., Lauri Korajlija, A., Begić D. (2020). Mental health of psychiatrists and physicians of other specialties in early covid-19 pandemic: risk and protective factors. *Psychiatria Danubina*, 32(3-4), 536-548. doi: 10.24869/psyd.2020.536
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.
- Katz, L.Y., Fotti, S.A., Postl, L. (2009). Cognitive-behavioral therapy and dialectical behavior therapy; adaptations required to treat adolescents. *Psychiatric Clinics of North America*, 32(1), 95-109. doi: 10.1016/j.psc.2008.10.005
- Katz, L. Y., Fotti, S. A., Postl, L. (2009). Cognitive-behavioral therapy and dialectical behavior therapy: Adaptations required to treat adolescents. *Psychiatric Clinics of North America*, 32, 95–109. doi:10.1016/j.psc.2008.10.005.
- Keresteš, G. (2021) *Kako su djeca? Rezultati drugog vala istraživanja roditeljstva za vrijeme pandemije COVID 19 u Hrvatskoj*. (Ur) Jokić-Begić, N. i sur. *Kako smo? Život u Hrvatskoj u doba korone. Preliminarni rezultati drugog vala istraživačkog projekta*. Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta. Sveučilište u Zagrebu.
- Kingery, J. N., Grover, R. L., Hansen, D. J., Nangle, D. W., Suveg, C. Mychailyszyn, M. P. (2015). Developmentally sensitive implementation of core elements of evidence-based treatments: Practical strategies for youth with internalizing disorders. *The Behavior Therapist*, 38, 116-122.
- Kingery, J. N., Roblek, T. L., Suveg, C., Grover, R. L., Sherrill, J. T., Bergman, R. L. (2006). They're not just "little adults": Developmental considerations for implementing cognitive-behavioral therapy with anxious youth. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20(3), 263–273.
- Kleibeuker, S. W., De Dreu, C. K. W., Crone, E. A. (2013). The development of creative cognition across adolescence: Distinct trajectories for insight and divergent thinking. *Developmental Science*, 16(1), 2–12. doi:10.1111/j.1467-7687.2012.01176.x
- Krnetić, I. (2019). *Priručnik za bazični nivo primjene terapije prihvaćanja i posvećenosti*, Udruženje za kognitivno bihevioralnu terapiju, Banja Luka.
- Kuby, A., Mclean, N., Allen, K. (2015). Validation of the Child and Adolescent Mindfulness Measure (CAMM) with non-clinical adolescents. *Mindfulness*, 6(6), 1448-1455. doi:10.1007/s12671-015-0418-3
- Kuterovac Jagodić, G. (2021) *Kako roditelji procjenjuju teškoće svoje djece? Rezultati drugog vala istraživanja roditeljstva za vrijeme pandemije COVID 19 u Hrvatskoj*. (Ur) Jokić-Begić, N. i sur. *Kako smo? Život u hrvatskoj u doba korone. Preliminarni rezultati*

drugog vala istraživačkog projekta. Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta. Sveučilište u Zagrebu.

- Landy, L.R., Schneider R.L., Arch, J.J. (2015). Acceptance and commitment therapy for the treatment of anxiety disorders: a concise review. *Current Opinion in Psychology*, 2, 1–5. doi:10.1016/j.copsyc.2014.11.004
- Lappalainen, P., Pakkala, I., Strömmer, J., Sairanen, C., Kaipainen, K., Lappalainen, R., (2021) Supporting parents of children with chronic conditions: A randomized controlled trial of web-based and self-help ACT interventions. *Internet Interventions*, 24, 100382. doi: 10.1016/j.invent.2021.100382
- Lappalainen P, Langrial S, Oinas-Kukkonen H, Tolvanen A, Lappalainen R. (2015) Web-based acceptance and commitment therapy for depressive symptoms with minimal support: a randomized controlled trial. *Behavior Modification*, 39(6), 805-834. doi: 10.1177/0145445515598142
- Lappalainen, P., Granlund, A., Siltanen, S., Ahonen, S., Vitikainen, M., Tolvanen, A., Lappalainen, R. (2014). ACT Internet-based vs. face-to-face? A randomized controlled trial of two ways to deliver acceptance and commitment therapy for depressive symptoms: An 18-month follow-up. *Behavior Research and Therapy*, 61, 43-54. doi: 10.1016/j.brat.2014.07.006
- Larson, C. M. (2008). *Stories: A revision of the willingness & action measure for children and adolescents (WAM-C/A).* (Neobjavljena doktorska disertacija). University of North Texas.
- Laurie, A. Greco, D., Hayes, S.C. (2008). *Acceptance & Mindfulness Treatments for Children & Adolescents.* Context Press New Harbinger Publications, Inc.
- Lawlor, M. S., Schonert-Reichl, K. A., Gademann, A. M., Zumbo, B. D. (2014). A validation study of the Mindful Attention Awareness Scale adapted for children. *Mindfulness*, 5(6), 730–741. doi:10.1007/s12671-013-0228-4
- Lechtenberg, M. M. (2012). *Assessing the adolescent experience of mindfulness.* Kansas State University.
- Lee, E. B., Haeger, J. A., Levin, M. E., Ong, C. W., Twohig, M. P. (2018). Telepsychotherapy for trichotillomania: A randomized controlled trial of ACT-enhanced behavior therapy. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 18, 106–115. doi:10.1016/j.jocrd.2018.04.003
- Lilian Dindo, L., Van Liew, J.R., Arch J.J. (2017) Acceptance and Commitment Therapy: A Transdiagnostic Behavioral Intervention for Mental Health and Medical Conditions. *Neurotherapeutics*, 14(3), 546–553. doi: 10.1007/s13311-017-0521-3
- Linehan, M.M., Armstrong, H.E., Suarez, A., Allmon, D., Heard, H.L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48(12), 1060-1064. doi: 10.1001/archpsyc.1991.01810360024003
- Livheim, F., Hayes, L., Ghaderi, A., Magnusdottir, T., Högfeltdt, A., Rowse, J., Turner, S., Hayes, S. C., Tengström, A. (2015). The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy for adolescent mental health: Swedish and Australian pilot outcomes. *Journal of Child and Family Studies*, 24(4), 1016–1030. doi:10.1007/s10826-014-9912-9
- Lovibond, P.F., Lovibond, S.H. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety

- Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343. doi: 10.1016/0005-7967(94)00075-u
- MacPherson, H. A., Cheavens, J. S., Fristad, M. A. (2013). Dialectical behavior therapy for adolescents: Theory, treatment, adaptations, and empirical outcomes. *Clinical Child and Family Psychological Review*, 16(1), 59–80. doi:10.1007/s10567-012-0126-7
- Mamić, S., Nekić, M. (2019). Anksioznost kod studenata: uloga perfekcionizma, netolerancije neizvjesnosti, ruminacije i usredotočene svjesnosti. *Društvena istraživanja*, 28(2), 295. doi:10.5559/di.28.2.06
- Maršanić Boričević, V., Paradžik, L.J., Zečević, I., Karapetić Bolfan, L.J. (2015) Usredotočena svjesnost- mindfulness: primjena u djece i adolescenata. *Socijalna psihijatrija*, 43, 142-150.
- Maršanić Boričević, V, Kordić, A., Flandre, M. (2018). Mindfulness- focused awareness: application in children at psychiatric ward. *Psychotherapy in achieving health and well-being for children and young people*, 1, 5-15.
- Meagher, R., Chessor, D., Fogliati, V. J. (2018). Treatment of pathological worry in children with acceptance- based behavioural therapy and a multisensory learning aide: A pilot study. *Australian Psychologist*, 53(2), 134-143. doi:10.1111/ap.12288
- Mihić, J. (2019). Odnos usredotočene svjesnosti i emocionalne kompetentnosti kod adolescenata. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 55(1), 26-39. doi:10.31299/hrri.55.1.3
- Murrell, A. R., Scherbarth, A. J. (2006). State of the research and literature address: ACT with children, adolescents, and parents. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 2, 531–543. doi:10.1037/h0101005
- Murrell, A. R., Coyne, L. W., Wilson, K. G. (2005). ACT with Children, Adolescents, and Their Parents. (Ur.) Hayes, S. C., Strosahl, K. D. *A practical guide to acceptance and commitment therapy* (str. 249–273). New York: Springer
- Myles, S. M. (2002). *The application of acceptance and commitment therapy to the treatment of adolescents with disruptive behaviours*. (Neobjavljena doktorska disertacija). Bangor, United Kingdom: University of Wales.
- Oppo, A., Schweiger, M., Ristallo, A., Presti, G., Pergolizzi, F., Moderato, P. (2019). Mindfulness skills and psychological inflexibility: Two useful tools for a clinical assessment for adolescents with internalizing behaviors. *Journal of Child and Family Studies*, 1–12. doi:10.1007/s10826-019-01539-w
- Paus, T. (2005) Mapping Brain Development and Aggression. *Canadian Child and Adolescent Psychiatry Review*, 14(1), 10–15.
- Peskin, J., Wells-Jopling, R. (2012). Fostering symbolic interpretation during adolescence. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 33(1), 13–23. doi:10.1016/j.appdev.2011.08.002
- Petts R.A., Duenas, J.A., Gaynor, S.T. (2017). Acceptance and Commitment Therapy for Adolescent Depression: Application with a Diverse and Predominantly Socioeconomically Disadvantaged Sample. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(2), 134-144. doi:10.1016/j.jcbs.2017.02.006
- Puolakanaho A, Lappalainen R, Lappalainen P, Muotka JS, Hirvonen R, Eklund KM, Ahonen TPS, Kiuru N. (2019) Reducing Stress and Enhancing Academic Buoyancy among

- Adolescents Using a Brief Web-based Program Based on Acceptance and Commitment Therapy: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Youth and Adolescence*, 48(2):287-305. doi: 10.1007/s10964-018-0973-8
- Puolakanaho, A., Lappalainen, R., Lappalainen, P., Muotka, J., Hirvonen, R., Eklund, K., Ahonen, T., Kiuru, N. (2018). Reducing Stress and Enhancing Academic Buoyancy among Adolescents Using a Brief Web-based Program Based on Acceptance and Commitment Therapy: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Youth and Adolescence*, 48(2), 287-305. doi:10.1007/s10964-018-0973-8
- Quakley, S. M., Coker, S. E., Palmer, K., Reynolds, S. A. (2003). Can children distinguish between thoughts and behaviours?. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 31(2), 159-168. doi:10.1017/S1352465803002030
- Räsänen P, Lappalainen P, Muotka J, Tolvanen A, Lappalainen R. (2016). An online guided ACT intervention for enhancing the psychological wellbeing of university students: A randomized controlled clinical trial. *Behaviour Research and Therapy*, 78, 30-42. doi: 10.1016/j.brat.2016.01.001
- Renshaw, T. L. (2018). Probing the relative psychometric validity of three measures of psychological inflexibility. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 7, 47-54. doi:10.1016/j.jcbs.2017.12.001
- Reynolds, S., Wilson, C., Austin, J., Hooper, L. (2012). Effects of psychotherapy for anxiety in children and adolescents: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 32(4), 251-262. doi: 10.1016/j.cpr.2012.01.005
- Rubia, K., Smith, A. B., Woolley, J., Nosarti, C., Heyman, I., Taylor, E. (2006). Progressive increase of frontostriatal brain activation from childhood to adulthood during event-related tasks of cognitive control. *Human Brain Mapping*, 27, 973-993. doi:10.1002/hbm.20237
- Ruiz, F. J. (2012). Acceptance and commitment therapy versus traditional cognitive behavioral therapy: A systematic review and meta-analysis of current empirical evidence. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 12(3), 333-357.
- Sabaini, K.D. (2013). *Evaluating the impact of acceptance and commitment therapy on children with emotional and behavioral disorders*. (Neobjavljeni magistarski rad). Southern Illinois University Carbondale.
- Salazar, D. M., Ruiz, F. J, Suárez-Falcón, J. C., Barreto-Zambrano, M. L., Gómez-Barreto M. P., Flórez, C. L. (2018) Psychometric properties of the Avoidance and Fusion Questionnaire –Youth in Colombia. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 12, 305-313. doi:10.1016/j.jcbs.2018.11.008
- Sauter, F.M., Heyne, D., Michiel Westenberg, P. (2009). Cognitive behavior therapy for anxious adolescents: developmental influences on treatment design and delivery. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 12(4), 310-35. doi: 10.1007/s10567-009-0058-z
- Schweiger, M., Ristallo, A., Oppo, A., Pergolizzi, F., Presti, G., Moderato, P. (2017). Ragazzi in lotta con emozioni e pensieri: la validazione della versione italiana dell' Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth (I-AFQ-Y). *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 23, 141-162.

- Schmalz, J. E., Murrell, A. R. (2010). Measuring experiential avoidance in adults: The avoidance and fusion questionnaire. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 6(3), 198-123. doi:10.1037/h0100908
- Schramm, A. T., Venta, A., Sharp, C. (2013). The role of experiential avoidance in the association between borderline features and emotion regulation in adolescents. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 4(2), 138–144. doi:10.1037/a0031389
- Schulte-Körne G. (2016) Mental health problems in a school setting in children and adolescents. *Deutsches Ärzteblatt International*, 113(11), 183–190. doi:10.3238/arztebl.2016.0183
- Schmalz, J. E., Murrell, A. R. (2010). Measuring experiential avoidance in adults: The avoidance and fusion questionnaire. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 6(3), 198–213. doi:10.1037/h0100908
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Guilford Press.
- Shabani, M.J., Mohsenabadia, H., Omidia, A., Leeb E.B., Twohigb M.P., Amadvandc, A., Zanjania, Z. (2019). An Iranian study of group acceptance and commitment therapy versus group cognitive behavioral therapy for adolescents with obsessive-compulsive disorder on an optimal dose of selective serotonin reuptake inhibitors. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 22, 100440. doi:10.1016/j.jocrd.2019.04.003
- Shimoda, Y., Ishizu, K., Ohtsuki T. (2018). The reciprocal relations between experiential avoidance and social anxiety among early adolescents: A prospective cohort study. *Journal of contextual behavioral science*, 10, 115-119. doi:10.1016/j.jcbs.2018.10.001
- Simon, E., Verboon, P. (2016). Psychological inflexibility and child anxiety. *Journal of Child and Family Studies*, 25(12), 3565–3573. doi:10.1007/s10826-016-0522-6
- Steinberg, L. (2005). Cognitive and affective development in adolescence. *Trends in Cognitive Sciences*, 9(2), 69–74. doi:10.1016/j.tics.2004.12.005
- Steinberg, L., Morris, A. S. (2001). Adolescent development. *Annual Review of Psychology*, 52, 83-110. doi:10.1146/annurev.psych.52.1.83
- Stoddard, J. A., Afari, N. (2014). *The Big Book of ACT Metaphors: A Practitioner's Guide to Experiential Exercises and Metaphors in Acceptance and Commitment Therapy*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Swain, J., Hancock, K., Dixon, A., Bowman, J. (2015a). Acceptance and commitment therapy for children: A systematic review of intervention studies. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(2), 73–85. doi:10.1016/j.jcbs.2015.02.001.
- Swain, J., Hancock, K., Hainsworth, C., Bowman, J. (2015b). Mechanisms of change: Exploratory outcomes from a randomised controlled trial of acceptance and commitment therapy for anxious adolescents. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(1), 56–67. doi:10.1016/j.jcbs.2014.09.001.
- Szabó, M., Lovibond, P.F. (2006). Anxiety, Depression, and Tension/Stress in Children. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 28, 192–202. doi:10.1007/s10862-005-9008-3

- Takahashi, F., Ishizu, K., Matsubara, K., Ohtsuki, T., Shimoda, Y. (2020). Acceptance and commitment therapy as a school-based group intervention for adolescents: An open-label trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 16, 71–79. doi:10.1016/j.jcbs.2020.03.001
- Tan, L. B., Martin, G. (2015). Taming the adolescent mind: a randomized controlled trial examining clinical efficacy of an adolescent mindfulness-based group program. *Child and Adolescent Mental Health*, 20(1), 49–55. doi: 10.1111/camh.12057
- Theofanous, A., Ioannou, M., Zacharia, M., Georgiou, S. N., Karekla, M. (2020). Gender, Age, and Time Invariance of the Child and Adolescent Mindfulness Measure (CAMM) and Psychometric Properties in Three Greek-Speaking Youth Samples. *Mindfulness*, 11(5), 1298–1307. doi:10.1007/s12671-020-01350-5
- Turrell, S., Bell, M. (2016). *ACT for Adolescents: Treating Teens and Adolescents in Individual and Group Therapy*. Oakland, CA: Context Press.
- Twohig, M. P., Petersen, J. M., Fruge, J., Ong, C. W., Barney, J. L., Krafft, J., Lee, E. B., Levin, M. E. (2021). A Pilot Randomized Controlled Trial of Online-Delivered ACT-Enhanced Behavior Therapy for Trichotillomania in Adolescents. *Cognitive and Behavioral Practice*, 28(4), 653–668.
- Valdivia-Salas, S., Martín-Albo, J., Zaldivar, P., Lombas, A. S., Jiménez, T. I. (2017). Spanish validation of the Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth (AFQ-Y). *Assessment*, 24(7), 919–931. doi:10.1177/1073191116632338
- Van der Gucht, K., Griffith, J. W., Hellemans, R., Bockstaele, M., Pascal-Claes, F., Raes, F. (2017). Acceptance and commitment therapy (ACT) for adolescents: Outcomes of a large-sample, school-based, cluster-randomized controlled trial. *Mindfulness*, 8(2), 408–416. doi:10.1007/s12671-016-0612-y
- Vaughan-Johnston, T.I., Quickert R.E., MacDonald, T.K. (2017). Psychological flexibility under fire: Testing the incremental validity of experiential avoidance. *Personality and Individual Differences*, 105, 335–349. doi:10.1016/j.paid.2016.10.011
- Venta A, Sharp C, Hart J. (2012). The relation between anxiety disorder and experiential avoidance in inpatient adolescents. *Psychological Assessment*, 24(1), 240-248. doi: 10.1037/a0025362
- Vialle, W., Heaven, P. C. L., Ciarrochi, J. (2007). On being gifted, but sad and misunderstood: Social, emotional, and academic outcomes of gifted students in the Wollongong Youth Study. *Educational Research and Evaluation*, 13(6), 569–586. doi:10.1080/13803610701786046
- Viñas, F., Malo, S., González, M., Navarro, D., Casas, F. (2015). Assessing mindfulness on a sample of Catalan-speaking Spanish adolescents: validation of the Catalan version of the Child and Adolescent Mindfulness Measure. *Spanish Journal of Psychology*, 18(46), 1–8. doi:10.1177/0016986215609113
- Vuk, V. (2019) *Disfunkcionalna vjerovanja, psihološka nefleksibilnost i emocionalne smetnje studenata*. (Neobjavljeni diplomski rad). Filozofski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
- Weeks M, Ploubidis, G.B., Cairney J., Wild, T.C., Naicker, K., Colman, I., (2016). Developmental pathways linking childhood and adolescent internalizing, externalizing, academic competence, and adolescent depression. *Journal of Adolescence*, 51, 30–40. doi:10.1016/j.adolescence.2016.05.009

- Weil, L. G., Fleming, S. M., Dumontheil, I., Kilford, E. J., Weil, R. S., Rees, G. (2013). The development of metacognitive ability in adolescence. *Consciousness and Cognition*, 22(1), 264–271. doi: 10.1016/j.concog.2013.01.004
- Wicksell, R. K., Dahl, J., Magnusson, B., Olsson, G. L. (2005). Using acceptance and commitment therapy in the rehabilitation of an adolescent female with chronic pain. A case example. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12, 415–423. doi:10.1016/S1077-7229(05)80069-0
- Wiklund, M., Malmgren-Olsson, E.B., Öhman, A., Bergstrom, E., Fjellman-Wiklund, A. (2012). Subjective health complaints in older adolescents are related to perceived stress, anxiety and gender – a cross-sectional school study in Northern Sweden. *BMC Public Health*, 12, 1471-2458. doi:10.1186/1471-2458-12-993
- Wilson, K. G., Murrell, A. R. (2004). Values work in Acceptance and Commitment Therapy: Setting a Course for Behavioral Treatment. (Ur.) Hayes, S. C., Follette, V. M., Linehan, M. *Mindfulness & Acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (str. 120-151). New York: Guilford Press.
- Woidneck, M. R. (2012). *Acceptance and commitment therapy for the treatment of posttraumatic stress among adolescents*. Unpublished doctoral dissertation. Logan, Utah: Utah State University.
- Woidneck, M. R., Morrison, K. L., Twohig, M. P. (2014) Acceptance and Commitment Therapy for the treatment of posttraumatic stress among adolescents. *Behavior Modification*, 38, 451–476. doi:10.1177/0145445513510527
- Wolgast M. (2014) What does the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II) really measure?. *Behavior Therapy*, 45(6), 831-839. doi: 10.1016/j.beth.2014.07.002
- Zack, S., Saekow, J., Kelly, M., Radke, A. (2014). Mindfulness based interventions for youth. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 32(1), 44–56. doi:10.1007/s10942-014-0179-2

9. ŽIVOTOPIS

Neda Pleić diplomirala je psihologiju na Filozofskom fakultetu u Zagrebu. Od 2007. godine do 2015. godine radila je kao stručni suradnik u osnovnoj školi, od 2015. do 2017. godine radila je kao odgajatelj u Domu za odgoj djece i mladeži u Splitu. 2017. godine se zapošljava kao psiholog u KBC Split u Regionalnom centru za psihotraumu, a zatim 2019. godine na Odjelu dječje i adolescentne psihijatrije na poslovima psihodijagnostike i psiholoških tretmana. Od 2010. se usavršava u psihoterapijskom radu učenjem Kognitivno bihevioralne terapije uključujući Mindfulness, Shema terapiju, Terapiju usmjerenu na suosjećanje i Terapiju prihvaćanja i posvećenosti. 2019. upisala je Specijalistički studij kliničke psihologije, a 2021. je upisala Doktorski studij psihologije.

Uz posao, kontinuirano je posvećena volonterskim aktivnostima i honorarnim poslovima u suradnji s Udrugom Most, Ligom za prevenciju ovisnosti, udrugom Palčići, veteranima Brodosplita, Nakladom Slap. Bila je vanjska suradnica Centra za socijalnu skrb. Od 2016. godine volontira u Studentskom savjetovalištu Filozofskog fakulteta u Splitu. Aktualno dominantno surađuje s udrugom Klub trudnica i roditelja u Splitu gdje održava predavanja za roditelje (Male tajne roditeljstva), radionice za učenike (Sigurna mreža), predavanja i radionice za trudnice (Znanjem do poroda bez straha i Fit u trudnoći) i vodi savjetovalište. Aktivna je članica upravnog odbora Društva psihologa u Splitu od 2013. godine, dopredsjednica od 2015. godine te predsjednica od 2020-2022. godine. Kroz rad društva bila je u organizacijskom odboru 24. godišnje konferencije hrvatskih psihologa te od 2013. svake godine sudjeluje u organizaciji Tjedna psihologije u Splitu. Uključena je u provedbu kolegija Psihijatrija na Medicinskom fakultetu u Splitu te u provedbu kolegija Zdravstvene psihologije na Zdravstvenim studijima u Splitu.

Izlagala je na većem broju međunarodnih kongresa u Republici Hrvatskoj. Prevela je jednu knjigu te je izdala nekoliko znanstvenih radova u koautorstvu s kolegama.

Tijekom pandemije korona virusa koordinirala je mrežu Telefona psihološke pomoći za Splitsko dalmatinsku županiju te sudjelovala u nizu medijskih aktivnosti promocije mentalnog zdravlja te je dobila Zahvalnicu Hrvatske psihološke komore za zasluge i doprinos u kriznom volontiranju na Mreži telefona za psihološku pomoć HPK i HPD u 2020. godini.

Članica je Hrvatske psihološke komore, Hrvatskog psihološkog društva, Društva psihologa u Splitu, Udruženja za bihevioralno-kognitivne terapije (HUBIKOT) i Association for Contextual Behavioral Science (ACBS).