

Rizični i zaštitni faktoru mentalnog zdravlja kod adolescenata

Sviben, Filip

Master's thesis / Diplomski rad

2017

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Department of Croatian Studies / Sveučilište u Zagrebu, Hrvatski studiji**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:111:158358>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-09-26**



Repository / Repozitorij:

[Repository of University of Zagreb, Centre for Croatian Studies](#)





SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
HRVATSKI STUDIJI

Filip Sviben

**Rizični i zaštitni faktori mentalnog
zdravlja kod adolescenata**

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2017.



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
HRVATSKI STUDIJI
ODJEL ZA PSIHOLOGIJU

Filip Sviben

**Rizični i zaštitni faktori mentalnog
zdravlja kod adolescenata**

DIPLOMSKI RAD

Mentor: doc. dr. sc. Miroslav Rajter

Zagreb, 2017.

Zahvala

Zahvaljujem se svom mentoru doc. dr. sc. Miroslavu Rajteru na velikoj pomoći u izradi ovog diplomskog rada od samog početka razrađivanja teme, planiranja provođenja istraživanja, i uputa u interpretaciji rezultata. Dali ste mi drugačiji pogled na interpretaciju rezultata i motivirali me da istražujem i unaprijedim svoja znanja iz metodologije. Također se zahvaljujem svim profesorima s Hrvatskih studija koji su mi predavali, naučili me raznovrsnosti i važnosti psihološke djelatnosti i razvili kritično razmišljanje koje mi se pokazalo veoma važnim u donošenju odluka. I veliko hvala mojoj obitelji i prijateljima koji su me podržavali ovih pet godina i učinili mi studiranje zabavnom i ugodnom etapom mog života.

Sažetak

Svijest o važnosti mentalnog zdravlja sve se više razvija u današnjem društvu. Ukupni troškovi dijagnosticiranja i tretiranja psihičkih bolesti iznose oko 3-4% BDP-a pojedinih država (Silobrčić-Radić, 2011). Stoga je veoma bitno razumjeti i predvidjeti razvoj mentalnog zdravlja u djetinjstvu i identificirati pojedince koji bi mogli razviti nepovoljno mentalno zdravlje. Na taj način ulaganjem manje novaca i truda može se postići bolji rezultati i spriječiti potencijalni razvoj neke psihičke poteškoće.

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati prediktore koji se nalaze u pozadini internaliziranih i eksternaliziranih poteškoća i utvrditi njihovu ulogu u objašnjavanju mentalnog zdravlja kod adolescenata. Prediktori korišteni u analizi su socio-demografske varijable (spol, broj starije i mlađe braće i sestara i socio-ekonomski status), doživljeno nasilje od strane roditelja i otpornost. Osim toga ispitala se pojavnost i priroda psihičkih poteškoća.

U istraživanju je sudjelovalo 225 srednjoškolaca u Gradu Zagrebu. Podaci su prikupljeni u školama za vrijeme nastave ispunjavanjem upitnika koje je trajalo 20 minuta. Korišteni upitnici su: Skala rješavanja sukoba dijete-odrasli, Resillience scale for adolescents (READ), Achenbachova problemska skala i Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS 21).

Rezultati istraživanja pokazali su kako se otpornost pokazala kao najbolji prediktor u predviđanju eksternaliziranih i internaliziranih poteškoća, dok se doživljeno nasilje pokazalo kao značajan prediktor u predviđanju eksternaliziranih poteškoća. Osim navedenog spol se pokazao kao značajan prediktor u doživljavanju internaliziranih poteškoća, a broj starije braće i sestara u predviđanju eksternaliziranih poteškoća. Svi prediktori zajedno uspjeli su objasniti 14,1% ukupnog varijabiliteta ukupnog rezultata na Achenbachovoj problemskoj skali i 29,5% ukupnog varijabiliteta ukupnog rezultata DASS skale.

Ključne riječi: mentalno zdravlje, doživljeno nasilje, otpornost, socio-ekonomski status

Risk and protective factors of adolescent's mental health

Abstract

Today society is getting more aware of mental health importance and its development. All though we invest a lot of money, time and effort to diagnose and treat psychical illnesses at adult age, but it is very important to predict development of mental health in childhood and to identify individuals that could potentially develop negative mental health. By doing that, we could achieve better results and stop mental health problems at its beginning with investing less money and effort.

Aim of this study was to investigate predictors of internalising and externalising problems with hierarchical regression analysis. Predictors used in this analysis were socio-demographic variables (gender, number of older and younger siblings and socio-economic status), experienced violence by parents and resilience. Beside regression, prevalence and nature of psychical illnesses was also examined.

In total 225 high school students from Zagreb have participated in this survey. Data was collected in schools during class by filling in 20 minutes questionnaire. Scales that were used are: child-parent conflict resolving Scale, Resilience Scale for adolescents (READ), Achenbach's problem Scale and Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS 21).

Results have shown that resilience was good predictor in predicting externalising and internalising problems, while experienced violence was good predictor in predicting externalising problems. In addition, gender has shown as significant predictor to predict internalising problems, and number of elder sibling was significant predictor to predict externalising problems. All predictors have explained 14,1% of total variance of Achenbach's problem scale data and 29,5% of total variance of DASS scale data.

Key words: Mental health, experienced violence, resilience, socio-economic status

Sadržaj

| | |
|--|----|
| 1. UVOD | 2 |
| 1.1. <i>Otpornost</i> | 3 |
| 1.2. <i>Doživljeno nasilje</i> | 4 |
| 1.3. <i>Socio-ekonomski status</i> | 5 |
| 1.4. <i>Mentalno zdravlje</i> | 7 |
| 1.4.1. <i>Internalizirani poremećaji</i> | 9 |
| 1.4.2. <i>Eksternalizirani poremećaji</i> | 11 |
| 2. CILJ I PROBLEMI ISTRAŽIVANJA | 13 |
| 3. METODA..... | 14 |
| 3.1. <i>Sudionici</i> | 14 |
| 3.2. <i>Mjerni instrumenti</i> | 14 |
| 3.3. <i>Postupak</i> | 16 |
| 4. REZULTATI..... | 18 |
| 5. RASPRAVA..... | 27 |
| 5.1. <i>Ograničenja istraživanja i daljnje implikacije</i> | 31 |
| 6. ZAKLJUČAK | 33 |
| 7. LITERATURA..... | 34 |

1. UVOD

U današnje vrijeme, sve je više psihičkih poremećaja dijagnosticirano u doba adolescencije. Naravno jedan od razloga tome je i brz napredak u dijagnostici samih poremećaja. Međutim, kako bi se održala kvalitetna razina mentalnog zdravlja u populaciji adolescenata, veoma je važno predvidjeti pojedince koji spadaju u rizičnu skupinu razvijanja nekog poremećaja i na vrijeme intervenirati. Također, bitno je kod takvih pojedinaca prepoznati njihove snage koje mogu koristiti kao zaštitne faktore. Rano prepoznavanje problema i rizika mentalnog zdravlja, kao i zaštitnih faktora kod djece i mladih, od velike je važnosti za pravovremenu i učinkovitu intervenciju, za prevenciju problema, unaprjeđenje mentalnog zdravlja i stvaranje pretpostavki za ostvarenje potencijala te dobiti u životnoj perspektivi. Učinkovite strategije za rano uočavanje rizika javljanja poremećaja kod djece i mladih mogu poslužiti kako roditeljima, tako i profesionalcima koji se u svome poslu bave mentalnim zdravljem (Gulin, 2012). Za adolescente, rizični faktori za razvoj psihičkih poremećaja uključuju izolaciju od društva, velike školske obaveze i pritisak, nisko samopoštovanje i loša slika vlastitog tijela, kao i rizična ponašanja poput konzumacije droge i alkohola. Istraživanja također pokazuju kako poteškoće u mentalnom zdravlju mogu prouzročiti i trauma ili stresan životni događaj čije se posljedice mogu prenijeti na kasnije faze života (Dray i sur., 2014).

Sukladno navedenom možemo zaključiti kako je mentalnom zdravlju potrebno pristupiti eklektički i potpomagati razvoj u različitim domenama života. Sayre, Dervicelli, Neuman i Wodon (2015) smatraju kako bi se trebalo intervenirati na četiri ključna faktora razvoja: kognitivni razvoj, lingvistički razvoj, socio-emocionalni razvoj i subjektivna dobrobit. Kako bismo mogli pospješiti razvoj u navedena četiri faktora potrebno je unaprijediti različite sektore u koje su djeca i adolescenti uključeni, poput zdravstvene ustanove, obrazovne ustanove centri za socijalnu skrbi kao i generalna socijalna politika mladih i sl. Pregledom literature možemo zaključiti kako u posljednje vrijeme postoje mnogi faktori koji negativno utječu na mentalno zdravlje adolescenata i mladih, ali je isto tako svijest o važnosti povoljnog mentalnog razvoja mladih porasla. Provođenjem istraživanja i identificiranja važnih faktora koji povoljno ili nepovoljno koreliraju s mentalnim zdravljem ključ su napretka dobiti mladih, a samim time i cijele zajednice. U ovome istraživanju detaljnije će se posvetiti doživljenom nasilju i ekonomskim teškoćama u obitelji kao rizičnim faktorima i osobnoj otpornosti kao zaštitnom faktorom u razvoju mentalnog zdravlja.

1.1. Otpornost

Detaljnija istraživanja o otpornosti unutar psihologije počela su se provoditi tek nakon Drugog svjetskog rata (Seligman, 2000). Za vrijeme rata mnogi ljudi su doživjeli traume što je potaklo znanstvenike da proučavaju načine nošenja s tim traumama i kakve su dugoročne posljedice te traume imale na njihov kasniji život. S vremenom su se počele uviđati značajne individualne razlike između pojedinaca u nošenju sa životnim teškoćama, a nakon čega je nizom istraživanja potvrđen jedan faktor koji obuhvaća veliki dio tih individualnih razlika (Masten, 2001).

U psihologiji i psihijatriji koncept otpornosti odnosi se na pozitivnu adaptaciju u kontekstu rizika ili nedaća (Masten, 2001). To je veoma širok pojam koji obuhvaća niz fenomena uključujući dobro funkcioniranje pod stresom, kapacitet nošenja s problemima, oporavak od traume te postizanje dobrih ishoda kod pojedinaca s povećanim rizikom od neuspjeha. U nekim razvojnim studijama, otpornost se definira upravo kao pozitivan razvojni ishod u situaciji visokog rizika problematičnosti u razvojnom procesu (Masten, 2001). Postoje dva glavna pristupa u istraživanju otpornosti, a koji pokušavaju predvidjeti ishode otpornosti kod visoko rizične djece - Pristup orijentiran na varijable i pristup orijentiran na osobu. Pristup orijentiran na varijable koristi multivarijatnu statistiku u testiranju povezanosti između mjerene visine rizičnosti, pozitivnih ishoda i potencijalnih kvaliteta kod pojedinca koje ga štite od negativnih utjecaja. Pristup orijentiran na osobu uspoređuje pojedince koji odgovaraju različitim profilima gledajući unaprijed definirane kriterije, a kojima se pokušava utvrditi što razlikuje jednu grupu osoba s visokom otpornošću u odnosu na drugu grupu s nižom razinom otpornosti. S jedne strane pristup orijentiran na varijable maksimizira statističku snagu i primjeren je u identificiranju specifičnih razlika između različitih prediktora i između različitih ishoda kako bi se oni najznačajniji korigirali u intervencijama. Međutim ovaj pristup zbog toga gubi na vanjskoj valjanosti i ne može toliko dobro identificirati pojedince koji spadaju u grupu veće rizičnosti i kojima je potrebna intervencija. S druge strane pristup orijentiran na ljude proučava promjene koje se prirodno događaju kod pojedinca i može bolje analizirati pojedinačne situacije i ishode (Masten i Masten, 2016).

Za razvoj otpornosti ključni su odnosi pojedinca s njegovom užom obitelji, kao i sami odnosi unutar obitelji. Fizičko ili psihičko zlostavljanje ili zanemarivanje djece može imati izravne fizičke i emocionalne posljedice na njih, ali isto tako dugoročno mogu poremetiti razvoj adaptivnih sistema koji razvijaju kompetencije i otpornost kod djece. Ona mogu imati narušenu otpornost stresu, sposobnost uspostavljanja dugoročnih partnerskih odnosa što

kasnije direktno smanjuje otpornost od razvoja psihičkih poremećaja (Ungar, 2015). Razvoj otpornosti svakako je povezan s nizom ostalih varijabli poput socio-ekonomskog statusa obitelji, sigurnosti susjedstva, svađe roditelja, nedovoljne i nepravilne prehrane i sl. Isto tako navedeni i slični loši uvjeti u kojem se dijete razvija čine pogodno tlo za razvoj mentalnih poremećaja. Stoga je iznimno teško utvrditi koliki efekt su rizični faktori imali na razvoj otpornosti, koliki na sam razvoj psihičkih poremećaja, a koliki je onda individualni doprinos otpornosti u zaštiti od tih psihičkih poremećaja (Ungar, 2015). Nadamo se da će rezultati ovog istraživanje donekle demistificirati efekte otpornosti i doživljenog nasilja u obitelji na razvoj psihičkih poremećaja kod adolescenata .

1.2. Doživljeno nasilje

Brojna istraživanja do sada provedena su kako bi se detaljnije proučio odnos između doživljenog nasilja kod djece i adolescenata i njihovog mentalnog zdravlja. Većina tih istraživanja pokazuje kako fizičko ili psihičko nasilje na djecu ostavlja dugotrajne negativne posljedice koji se manifestiraju u lošem kognitivnom, fizičkom i emocionalnom razvoju. Primjerice istraživanje Machisa, Christofides i Jewkes (2016) provedeno na 17.000 sudionika pronašlo je značajnu korelaciju između doživljenog nasilja u djetinjstvu i razvoja različitih tjelesnih i mentalnih poteškoća u odrasloj dobi. Također rezultati istraživanja Kim, Song i Han (2010) pokazuju kako djeca koja dožive više nasilja kod kuće imaju lošije mentalno zdravlje od svojih vršnjaka, a koje se dalje manifestira u razvoju nižeg samopoštovanja, depresije i loših partnerskih odnosa. Rezultati još jednog istraživanja kojeg su proveli Liu, Yeh, Ko i Hu (2015) pokazuju kako učenici koji dožive nasilje kod kuće ili u školi od strane profesora imaju veći rizik da dožive nasilje i od strane svojih vršnjaka, a ti isti učenici imaju češće niže mentalno zdravlje u odnosu na učenike koji nisu žrtve nasilja. To isto istraživanje je pokazalo kako djevojke koje dožive nasilje češće i same čine nasilje nad svojim vršnjacima i kako se negativne posljedice doživljenog fizičkog nasilja više manifestiraju kod djevojaka nego kod mladića.

Nekoliko psihosocijalnih modela pokušavaju objasniti vezu između fizičkog zlostavljanja djece i njihovog mentalnog zdravlja. Prema teoriji privrženosti, fizičko zlostavljanje djece škodi odnosu između djeteta i roditelja, ali šteti i percepciji i nošenju sa stresnim situacijama kod mladih. Primjerice žrtva nasilja može u određenoj situaciji percipirati da je verbalno napadnuta od strane svojih vršnjaka, ali reagirati fizički nasilno u toj situaciji (Bowlby, 1988). Prema teoriji srama, žrtve fizičkog nasilja česte osjećaju da su osramoćene u društvu, a što može poremetiti njihovo psihološko zdravlje. Takvi pojedinci će češće doživjeti nasilje od

strane vršnjaka, što dovodi do većeg osjećaja srama i predispozicije za razvoj psihičkih poremećaja (Annerback, Sahlqvist, Svedin, Wingren i Gustafsson, 2012). Prema teoriji socijalnog učenja (Bandura, 1973, prema Liu i sur., 2015) adolescenti koji dožive fizičko nasilje mogu naučiti kako je takav obrazac ponašanja normalan ili kako je agresivno ponašanje pravilan način reagiranja kada se s nekime ne slažemo. Neurobiološka istraživanja utvrdila su kako fizičko zlostavljanje djece može oštetiti njihov kognitivni razvoj i poremetiti sposobnost da se uspješno suoče se negativnim i stresnim životnim događajima (Teicher, Andersen, Polcari, Anderson, Navalta i Kim., 2003). Fizičko zlostavljanje djece također stvara negativne obrasce mišljenja povezane s percipiranom opasnošću i neprijateljstvom, naučenom bespomoćnošću i depresivnim simptomima (Teicher i sur., 2003).

Teorija procesiranja socijalnih informacija (Milner, 2000) pokušava objasniti kognitivne procese koji se javljaju kod roditelja, a koji prethode fizičkom zlostavljanju djece. Teorija govori o četiri kognitivna koraka, međutim prije njih svaki roditelj ima već ranije utvrđenu kognitivnu shemu utvrđenu na prijašnjim iskustvima, a koja bitno usmjerava nadolazeće reakcije u situacijama kada roditelj disciplinira dijete. Četiri kognitivna koraka procesiranja situacija koja počinju kada se roditelj suoči s konfliktom između njega i djeteta su: (1) roditelj treba točno procijeniti što je dijete učinilo, a loša prosudba kasnije dovodi i do pogrešnih odluka. (2) Roditelj zatim interpretira situaciju, a negativne interpretacije u ovom koraku znatno povećavaju reakciju u kojem roditelj fizički kazni dijete. (3) Te negativne interpretacije mogu biti ojačane ako roditelj ne može stvoriti alternativnu interpretaciju date situacije, a u kojoj dijete ne zaslužuje kaznu. (4) U posljednjem stupnju roditelji koji na kraju fizički kazne dijete teže prate intenzitet kažnjavanja djece.

1.3.Socio-ekonomski status

Jedan od bitnijih čimbenika koji je mogao potencirati veći broj mentalnih poteškoća kod mladih i adolescenata je svakako još uvijek aktualna globalna ekonomska kriza. Prema podacima UNICEF-a, broj djece koji žive u kućanstvima u kojima vlada siromaštvo porasla je s 23.7% iz 2009. na 26.2% u 2010. (Šućur, Kletečki-Radović, Družić-Ljubotina i Babić, 2015). Također, broj djece koji žive u velikom siromaštvu u Europskoj uniji narastao je za četiri posto i sada iznosi 13.7%. Kronično siromaštvo je u periodu između 2007. i 2010. poraslo na 11% (Gonza, 2013). Silobričić-Radić (2011) navodi kako ukupni troškovi dijagnosticiranja i tretiranja psihičkih bolesti iznose oko 3-4% BDP-a pojedinih država. U odnosu na prekrizno razdoblje, porastao je i broj osoba s dijagnosticiranim mentalnim poremećajem. Najčešće oni uključuju poremećaje raspoloženja (19.4% više dijagnosticiranih

velikih epizoda depresije i 10.8% veći broj dijagnosticirane distimije), poremećaje iz anksioznog spektra (8.4% više dijagnosticiran poremećaj generaliziranog anksioznog poremećaja), somatoformnih poremećaja (7.3% više dijagnoza) i poremećaja vezanih uz konzumaciju alkohola (4.6% više). Autori smatraju kako se jedna trećina rizičnih faktora depresije mogu pripisati zajedničkom riziku nezaposlenosti pojedinca, nezaposlenosti unutar obitelji i općenito lošem financijskom stanju obitelji (Gonza, 2013). Istraživanje Dearing i sur. (2006, prema Welfare, 2015) pokazalo je kako promjene u obiteljskoj strukturi i zaposlenosti članova obitelji značajno moderiraju eksternalizirane i internalizirane poremećaje. Točnije, povećani prihodi su se pokazali kao najznačajnije povezani sa smanjenjem dugoročnih problema kod siromašnih samohranih majka. Također, Costello, Compton, Keeler i Angold (2003) pokazali su u svome kvazi eksperimentu kako izlazak iz siromaštva značajno smanjuje postojanje psihijatrijskih poteškoća kod djece u dobi između 9 i 13 godina. Autori također smatraju kako je doprinos značajniji kod eksternaliziranih nego kod internaliziranih poremećaja.

Brojna istraživanja pak ukazuju kako je investiranje u adekvatan mentalni i fizički razvoj djece iznimno isplativ, pogotovo ako se u obzir uzme investiranje u kasnijoj fazi života kako bi se ispravili nedostaci i raniji propusti (Heckman i Masterov, 2007). Svjetska banka unazad nekoliko godina pokušava pomoći državama da uspostave cjelovitu i adekvatnu uslugu u promicanju mentalnog zdravlja, obrazovanje, adekvatne prehrane i socijalne sigurnosti. Cilj Svjetske banke je da država omogući svakom pojedincu da se uspješno razvije od samog rođenja u svim aspektima života, te da se svakom pojedincu pruži jednaka prilika da uči i dostigne svoj maksimalni potencijal (Sayre, Dervecelli, Neuman i Wodon, 2015). Jedan od modela koji objašnjava utjecaj ekonomskih teškoća na funkcioniranje obitelji i razvoja djece je model (ekonomskog) obiteljskog stresa (Conger, Ge, Elder, Lorenzo i Simons, 1994). Glavne značajke modela govore o tome kako ekonomske teškoće dovode do pritiska na roditelje, a zbog koje nadalje dolazi do frustracije, ljutnje i emocionalnog stresa. U takvim obiteljima roditelji se mogu češće svađati, više zanemarivati dijete i češće agresivno disciplinirati dijete, a isto tako djeca se slabije emocionalno i socijalno prilagođavaju u svojoj okolini. Provedena istraživanja uglavnom potvrđuju medijatorski učinak nepovoljne financijske situacije obitelji na slabiji razvoj djece (Ajduković i Rajter, 2014; Rezo, 2016).

Osim ekonomske sigurnost, veoma je važan i socijalni status obitelji. Welfare (2015) definira socijalni i kulturni kapital obitelji kao resurs kojim obitelj na dijete prenaša određene vještine i znanja, stavove, uvjerenja i omogućuje mu kvalitetnu izobrazbu. Ti resursi djetetu

olakšavaju uspjeh u razvojnim fazama života poput obrazovanja, prikupljanja drugih kompetencija, adaptacija na prijelazna razdoblja života i sl. Socijalni kapital obitelji također uključuje i njihovu društvenu mrežu i krug ljudi s kojima se ona druži, a koji također može imati posljedice na djetetov razvoj. Meta analiza koju su proveli Letourneau, Duffet-Leger, Levac, Watson i Young-Morris (2013) otkrila je značajnu povezanost socio-ekonomskog statusa obitelji i eksternaliziranih poremećaja mjerenih kao agresivno ponašanje. Nadalje, istraživanje je pokazalo kako nizak socio-ekonomski status predviđa depresivne simptome. Zasebna istraživanja uključena u meta analizu pokazala su kako različite kombinacije osobnih značajki (znanje pojedinca, verbalna fluentnost, kognitivne mogućnosti), karakteristika obitelji (obrazovanje roditelja i prihodi obitelji) i širi socijalni status (dobro ili loše susjedstvo) mogu biti značajni medijatori i moderatori u predviđanju eksternaliziranih i internaliziranih poremećaja.

1.4. Mentalno zdravlje

Faktori vezani uz obitelj poput socio-ekonomskog statusa, razine obrazovanja roditelja, stila odgoja i sl. već se dugo smatraju važnim faktorima koji su povezani s razvojem djeteta. Međutim jednako tako važan je i odnos između braće i sestara i način na koji oni međusobno modeliraju svoja ponašanja u zajedničkoj interakciji. Isto tako veoma je važno spoznati kako se njihov odnos mijenja kroz djetinjstvo i adolescenciju i u kojoj mjeri utječu jedan na drugoga u različitim fazama života. Dosadašnja istraživanja pokazala su kako prisni i kvalitetni odnosi između braće i sestara mogu potaknuti prosocijalno ponašanje, empatiju i kooperaciju. Jednako tako jake veze između braće i sestara mogu služiti kao zaštitni faktor u nepovoljnim obiteljskim situacijama poput rastave roditelja ili zlostavljanja djeteta od strane roditelja (Aali i Kadivar 2015). Neke teorije pridaju te efekte bliskoj povezanosti između braće i sestara i činjenici da će u djetinjstvu braća i sestre češće kopirati ponašanje jedan od drugoga i na taj način modelirati svoja ponašanja. Isto tako oni provode najviše vremena zajedno u kritičnim razvojnim trenucima i u važnim životnim događajima. Isto tako braća i sestre ne mogu tako lako prekinuti svoj odnos kao što je to moguće u prijateljskim odnosima i zbog tog češće stvaraju prisne dugoročne odnose. Na taj način oni stvaraju jak i emocionalan odnos, podržavaju se i dijele zajedničke interese (Hunter, 2012). Braća i sestre mogu također negativno utjecati jedan na drugoga. Hunter (2012) navodi kako roditelji agresivne djece ponekad ne uspijevaju dovoljno nadzirati i disciplinirati agresivno ponašanje djece ili ne potkrepljuvati prosocijalno ponašanje. Na taj način konflikti između braće i sestara mogu eskalirati i naposljetku dovesti do agresivnog i antisocijalnog ponašanja sve djece u obitelji.

Provedena istraživanja na mladićima s poremećajima u ponašanju ukazuju kako negativan odnos između braće i sestara za vrijeme osnovnoškolskog obrazovanja predviđa antisocijalno ponašanje u srednjoj školi i prekršajno ili kažnjeno sankcioniranje u adolescenciji i mlađoj odrasloj dobi (Hunter, 2012). Nadalje Garcia, Shaw, Winslow i Yaggi (2000) pokazuju kako konflikti između braće i sestara koji žive u obiteljima s ispodprosječnim financijskim prihodima povećavaju vjerojatnost pojavljivanja eksternaliziranih poteškoća u kasnijim fazama života. U današnje vrijeme sve se više istražuje takozvana „Rough-and-Tumble play“ koja se može opisati kao gruba igra između djece poput hrvanja, udaranja ili obaranja. Iako je igra agresivne naravi, cilj igre nikada nije nauditi nekome i ako agresija postane pregruba igra se pauzira kako bi se utvrdilo da li je netko povrijeđen. Garcia i sur., (2000) navode kako su takve igre, ako ostanu pod kontrolom, omogućuju djeci da shvate granice svoje snage i otkriju što im druga djeca dopuštaju i koliku razinu agresije oni dopuštaju drugoj djeci. Time djeca sama mogu postaviti pravilne granice dopuštene igre i nedopuštenog agresivnog ponašanja. U istraživanju Bosacki, Woods i Coplan (2014) autori su proučavali „Rough-and-Tumble play“ i na koji način ga vide profesori, roditelji i djeca u međusobnoj interakciji. Pa tako djeca drugačije vide takav način igre zavisno o njihovom socijalnom statusu i popularnosti među vršnjacima. Popularnija djeca će češće grublji način igre vidjeti u pozitivnijem svjetlu, te će češće sudjelovati u njemu, za razliku od svojih manje popularnih vršnjaka koji ne preferiraju grublji način igre. Jednako tako veoma važnu ulogu igra i spol, kao i društveni i kulturalni utjecaji. U djetinjstvu obrazovanje, društvo i različita očekivanja mladića i djevojaka mogu mijenjati način na koji se djeca igraju i uče. Sukladno psihokulturalnoj teoriji, kulturalni stereotipi o spolu imaju utjecaja na interakciju između djece, učitelja i obitelji, ali isto tako mogu stvoriti razliku u načinu postupanja prema djetetu kod kuće i u vrtiću ili školi. U ranome djetinjstvu djeca se najčešće igraju u miješanim skupinama, međutim kada malo narastu počinju se grupirati s obzirom na spol i tada kultura počinje imati sve veći utjecaj (Fine, 2010). Tako je poznato da će mladići češće sudjelovati u različitim igrama koji uključuju grublju i agresivnu igru. Mladići također više preferiraju igre u kojima se mogu fizički dokazati kao nadmoćniji i postati pobjednik ili vođa grupe. S druge strane djevojke rjeđe sudjeluju u takvim igrama, a ovisi i o dosadašnjem iskustvu i čestini igranja s mladićima. Djevojke se ponekad uključuju u grublje igre kako bi agresijom izbacile određenu osobu iz igre (Bosacki, Woods i Coplan, 2014). Istraživanja također ukazuju na spolne razlike u frekvenciji javljanja internaliziranih i eksternaliziranih poremećaja, gdje se internalizirani poremećaji češće javljaju kod žena, a eksternalizirani kod muškaraca. Moguće je da navedeni kulturalni utjecaji u ranijim fazama života kasnije dovode do razlika u javljanju specifičnih

poteškoća. (Rosenfield i Mouzon, 2013). Kao jednu od mogućih objašnjenja razlika, autori također navode i stres i upućuju na dvije teorije koje povezuju stres i spol; Teorija različitog izlaganja stresu i Teorija različite ranjivosti. Što se tiče različitih vrsta stresora, žene češće doživljavaju stres vezan s njihovom velikom odgovornošću da se brinu za cijelu obitelj i održavanje bliskih odnosa s prijateljima i širom obitelji. Žene također doživljavaju više stresa od svojih bližnjih poput smrti supruga, brata ili sestre, rastave i sl. Osim navedenoga, žene stres češće doživljavaju više negativnim i manje kontrolabilnim nego muškarci. S druge strane muškarci su češće žrtve različitih nasilnih napada, agresije, prijetnji oružjem, nesrećama i povredama. Također, muškarci češće obolijevaju od težih bolesti i budu hospitalizirani što čini njihove uzroke stresa. Autori navode kako žene češće sebe krive za negativne događaje, a s vremenom iz dužeg samosažalijevanja mogu nastati depresivni ili anksiozni simptomi, dok muškarci češće pobjegnu od problema i postaju više agresivni kao odgovor na nošenje s tim problemom. Iz navedenog svakako možemo zaključiti kako postoje različiti faktori koji kroz cjelokupan razvoj mogu imati veći ili manji efekt na razvoj internaliziranih i eksternaliziranih poteškoća, kao i na spolne razlike u javljanju istih. Macuka (2016) u svome radu pokušala je identificirati već ranije faktore koji mogu objasniti spolne razlike u pojavnosti internaliziranih i eksternaliziranih poteškoća. Autorica navodi kako osobine koje štite djevojke od antisocijalnog ponašanja mogu pomoći u razvoju internaliziranih poteškoća, odnosno djevojke su sklonije razvijanju pretjerane zabrinutosti i strahova, zbog kojih će se rjeđe upuštati u rizična ponašanja, ali će češće razviti internaliziranu poteškoću. S druge strane adolescenti u različitim kulturama iskazuju više impulzivnog i borbenog ponašanja u odnosu na adolescentice, međutim spolne razlike u pojavnosti eksternaliziranih poteškoća su vrlo male (Macuka, 2016).

1.4.1. Internalizirani poremećaji

Znatno dio depresija i poremećaja iz anksioznog spektra koji se razvijaju u doba adolescencije ostaje nedijagnosticiran i učenici ostaju bez adekvatne stručne pomoći. Dijagnoza i intervencija u adolescenciji i ranijim stadijima života bi znatno smanjilo razvoj dodatnog razvitka internaliziranih poremećaja (Patton i sur., 2014). Međutim, iako bi rana dijagnoza uvelike pomogla, određeni obrasci ponašanja i pojedinačni simptomi depresije, anksioznosti i stresa pojavljuju se kod mladih bez da ih se identificira kao jedan poremećaj ili komorbiditet dva ili više. Isto tako postavlja se pitanje kakav efekt ti pojedinačni simptomi imaju na cjelokupni život adolescenata (Betts i sur, 2016). Isto tako veoma je važno pronaći načine da se točno identificiraju ti pojedinačni simptomi i vidjeti da li oni perzistiraju u kasnijim fazama

života. Panel istraživanja koja prate psihički razvoj pojedinca do mlade odrasle dobi su rijetka, a zbog čega i nema toliko puno informacija i zaključaka. Isto tako, Georgiou i Fanti (2014) istraživali su da li se kod komorbiditeta prije javljaju simptomi anksioznosti ili depresije, a neka istraživanja (Kessler i sur, 2015; McLaughlin i King, 2015, prema Betts i sur, 2016) pokazala su kako se najčešće najprije javljaju simptomi anksioznosti koji kasnije bolje predviđaju razvoj depresivnih simptoma. No ovo istraživanje pobliže pokušava otkriti efekte rizičnih i zaštitnih faktora putem kojih se može predvidjeti nečije mentalno zdravlje. Veoma važnu ulogu u razvoju mentalnog zdravlja imaju naravno roditelji. U istraživanju Mills i sur. (2011) pokazalo se kako su niske razine roditeljske topline i potpore povezane s višom razinom internaliziranih simptoma u ranom djetinjstvu, srednjem i kasnom djetinjstvu (Lengua, 2006) i adolescenciji (Waxler i sur., 2000). Isto tako viša razina roditeljske podrške i prisniji odnosi roditelj-dijete povećavaju vjerojatnost da dijete spada u grupu razvijajućih zaštitnih faktora, čime se smanjuje razvoj simptoma internaliziranih poremećaja (Davis, Votruba-drzal i Silk 2015) S druge strane viša razina strogoće i hladnijih odnosa između roditelja i djeteta predviđaju i više simptoma internaliziranih poremećaja u ranom i srednjem djetinjstvu (Bayer i sur., 2012).

Osim vanjskih utjecaja, u podlozi razvoja internaliziranih poremećaja nalaze se i biološki faktori. Već su provedena istraživanja koja su pokušala otkriti strukturu u pozadini razvoja internaliziranih poremećaja i koliko je ta struktura stabilna kroz različite faze života, međutim rezultati ukazuju na različite zaključke. Neka istraživanja podupiru jednodimenzionalno faktorsko rješenje (Gomez, Vance i Gomez, 2014), neka smatraju da su u pozadini stres i strah (Lahey, Rathouz i Van Hulle, 2008), a neka da se biološki faktori kada su u pitanju depresija i anksioznost raspodjeljuju po DSM-ovoj kategorizaciji (Higa-McMilla, Smit, Chorpita i Hayashi, 2008). Istraživanje Waszczuk, Zavos, Gregory i Eley (2014) pokazuje kako se genetska struktura kod internaliziranih poremećaja mijenja kroz različite faze razvoja pojedinca. Depresija i anksioznost su veoma razlučivi u djetinjstvu, dok se u adolescenciji više povezuju i dijele određen dio genetske etiologije s opširnim internaliziranim genetskim faktorom nakon adolescencije. Ovi rezultati nam govore kako je mjerenje raspoloženja i anksioznosti potrebno prilagoditi dobi skupine u kojoj se mjerenje provodi. Rezultati istraživanja Betts i sur., (2016) pokazuju kako obrasci ponašanja i perzistiranje simptoma internaliziranih poremećaja ima blagi utjecaj na razvoj tih istih simptoma sve do 27 godine života. Istraživači zaključuju kako prethodno prisustvo simptoma nije glavni faktor koji diktira daljnji razvoj simptoma već kako je potrebno provesti daljnja istraživanja kako bi se

mogli točnije identificirati faktori koji se nalaze u pozadini razvoja internaliziranih poremećaja, ali i cjelokupnog mentalnog zdravlja i dobrobiti mladih. Boljim poznavanjem podloge razvoja simptoma i boljom dijagnostikom mogu se implementirati adekvatne intervencije koje će pomoći adolescentima.

1.4.2. Eksternalizirani poremećaji

Poremećaji u ponašanju kod djece poput ADHD-a ili poremećaja ophođenja povezani su uz razvoj različitih neprilagođenih eksternaliziranih simptoma koji uključuju agresivno, prkosno, hiperaktivno i impulzivno ponašanje i jedan su od najčešćih slučajeva u kojima roditelji traže stručnu pomoć za dijete. Ti poremećaji su kasnije povezani s kasnijom delinkvencijom, konzumacijom droge, problemima u školi ili u socijalizaciji (Langley i sur., 2010). U obiteljima u kojima postoje djeca s eksternaliziranim problemima u ponašanju nerijetko vlada neprijateljsko obiteljsko okruženje, a zbog čega neki stručnjaci smatraju kako neprijateljsko ili agresivno ponašanje roditelja održava ili povećava nepovoljno ponašanje kod te djece (Tarver, Daley i Lockwood, 2014).

Temeljeno na teoriji socijalnog učenja, kod roditelja se mogu putem intervencija osvijestiti i naučiti određena poželjna ponašanja i reagiranja, a kojim oni mijenjaju i povećavaju učestalost poželjnog ponašanja kod svoje djece. Roditelji su potaknuti da budu u pozitivnoj interakciji sa svojom djecom, npr. prilikom igre s njima. Također ih se uči upravljanjem i kontrolom vlastitog ponašanja poput hvaljenja i nagrađivanja željenog ponašanja i ignoriranja nepoželjnog ponašanja manje težine kod djeteta. Navedene intervencije kod roditelja postoje već duže vrijeme i kao tretman dokazano pomažu u smanjenju eksternaliziranih simptoma kod djece (Furlong i sur., 2012). U istraživanju Georgiou i Fanti (2014.) istraživači su proučavali povezanost između konflikta među majkom i djetetom i razvojem eksternaliziranih poremećaja u ranijim fazama života (7-9 godina starosti). Rezultati istraživanja pokazali su kako se djeca uče agresivno ponašati ne bi li izbjegli obaveze i postigli da „bude po njihovom“. Isto tako sukladno teoriji socijalnog učenja koja govori kako djeca koja su odgajana kroz strogu disciplinu i kažnjavanje mogu naučiti kako ne postoji drugi način rješavanja problema nego putem agresivnog ponašanja. Sukladno tome vještine koje koriste doma kako bi rješavale sukobe koriste kasnije i u konfliktima izvan svoga doma. I na posljatku istraživači su zaključili kako su njihovi nalazi sukladni teoriji socijalne interakcije, koja pretpostavlja da se antisocijalno ponašanje kod djece razvija kroz opetovano

neadekvatno ponašanje djeteta i roditelja i njihove međusobne interakcije, a u kojoj i dijete i roditelj imaju aktivnu ulogu.

Jedno također zanimljivo istraživanje Gugliandolo, Costa, Cuzzocrea i Larcian (2015) istraživalo je odnos razine strogoće i kontrole roditelja u odgoju njihove djece i razvoju emocionalne inteligencije, a za koju su smatrali da igra veliku ulogu u razvoju internaliziranih i eksternaliziranih poremećaja. Rezultati tog istraživanja pokazali su kako adolescenti koji vide svoje roditelje kako ih previše kontroliraju imaju i niže razvijenu emocionalnu inteligenciju. Isto tako u istraživanju je postojala značajna negativna korelacija između emocionalne inteligencije i eksternaliziranih i internaliziranih poremećaja. Istraživači su interpretirali rezultate na način da prevelika kontrola i kažnjavanje djeteta ima direktan efekt na razvoj internaliziranih poremećaja u ponašanju, ali i indirektan efekt s emocionalnog inteligencijom kao medijatorom. Loše emocionalno funkcioniranje kod djece i njihova nesposobnost prepoznavanja i kontrole vlastitih emocija može dovesti do neprilagođene reakcije i agresivnog ponašanja u situacijama kada se dijete osjeća ugroženo ili ranjivo.

2. CILJ I PROBLEMI ISTRAŽIVANJA

Cilj ovog istraživanja je odrediti ulogu doživljenog nasilja kod adolescenata i njihove razine otpornosti u njihovom razvoju mentalnog zdravlja. U svrhu određivanja navedenog cilja postavljeni su slijedeći problemi i hipoteze:

Problemi istraživanja:

1. Ispitati razinu mentalnog zdravlja kod zagrebačkih adolescenata
2. Ispitati pojedinačni i kombinirani doprinos socio-demografskih varijabli, doživljenog nasilja i razine otpornosti u predviđanju mentalnog zdravlja kod zagrebačkih adolescenata

U skladu s postojećim istraživanjima postavljam slijedeće hipoteze:

1. Djevojke će pokazivati češće probleme iz spektra anksioznosti i depresivnosti od mladića
2. Mladići će pokazivati češće probleme u ponašanju
3. Učenici s nižim financijskim mogućnostima će imati više internaliziranih poteškoća
4. Učenici s nižim financijskim mogućnostima pokazivati će više eksternaliziranih poteškoća
5. Doživljeno nasilje i stupanj razvijene otpornosti biti će značajni prediktori u predviđanju internaliziranih poteškoća
6. Doživljeno nasilje i stupanj razvijene otpornosti biti će značajni prediktori u predviđanju učestalosti problema u ponašanju

3. METODA

3.1. *Sudionici*

U ovom istraživanju korišten je dvoetafni slučajni klaster uzorak učenika srednjih škola na području Grada Zagreba. Škole su odabrane po slučaju iz popisa srednjih škola koji se nalazi na stranicama Grada Zagreba (<http://www.zagreb.hr/default.aspx?id=22067>). Unutar svake škole odabrana su dva treća razreda po slučaju koji su bili uključeni u istraživanje. Svi učenici koji su sudjelovali u istraživanju imaju navršениh 16 ili više godina. Veličina ovako odabranog uzorka je 228 učenika (M=71; \bar{Z} =157). Statistička obrada podataka provedena je na 225 ispunjenih upitnika, dok su 3 upitnika izbačena iz analize zbog prevelikog broja neodgovorenih pitanja. Sveukupno je u istraživanju sudjelovalo 5 srednjih škola, od čega 3 gimnazija i 2 strukovne škole.

Škole koje su sudjelovale u istraživanju:

- Gimnazija Lucijana Vranjinina
- Poljoprivredna škola
- IX. gimnazija
- Škola primijenjene umjetnosti i dizajna
- XVI. gimnazija

3.2. *Mjerni instrumenti*

U istraživanju su ispitane socio-demografske varijable i korištena su 4 upitnika.

Od socio-demografskih varijabli korištene su: spol, srednjoškolski program, bračno stanje roditelja, broj mlađih i starijih braće i sestara te samoprocjena financijskih mogućnosti obitelji.

U nastavku su opisani korišteni upitnici:

Skala rješavanja sukoba djeteta – odrasli (eng. Parent-child conflict tactics scales, forma CTSPC- CA, Straus, Hamby, Finkelhor, Moore i Runyan, 1999)

Verzija za odrasle ispituje psihološko i fizičko zlostavljanje u primarnoj obitelji tijekom jedne godine (bilo tijekom prošle godine ili tijekom zadnje godine zajedničkog života s roditeljima i drugo). Sastoji od tri subskale: *nenasilno roditeljstvo* (4 čestice), *psihološka agresija* (5

čestica) i *fizički napad* (blagi napad- 5 čestica, teški napad- 4 čestice, vrlo teški napad- 4 čestice). Originalna skala se sastoji od 44 čestice i ispituje psihološko i fizičko zlostavljanje zasebno od majke i oca. U svrhu ovog istraživanja koristit će se posljednje dvije subskale upitnika (psihološka agresija i fizički napad) i to zajedno za oba roditelja (ili skrbnika). U ovome istraživanju dodana su još dva pitanja u upitnik koja ispituju verbalnu i fizičku agresiju roditelja/skrbnika jednog prema drugome. Ukupno, upitnik se sastoji od 20 čestica. U ovom istraživanju koristit će se skala od 7 stupnjeva, pri čemu će se koristiti svi stupnjevi osim 7 (dogodilo se, ali ne tijekom prošle godine), jer se ovim istraživanjem želi ispitati općenito doživljeno nasilje tijekom djetinjstva (do punoljetnosti). Rezultati na ovoj skali buduće se tako da se zbrajaju srednje vrijednosti kategorija odgovora koje je sudionik odabrao. Kategorije 0, 1 i 2 (niti jednom, jednom, dvaput) boduju se redom s 0, 1 i 2 boda. Kategorija 3 (3-5 puta) ima srednju vrijednost 4; kategorija 4 (6-10 puta) ima srednju vrijednost 8; kategorija 5 (11-20 puta) ima srednju vrijednost 15. Kategorija 6 (više od 20 puta) boduje se s 25 bodova. Minimalan broj bodova koji se može postići u ovome istraživanju iznosi 0 bodova, a maksimalan iznosi 500. Mjera unutarnje konzistencije iznosi $\alpha=0,885$.

Resilience scale for adolescents (READ) – skala otpornosti (Hijemdal i sur., 2006)

Ova skala je proizašla iz Resilience scale for adults (RSA) koja se također sastoji od 25 čestica. READ mjeri 5 različitih faktora otpornosti – (1) *osobne kompetencije*, (2) *socijalne kompetencije*, (3) *organiziranost života*, (4) *obiteljska povezanost* i (5) *socijalni resursi*. Ova skala se sastoji od 25 čestica i ima skalu odgovora u rasponu od 1 (Uopće se ne slažem) do 5 (U potpunosti se slažem). Viši rezultat ukazuje na višu razinu otpornosti. Mjera unutarnje konzistencije iznosi $\alpha=0,867$.

Samoprocjena mladih o ponašanju i osjećajima – Problemska skala (Achenbach, 1991, prema Sladović Franz, 2003)

Autor ove skale je Achenbach, T.M., (1991). Riječ je o vrlo raširenom instrumentu procjene kompetencija, te emocionalnih i ponašajnih problema. Ispunjavaju ga mladi u dobi od 11-18 godina. Ovaj instrument kreiran je po uzoru na instrument Procjena ponašanja djeteta (Child Behavior Checklist), kojeg ispunjavaju roditelji, odnosno odgajatelji. U ovome istraživanju korištena je samo problemska skala za učenike.

Problemska skala sastoji se od 112 čestica. Procjenjivač treba na skali 0-1-2 odrediti koliko se pojedine tvrdnje odnose na dijete pri čemu 0 znači da se čestica ne odnosi na dijete, 1 da se

ponekad odnosi, a 2 da se često odnosi na dijete. Čestice su podijeljene na 8 subskala: povlačenje, somatske poteškoće, anksioznost/depresija, socijalni problemi, problemi mišljenja, problemi pozornosti, delinkventno ponašanje i agresivnost. Rezultati problemskog dijela formiraju se zbrajanjem čestica (osim čestice 2 i 4 za PPD-a, te 2 i 4, te 16 socijalno poželjnih čestica SMPO-a). Maksimalni ukupni problemski rezultat je 202. Rezultati na subskalama se ne mogu zbrojiti (u cilju dobivanja ukupnog problemskog rezultata) jer neke čestice ulaze u više subskala.

Psihometrijske karakteristike problemske skale su sljedeće. Test–retest pouzdanost za problemske skale je 0.65 za mlade od 11 – 14, te 0.83 za mlade od 15-18 godina. Na ukupnoj problemskoj skali pouzdanost je 0.70 za djecu od 11 – 14 godina, odnosno 0.91 za mlade od 15 – 18 godina.

Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS 21) (Lovibond i Lovibond, 1995)

DASS 21 se sastoji od 21 čestice i mjeri težinu simptoma zajedničkih za depresiju (7 čestica), anksioznost (7 čestica) i stres (7 čestica). Sudionike se pita koliko se određena tvrdnja odnosi na njih u proteklih tjedan dana. Skala odgovora nalazi se u rasponu od 0 (Uopće se ne odnosi na mene) do 3 (Gotovo uvijek ili uvijek se odnosilo na mene). Ukupni rezultat se formira na način da se za svaku domenu zbroje odgovori i pomnože s 2. Ukupni rezultat se zatim može interpretirati po tablici. Mjere unutarnje konzistencije u slijedeće: skala depresivnosti, $\alpha=0,764$; skala anksioznosti $\alpha=0,847$; skala stresa, $\alpha=0,839$.

Tablica 1. Raspon ukupnog rezultata na pojedinim skalama DASS-a i njegova interpretacija

| Težina | Depresija | Anksioznost | Stres |
|-----------------|-----------|-------------|-------|
| Normalna | 0-9 | 0-7 | 0-14 |
| Blaga | 10-13 | 8-9 | 15-18 |
| Srednja | 14-20 | 10-14 | 19-25 |
| Teža | 21-27 | 15-19 | 25-33 |
| Ekstremno teška | 28+ | 20+ | 34+ |

3.3.Postupak

Ovaj diplomski rad također se provodi i kao dodatna provjera metrijskih karakteristika instrumenata koji se koriste u projektu Hrvatske zaklade za znanost pod nazivom „Ekonomске teškoće obitelji, psihosocijalni problemi i obrazovni ishodi adolescenata u

vrijeme ekonomske krize“. Projekt vodi prof. dr. sc. Marina Ajduković na Pravnom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu. Provođenje navedenog projekta odobrilo je Etičko povjerenstvo Pravnog fakulteta u Zagrebu, kao i Ministarstvo znanosti, obrazovanja i sporta. Isto tako pribavljene su sve suglasnosti autora za korištenje njihovih instrumenata. S obzirom na to da su u istraživanju sudjelovali učenici koji imaju između 16 i 18 godina, prije provođenja istraživanja bilo je potrebno dobiti odobrenje Etičkog povjerenstva Hrvatskih studija. Nakon dobivanja odobrenja, kontaktirane su škole i zatraženo je dopuštenje za provođenje istraživanja od ravnatelja. Slučajno uzorkovanje škola provedeno je na način da je svakoj školi s popisa generiran slučajni broj između 0 i 1, nakon čega su sve škole poredane po veličini, od većeg prema manjem broju. Ako škola ne bi dopustila provođenje istraživanja, kontaktirana je sljedeća škola s popisa. Sveukupno je kontaktirano 10 škola, od čega je u 5 škola provedeno istraživanje. Razlozi odbijanja od strane ravnatelja/ice bili su: psiholog/ica ili pedagog/ica su na bolovanju/porodiljnom, a ravnatelj ne dopušta provođenje istraživanja bez njih, učenici već sudjeluju u radionicama ili projektu vezani za mentalno zdravlje pa ne žele dodatno opterećivati djecu ili učenici sudjeluju u previše istraživanja. Nakon što je ravnatelj odobrio provođenje istraživanja, sa psihologom ili pedagogom bi se dogovorio termin provođenja istraživanja. Učenici su upitnike ispunjavali za vrijeme redovite nastave. Prije dijeljenja upitnika, učenicima bi se predstavili i opisali razlog provođenja istraživanja, nakon čega bi im predali obrasce za pristanak na sudjelovanje u istraživanju. Svi učenici su pristali sudjelovati u istraživanju i dali su svoju suglasnost vlastitim potpisom. Učenicima je naglašeno da je ispunjavanje upitnika anonimno i da mogu odustati u bilo kojem trenutku od istraživanja. Ispunjavanje upitnika u prosjeku je trajalo oko 20 minuta. Nakon ispunjavanja upitnika, učenici su mogli na upitnik napisati šifru putem koje mogu saznati vlastiti rezultat, kontaktirajući istraživače. Roditelji učenika koji su sudjelovali u istraživanju pismeno su obaviješteni o sudjelovanju djece u istraživanju, opisan je cilj i svrha provođenja istraživanja te je naveden kontakt istraživača ako roditelji imaju pitanja ili primjedbe.

4. REZULTATI

Statističke analize podataka provedene su programskim paketom SPSS verzija 21.0 (IBM, 2012). Prikazani su deskriptivni statistici i frekvencije na pojedinim skalama, a u svrhu provjere postavljenih hipoteza korištene su bivarijatne analize korelacija i hijerarhijska regresijska analiza.

U tablici 2. prikazani su deskriptivni podaci socio-demografskih varijabli i skalni rezultati.

Tablica 2. *Deskriptivni podaci rezultata sudionika (N=225)*

| | Min | Max | M | SD | Zakrivljenost | Spljoštenost |
|---------------------------------------|-----|-----|-------|--------|---------------|--------------|
| Broj braće i sestara starijih od tebe | 0 | 6 | ,73 | ,943 | 1,605 | 3,907 |
| Broj braće i sestara mlađih od tebe | 0 | 3 | ,66 | ,764 | ,966 | ,369 |
| Financijske mogućnosti obitelji | 1 | 5 | 3,09 | ,665 | ,084 | 1,436 |
| Otpornost | 47 | 122 | 97,96 | 12,759 | -,712 | ,848 |
| DASS Depresivnost | 7 | 27 | 12,42 | 4,040 | 1,186 | 1,252 |
| DASS Anksioznost | 7 | 27 | 12,07 | 4,435 | 1,268 | 1,321 |
| DASS Stres | 7 | 28 | 13,74 | 4,732 | ,797 | ,190 |
| Doživljeno nasilje | 0 | 424 | 77,08 | 71,458 | 1,443 | 2,358 |
| Ukupna problemska skala | 12 | 634 | 64,78 | 57,752 | 5,380 | 44,794 |

Kao što je vidljivo u tablici 2., sudionici najčešće procjenjuju financijske mogućnosti svoje obitelji kao jednake ili slične u odnosu na druge obitelji ($M=3,09$, $Sd=0,665$). Mogući ukupni rezultat na skali otpornosti iznosi između 25 i 125, a sudionici u ovom istraživanju u prosjeku ukazuju na umjereno do visoku izraženu otpornost ($M=97,96$, $Sd=12,759$). Na svim DASS skalama, sudionici ukazuju na umjereno niže rezultate pojavljivanja simptoma depresivnosti ($M=12,42$), anksioznosti ($M=12,07$) i stresa ($M=13,74$) što je očekivano s obzirom na to da je istraživanje provedeno na slučajnom uzorku svih srednjoškolaca u Gradu Zagrebu. Rezultati upitnika doživljenog nasilja ukazuju na izraženo niže rezultate ($M=77,08$) u odnosu na teorijski raspon (0-500), ali isto tako rezultati jako variraju oko aritmetičke sredine ($Sd=71,458$). Isto tako rezultati na ukupnoj problemskoj skali su izraženo niži ($M=64,78$) u

odnosu na teorijski maksimum, što je kao i za rezultate na DASS-u očekivano s obzirom na uzorak.

Pregledom dobivenih statističkih pokazatelja zakrivljenosti i spljoštenosti, možemo zaključiti kako su sve distribucije pozitivno asimetrične, osim distribucije na skali otpornosti koja je negativno asimetrična.

Tablica 3. Prikaz relativnih frekvencija na skali doživljenog nasilja (N=225)

| | Niti jednom | Jedno | Dvaput | 3-5 puta | 6-10 puta | 11-20 puta | Više od 20 puta |
|---|-------------|-------|--------|----------|-----------|------------|-----------------|
| 1. me tresli | 73,1% | 3,1% | 4,5% | 8,5% | 4,5% | 1,8% | 4,5% |
| 2. me udarali po stražnjici s remenom, četkom za kosu, štapom ili nekim drugim tvrdim predmetom | 59,8% | 8,9% | 5,8% | 10,3% | 3,1% | 2,7% | 9,4% |
| 3. vikali ili galamili na mene | 2,7% | 1,8% | 2,2% | 12,5% | 14,3% | 11,6% | 54,9% |
| 4. me udarili šakom ili su me jako udarili nečim drugim | 85,3% | 4,0% | 2,2% | 2,7% | 3,1% | 0,9% | 1,8% |
| 5. me rukom udarili po stražnjici | 30,4% | 10,7% | 9,8% | 13,4% | 12,1% | 7,6% | 16,1% |
| 6. me zgrabili za vrat i gušili me | 96,4% | 1,8% | 0,4% | 0,9% | 0,4% | 0,0% | 0,0% |
| 7. me psovali i proklinjali me | 48,4% | 6,8% | 5,9% | 9,5% | 5,4% | 5,9% | 18,1% |
| 8. me tukli tako da su me udarali neprestano što su jače mogli | 92,4% | 3,1% | 0,4% | 2,2% | 0,4% | 0,0% | 1,3% |
| 9. govorili/prijetili da će me poslati negdje (npr. u popravni dom) ili me istjerati iz kuće | 58,0% | 8,5% | 8,0% | 11,6% | 4,0% | 3,6% | 6,3% |
| 10. me namjerno opekli (npr. peglom) | 99,6% | 0,4% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| 11. prijetili da će me udariti ili istući, ali nisu to stvarno i učinili | 37,1% | 5,8% | 9,4% | 13,8% | 8,9% | 3,6% | 21,4% |
| 12. me udarili i po drugim dijelovima tijela (ne samo po stražnjici) s remenom, četkom za kosu, štapom ili nekim drugim tvrdim predmetom. | 80,9% | 3,6% | 4,4% | 4,0% | 2,2% | 0,9% | 4,0% |
| 13. me udarili po šaci, ruci ili nozi. | 61,9% | 8,5% | 7,6% | 7,6% | 5,8% | 2,2% | 6,3% |
| 14. me štípali (kako bi mi nanijeli bol). | 84,2% | 3,2% | 4,1% | 2,7% | 2,7% | 1,4% | 1,8% |
| 15. mi prijetili nožem ili pištoljem. | 97,7% | 0,9% | 0,5% | 0,5% | 0,0% | 0,5% | 0,0% |
| 16. me bacili ili rušili na pod. | 91,8% | 1,8% | 3,2% | 1,8% | 0,0% | 0,0% | 1,4% |
| 17. me nazvali glupim/om i lijenim/om ili nekim drugim sličnim nazivom. | 17,8% | 9,8% | 11,1% | 14,2% | 9,3% | 7,6% | 30,2% |
| 18. me šamarali, udarili dlanom po glavi ili po ušima. | 52,0% | 12,4% | 6,7% | 9,3% | 8,0% | 4,4% | 7,1% |
| 19. su vrijeđali/psovali jedno drugo | 39,1% | 8,9% | 12,4% | 7,6% | 7,1% | 5,3% | 19,6% |
| 20. su imali fizičke sukobe (jedan od roditelja je tukao drugoga ili su bili nasilni jedno prema drugome) | 85,3% | 4,9% | 1,3% | 4,9% | 1,3% | 0,9% | 1,3% |

U tablici 3. možemo vidjeti najčešće oblike doživljenog nasilja. Sva pitanja u ovome upitniku počinju s pitanjem: „Koliko se često slijedeće događalo u Vašem djetinjstvu? Roditelji (skrbnici)/odgajatelji su...“. Najčešće doživljeno nasilje odgovara čestici 3. „vikali ili galamili na mene“ koje doživjelo 97,8% sudionika, 38,4% između 3 i 20 puta, a njih 54,9% je viku ili galamu od svojih roditelja doživjelo više od 20 puta. Slijedeći najčešći oblik nasilja odnosi se na 17. česticu - „me nazvali glupim/om i /lijenim/om ili nekim drugim sličnim imenom“, a kojeg je doživjelo 82,2% sudionika, a čak njih 30,2% više od 20 puta. Osim već navedenih oblici nasilja koje je barem jednom doživjelo više od polovice sudionika su: 5. – „me rukom udarili po stražnjici“ (16,1% više od 20 puta), 7. – „me psovali ili proklinjali me“ (18,1% preko 20 puta), 11. – „prijetili da će me udariti ili istući, a nisu to stvarno učinili“ (21,4% preko 20 puta), 19. – roditelji su vrijeđali ili psovali jedno drugo (19,6% više od 20 puta).

Tablica 4. *Pripadnost sudionika određenoj razini učestalosti javljanja internaliziranih poteškoća*

| | Depresivnost | | Anksioznost | | Stres | |
|-----------------|--------------|------|-------------|------|-------|------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Normalna | 52 | 23,1 | 18 | 8 | 139 | 61,8 |
| Blaga | 109 | 48,9 | 55 | 24,4 | 49 | 21,8 |
| Srednja | 52 | 23,3 | 97 | 43,1 | 34 | 14,2 |
| Teža | 10 | 4,5 | 37 | 16,4 | 4 | 1,8 |
| Ekstremno teška | 0 | 0 | 18 | 8 | 0 | 0 |

U tablici 4. možemo vidjeti koliko sudionika pripada u pojedinu skupinu izraženosti internaliziranih simptoma po sve tri DASS podskale. Većina rezultata očekivano pripada u skupinu niže izraženosti simptoma, od čeka sudionici doživljavaju najmanje stresnih simptoma. Također je potrebno istaknuti kako 43,1% sudionika pripada u srednju skupinu po izraženosti anksioznih simptoma.

Tablica 5. *Korelacije između varijabli (N=225)*

| Br. | Varijabla | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|-----|------------------------------|--------|---------|-------|---------|---------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 1 | Spol (M=1, Ž=2) | 1 | | | | | | | | | |
| 2 | Broj starije braće i sestara | ,010 | 1 | | | | | | | | |
| 3 | Broj mlađe braće i sestara | ,054 | -,396** | 1 | | | | | | | |
| 4 | Financijske mogućnosti | -,156* | -,034 | -,018 | 1 | | | | | | |
| 5 | Otpornost | -,081 | ,081 | -,087 | ,165* | 1 | | | | | |
| 6 | DASS Depresivnost | ,156* | ,015 | -,009 | -,108 | -,433** | 1 | | | | |
| 7 | DASS Anksioznost | ,167* | ,047 | -,005 | -,190** | -,465** | ,845** | 1 | | | |
| 8 | DASS Stres | ,099 | ,006 | -,036 | -,135* | -,425** | ,860** | ,846** | 1 | | |
| 9 | Doživljeno nasilje | -,157* | ,013 | ,101 | -,060 | -,121 | ,274** | ,272** | ,285** | 1 | |
| 10 | Problemska skala | ,073 | ,300** | -,031 | ,037 | -,169* | ,403** | ,434** | ,373** | ,125 | 1 |
| 11 | Ukupni DASS rezultat | ,147* | ,024 | -,018 | -,153* | -,465** | ,946** | ,946** | ,954** | ,292** | ,424** |

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

Iz tablice 5. možemo vidjeti kako su povezanosti između prediktora i kriterijskih varijabli (problemske skale i DASS podskala) umjerene. Najbolju povezanost ima prediktor otpornosti koji je s DASS podskalama povezan $r = -0,433$ (podskala depresivnosti), $r = -0,465$ (podskala anksioznosti) i $r = -0,425$ (podskala stresa). Odnosno što učenici imaju više razvijenu otpornost doživljavati će manje simptoma depresivnosti, anksioznosti i stresa. S Achenbachovom problemskom skalom otpornost je povezana $r = -0,169$. Doživljeno nasilje ukazuje na umjerenu povezanost s DASS podskalama, $r = 0,274$ (podskala depresivnosti), $r = 0,272$ (podskala anksioznosti) i $r = 0,285$ (podskala stresa). Povezanost doživljenog nasilja i Achenbachove problemske skale je niža, ona iznosi $r = 0,125$. Među socio-demografskim varijablama ističe se prediktor financijske mogućnosti obitelji koji je povezan s DASS podskalama $r = 0,108$ (podskala depresivnosti), $r = 0,190$ (podskala anksioznosti) i $r = 0,135$ (podskala stresa), dok nije povezana s Achenbachovom problemskom skalom $r = 0,037$. Sve varijable veoma slično koreliraju s ukupnim DASS rezultatom kao što koreliraju i s DASS podskalama. Također je zanimljiva i umjerena povezanost broja starijih braće i sestara s Achenbachovom problemskom skalom $r = 0,3$ što znači da što je broj starijih braće i sestara veći, učenici imaju više poteškoća mentalnog zdravlja i obratno.

Tablica 6. *T-test spolnih razlika u eksternaliziranim i internaliziranim poteškoćama*

| | Deskriptivni podaci | | | | Levenov test | | T-test | | |
|------------------|---------------------|-----|-------|-------|--------------|-------|--------|-------|-------|
| | Spol | N | M | Sd | F | p | t | df | p |
| Eksternalizirani | M | 71 | 17,85 | 22,71 | ,022 | ,883 | ,157 | 223 | ,876 |
| | Ž | 154 | 17,25 | 28,64 | | | | | |
| Internalizirani | M | 71 | 14,89 | 13,72 | 5,619 | ,019* | -2,423 | 213,8 | ,016* |
| | Ž | 154 | 22,36 | 24,23 | | | | | |

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

U tablici 6. rezultati pokazuju kako ne postoji statistički značajna razlika u eksternaliziranim poteškoćama između mladića i djevojaka ($t=0,157$; $p > 0.05$) uz Cohenov $d=0.00$. Isto tako u tablici možemo vidjeti kako postoji statistički značajna razlika u internaliziranim poteškoćama između mladića i djevojaka ($t=-2,423$; $p < 0,05$), gdje djevojke doživljavaju više internaliziranih poteškoća. Cohenov d ukazuje kako je dobivena statistički značajna razlika niske veličine ($d=0,288$).

Tablica 7. Rezultati analize razlika u mentalnom zdravlju među učenicima različitih financijskih mogućnosti

| | Deskriptivni podaci | | | | ANOVA | | Scheffe post-hoc test | | |
|----------------------|---------------------|-----|-------|------|---------|----------|-----------------------|----------|---------|
| | SES | N | M | Sd | F | η^2 | M1-M2 | M2-M3 | M3-M1 |
| Eksternalizirani | Ispod prosjeka (1) | 29 | 18,62 | 18,3 | 7,35** | 0,06 | 5,64 | -16,55** | 10,91 |
| | Prosječno (2) | 147 | 12,98 | 13,7 | | | | | |
| | Iznad prosjeka (3) | 47 | 29,53 | 48,9 | | | | | |
| Internalizirani | Ispod prosjeka (1) | 29 | 24,42 | 14,1 | 1,04 | 0,00 | | | |
| | Prosječno (2) | 147 | 18,44 | 19,4 | | | | | |
| | Iznad prosjeka (3) | 47 | 20,98 | 19,5 | | | | | |
| DASS Depresivnost | Ispod prosjeka (1) | 29 | 14,83 | 5,05 | 6,42** | 0,05 | 2,88** | -0,45 | -2,43* |
| | Prosječno (2) | 147 | 11,95 | 3,67 | | | | | |
| | Iznad prosjeka (3) | 47 | 12,40 | 4,07 | | | | | |
| DASS Anksioznost | Ispod prosjeka (1) | 29 | 15,48 | 5,86 | 10,68** | 0,08 | 3,95** | -0,13 | -3,82** |
| | Prosječno (2) | 147 | 11,53 | 3,98 | | | | | |
| | Iznad prosjeka (3) | 47 | 11,66 | 3,88 | | | | | |
| DASS Stress | Ispod prosjeka (1) | 29 | 17,29 | 5,64 | 10,75** | 0,09 | 4,29** | -0,74 | -3,55** |
| | Prosječno (2) | 147 | 13,00 | 4,20 | | | | | |
| | Iznad prosjeka (3) | 47 | 13,74 | 4,86 | | | | | |
| Ukupni DASS rezultat | Ispod prosjeka (1) | 29 | 47,60 | 15,9 | 10,28** | 0,08 | -11,12* | -1,44 | -9,66* |
| | Prosječno (2) | 147 | 36,49 | 11,1 | | | | | |
| | Iznad prosjeka (3) | 47 | 37,93 | 12,3 | | | | | |

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

Rezultati u tablici 7. pokazuju kako postoje razlike između učenika koji imaju niži, prosječni i viši socio-ekonomski status u pojavljivanju eksternaliziranih ($F=7,35$), depresivnih ($6,42$), anksioznih ($10,68$) simptoma, doživljavanja stresa ($F=10,75$) i ukupnog DASS rezultata ($F=10,28$), dok ta razlika nije pronađena kod internaliziranih poteškoća. Izmjerena kvadrirana eta za sve dobivene razlike je niža, što upućuje na nisku veličinu efekta. Scheffe post-hoc test

pokazuje kako učenici koji imaju prosječni socio-ekonomski status imaju statistički značajno više eksternaliziranih poteškoća u odnosu na one učenika koji imaju iznadprosječni socio-ekonomski status ($M2-M3=16,55$; $p<0,01$), dok razlika nije pronađena između učenika iznadprosječnog i ispodprosječnog ($M3-M1=10,91$; $p>0,05$) i ispodprosječnog i prosječnog ($M1-M2=5,64$; $p>0,05$) socio-ekonomskog statusa. Kod depresivnih i anksioznih simptoma i doživljavanja stresa dobivene su iste statistički značajne razlike. Učenici s nižim socio-ekonomskim statusom doživljavaju statistički više depresivnih i anksioznih simptoma i doživljavaju više stresa i od prosječnih i od iznadprosječnih učenika po socio-ekonomskom statusu. Između skupina prosječnog i iznadprosječnog socio-ekonomskog statusa nije pronađena statistički značajna razlika.

Tablica 8. Standardizirani koeficijenti doprinosa pojedinih prediktora objašnjavanju ukupnog varijabiliteta Achenbachove problemske skale

| Prediktor | Korak | | |
|---------------------------------|---------|---------|----------|
| | 1 | 2 | 3 |
| Spol (M=1, Ž=2) | 0,066 | 0,089 | 0,077 |
| Starija braća i sestre | 0,350** | 0,342** | 0,356** |
| Mlađa braća i sestre | 0,079 | 0,062 | 0,054 |
| Financijske mogućnosti obitelji | 0,061 | 0,072 | 0,100 |
| Doživljeno nasilje | | 0,132* | 0,109 |
| Otpornost | | | -0,191** |
| R | 0,336 | 0,360 | 0,405 |
| R ² | 0,113 | 0,130 | 0,164 |
| R _{cor} ² | 0,097** | 0,109** | 0,141** |
| ΔR | 0,113 | 0,017 | 0,034 |

*-p<0.05; **-p<0.0; R-koeficijent multiple korelacije R²-koeficijent multiple determinacije
R_{cor}²- korigirani koeficijent multiple determinacije

U tablici 8. možemo vidjeti kako se s ulaskom svakog bloka u analizu značajno povećala ukupna objašnjena varijanca Achenbachove problemske skale. U prvome koraku, socio-demografske varijable ukupno objašnjavaju 9,7% ukupnog varijabiliteta (p<0,01). S ulaskom doživljenog nasilja ukupna objašnjena varijanca iznosi 13% (p<0,01), dok s ulaskom prediktora otpornosti u posljednjem koraku, svi prediktori zajedno objašnjavaju 14,1% ukupne varijance. Kao najbolji pojedinačni prediktori pokazao se prediktor starija braća i sestre ($\beta = 0,356$), nakon njega slijedi prediktor otpornosti ($\beta = -0,191$). Prediktor doživljenog nasilja pokazao se značajnim u drugom koraku ($\beta = 0,132$), međutim ulaskom otpornosti u posljednjem koraku, doživljeno nasilje više nije značajan prediktor ($\beta = 0,109$).

Tablica 9. Standardizirani koeficijenti doprinosa pojedinih prediktora objašnjavanju ukupnog varijabiliteta ukupnog rezultata na DASS skalama

| Prediktor | Korak | | |
|---------------------------------|--------|---------|----------|
| | 1 | 2 | 3 |
| Spol (M=1, Ž=2) | 0,138* | 0,194** | 0,165** |
| Starija braća i sestre | 0,007 | 0,013 | 0,019 |
| Mlađa braća i sestre | -0,029 | -0,072 | -0,089 |
| Financijske mogućnosti obitelji | -0,131 | -0,105 | -0,041 |
| Doživljeno nasilje | | 0,318** | 0,266** |
| Otpornost | | | -0,430** |
| R | 0,207 | 0,373 | 0,560 |
| R ² | 0,043 | 0,139 | 0,314 |
| R _{cor} ² | 0,025* | 0,119** | 0,295** |
| ΔR | 0,043 | 0,096 | 0,175 |

*-p<0.05; **-p<0.0; R-koeficijent multiple korelacije R²-koeficijent multiple determinacije
R_{cor}²- korigirani koeficijent multiple determinacije

Kao kriterij internaliziranih poteškoća u ovoj analizi korišten je ukupni rezultat na DASS skalama. Ideja ovog istraživanja bila je da se utvrde prediktori internaliziranih i eksternaliziranih poteškoća kao grupe poremećaja, a ne pojedinih poremećaja kao što su depresija, anksioznost, poremećaj ophođenja i sl. Dobivene korelacije između sve tri subskale su visoke (tablica 5.), što dodatno opravdava zbrajanje DASS podskala. U tablici 8. možemo vidjeti kako također u svakom koraku s ulaskom novog bloka prediktora u analizu ukupno objašnjeni varijabilitet kriterijske varijable statistički značajno raste. Prvi blok socio-demografskih varijabli objasnio je 2,5% ukupnog varijabiliteta ukupnog rezultata na DASS skalama, u drugom koraku on raste na 11,9% i u trećem koraku na 29,5%. Kao najznačajniji prediktor pokazao se otpornost ($\beta=-0,430$), nakon kojeg slijedi doživljeno nasilje ($\beta=0,266$) i spol ($\beta=0,165$).

5. RASPRAVA

Svi rezultati koji pokazuju mentalno zdravlje učenika u ovome istraživanju bili su pozitivno asimetrično distribuirani, što nije čudno s obzirom na to da se istraživanje provodilo na slučajnom klaster uzorku svih zagrebačkih srednjoškolaca, odnosno da se radilo o ne-kliničkom uzorku. Međutim rezultati su pokazali kako postoji određena spolna razlika u internaliziranim i eksternaliziranim poteškoćama kod adolescenata i tako djelomično potvrdili prvu i drugu hipotezu u ovome istraživanju. Rezultati su pokazali kako kod djevojaka postoje statistički značajno više internaliziranih poteškoća u odnosu na mladiće ($t=-2,423$; $p<0.05$) dok kod eksternaliziranih poteškoća nije bilo statistički značajne razlike između mladića i djevojaka.

Navedeni rezultati donekle su u skladu s dosadašnjom literaturom. Većina ih navodi kako se kod mladića javlja više eksternaliziranih poteškoća u odnosu na djevojke, dok kod djevojaka postoji više internaliziranih poteškoća u odnosu na mladiće. Rosenfield i Mouzon (2013) objašnjavaju te razlike spolnim razlikama u nošenju s problemima. Autori navode kako muškarci pod stresom budu češće uključeni u fizičke aktivnosti, dok se žene češće žale poznanicima i govore o svojim osjećajima. Na taj način muškarci pokušavaju smanjiti stres ili preusmjeriti stres, a žene pokušavaju promijeniti način na koji razmišljaju o problemu. Autori objašnjavaju te razlike time što ako žene imaju više poteškoća povezanih s depresivnim ili anksioznim simptomima, one će češće rješavati probleme tako da razgovaraju o svojim osjećajima koji ih uznemiravaju. Isto tako, ako muškarci imaju više poteškoća s internaliziranim problemima, oni će usmjeriti svoju frustraciju na neku fizičku aktivnost koja je „dozvoljena“ i koja će im smanjiti tenzije. Washburn-Ormachea, Hillman i Sawilowsky (2004) navode kako adolescenti koji sebe procjenjuju visoko na maskulinitetu češće koriste strategije orijentirane na problem kada rješavaju probleme, dok oni adolescenti koji sebe procjenjuju visoko na femininosti češće koriste strategije usmjerene na emocije. Spolne razlike u eksternaliziranim poteškoćama između mladića i djevojaka možemo objasniti time da su i u drugim suvremenim istraživanjima koja se bave ovom temom (npr. Mazuka, 2016) autori dobili razliku u spolu koja je statistički značajna, ali po veličini efekta niska. Sukladno tome potrebno je provesti istraživanja koja detaljnije istražuju osobine ili obrasce ponašanja koja bi mogla objasniti učestalost eksternaliziranih poteškoća kod mladića i djevojaka. Svakako bi bilo zanimljivo detaljnije proučiti ovaj trend u generalnoj populaciji mladih u

Republici Hrvatskoj i ako se on pokaže točnim vidjeti što je sve moglo uzrokovati takav trend kod adolescenata i adolescentica.

Treća i četvrta hipoteza u ovome istraživanju problematizira ulogu financijske mogućnosti obitelji u razvoju mentalnog zdravlja kod adolescenata i pretpostavlja da će adolescenti s nižim financijskim mogućnostima imati više poteškoća mentalnog zdravlja. Rezultati provedene ANOVA-e koje možemo vidjeti u tablici 5. pokazuju kako se učenici koji imaju različite financijske mogućnosti razlikuju u mentalnom zdravlju i to u ekternaliziranim poteškoćama ($F=7,35$, $p<0.01$), svim podskalama DASS-a; depresivnost ($F=6,42$, $p<0.01$), anksioznost ($F=10,68$, $p<0.01$) i stres ($F=10,75$, $p<0.05$). Dodatno je proveden Scheffe post hoc test kako bi se mogle utvrditi postojanje razlika između različitih razina financijske mogućnosti, a čije rezultate možemo vidjeti u tablici 6. Dobiveni rezultati pokazali su kako kod ekternaliziranih poteškoća postoji razlika samo između adolescenata koji imaju prosječne financijske mogućnosti i onih koji imaju iznadprosječne financijske mogućnosti u smjeru da oni koji imaju iznadprosječne financijske mogućnosti imaju i više ekternaliziranih poteškoća. Kod svih DASS podskala dobiven je isti odnos gdje postoji razlika između adolescenata koji imaju ispodprosječne financijske mogućnosti i onih koji imaju prosječne i ispodprosječne financijske mogućnosti.

Navedeni podaci potvrđuju četvrtu hipotezu, ali ne i treću hipotezu. Rezultati koji upućuju da adolescenti s višim financijskim mogućnostima imaju više ekternaliziranih poteškoća u odnosu na one koji imaju prosječne financijske mogućnosti suprotni su od očekivanih rezultata i rezultatima dobivenim u prethodnim istraživanjima. Iako u već navedenom istraživanju Bosacki, Woods i Coplan (2014) koje je proučavalo „Rough-and Tumble play“ autori navode kako postoji odnos između popularnosti i agresivnog ponašanja, gdje popularnija djeca agresivno ponašanje smatraju primjerenijim u odnosu na manje popularnu djecu. Moguće je da postoji odnos između veće popularnosti i iznadprosječnih financijskih mogućnosti, koji zajedno mogu objasniti i predvidjeti češće agresivno ponašanje kod takve djece. Bilo bi zanimljivo istraživati navedenu razliku na većem uzorku u kojem postoji proporcionalan uzorak po spolu i socio-ekonomskom statusu i uključiti popularnost kao novu varijablu. Rezultati na DASS podskalama u skladu su s postojećom literaturom i ukazuju na važnu povezanost financijske stabilnosti obitelji i razvoja poteškoća povezanih uz stres, anksioznosti i depresivnost. Heckman (2015) tvrdi kako sva djeca trebaju imati omogućen

kvalitetan razvoj kako bi mogli razviti potrebne vještine i kompetencije koje će im omogućiti da lakše prolaze kroz svoj cjelokupni razvoj od obrazovanja, socijaliziranja, učenja dodatnih vještina itd. Heckman navodi kako razvojem upravo tih vještina i kompetencija i pozitivnim i uspješnim završetkom svake pojedine razvoje faze kasnije u životu pojedinci pate od manje simptoma različitih psihičkih poteškoća. U istraživanju Heckman i Masterov (2007) provjeravali su dva državna modela pomoći siromašnim obiteljima u kojima obitelji dobivaju financijsku potporu, a roditelju dodatnu edukaciju o roditeljstvu. Kasnije se tu obitelj longitudinalno prati i mjere se različiti pokazatelji uspješnosti razvoja djece, rezultati su pokazali kako su djeca uključena u programe kasnije u životu imali manje fizičkih i psihičkih poteškoća u odnosu na generalnu populaciju. Ono što je bit autorovog programa „Heckman Equation“ je ta kako poteškoće koje se razvijaju u ranijim fazama života najčešće dovode do razvoja postojećih ili stvaranja novih poteškoća u odrasloj dobi života. A kako bi se riješili problemi, ti isti pojedinci kao i država troši mnogo sredstava na liječenje psihičkih bolesti. Ekonomski model kojeg on predlaže je da se ta sredstva preusmjere na kvalitetan rani razvoj onih pojedinaca za koje se predviđa da bi mogli kasnije imati fizičkih ili psihičkih poteškoća. Na taj način bi se prevenirali problemi, a u odrasloj dobi bi imali više samostalnih pojedinaca kojima nije potrebna pomoć i koji mogu više pridonijeti u razvoju svoje zajednice.

Odgovore na 5. i 6. hipotezu možemo vidjeti u tablicama 7 i 8 u kojima su prikazani rezultati provedene logističke regresijske analize. Kod predviđanja ukupnog rezultata na Achenbachovoj problemskoj skali u svakome koraku statistički značajno se povećala ukupna objašnjenja varijanca, što znači da su se prediktori doživljenog nasilja i otpornosti pokazali značajnim i time potvrdili 5. hipotezu. Kao najznačajniji prediktor u predviđanju ukupnog rezultata na Achenbachovoj problemskoj skali pokazao se broj starije braće i sestara ($\beta = 0,356$) što daje toj varijabli veliku prediktivnu snagu. U nekolicini ranije provedenih istraživanja starija braća i sestre pokazala su se kao značajni moderatori ponašanja svojih mlađih braća i sestara. Fagan i Najman (2003.) su proučavali agresivno i problematično ponašanje kod braće i sestara, a rezultati su pokazali kako postoji srednja povezanost između agresivnosti ($r=0,32$) internaliziranih poteškoća ($r=0,36$) koja se može pronaći već u dobi od 5 godina. Isti ili slični rezultati su dobiveni za braću i sestre istog spola kao i kod braće i sestara suprotnog spola, iako većina istraživanja proučava agresivno ponašanje samo kod braće. Također bilo bi zanimljivo istražiti koliko postoji sličnosti u ponašanju braće i sestara u djetinjstvu i da li se ta sličnost mijenja u adolescenciji. Autori navode kako braća i sestre više

utječu međusobno jedni na druge u djetinjstvu kada provode više vremena zajedno i kada nemaju više različitih uzora.

Prilikom predviđanja ukupnog rezultata na DASS skali prediktori otpornosti i doživljenog nasilja su se također pokazali kao značajnim prediktorima i time potvrdili 6. hipotezu ovog istraživanja. U obje regresijske analize skala otpornosti pokazala se kao boljim prediktorom u odnosu na doživljeno nasilje, a u predviđanju ukupnog rezultata na DASS skali razlike je velika (otpornost; $\beta = -0,43$). Velika prediktivna vrijednost otpornosti kod internaliziranih poteškoća možda se može objasniti upravo time što razvijena otpornost kod nekog pojedinca pomaže mu da se dobro nosi s teškoćama i problemima koji ga snađu. Na taj način oni se lakše nose s teškoćama i one ih manje pogađaju. Dok s druge strane adolescenti koji se nađu u nekome problemu, a nemaju razvijenu otpornost mogu stalno razmišljati o negativnim ishodima, vraćati se na problem i ne rješavati ga. S vremenom se na taj način, bez razvijene otpornosti, mogu javiti daljnje poteškoće. U predviđanju ukupnog rezultata na DASS skali spol se također pokazao kao bitni prediktor ($\beta = 0,165$) što je mogući zbog značajne razlike u internaliziranim poteškoćama između mladića i djevojaka kao što je dokazano potvrđenom prvom hipotezom ovog istraživanja. Značajnost prediktora doživljenog nasilja i otpornosti u skladu su s prijašnjom literaturom i ukazuju na važnu ulogu navedena dva prediktora u razvoju mentalnog zdravlja kod adolescenata. Pa tako u istraživanju Lereya i sur. (2016) autori navode kako su faktori povezani uz obitelj poput stila roditeljstva, stila privrženosti, kvalitetnog odnosa između roditelja i djeteta povezani sa psihološkom prilagodbom i očuvanim mentalnim zdravljem. Ako postoji dobar odnos između roditelja i djeteta mogu se stvoriti uvjeti u kojima roditelj djetetu pokazuje pozitivan način razumijevanja vlastitih emocija i nošenja sa stresom. Generalno, zaštitni faktori mijenjaju nepovoljne događaje kako bi se negativne posljedice mogle izbjeći. Prema Benzies i Mychasiuk (2009) otpornost se optimizira ako zaštitni faktori proizlaze iz različitih odnosa (odnos sam sa sobom, odnosi s članovima obitelji i odnos sa širom zajednicom). S druge strane fizičko nasilje može oštetiti kognitivni razvoj mladih i promijeniti način na koji oni tumače događaje oko sebe, a koji dalje smanjuju njihovu mogućnost da se nose s negativnim životnim događajima i povećati vjerojatnost naučene bespomoćnosti i depresivnih i anksioznih simptoma (Liu i sur., 2015). U njihovom istraživanju rezultati su pokazali adolescenti koji su žrtve fizičkog nasilja od strane roditelja, osim što imaju više poteškoća s mentalnim zdravljem, i oni sami češće postaju nasilnici među svojim vršnjacima. Autori također upućuju da ako se takvi adolescenti

identificiraju, trebalo bi ih uključiti u preventivne programe smanjenja međuvršnjačkog nasilja i evaluirati njihovo trenutno mentalno zdravlje kao i njegov razvoj.

5.1. Ograničenja istraživanja i daljnje implikacije

Bitno je napomenuti kako se rezultati moraju shvatiti s ograničenjem radi toga što su dobiveni na uzorku samo nekoliko škola isključivo u Zagrebu. Iako smo odabrali i kontaktirali škole slučajnim uzorkovanjem, neke škole su odbile dati dopuštenje za provođenje istraživanja što uzorak u ovom istraživanju čini i donekle selekcioniranim. Ovo istraživanje provedeno je isključivo na učenicima trećih razreda srednjih škola, međutim bilo bi veoma korisno istraživanje provesti i na učenicima svih razreda srednje i osnovne škole, kao i provođenje longitudinalnog istraživanja kako bi se mogao vidjeti trend doživljenog nasilja i javljanja pojedinih simptoma internaliziranih ili eksternaliziranih poteškoća. Za daljnja istraživanja i reprezentativniji uzorak predlažemo provođenje istraživanja na većim brojem škola na području cijele Hrvatske koje će uključivati različite dobne skupine. Također, jedno od ograničenja istraživanje je korištenje klaster uzorka, odnosno provođenja istraživanja u razredima kao skupinama koje dijele iste profesore, okolinu i druge aspekte mezo i makro sustava. Zbog toga bi prilikom provođenja budućih istraživanja trebalo voditi računa o diversifikaciji uzorka i smanjenju mogućih klaster efekata. Također omjer mladića i djevojaka nije jednak, odnosno u istraživanju je sudjelovao 71 mladića i 154 djevojaka. Navedeni omjer mladića i djevojaka nije u skladu s populacijom zagrebačkih srednjoškolaca, a zbog čega stvarni rezultati u populaciji mogu biti različiti od onih koji su izmjereni u ovome istraživanju. S obzirom na to da su se u istraživanju mjerili internalizirane i eksternalizirane poteškoće kod adolescenata navedeni podatak je mogao maskirati stvarne rezultate. Isto tako istraživanje se provelo na slučajnom ne-kliničkom uzorku, zbog čega su skale doživljenog nasilja, internaliziranih i eksternaliziranih poteškoća pozitivno asimetrične.

U budućim istraživanjima smatramo kako bi trebalo dalje produbiti predviđanje mentalnog zdravlja uvođenjem drugih prediktora i vidjeti koji među njima pokazuju veliku prediktivnu vrijednost. U ovome istraživanju skala otpornosti pokazala se kao bitnim prediktorom te bi trebalo provesti istraživanje u kojem bi se istražilo što čini razliku između pojedinaca s niskom i visokom otpornošću, na koji način je oni razvijaju i kojim mehanizmima točno otpornost štiti osobu od negativnih događaja. Mentalno zdravlje postaje sve veći problem kod mladih i veoma je važno istražiti što sve uzrokuje i stvara podlogu za razvoj psihičkih poremećaja, kao i što sprječava njihovo stvaranjem. Tim znanjima možemo kreirati različite

programe za mlade kojima bi direktno prevenirali nastanak problema i držali mentalno zdravlje populacije na višoj razini.

6. ZAKLJUČAK

Cilj ovog istraživanja bio je proučiti pojavnost poteškoća mentalnog zdravlja u populaciji zagrebačkih srednjoškolaca, kao i detaljnije proučiti prirodu njihovog javljanja, razlike između pojedinih skupina u izražajnosti simptoma mentalnog zdravlja i identificiranje faktora koji mogu predvidjeti poželjno ili nepoželjno mentalno zdravlje. Istraživanje je provedeno na 225 učenika zagrebačkih gimnazija i strukovnih škola.

Prediktori u ovom istraživanju su:

- a. Sociodemografski – spol, broje starije i mlađe braće i sestara, socio-ekonomski status
- b. Doživljeno nasilje od strane roditelja
- c. Otpornost

Rezultati provedenog istraživanja pokazuju kako djevojke doživljavaju više internaliziranih poteškoća u odnosu na mladiće, dok kod internaliziranih poteškoća nije pronađena razlika s obzirom na spol. Socio-ekonomski status pokazao se kao veoma važan faktor, jer učenici s prosječnim socio-ekonomskim statusom doživljavaju više eksternaliziranih poteškoća u odnosu na one s iznadprosječnim socio-ekonomskim statusom. Odnosno možemo zaključiti kako je ulaganje u djecu veoma važno i svakako bi trebalo razvijati i podržavati državne programe koji pomažu obiteljima sa slabijim prihodima.

U provedenim regresijskim analizama, odabranim skupom prediktora objašnjeno je 14,1% ukupnog varijabiliteta Achenbachove problemske skale i 29,5% ukupnog varijabiliteta ukupnog rezultata na DASS-u. Otpornost je ulazila u posljednjem koraku obje regresijskih analiza i pokazale se kao značajan prediktor u obje analize, dok se doživljeno nasilje pokazalo značajnim prediktorom samo kod predviđanja ukupnog rezultata na Achenbachovoj skali. Sukladno tome potrebno je u budućim istraživanjima detaljnije proučiti ulogu otpornosti u zaštiti od mentalnog zdravlja i pronaći načine na koje se otpornost može razvijati u čim ranijoj fazi djetinjstva. Iako doživljeno nasilje ima lošiji efekt na razvoj eksternaliziranih poteškoća, uz dobro razvijenu otpornost rizični faktori imaju manje negativnih posljedica.

7. LITERATURA

- Aali, S., & Kadivar, R. (2015). Predicting the mental health profile based on the developmental family function components, 300–308
- Ajduković, M i Rajter, M. (2016). Obireteljski ekonomski stres kao čimbenik rizika za nasilne odgojne postupke i psihocijalnu dobrobit djece. *Ljetopis socijalnog rada* 2016, 4(58), 161–338.
- Annerback E.M., Sahlqvist L., Svedin C.G., Wingren G., Gustafsson P.A. (2012). Child physical abuse and concurrence of other types of child abuse in Sweden—associations with health and risk behaviors. *Child Abuse Negl* 36,585–595
- Bayer, J. K., Ukoumunne, O. C., Mathers, M., Wake, M., Abdi, N., & Hiscock, H. (2015). Development of children ' s internalising and externalising problems from infancy to five years of age, 46(7).
- Benzies K, Mychasiuk R. (2009). Fostering family resiliency: a review of the key protective factors. *Child Fam Soc Work*, 14, 103–14.
- Bergen H.A., Martin G., Richardson A.S., Allison S., Roeger L. (2003). Sexual abuse and suicidal behavior: a model constructed from a large community sample of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 42,1301–1309
- Betts, K. S., Baker, P., Alati, R., McIntosh, J. E., Macdonald, J. A., & Letcher, P. (2016). The natural history of internalizing behaviours from adolescence to emerging adulthood. *Findings from the Australian Temperament Project*.
- Bosacki, S., Woods, H., & Coplan, R. (2015). Canadian female and male early childhood educators ' perceptions of child aggression and rough-and-tumble play, 185(7), 1134–1147.
- Bowlby, J. (1988). *A SECURE BASE Parent-Child Attachment and Healthy Human Development*.
- Machisa, M. T., Christofides, N., & Jewkes, R. (2016). Structural Pathways between Child Abuse , Poor Mental Health Outcomes and Male- Perpetrated Intimate Partner Violence (IPV),*PLOS ONE*, 1–16.
- Conger, R.D. Ge, X.J., Elder, G.H., Lorenzo, F.O. Simons, R.L. (1994). Economic stress, coercive family process, and developmental problems of adolescents. *Child Development*, 65(2), 541-561.
- Costello, E. J., Compton, S. N., Keeler, G., & Angold, A. (2015). A Natural Experiment, *JAMA* 290(15), 2023–2029.
- Davis, S., Votruba-drzal, E., & Silk, J. S. (2015). Trajectories of Internalizing Symptoms From Early Childhood to Adolescence : Associations With Temperament and Parenting, *Social Development*, 24(3),501–520

- Dray, J., Bowman, J., Freund, M., Campbell, E., Wolfenden, L., Hodder, R. K., & Wiggers, J. (2014). Improving adolescent mental health and resilience through a resilience-based intervention in schools: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 15(1)
- Fine, C. (2010). *Delusions of gender: How our minds, society, and neurosexism create difference*. New York, NY: W. W. Norton & Company.
- Furlong M., McGilloway S., Bywater T., Hutchings J., Smith S.M., Donnelly M. (2012). Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 23, 1123–1137
- Garcia M.M., Shaw D.S., Winslow E.B., Yaggi K.E. (2000). Destructive sibling conflict and the development of conduct problems in young boys. *Dev Psychol* 36:44–53
- Georgiou, S. N., & Fanti, K. A. (2014). An International Journal of Experimental Transactional associations between mother – child conflict and child externalising and internalising problems, *Educational Psychology*, 34 (2), 133-153
- Gomez R, Vance A, Gomez RM. (2014). The factor structure of anxiety and depressive disorders in a sample of clinic-referred adolescents. *Abnorm Child Psychol*, 42(2), 321-332.
- Gonza, M. A. (2013). Communications of the European Society for Child and Adolescent Psychiatry, *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 22, 583–586
- Gugliandolo, M. C., Costa, S., Cuzzocrea, F., & Larcan, R. (2015). Trait Emotional Intelligence as Mediator Between Psychological Control and Behaviour Problems, *J Child Fam Stud*, 24, 2290–2300
- Gulin, M. (2012.) Prano prepoznavanje problema mentalnog zdravlja kod djece i mladih i psihološka intervencija. Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja. *Zavod za javno zdravlje Sveti Rok*.
- Heckman, J. J., and D. V. Masterov. (2007.) “The Productivity Argument for Investing in Young Children.” *Applied Economic Perspectives and Policy*, 29 (3), 446–93
- Heckman, J. J. (2015). The Effects of Two Influential Early Childhood Interventions on Health and Healthy Behaviors. *National Bureau of Economic Research*
- Hjemdal, O., Friborg, O., Stiles, T. C., Martinussen, M. & Rosenvinge, J. H. (2006). *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*
- Higa-McMillan C.K., Smith R.L., Chorpita B.F., Hayashi K. (2008). Common and unique factors associated with *DSM-IV-TR* internalizing disorders in children. *J Abnorm Child Psychol*, 36(8), 1279-1288.
- Hunter, R. A. B. M. (2012). Adjustment of Siblings of Children with Mental Health Problems : Behaviour , Self-Concept , Quality of Life and Family Functioning, *J Child Fam Stud*, 21, 262–272

- Kim, J.Y., A.H. Song and S. Han (2010). An Overlapping Experience of Domestic Violence & Children's Depression and Delinquent Behaviors, *South Korean Journal of Youth Studies*, 17(12), 1–26.
- Lahey B.B., Rathouz P.J., Van Hulle C. (2008). Testing structural models of *DSM-IV* symptoms of common forms of child and adolescent psychopathology. *J Abnorm Child Psychol*, 36(2), 187-206.
- Langley K., Fowler T., Ford T., Thapar A.K., van den Bree M., Harold G., Owen M.J., O'Donovan M.C., Thapar A. (2010) Adolescent clinical outcomes for young people with attention-deficit hyperactivity disorder, *J Psychiatry* 196(3), 235–240
- Lereya, S. T., Humphrey, N., Patalay, P., Wolpert, M., Böhnke, J. R., Macdougall, A., & Deighton, J. (2016). The student resilience survey: psychometric validation and associations with mental health. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 10(44)
- Letourneau, N. L., Duffett-Leger, L., Levac, L., Watson, B., & Young-Morris, C. (2013). Socioeconomic status and child development: A meta-analysis. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 21, 211–224
- Liu, T., Yen, C., Ko, C. i Hu, H. (2015). Physical Child Abuse and Teacher Harassment and Their Effects on Mental Health Problems Amongst Adolescent Bully – Victims in Taiwan, *Child Psychiatry Hum Dev*, 46, 683–692
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). Manual for the Depression Anxiety Stress Scales. Sydney: Psychology Foundation.
- Macuka, I. (2016). Emocionalni i ponašajni problemi mlađih adolescenata – zastupljenost i rodne razlike, *Ljetpopis socijalnog rada*, 23(1), 65–86.
- Manuscript, A. (2014). NIH Public Access, 42(5), 819–832
- Masten, A. S. (2001). Ordinary Magic, *American Psychologist* ,56(3), 227–238.
- Masten, A. S., & Masten, A. S. (2016). Resilience in developing systems : the promise of integrated approaches Resilience in developing systems : the promise of integrated approaches, *Europeana Journal of Developmental Psychology*, 5629
- Milner, J.S. (2000). Social Information Processing and Child Physical Abuse Theory and Research.
- Mills, R. S. L., Hastings, P. D., Helm, J., Davis, C., Serbin, L. A., Etezadi, J., Li, H. H. (2011). Temperamental , Parental , and Contextual Contributors to Early-emerging Internalizing Problems : A New Integrative.
- Patton G.C., Coffey C, Romaniuk H., Mackinnon A., Carlin J.B., Degenhardt L., Olsson C.A., Moran P. (2014). The prognosis of common mental disorders in adolescents: a 14-year prospective cohort study. *Lancet* 383, 1404–1411.

- Rezo, I. (2016). Uloga individualnih čimbenika u povezanosti ekonomskih teškoća i ishoda kod adolescenata. *Ljetopis socijalnog rada* 2016, 4(58), 165–186.
- Rosenfield, S., & Mouzon, D. (2013). Gender and Mental Health, *International Journal of Social Welfare*, 24, 182–192
- Sayre, R. K., Devercelli, A. E., Neuman, M. J., & Wodon, Q. (2015). *Investing in Early Childhood Development*.
- Seligman, M. E. P. (2000). Positive Psychology , Positive Prevention , and Positive Therapy.
- Silobrčić-Radić, M. (2011). Mentalno zdravlje, *Hrvatski časopis za javno zdravstvo*, 7(28).
- Šućur, Z., Kletečki-Radović, M., Družić-Ljubotina, O. & Babić, Z. (2015). Siromaštvo i dobrobit djece predškolske dobi u Republici Hrvatskoj, *Ured UNICEF-a za Hrvatsku*, Zagreb.
- Tarver, J., Daley, D., & Lockwood, J. (2014). Are self-directed parenting interventions sufficient for externalising behaviour problems in childhood? A systematic review and meta-analysis, *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 23,1123–1137.
- Teicher M.H., Andersen S.L., Polcari A., Anderson C.M., Navalta C.P., Kim D.M. (2003) The neurobiological consequences of early stress and child maltreatment. *Neurosci Biobehav Rev*, 27,33–44
- Ungar, M. (2015). Practitioner Review: Diagnosing childhood resilience – a systemic approach to the diagnosis of adaptation in adverse social and physical ecologies, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(1, 4–17)
- Waxler, C. Z., Dougan, B. K., & Slattery, M. J. (2000). Internalizing problems of childhood and adolescence : Prospects , pitfalls , and progress in understanding the development of anxiety and depression, 12, 443–466.
- Washburn-Ormachea, J. M., Hillman, S. B., & Sawilowsky, S. S. (2004). Gender and gender-role orientation differences on adolescents' coping with peer stressors. *Journal of Youth and Adolescence*, 33 , 31–40.
- Waszczuk, M. A., Zavos, H. M. S., Gregory, A. M., & Eley, T. C. (2014). The Phenotypic and Genetic Structure of Depression and Anxiety Disorder Symptoms in Childhood, Adolescence, and Young Adulthood, *JAMA Psychiatry*, 71(8), 905–916.
- Welfare, S. (2015). Externalising and internalising problem behaviour among Swedish adolescent boys and girls, *International Journal of Social Welfare*, 24,182–192.