

MENTALNO ZDRAVLJE DJECE RANE ADOLESCENTNE DOBI

Sažetak

Rad opisuje istraživanje iji su rezultati omogu ili bolje razumijevanje utjecaja kvalitete relacijskog konteksta u razli itim obiteljskim, školskim i društvenim dinamikama kao interaktivnih sustava, na mentalno zdravlje djeteta, percipirano o ima djeteta rane adolescentne dobi. U okviru kvantitativnog istraživanja sudjelovalo je 734 u enika/ca viših razreda osnovne škole (V-IX razreda), koja su procjenjivala kvalitetu obiteljskog i školskoga života na prilago enim Upitnicima za mjerenje obiteljskih i školskih interakcija, te svoje probleme na Skali samoprocjene ponašanja mladih. Kvalitativno istraživanje, provedeno je sa roditeljima/starateljima i lanovima menadžmenta osnovnih škola uklju enih u istraživanje (N=31), u sadašnjem društvenom kontekstu. U ovom radu prikazat e samo dio rezultata dobivenih u provedenom istraživanju.

Potvr en je ekološki model ljudskog razvoja koji polazi od vjerovanja da se sustavi ne mogu posmatrati izolovano jedno od drugih, te da je za ljudski razvoj nužna otvorenost sustava na kontakt koji je aktivan i obostran i koji zahtjeva spremnost na zajedništvo. Me utim, ono što se uo ava kroz kvalitativno i kvantitativno istraživanje jeste prisutnost osje aja nepripadnosti i otu enosti, koja se uo ava kod djece, roditelja, škola (sa osje ajem da su svi sustavi prepušteni sami sebi). Uo ava se pasivna povezanost sustava koji ima tendenciju da se zatvara, a zatvaranjem postaje dio procesa unutarnjeg raspadanja. Dakle možemo govoriti o lš ašenom Bronfenbrenner-ovom sustavu i njegovim posljedicama na mentalno zdravlje djece rane adolescentne dobi.

Rezultati su analizirani s obzirom na op e i specifi ne aspekte kvalitete života i mentalnog zdravlja djece rane adolescentne dobi, te mogu nosti rane prevencije u okviru modela ekološke integracije.

Klju ne rije i: mentalno zdravlje djece-adolescenata, aspekti kvalitete obiteljskog i školskog života, Bronfenbrennerov ekološki sustav i Teorija polja, internalizirani i eksternalizirani problemi u djece-adolescenata.

Uvod

Mentalno zdravlje je osnova dje ijeg socijalnog i emocionalnog razvoja, a time i blagostanja i funkcioniranja tokom cijelog života. Premda predstavlja fundamentalnu komponentu op eg zdravlja, mentalno zdravlje djece je esto zanemareno širom svijeta, naro ito u nerazvijenim i zemljama u razvoju (Goldney i sur. 2004.; Novak i Baši , 2008.). Ovaj nedostatak svjesnosti o problemima mentalnog zdravlja mladih rezultira time da se ova kategorija populacije esto ignoriše i zaboravlja kada se kreira politika mentalnog zdravlja u mnogim zemljama. Dodatno, tu je i stigma povezana sa problemima mentalnog zdravlja djece i mladih koja uti e na njihovu kvalitetu života, ali i predstavlja barijeru za prevenciju i tretman ovih patnji (prema Markovi , 2011.). Mnoge teorije govore da problemi u djetinjstvu predvi aju probleme i u odrasloj dobi. Mentalni poreme aji, zbog relativno visoke prevalencije i esto hroni nog toka, kao i po etka u adolescenciji i mla oj odrasloj dobi, predstavlja jedan od prioriteta javno zdravstvenih problema u svijetu. Oko polovine dugotrajnih mentalnih poreme aja po inje prije 14. godine što ukazuje na važnost ulaganja u identifikaciju, prevenciju, ali i tretman poreme aja u djece i adolescenata

(http://www.who.int/mental_health/resources/Child_ado_atlas.pdf: 16; N.p., n.d. Web. 17 June 2011.).

Teorijski pristupi etiologiji poremećaja u ponašanju polaze, sa jedne strane od bioloških, medicinskih i psiholoških stajališta, a s druge socijoloških pristupa, dok se noviji pristupi priklanjaju integraciji jednih i drugih. Socijalno okruženje ima važno mjesto u razmatranju etiologije različitih poremećaja u ponašanju, pri čemu su obiteljsko i školsko okruženje važni konteksti unutar kojega djeca rane adolescentne dobi kreiraju svoja uvjerenja o interpersonalnim odnosima, te u odnosu na njih razvijaju obrasce socijalnih, emocionalnih i kognitivnih akcija.

Govoreći o obitelji nikako ne smijemo zaobići i njezinu važnu ulogu u formiranju osobe kroz rani razvoj i pojedinačan utjecaj svih članova obitelji kao i važnost ukupne obiteljske atmosfere u kojoj dijete odrasta. „Samo roditeljstvo i kvaliteta dijadnih obiteljskih odnosa, već je davno prepoznato kao značajna komponenta zadovoljstva vlastitim životom, sposobnosti prilagođavanja različitim aspektima razvoja, ponašanja djeteta, akademskim postignućima, moralnim razvojem kao i osobinama ličnosti“ (Klarin, 2006., prema Wagner, 2008: 121.). Međutim, „strukturalisti su sve više istaknuli važnost funkcioniranja cijele obitelji kao sustava“ (Keresteš, 2002., prema Wagner, 2008: 120.), koja omogućava da se zadovolji egzistencijalna potreba za pripadanjem posebno kada se radi o djeci rane adolescentne dobi koja ulaze ili prolaze kroz značajnu razvojnu fazu u kojoj učestalo nastaju problemi. Atmosfera u obitelji, te kvaliteta obiteljskih odnosa predstavlja naj snažniji zaštitni faktor, ali i riziko faktor za razvoj različitih oblika poremećaja mentalnog zdravlja kod djece i adolescenata. U našem istraživanju *kvaliteta obiteljskog života* predstavlja osjećaj *koherentnosti*¹ - osjećaj pripadnosti obitelji kao važne egzistencijalne potrebe, a koherentnost se posmatra i kao „kritički element rezilijentnosti“² (prema Majkić, 2011: 274.).

Kvaliteta školskog života definira se kao skup pozitivnih i negativnih iskustava i doživljaja u školi, te osjećaj povezanih sa specifičnim područjima i posljedicama života u školi (Leonard, 2002.). „Općenito pozitivne i negativne osjećaje prema školi odnose se na općenito doživljaj kvalitete školskoga života, dok specifičniji podrazumijevaju školskoga života uključujući kvalitetu odnosa između učenika i nastavnika, odnosa učenika s vršnjacima, percepciju važnosti školovanja za život, osjećaj uspješnosti u školi, osjećaj samomotivacije za učenje“ (Raboteg-Šarić i sur., 2009: 698.).

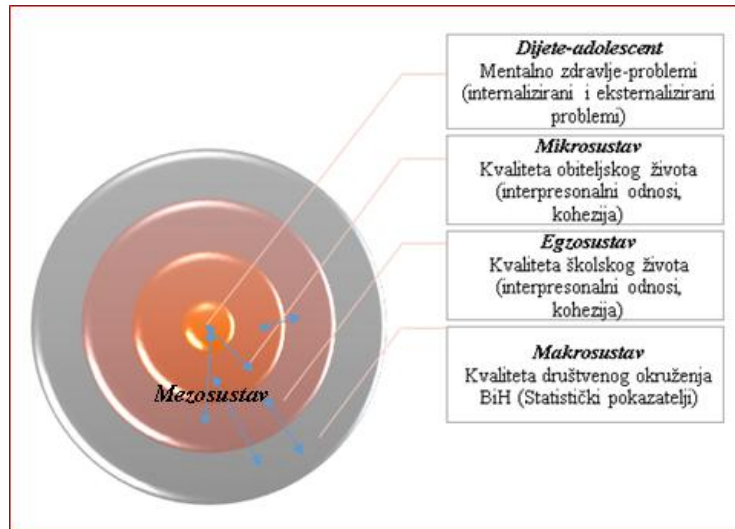
Međutim, najveća zapreka u učenju, ali i mentalnom zdravlju djeteta, jeste strah. Procjena nepoželjnih osjećaja prema školi pokazala se u dosadašnjim istraživanjima značajnim indikatorom stresa što ga učenici doživljavaju u školi. Osjećaj nemogućnosti da se prati nastava, strah od neuspjeha i doživljaj neuspjeha, prenatrpani sadržaji nastavnih planova i programa, metodi poučavanja, loši uvjeti, loši odnosi s nastavnicima, nasilje među učenicima i niz drugih faktora u školi, „povećavaju nezadovoljstvo učenika školom koje se očituje u njihovoj pasivnosti, smanjenoj motivaciji, lošijem školskom uspjehu i izostajanju iz škole“ (Leonard i sur., 2000., prema Raboteg-Šarić i sur., 2009: 711.). Nadalje, tradicionalne škole usmjerene na reproduktivno znanje potiču kod djece osjećaj straha, nekompetentnosti i nesigurnosti. Dijete pokušava izbjeći takve situacije neugodnog osjećaja, ali pošto školu ne može izbjeći i pokušava je identifikovati sa tim osjećajem i može imati tendenciju razvoja otpora prema školi, nastavnicima i odgovarati na školski stres maladaptivnim mehanizmima.

Zbog svega navedenog investiranje u mentalno zdravlje i kvalitetu života djece - adolescenata spada u najvažnija ulaganja koje bilo koja zajednica može da napravi. Bosna i

Hercegovina kao relativno mlada država u fazi postratnog oporavka i izgradnje demokratskih odnosa treba da obrati posebnu pažnju na brigu cjelokupnog zdravlja djece i mladih.

Analogno, u našem istraživanju, pošli smo od *holisti kog*³ gledišta i približili se konceptu Urija Bronfenbrenera koji danas predstavlja dominantni model biopsihosocijalnog pristupa u razvoju psihopatologije i zahtjeva sagledavanje svih bitnih prediktora mentalnog zdravlja djece rane adolescentne dobi, koriste i se, za naše istraživanje, *prilago enim Bronfenbrenner-ovim modelom ekološke integracije sustava (Slika 1.)* (prema Vuli -Prtori , 2001: 15.). Prema ovom modelu, dijete rane adolescentne dobi⁴ (McConville, 1998.), nalazi se u sredini, a oko njega se šire u koncentri nim krugovima slojevi okoline, po evši od onih koji su djetetu najbliži i u kojima izravno sudjeluje pa do onih koji su mu udaljeni i sa kojima je u indirektnoj interakciji. Dje iji razvoj se promatra unutar konteksta u kojemu se razvoj odvija i koji uveliko ovisi o kvaliteti interakcije izme u djeteta i okoline, ne zanemaruju i individualne osobine djeteta. To zna i “da je djetetovo ponašanje, u svakom trenutku djetetova razvoja, rezultat transakcije izme u njegovih osobnih karakteristika i okoline” (Vuli -Prtori , 2002: 2.). Dakle, u središtu ovog prilago enog modela (*Slika 1.*) posmatramo izloženost djeteta okolnostima koje su (ne)povoljne za njegov adekvatan razvoj putem samoprocjene djeteta (mentalno zdravlje/problemi mentalnog zdravlja). Drugi sustav- *Mikrosustav* ini njegova obitelj sa svim specifi nostima (kvaliteta emocionalnog odnosa, stilovi ponašanja roditelja, doživljaj koherentnosti - pripadnosti obitelji). Slijede u razinu ini *Egzosustav* koji predstavlja kvalitetu školskog života (op u i specifi nu) i najudaljeniji, ali ne i bez utjecaja na pojedinca, ini *Makrosustav* kao sustav društvene tradicije, vrijednosti, te op enito kvalitete življenja u sadašnjem društvenom okruženju (ekonomski problemi-nezaposlenost, siromaštvo, zdravstveni i obrazovni problemi). *Mezosustav* predstavlja kvalitetu odnosa izme u djeteta i okoline, te interakcije izme u sustava, tj. aktivnu/pasivnu povezanost sustava.

Prilagođeni Bronfenbrenner-ov model ekološke integracije sustava Slika 1.



Internalizirani i eksternalizirani problemi u djece i adolescenata

Sada ve tradicionalnu podjelu problema mentalnog zdravlja djece i mladih na internalizirane i eksternalizirane prvi uvodi Achenbach, te ih i razrađuje širokom primjenom

U internalizirane probleme ubrajaju se anksioznost, zabrinutost, reakcije panike, te reakcije na stresne događaje koje imaju supskale: socijalne povučenosti, somatskih poteškoća i anksioznosti/depresije. Internalizirani simptomi često se javljaju kod djevojčica, a uključuju fobije, brige, bolove u trbuhu, povlačenje, mučninu, glavobolje, povraćanje, kompulziju, nesanicu, osamljivanje, depresiju, plašljivost, stid, strah krivnju. Za djecu s ovim simptomima karakteristično je pretjerano kontrolirano ponašanje, prisutnost određenih deficita u ponašanju ili emocionalna inhibicija (Achenbach, 1966.; Achenbach i sur., 1989.; Davidson i Neale, 1999.; prema Marković, 2011.), pri čemu dijete prvenstveno ima problem samo sa sobom. Eksternalizirani problemi manifestiraju se kao nedovoljno kontrolirana ponašanja kao što su: uključivanje u bježanje od kuće, iz škole, uništavanje imovine, rizično zdravstveno ponašanje, destruktivno agresivno ponašanje, te antisocijalno ponašanje i odnose na supskale predelinkventnog ponašanja i destruktivne agresivnosti. Eksternalizirani simptomi često se javljaju kod dječaka, a tipično ih prati nedovoljno kontrolirano, ekscesivno ponašanje, te je karakteristično da dijete iznosi svoj problem kroz odnos s društvom.

Internalizirani i eksternalizirani problemi nisu međusobno isključivi i predstavljaju značajne prediktore mentalnog zdravlja i kvalitete života, te ishoda za budućnost.

Epidemioloških podataka o mentalnim problemima kod djece i mladih ima vrlo malo iz čega direktno proizlaze potrebe i smjernice za daljnjim istraživanjima. Da bismo govorili o važnosti preventivnih programa za mentalno zdravlje djece-adolescenata, dobit našeg društva ili tretirali kao ekonomski isplativije na naše brige, pokušajmo utvrditi kolika i kakva potreba za intervencijom postoji.

Metodološki okvir empirijskog dijela istraživanja

Nastojali smo, kroz ekološki transakcijski model Juria Bronfenbrener, dosegnuti i bolje razumjeti povezanost fenomena kvalitete obiteljskog i školskog života sa mentalnim zdravljem djeteta rane adolescentne dobi. Ono što predmet istraživanja ini posebno zna ajnim jeste da su skalom samoprocjene ponašanja ispitanika ispitanici internalizirani i eksternalizirani problemi djece rane adolescentne dobi, koji su dovedeni u vezu sa varijablama kvalitete doživljaja zadovoljstva unutar obiteljskog i školskog života u trenutnom društvenom kontekstu.

Sudionici

U istraživanju je sudjelovalo osam osnovnih škola u Kantonu Sarajevo i obuhva ena je populacija u enika/ca starije osnovnoškolske dobi (10-15 godina), koja je odabrana slu ajnim uzorkom odjeljenja. Anketirano je 734 u enika/ca od V-VIX razreda, te roditelja/staratelja oba spola, lanove menadžmenta škole (N= 31), u okviru kvantitativnog i kvalitativnog istraživanja. Nakon eliminiranja svih Upitnika koji nisu bili potpuni, gdje je nedostajalo više od 10% odgovora, u kona an uzorak za dalje istraživanje ušla su 713 ispitanika/ce.

Metode, tehnike i mjerni instrumenti istraživanja

U ovom istraživanju koristili smo kvantitativnu i kvalitativnu tehniku prikupljanja podataka. Ispitivanje je provedeno u više navrata grupno po odjeljenjima u vrijeme redovne nastave u školi, uz odobrenje menadžera škole i poštivanje *Eti kog kodeksa istraživanja o djeci* (Nagradi i sur. 2006.) sa ciljem djelovanja u najboljem interesu djeteta, njegove obitelji, cjelokupne zajednice, te kvalitete istraživanja. Djeci je u razredu na po etku sata predvi enog za popunjavanje Baterije upitnika, data usmena uputa o ciljevima istraživanja, uz naglašenu anonimnost istraživanja i poštovanje dje ijih prava.

Prema svrsi istraživanja koristili smo aplikativnu metodologiju istraživanja koja ima za cilj da rezultati budu izravno primjenjeni u praksi. Prema tipu istraživanja na osnovu vremenskog okvira provo enja koristili smo cross studiju. Dakle, radi se o biopsihosocijalnom istraživanju koje ima za funkciju da se opisuju fenomeni, interakcije, te zna ajni prediktori.

Primjenjen je softverski paket za statistiku obradu podataka – SPSS 18.0. Kako bi se utvrdila pouzdanost pojedinih mjernih instrumenata, izvršena je provjera sa Testom pouzdanosti Cronbach's Alpha. Radi lakše interpretacije podataka i interakcije me u varijablama korišten je Generalni linearni modul multivarijatne prilago ene binarne regresije, analize sa testom izme u faktora na zavisnim varijablama, te Profile Plots, Post Hoc Test i Bonfferoni test, a sve su analize provjerene i neparametrijskim testom pouzdanosti Chi square.

Mjerni instrumenti

1. *Op i sociodemografski podaci* - spol, dob, podru je škole, raseljenost/neraseljenost, vladanje u školi, akademski uspjeh, strukturalne karakteristike obitelji (potpuna/nepotpuna, proširena obitelj, hraniteljska obitelj ili neki drugi institucionalni smještaj).
2. *Skala samoprocjene ponašanja ispitanika - YRS - Youth Self Report* (Achenbach i Rescorla, 2001.) namjenjena je za samoprocjenu ponašanja djeteta tijekom proteklih šest mjeseci. Skala se sastoji iz osam supskala koje ukazuju na sljede e probleme: anksiozno-

depresivna ponašanja, povu enost, somatske poteško e, socijalni problemi, opsesivne misli, problemi sa pažnjom, buntovništvo i destruktivna agresivnost. Na osnovi faktorskih analiza izdvojene su dvije osnovne šire kategorije problema u ponašanju, internalizirani i eksternalizirani problemi, te sindrome koji ne pripadaju ni jednoj od ove dvije grupe, to su: problemi mišljenja, problemi pažnje i socijalni problemi. Skala se sastoji od 112 tvrdnji koje se procjenjuju na skali od 0-2 (0-nije ta no, 1- djelomi no ta no, 2-ta no je). Ukupni problemi na skali problema je zbir skorova na svim stavkama i može biti od 0 do 240. Test pouzdanosti Cronbach's Alpha iznosi alfa = .723 do .796 i upu uje na zadovoljavaju u pouzdanost skale.

3. *Skala kvalitete obiteljskih interakcija – KOBİ* (Vuli -Prtori , 2004.), mjeri interakcije djeteta i roditelja na dvije dimenzije koje odgovaraju onim aspektima obiteljske interakcije koji se u literaturi naj eš e opisuju dimenzijom prihvatanje (emocionalna toplina, intimnost, jasne granice) i odbacivanje (rigidna kontrola, emocionalno zanemarivanje). Skala se sastoji od 5 supskala: zadovoljstvo vlastitom obitelji, prihvatanje od strane majke, prihvatanje od strane oca, odbacivanje od strane majke i odbacivanje od strane oca Skala ima 55 tvrdnji: 22 koje opisuju odnos djeteta s majkom, 22 opisuju odnos djeteta s ocem i 11 tvrdnji koje se odnose na op u atmosferu u obitelji. Supskala kvalitete obiteljskog života ispituje kako se dijete osje a u svojoj obitelji, njegov osje aj koherentnosti. Zadatak ispitanika bio je da za svaki ajtem ili tvrdnju izabere jedan od predloženih odgovora: 1. potpuno neta no, 2. uglavnom neta no, 3. nisam siguran/a, 4. uglavnom ta no i 5. potpuno ta no. Test pouzdanosti Cronbach's Alpha za skalu zadovoljstva vlatitom obitelji iznosi alfa= .782. Test pouzdanosti Cronbach's Alpha na skali procjene maj inog ponašanja iznosi alfa= .875, a Alpha =.887 na skali procjene o evog ponašanja.

4. *Skala kvalitete školskog života – SKŠO* (Badurina, 2012: 200) namjenjena je za samoprocjenu op eg zadovoljstva školskim okruženjem, te specifi nih aspekta školskog života. Skala ima 20 tvrdnji koje se procjenjuju na skali od etiri stupnja (1-uop e nije ta no, 2- uglavnom je neta no, 3- uglavnom je ta no, 4-potpuno je ta no). Tvrdnje se odnose na op u atmosferu unutar škole na op e pozitivne i negativne osje aje prema školi i u školi, te na specifi na podru ja kvalitete odnosa izme u u enika, nastavnika i vršnjaka, osje aj školske kompetentnosti, doživljaja u enja, te osje aja sigurnosti unutar škole. Upitnik je kreiran za potrebe istraživanja i pilotiran prije istraživanja na u enicima starije osnovnoškolske dobi. Koeficijent nutarnje konzistencije (Cronbach's Alpha) na ukupnoj skali procjene op e kvalitete školskog života iznosi alfa= .879 i upu uje na zadovoljavaju u pouzdanost skale.

5. *Za kvalitativnu analizu* (Badurina 2012: 201-209) rezultata istraživanja dizajnirani su listovi za vo enje, analiziranje i kvalitativnu obradu podataka fokus grupa sa roditeljima i intervjuua sa menadžmentom škole.

6. *Statisti ki pokazatelji kvalitete društvenog okruženja* (Badurina 2012: 9-12, 53-56) predstavljaju pokazatelje razli itih istraživanja i njihovih rezultata (ekonomski problemi-nezaposlenost, siromaštvo, zdravstveni i obrazovni problemi)

Rezultati istraživanja

Sociodemografske karakteristike

Pokazatelji rezultata govore da je približan broj ispitanika uključenih u istraživanje u odnosu na lokaciju škole, i to 49,6% iz gradskog, te 50,4% ispitanika iz prigradskog okruženja. U školama se uočava nešto veći broj djevojčica (48,1%) u odnosu na dječake (46,9%). Ispitanici, do svoje 14. godine, njih 67,4% nije mijenjalo mjesto stanovanja, a 31,3% ispitanika su tokom svog života promijenili mjesto stanovanja. Nadalje, ispitanici u najvećem broju slučajeva žive u potpunoj obitelji sa bratom/sestrom njih 66,8%, u proširenoj obitelji njih 13,9%, te u obitelji kao jedno dijete njih 8,6%. U nepotpunoj obitelji živi 10,5% ispitanika, najčešće zbog razvoda roditelja, njih 6%. Uočava se da je 4,5% ispitanika do svoje 14. godine doživjelo teško traumatsko iskustvo ranim gubitkom jednog ili oba roditelja, najčešće oca, a 0,7% djece živi sa starateljima/rodbinom ili u Dječijem domu/SOS-Dječijem selu (Badurina 2012: 99-101).

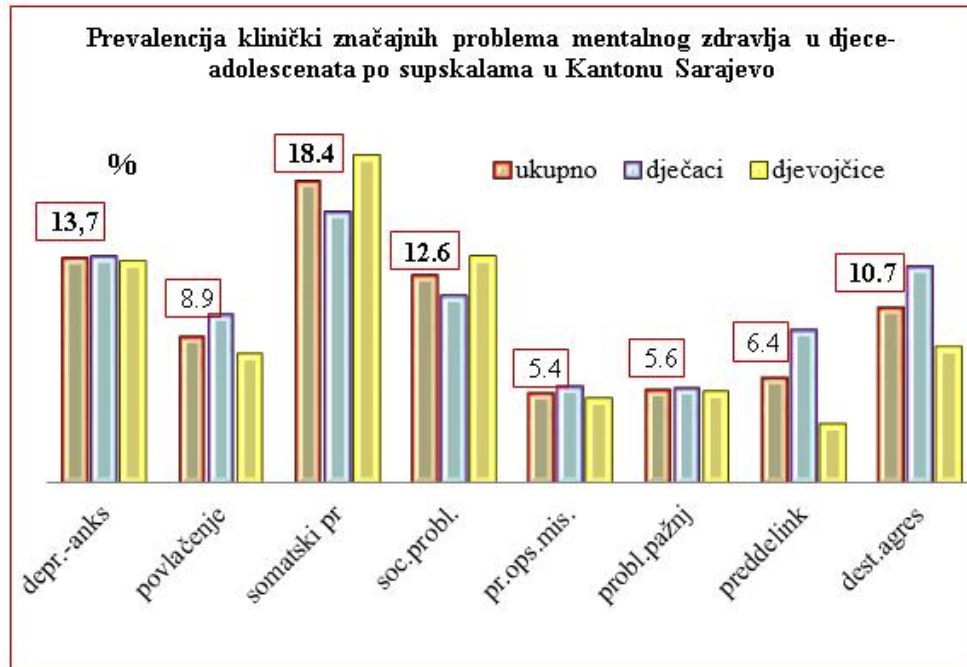
Klinički značajni problemi mentalnog zdravlja djece rane adolescentne dobi

Iz Grafikona 1. uočavaju se visoke razine somatskih problema posebno kod djevojčica što je u korelaciji sa kvalitativnim istraživanjem („17 883 opravdana slučaja u toku jednog polugodišta, a neopravdanih 719, ukupno 18 602 izostanaka sa nastave u jednom polugodištu“ *Menadžment Škole*; „Moje dijete je često bolesno. Astma, stomaci su problemi“ majka, „Moje dijete dolazi umorno i neraspoloženo iz škole i ja ne znam kako da mu pomognem“ otac, „Broj izostanaka po učeniku za ovo polugodište je 23,2%, najčešće zbog bolesti“ *Menadžment Škole*“) (Badurina 2012: 201-209).

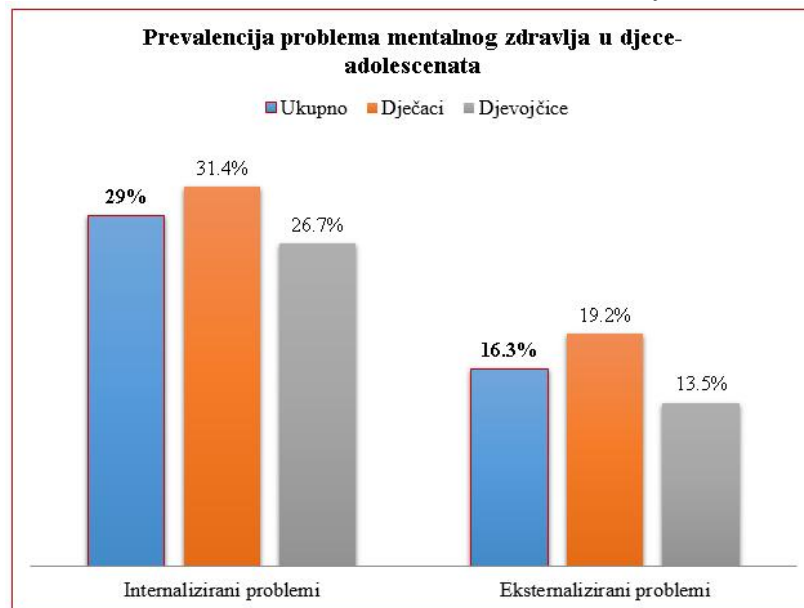
Uočava se prevalencija anksioznih i depresivnih problema u djece-adolescenata sa približno jednakom zastupljenošću u odnosu na spol, te možemo zaključiti da djeca rane adolescentne dobi predstavljaju visokoriznu grupu kada su u pitanju somatski, depresivni i anksiozni simptomi. Socijalni problemi više su prisutni kod djevojčica, a uočavaju se visoke razine destruktivne agresivnosti, te preddelinkventnog buntovnog ponašanja kod dječaka (Grafikon 1).

Rezultati istraživanja (Grafikon 2.) ukazuju na skoro dva puta veću prevalenciju spektra internaliziranih problema (29%) u djece rane adolescentne dobi od prevalencije klinički značajnih eksternaliziranih problema (16,3%). Nadalje, vidimo da dječaci rane adolescentne dobi predstavljaju visokoriznu grupu kada su u pitanju internalizirani i eksternalizirani problemi, te se uočava i veća uestalost sveukupnih problema kod dječaka. U odnosu na spolnu razliku u prevalenciji ispitivanih problema, potvrđeni su rezultati iz literature koji se odnose na veću uestalost sveukupnih problema kod dječaka (Cicchetti i Toth, 2009.). Također, zanimljiv je visok procenat internaliziranih problema kod dječaka, koji je dobijen i u studiji u Njemačkoj (Beyer i Furniss, 2007.). U odnosu na strukturu emocionalnih problema i problema ponašanja u našem istraživanju potvrđeni su raniji rezultati koji ukazuju na veću uestalost eksternaliziranih problema, problema pažnje i destruktivne agresivnosti kod dječaka (Rescorla i sur., 2007:130-142).

Grafikon 1.



Grafikon 2.



Kvalitativni podaci ukazuju da su roditelji/staratelji i menadžment škole skoro potpuno usaglašeni u procjeni destruktivne agresivnosti, tj. spektra eksternaliziranih problema u odnosu na spektar internaliziranih problema. Od ranije je poznato da je usaglašenost me u procjenjiva ima viša kada su u pitanju eksternalizirani problemi nego internalizirani (Rescorla i sur., 2007: 351-358), što je potvrđeno i našim istraživanjem kroz fokus grupe sa

roditeljima/starateljima, te kroz intervjuje sa menadžmentom škola (Badurina, 2012: 201-209). (*“Djeca danas imaju najviše problema sa mentalnim zdravljem, a bogami i mi roditelji. Dje aci se više bezobrazno ponašaju, agresivniji su, neposlušni, Ja ih se plašim“, otac; “Najviše problema imamo u neadekvatnom ponašanju, neodgoju sa dje acima više nego sa djevoj icama“ Menadžment Škole, „Potreba za rad sa djecom je velika. Primjetio sam ogromnu agresivnost i prijetnju, a ne znam kako reagovati“ Menadžment Škole*). Dwyer i suradnici utvrdili su da roditelji ta no identificiraju samo 30 do 46% djece s internaliziranim poreme ajem u ponašanju dok u itelji uspijevaju još manje od 26 do 34%. Istraživanja govore da samoprocjena djece daje najta niju sliku problema.

Povezanost aspekata kvalitete obiteljskog života sa mentalnim zdravljem djece-adolescenata

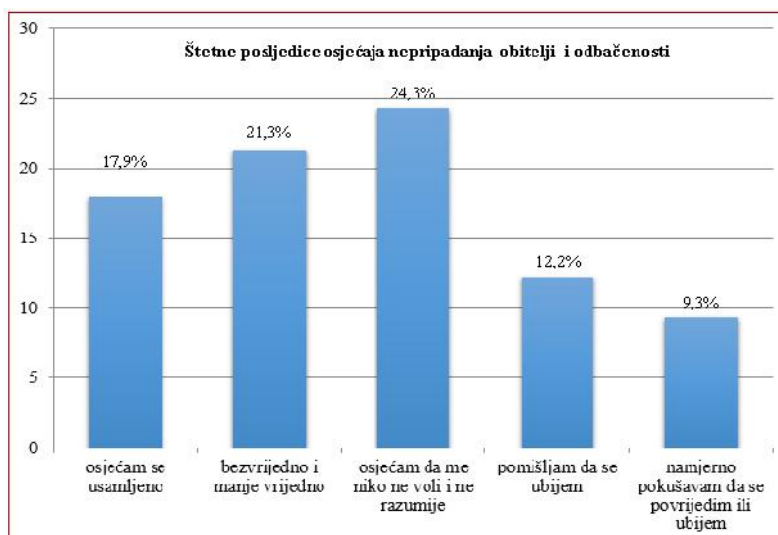
Vidljiva je povezanost varijabli percepcije roditeljskog odbacivanja sa problemima mentalnog zdravlja u odnosu na internalizirani i eksternalizirani spektar ponašanja (*Tabele 1*). Možemo re i da je osje aj odba enosti od majke zna ajniji prediktor za razvoj spektra internaliziranih probleme u djece-adolescenata, dok je percipiranje o evog odbacivanja zna ajani prediktor za razvoj spektra eksternaliziranih problema (raznim oblicima ovisni kog ponašanja).

Tabela 1.

| Correlations | Internalizirani problemi | Eksternalizirani problemi |
|---|--------------------------|---------------------------|
| Osjećaj odbačenosti od oca | .292** | .336** |
| | .000 | .000 |
| Osjećaj odbačenosti od majke | .338** | .323** |
| | .000 | .000 |
| ** . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed). | | |
| ** . Correlation is significant at the 0.01 level. | | |

Taj najbolnji oblik nasilja emocionalno zanemarivanje od strane roditelja u dobi gdje je posebno naglašen konflikt izme u želje za životom i želje za smr u, može da vodi želji ne biti ovdje, jer je realitet neprihvatljiv, a misli o smrti doživljavaju se kao privremeno ugodno stanje koje barem na neko vrijeme osloba a nagomilanu tenziju-bol. Suicid je tre i vode i uzrok smrtnosti me u mladima od 10 do 24 godine, a 90% mladih koji su izvršili suicid imali su mentalni poreme aj u vrijeme smrti. (Merikangas i sur., 2010., prema Markovi , 2011.). (*Grafikon 3*). U ukupnom uzorku uo ava se visok procenat djece koja osje aju da ih niko ne voli i ne razumije (24,3%), te bezvrijedno i usamljeno osje a se oko 20% djece, a njih 10,7% pomišlja i namjerno pokušava da se ubije. Uo ava se negativna signifikantna korelacija, na prvom nivou ($p<0,01$), izme u suicidalnih ideja i pokušaja sa kvalitetom obiteljskog života (Badurina, 2012: 141). Djeca rane adolescentne dobi koja se osje aju odba ena i koja nisu u mogu nosti da zadovolje svoju egzistencijalnu potrebu za pripadanjem i ljubavlju u visokom su riziku za suicid.

Grafikon 3.



Sa druge strane osje aj *koherentnosti* kao jedan od najmo njih principa rezilijentnosti, omogu ava dijetetu zadovoljenje egzistencijalne potrebe da pripada i da je voljeno onakvo kakvo jeste i kakvo postaje⁵, te je proces separacije u ranoj adolescentnoj dobi uspješniji i bezbolniji.

Tabela 2.

| Correlations | | Osjećaj prihvaćenosti od otac | Osjećaj prihvaćenosti od majka |
|---|----------------|-------------------------------|--------------------------------|
| Kvaliteta obiteljskog života | Pearson Corr. | .507** | .578** |
| | Sig. (2-tail.) | .000 | .000 |
| ** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed). | | | |

Iz Tabele 2. uo ava se zna ajna uloga obitelji da se prilagodi novoj situaciji⁶, te spremnost da pomjeramo osobne granice, prihvataju i ono što “jeste”, osvještavaju i vlastite kapacitete i slabosti, redefinišu i staro i kreiraju i novo za radi obostranog zadovoljstva i razvoja. Možemo zaklju iti da su zna ajni protektivni faktori djece rane adolescentne dobi osje aj obiteljske koherentnosti - rezilijentnosti kao emocionalne vezanosti, tj. balans izme u bliskosti-zajedništva i odvojenosti, kvaliteta relacijskih odnosa sa roditeljima, te subjektivni osje aj pripadnosti i ljubavi koji obuhvata obiteljsku fleksibilnost za zajedništvo/odvojenost potrebnu za ovaj razvojni perod.⁷

Povezanost aspekata kvalitete školskog života sa mentalnim zdravljem djece-adolescenata

Rezultati istraživanja govore da su djevoj ice nešto zadovoljnije kvalitetom školskog života u odnosu na dje ake. Srednja vrijednost na op oj skali kvalitete školskog života kod djevoj ica iznosi M=2,86 (od max 4), a kod dje aka M= 2,79. U enici su u prosjeku zadovoljni školskom kvalitetom života (M= 2,8 od max 4), te uglavnom podjednako u odnosu na spol, doživljavaju kvalitetu školskog života, prosje nom (Badurina, 2012: 114).

Iz *Tabela 3.* može se uo iti da postoji pozitivna signifikantna korelacija izme u kvalitete školskog života sa školskim uspjehom i školskom disciplinom. Tako er, uo ava se negativna statisti ka, vrlo zna ajna korelacija, izme u kvalitete školskog života i dobi ispitanika. Vidljiv je zna ajan trend opadanja kvalitete školskog života u odnosu na dob. Što su u enici stariji, to su manje zadovoljni kvalitetom školskog života (*Grafikon 4.*).

Grafikon 4.

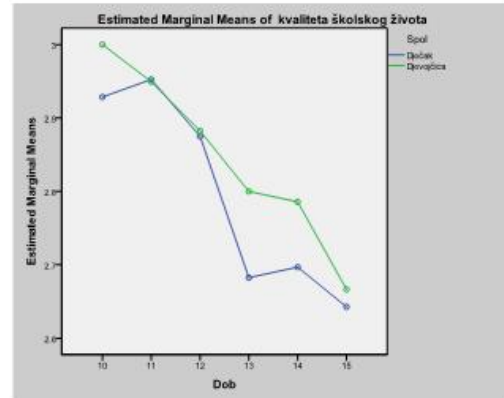
Povezanost kvalitete školskog života i sociodemografskih karakteristika

Tabela 3.

| Correlations | | Spol | Školski uspjeh | Školska disciplina | Dob |
|---------------------------|-----------------|-------|----------------|--------------------|---------|
| Kvaliteta školskog života | Pearson Correl. | .084* | .170** | .132** | -.253** |
| | Chi-square | .030 | .000 | .000 | .000 |

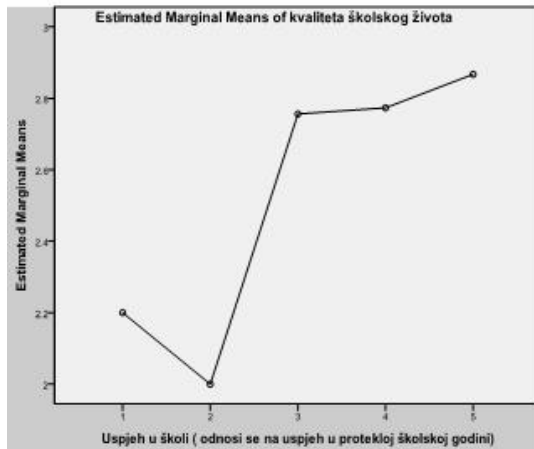
*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

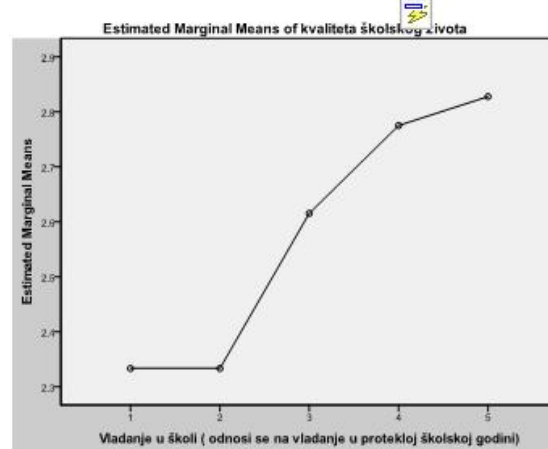


Kao što se vidi iz *Grafikona 5. i 6.* statisti ki su zna ajne ($p < 0,01$) pozitivne korelacije školskog uspjeha i discipline ispitanika sa op om kvalitetom školskog života. Ispitanici koji percipiraju ve e zadovoljstvo kvalitetom školskog života postižu i bolji školski uspjeh i op enito postižu bolju školsku disciplinu. Školski uspjeh i disciplina u školi u enika jedna je od mjera koje su se u ovom istraživanju uzimale kao intervenišu e varijable, a odnosi se na op i uspjeh i vladanje u školi na kraju prethodne školske godine (od 1 do 5).

Grafikon 5.



Grafikon 6.



Iz *Tabele 4.* može se uo iti statisti ki signifikantna korelacija izme u estog prisustva straha od škole i školskog uspjeha. U enici/ce koji percipiraju više nepoželjnih osje aja (posebno na skali straha) od škole postižu i manji akademski uspjeh.

Povezanost školskog uspjeha i reakcije učenika/ce na školu –
indikator kvalitete školskog života (strah, sigurnost)

Tabela 4.

| Correlations | | Spol | Često osjećam strah od škole. | Osjećam se sigurno u školi. |
|----------------|-------------------|-------|-------------------------------|-----------------------------|
| Školski uspjeh | Pearson Correlat. | .225* | -.130** | .085 |
| | Sig. (2-tailed) | .000 | .001 | .302 |

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Potpuno je netačno | 65 | 9.1 | 9.2 | 9.2 |
| Uglavnom je netačno | 95 | 13.3 | 13.5 | 22.8 |
| Uglavnom je tačno | 121 | 17.0 | 17.2 | 40.0 |
| Potpuno je tačno | 422 | 59.2 | 60.0 | 100.0 |
| Total | 703 | 98.6 | 100.0 | |
| MissingSystem | 10 | 1.4 | | |
| Total | 713 | 100.0 | | |

Uo av a se, iz *Tabele 5*, visok procenat ispitanika koji percipiraju nepoželjna osje anja prema i u školi. Naime, 60% ispitanika ocjenjuju da esto osje aju strah od škole, a njih 47,5% neosje a se sigurno u školi. Dakle, dominantan osje aj ispitanika u školi je strah. Strah je procjena opasnosti za vlastiti život, i zbog toga je vrlo zna ajna emocija. Name e se pitanje zašto djeca-adolescenti procjenju školu kao opasno okruženje za njihov život?

Intenzivan strah kao indikator akutnog stresa u visokoj je signifikantnoj korelaciji na svim supskalama problema mentalnog zdravlja u djece-adolescenata posebno na supskalama opsesivnih misli, depresivno-anksioznih simptoma i somatskih patnji (*Tabela 6*). Afektivne posljedice škole na dijete su uo ljive, te ih treba razumijevati dublje.

Povezanost indikatora akutnog stresa sa problemima mentalnog zdravlja djece

Tabela 6.

| Correlations | Depresivno anksiozni simptomi | Povlačenje u sebe | Somatski problemi | Socijalni problemi | Opsesivne sa misli | Problemi sa pažnjom | Buntovništvopredelinkventni simptomi | Destruktivno agresivni simptomi |
|------------------------------|-------------------------------|-------------------|-------------------|--------------------|--------------------|---------------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| Često osjećam strah od škole | .184** | .128** | .163** | .161** | .195** | .140** | .115** | .084* |
| | .000 | .001 | .000 | .000 | .000 | .000 | .002 | .025 |

Nadalje, iz *Tabele 7*. uo av a se da postoji statisti ki zna ajna povezanost ($p < 0.01$) doživljaja kompetentnosti (*Zadovoljan/a sam postignutim rezultatima $M=3,39$, U školi mogu pokazati svoje vještine-stvari koje dobro radim $M=3,44$*), doživljaja u enja kao izazovnog i zabavnog (*Nastava je zanimljiva $M=2,86$, U enje je zabavno $M=2,51$*) sa školskim uspjehom ispitanika (Badurina, 2012: 155).

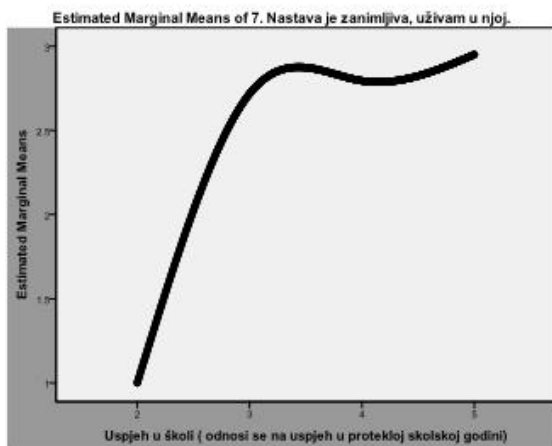
Povezanost školskog uspjeha isitanika sa doživljajem učenja i školske kompetentnosti

Tabele 7.

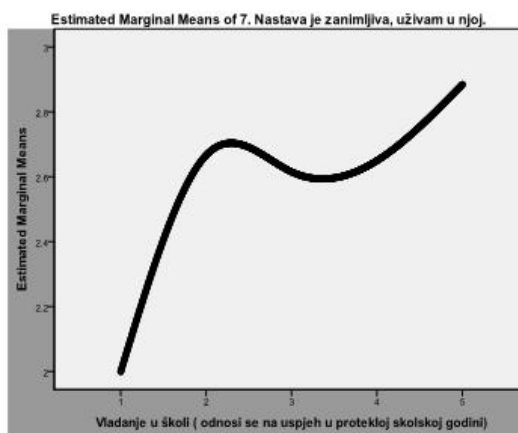
| Test Statistics | Školski uspjeh | Nastava je zanimljiva, uživam u njoj. | U školi mogu pokazati svoje vještine – stvari koje dobro radim. | Zadovoljan sam postignutim rezultatima. | Učenje je zabavno. |
|-----------------|----------------------|---------------------------------------|---|---|---------------------|
| Chi-square | 789.716 ^a | 274.930 ^b | 612.989 ^c | 517.421 ^c | 13.762 ^c |
| df | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 |
| Asymp. Sig. | .000 | .000 | .000 | .000 | .003 |

Doživljaj učenja kao izazovnog i zanimljivog najznačajniji je prediktor, ne samo intrinzične motivacije za učenje, nego i boljeg školskog uspjeha (Grafikon 7.). Ispitanici procjenjuju učenje i nastavu nedovoljno zanimljivom i manje izazovnom ($M=2,51$ i $M=2,86$ od max. 4) što je u skladu sa izvještajem Ministarstva obrazovanja i nauke Kantona Sarajevo (2011.) koji uoči toga da je *Nastavni plan i program* zadržao sve karakteristike tradicionalnog programa, te dominantno frontalnom metodom rada i kao takav ne odgovara potrebama suvremenog društva niti specifičnim obrazovnim potrebama djeteta. Ovi nalazi su u korelaciji i sa nemogućnošću kontrole discipline u školi (Grafikon 8.).

Grafikon 7.



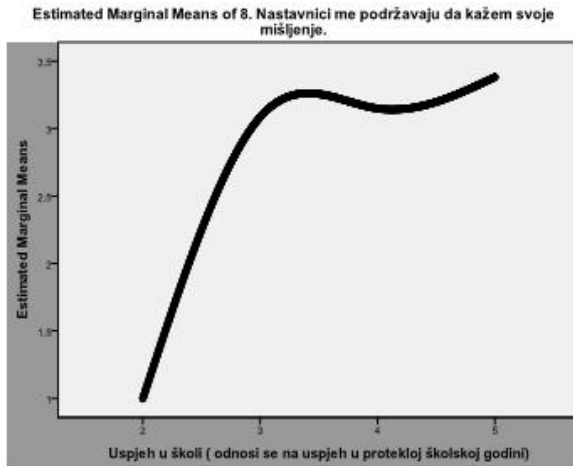
Grafikon 8.



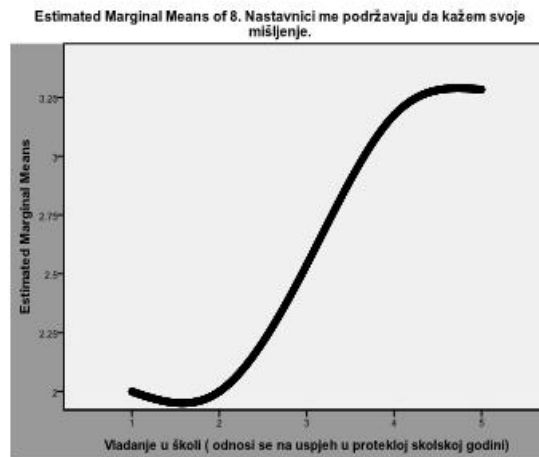
Iz Grafikona 9. i 10. može se uočiti jasna povezanost poticanja intelektualne znatiželje i kritičkog mišljenja djece rane adolescentne dobi, sa boljim školskim uspjehom i disciplinom u razredu. Dakle, kontakt sa djecom rane adolescentne dobi moguće je samo ako ih shvatimo ozbiljno. Ako se djetetu omogući i prostor da odbrani svoje argumente ili izrazi svoje kritičko mišljenje i intelektualnu znatiželju, postići će se bolji školski uspjeh i bolja školska disciplina.

Uočava se (Tabela 8.) značajna povezanost akademskog uspjeha sa osjećajem roditeljskog ponašanja u odnosu na ispitanike. Djeca rane adolescentne dobi koja osjećaju pozitivnu potvrdu od oca i imaju bolju kvalitetu relacijskog odnosa postižu i bolji akademski uspjeh, te se može zaključiti da je za akademski uspjeh najznačajniji prediktor pozitivna relacija sa ocem. Otac je uvijek koji dijete uvodi u veliki svijet. Zbog toga je u ovom razvojnem periodu njegova uloga vrlo značajna.

Grafikon 9.

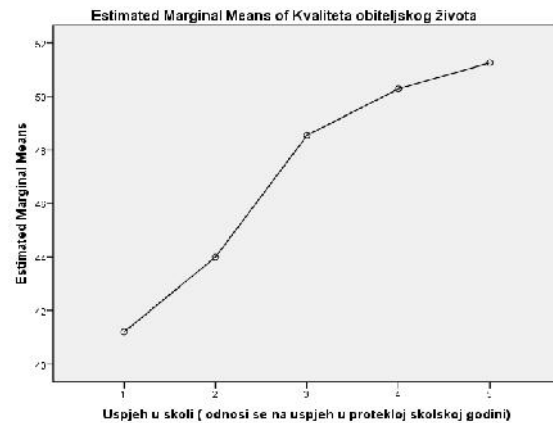


Grafikon 10.



Povezanost akademskog uspjeha sa osjećajem roditeljskog ponašanja i kvalitete obiteljskog života Tabela 8. Grafikon 11.

| Correlations | | Osjećaj odbačenosti od oca | Osjećaj odbačenosti od majke |
|---|------------------|----------------------------|------------------------------|
| Akademski uspjeh | Pearson Correlat | -.234** | -.136** |
| | Sig. (2-tail) | .000 | .000 |
| ** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed). | | | |



Vidljiva je, iz *Grafikona 11*, signifikantna pozitivna korelacija ($p < 0,01$) između akademskog uspjeha i kvalitete obiteljskog života. Obiteljska kvaliteta života utječe na akademski uspjeh učenika/ica.

Rezultati analize povezanosti ekološkog sustava i mentalnog zdravlja djece rane adolescentne dobi

Iz *Tabele 9*, može se uočiti statistički značajna pozitivna korelacija između kvalitete obiteljskog i školskog života, školskog uspjeha i discipline, kao i statistički značajna negativna korelacija između kvalitete obiteljskog i školskog života i internaliziranih i eksternaliziranih problema mentalnog zdravlja djece rane adolescentne dobi. Također, uočava se negativna korelacija internaliziranih i eksternaliziranih problema sa akademskim uspjehom i vladanjem u školi, posebno na spektru eksternaliziranih problema. Djeca-adolescenti koja pate od eksternaliziranih problema imaju više problema sa disciplinom i uspjehom u školi.

Ovim nalazom potvrđeno je značaj i utjecaj različitih obiteljskih i školskih dinamika kao interaktivnih sustava na mentalno zdravlje djece rane adolescentne dobi u trenutnoj društvenoj atmosferi.

Povezanost ekoloških sustava sa mentalnim zdravljem djece Tabela 9.

| Correlations | Spol | Obiteljska kvaliteta života | Školska kvaliteta života |
|---|---------|-----------------------------|--------------------------|
| Internalizirani problemi mentalnog zdravlja u djece rane adolescentne dobi | -.046 | -.296** | -.188** |
| | .232 | .000 | .000 |
| Eksternalizirani problemi mentalnog zdravlja u djece rane adolescentne dobi | -.105** | -.375** | -.330** |
| | .006 | .000 | .000 |
| **. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed). | | | |

Zaključak

Bronfenbrenner-ovi ekološki sustavi statistički su značajni i u međusobnoj korelaciji, te su značajni prediktori za opuštanje i poboljšanje mentalnog zdravlja djece rane adolescentne dobi.

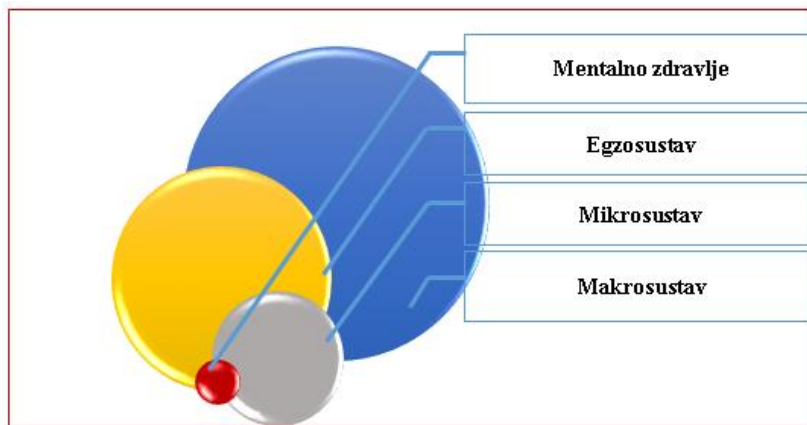
Može se reći da svjesni osjetljivosti adolescentnog perioda i potrebi i želji za odvajanjem, nalazi jasno govore da je uloga obitelji, roditelja, škole, nastavnika, vršnjaka, društva, vrlo važna. Dominantni prediktori opuštanja i unaprjeđenja mentalnog zdravlja djece u periodu rane adolescencije su: obiteljska koherentnost (osjećaj pripadanja obitelji te zadovoljenja egzistencijalne potrebe za pripadanjem), kvaliteta relacijske komponente (osjećaj prihvatnosti od majke i oca) kao aspekti *Mikrosustava*, te školske relacijske komponente (pozitivne reakcije na školu, kompetentnost, odnos učenik-nastavnik-učenik-vršnjak, sigurnost, radost, intrinzi na motivacija-zainteresiranost za učenje) kao aspekti *Egzosustava*. Ovim nalazom možemo govoriti i o protektivnim faktorima koji utječu na period rane adolescencije i njene dinamike, te refleksije na zdrav rast i razvoj adolescenta. Nažalost, statistički podaci i slika bh. društva u cjelini govore da društvo ne pokazuje dovoljno interesovanje za ovu populaciju, te možemo uočiti općenito nesigurno okruženje u svim segmentima u kojemu bh. djeca i adolescenti odrastaju.

Možemo zaključiti da nalazi ukazuju da skoro svako četvrto dijete u ranoj adolescentskoj dobi u Kantonu Sarajevo pati, te je pod visokim rizikom da razvije mentalne poremećaje. Prema procjeni prevalencije spadamo u grupu sa srednje razvijenim i nerazvijenim zemljama, sa visokim prosječnim skorovima internaliziranih i eksternaliziranih problema u dječje-adolescentnosti.⁸

Također, rezultati istraživanja ukazuju na jasnu potrebu za povećanjem svjesnosti javnosti o adolescenciji koja je „posebno fragilno i psihopatološkim dekompenzijama ugroženo životno razdoblje (Nikolić, 2004.), zbog čega je preventivna akcija u ovoj životnoj dobi vrlo važna“. Nadalje, važno je osvijestiti zdravstvene posljedice internaliziranih i eksternaliziranih problema u djetinjstvu i adolescenciji na mentalno zdravlje i kvalitetu života u

odraslosti, te naše pojedina ne i grupne odgovornosti za stvaranje sigurnijeg okruženja za zdrav rast i razvoj pojedinca i društva u cjelini.

“Iš ašeni” Bronfenbrenner-ov model ekološke integracije sustava u trenutnom društvenom kontekstu Slika 2.



Potvr en je ekološki model ljudskog razvoja koji polazi od vjerovanja da se sustavi ne mogu posmatrati izolovano jedno od drugih, te da je za ljudski razvoj nužna otvorenost sustava na kontakt koji je aktivan i obostran i koji zahtjeva spremnost na zajedništvo Me utim, ono što se uo ava kroz kvantitativno i kvalitativno⁹ istraživanje jeste prisutnost osje aja nepripadnosti i otu enosti, koja se uo ava kod djece, roditelja, škola (sa osje ajem da su svi sustavi prepušteni sami sebi). Dakle, uo ava se “iš ašenost” Bronfenbrenner-ovom modela kao posljedica pasivne povezanosti sustava koji ima tendenciju da se zatvara, a zatvaranjem postaje dio procesa unutarnjeg raspadanja!(Slika 2).

Alarmantni rezultati su shvatljivi, te je potrebno mnogo razumijevanja, znanja, volje i strpljenja od strane svih odgovornih, te sistemskog pristupa rješavanju ovog problema koji uveliko ovisi o našem današnjem djelovanju sa ciljem održivog razvoja. A za to nam je potrebna otvorenost i spremnost na aktivan odnos. U zemljama, gdje je zaštita djece visoko vrijednovana, postoje agencije koje se brinu o povezivanju svih institucija. Možda bi bilo dobro i kod nas uspostaviti agenciju koja bi prije svega imala zadatak povezivati sve sustave odgovorne za obezbje ivanje prosora za zdravo odrastanje djeteta, preventivne programe, te programe rehabilitaciju i pozivati ih na odgovorno odgovaranje.

Literatura

1. Achenbach, T.M. & Rescorla L.A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profil*. Burlington, *Adolescents Prevalence and Risk Factors*. German Journal of Psychiatry.
2. Badurina M. (2012). Magistarski rad na temu: "Povezanost kvalitete života i mentalnog zdravlja djece osnovnoškolske dobi u Kantonu Sarajevo", odbranjen 28.03.2013. na Medicinskom fakultetu Univerziteta u Sarajevu u okviru Interdisciplinarnog postdiplomskog studija: „Demografske promjene, zdravlje i upravljanje ljudskim resursima u Bosni i Hercegovini“ Medicinskog fakulteta i Fakulteta političkih nauka (odsjek za sociologiju) Univerziteta u Sarajevu.
3. Beyer, T., & Furniss, T. (2007). *Child psychiatric symptoms in primary school the second wave 4 years after preschool assessment*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol: 42(9), 753-758.
4. Brajša-Žganec, A. (2003). *Dijete i obitelj, emocionalni i socijalni razvoj*. Zagreb: Naklada slap.
5. Bronfenbrenner, J. (1997). *Ekologija ljudskog razvoja*. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva.
6. Bronfenbrenner, U. (1996). *Ecological models of human development*. Oxford, International Encyclopedia of Education. *Administration, scoring and generic version of the assessment*. Burlington: University of Vermont Department of Psychiatry Field Trial Version 3,37-43.
7. Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2009). *The past achievements and future promises of developmental psychopathology: the coming of age of a discipline*. J Child Psychol Psychiatry: 50(1-2), 16-25.
8. "Child_ado_atlas." *World Health Organization*. N.p., n.d. Web. 17 June 2011. <http://www.who.int/mental_health/resources/Child_ado_atlas.pdf>.
9. Dwyer, S., Nicholson J. & Battistutta, D. (2006). *Parent and Teacher Identification of Children at Risk of Developing Internalizing or Externalizing Mental Health Problems: A Comparison of Screening Methods*. Prevention Science: 7 (4), 343-357.
10. Goldney, R. D., Fisher, L. J., & Hawthorne, G. (2004). WHO survey of prevalence of mental health disorders. *JAMA*, 292(20), 2467-2468; author reply 2468.
11. Heiervang, E., Goodman, A., & Goodman, R. (2008). *The Nordic advantage in child mental health*. Separating Psychol Psychiatry: 49(6), 678-685.
12. Keresteš, G. (2002). *Dje je agresivno i prosocijalno ponašanje u kontekstu rata*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
13. Leonard, C. (2002). *Quality of school life and attendance in primary school*, Newcastle, University of Newcastle, Australian Digital Thesis Program.
14. Majki, V. (2011) *Koncept rezilijentnosti i integrativni pristup u porodičnoj terapiji*. Medicinska revija, UDK: 615.851.1(470); 613.86(470).
15. Marković J. (2011). *Povezanost sociodemografskih faktora i stepena porodične funkcionalnosti sa emocionalnim problemima i problemima ponašanja dece uzrasta 4 do 11 godina*. Novi Sad: Doktorska disertacija.
16. McConville, M. (1998). *Adolescence: Psychotherapy and the Emergent Self*, Cleveland: Taylor & Francis Gestalt institute.
17. Nagrađić, S., Miković, M. i sur. (2006). *Etički kodeks istraživanja o djeci*. Sarajevo: Vijeće za djecu Bosne i Hercegovine.
18. Nikolić, Marangunić i sur. (2004). *Dječija i adolescentna psihijatrija*. Zagreb: Školska knjiga
19. Novak, M., i Bašić, J. (2008). *Internalizovani problemi kod djece i adolescenata*. Univerzitet u Zagrebu. Ljetopis socijalnog rada: 15 (3), 473-498.
20. Raboteg-Šarić, Šakić, Žganec-Brajsa. (2009). *Kvaliteta života u osnovnoj školi: povezanost sa školskim uspjehom, motivacijom i ponašanjem u enika*. UDK:373.31.26(497.5).Zagreb: Institut društvenih znanosti.
21. Rescorla, L. A., Achenbach, T. M., Ivanova, M. Y., Dumenci, L., Almqvist, F., & Bilberg, N. (2007). *Behavioral and emotional problems reported by parents of children ages 6 to 16 in 31 societies*. Journal of Emotional and Behavioral Disorders: 15, 130-142.
22. Rescorla, L., Achenbach, T. M., Ivanova, M. Y., Dumenci, L., Almqvist, F., Bilberg, N., et al. (2007). *Epidemiological comparisons of problems and positive qualities reported by adolescents in 24 countries*. J. Consult Clin Psychol: 75(2), 351-358.
23. Vulić-Prtorić, (2004). *Skala kvalitete obiteljskih interakcija*. Zadar: Zbirka psihologijskih skala i upitnika.
24. Vulić-Prtorić, A. (2001). *Razvojna psihopatologija „Normalan razvoj koji je krenuo krivim putem“*. Pregledni članak, Filozofski fakultet u Zadru: UDK/UDC:159.922:159.97.

25. Vuli -Prtori , (2002). *Obiteljske interakcije i psihopatološki simptomi u djece i adolescenata*. Izvorni Znanstveni lanak, Filozofski fakultet u Zadru: UDK: 159.922.2.
26. Wagner-Jakab, A. (2008). *Obitelj-sustav dinami kih odnosa u interakciji*. Pregledni rad: UDK: 159.913. Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja 2008, Vol 44, br.2, str. 119-128.

Bilješke

(Endnotes)

1. *lat. Cohaerens* – koji se drži zajedno, povezan, spojen.
2. Rezilijentnost (nevulnerabilnost) je fenomen, koji individua ili obitelj posjeduje i koji dolazi do izražaja pri savladavanju nepovoljnih životnih okolnosti (otpornost na stres). Shvatilo se da se rezilijentnost, ak biološka, genetski uslovljena, razvija u relacionom kontekstu.
3. Holizam je tendencija u filozofiji koja kaže “istina” je uvijek samo u cjelini (gr ki '*Holon*'), istinitost pojedina nih iskaza proizlazi iz cjeline. Holisti ka perspektiva je temeljni antropološki princip prema kojemu razli ite djelatnosti kulture treba promatrati u najširem smislu kako bi se shvatile njihove uzajamnosti i povezanosti.
4. Rana adolescencija (10-15 godina) – period redefinisanja i reorganizacije, predstavlja period razgradnje i prvih nesigurnih koraka ka egzistencijalnom sebstvu. Dominantno obilježje pra eno je pove anom potrebom za diferencijacijom sebe od drugih i razvoj vlastitog identiteta. Adolescencija uklju uje nešto srodno *paradigmi promjene*, temelj promjene egzistencijalnog statusa. Ona je doslovno sabiranje iskustva djetinjstva i radikalna reorganizacija psihološkog selfa za putovanje koje predstoji.
5. Dok djetinji self predstavlja neku vrstu dozvole za rad odraslima u okolini, self adolescenta po inje da biva poduzetni ki, postaje više autorski, autonoman, po inje sagledavati objektivnije i realnije, roditelje vidi kao osobu koja ima i dobre i loše strane. Dominantno obilježje pra eno je pove anom potrebom za diferencijacijom sebe od drugih i razvojem vlastitog identiteta.
6. Adolescencija se smatra krizom na osobnoj i obiteljskoj razini, pri emu se kriza razvija oko dva procesa – intrapsihi kom i interpersonalnom, te njihovom interakcijom.
7. Wheeler to dramati no potencira, tvrde i da”*tek kada nas tretiraju kao li nost, što zna i da nas smatraju bi em sa vrijednim unutrašnjim iskustvom... mi po injemo da cijenimo sebe... vrsto doživljavaju i to kao stvarnost*”. i obrnuto, ostvaruju i ose aj “za”, i prilago avaju i se unutarnjem spektru iskustava, *dijete-adolescent postaje sposoban da se okrene sredini i uklju i se u kontakt sa drugima, na životan,vibrantan i pozitivan na in* (McConville, 1998: 22).
8. Grupu zemalja sa nižim prosje nim skorovima, prevalencija oko 10% ine: Danska, Island, Norveška, Japan, Švedska, Kanada (Heiervang, Goodman, & Goodman, 2008), dok u grupi zemalja sa srednjim prosje nim skorovima, spadaju: SAD, Velika Britanija, Francuska, Njema ka, Holandija, Poljska, gdje prevalencija iznosi oko 20%, (T. M. Achenbach, 2010, prema Markovi , 2011). Grupe zemalja sa visokim prosje nim skorom su: Indija (34,2%, Srinath, 2005, prema Markovi , 2011), Irak (49,2%, Al-Jawadi i Abdul-Rhman, 2007, prema Markovi , 2011) i Republika Srbija (34% na skali internaliziranih problema, Zdravlje stanovnika u Republici Srbji 2007).
9. Neki od odgovora dobivenih kroz focus grupe sa roditeljima/starateljima i intervju e sa lanovima menadžmenta škole (“*Sve je to fino što ti pri aš, al’ nama je problem što nemamo posla” otac, „Kad god do em u školu pri aju mi koliko je loš“ majka, „Mi nemamo uticaja na promjenu školskog programa to dolazi odozgo, Ministarsva i PPZ – oni sve završe i samo nam dostave“ Menadžment Škole, „Naša saradnja sa CMZ ne postoji, djeca moraju u Sarajevo za svaki mali problem sa zdravljem” Menadžment Škole, „Školsko gradivo je postalo sve teže i meni je teško da pokazujem zada u djetetu kada do e iz škole nemam vremena ni zašta, a kamoli da se družim sa njim“ -majka, „Društvo o nikome ne vodi ra una samo o sebi“ otac*) (Badurina 2012: 201-210).