

# Obiteljski čimbenici značajni za razvoj internaliziranih problema adolescenata

---

**Streljak, Stela**

**Undergraduate thesis / Završni rad**

**2022**

*Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj:* **University of Zagreb, Faculty of Law / Sveučilište u Zagrebu, Pravni fakultet**

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:199:469193>

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

*Download date / Datum preuzimanja:* **2025-01-16**



*Repository / Repozitorij:*

[Repository Faculty of Law University of Zagreb](#)



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU  
PRAVNI FAKULTET  
STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA**

**Stela Streljak**

**OBITELJSKI ČIMBENICI ZNAČAJNI ZA RAZVOJ  
INTERNALIZIRANIH PROBLEMA ADOLESCENATA**

**ZAVRŠNI RAD**

Zagreb, 2022.

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU**  
**PRAVNI FAKULTET**  
**STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA**

**Stela Streljak**

**OBITELJSKI ČIMBENICI ZNAČAJNI ZA RAZVOJ**  
**INTERNALIZIRANIH PROBLEMA ADOLESCENATA**

**ZAVRŠNI RAD**

Mentorica: dr.sc. Nika Sušac

Zagreb, 2022.

## Sadržaj

|        |   |    |
|--------|---|----|
| 1.     | UVOD .....  | 1  |
| 2.     | INTERNALIZIRANI PROBLEMI U ADOLESCENCIJI .....                                  | 2  |
| 2.1.   | Anksioznost .....   | 4  |
| 2.2.   | Depresivnost .....  | 5  |
| 2.3.   | Suicidalnost.....   | 7  |
| 2.4.   | Samoozljeđivanje .....  | 8  |
| 3.     | RIZIČNI I ZAŠTITNI ČIMBENICI NA RAZINI OBITELJI .....                           | 9  |
| 3.1.   | Stresni događaji u obitelji .....   | 10 |
| 3.1.1. | Razvod roditelja .....  | 11 |
| 3.1.2. | Smrt roditelja .....  | 13 |
| 3.2.   | Ovisnosti, kronične bolesti i problemi mentalnog zdravlja u obitelji .....      | 14 |
| 3.3.   | Obiteljsko nasilje.....   | 15 |
| 3.4.   | Uloga obiteljskih odnosa u razvoju internaliziranih problema adolescenata<br>16 |    |
| 3.4.1. | Roditeljski stilovi .....   | 17 |
| 3.4.2. | Privrženost .....   | 18 |
| 4.     | PREVENCIJA INTERNALIZIRANIH PROBLEMA ADOLESCENATA .....                         | 20 |
| 4.1.   | Obiteljska otpornost .....  | 20 |
| 4.2.   | Preventivni programi .....  | 22 |
| 5.     | ZAKLJUČAK .....   | 24 |
| 6.     | LITERATURA.....   | 26 |

## Obiteljski čimbenici značajni za razvoj internaliziranih problema adolescenata

### Sažetak:

*Zbog sve veće pojavnosti internaliziranih problema među adolescentima i širokog spektra posljedica koje ostavljaju na svakodnevno funkcioniranje, važno je proučavati koji sve čimbenici iz okoline predstavljaju rizik za njihov razvoj, a koji mogu spriječiti njihovu pojavu. U kontekstu obiteljskog okruženja, posebno je važna uloga stresnih životnih događaja, poput razvoda i smrti roditelja, izloženosti obiteljskom nasilju te psihičkim poremećajima i ovisnosti u obitelji. U razdoblju povećanog stresa najvažnija je otpornost koja se razvija pod utjecajem obiteljske klime, odnosa u obitelji, komunikacije i privrženosti. Iako je adolescencija stresno razdoblje promjena, obitelj će i dalje zadržati ulogu sigurnog mjesta za adolescenta ako ju je do tada izgradila. Topla i podržavajuća obiteljska klima i jasna komunikacija, s izražavanjem emocija uz postojanje bihevioralne kontrole, jaki je zaštitni faktor za sprječavanje razvoja internaliziranih problema čak i kod adolescenata koji dožive neki stresan događaj. Emocionalnost, konstruktivno rješavanje sukoba i problema te obiteljsko zajedništvo izgradit će otpornost obitelji i sigurnu privrženost članova što pridonosi razvoju bolje slike o sebi kod adolescenta. Osobito se važnim pokazalo predvidljivo i stabilno okruženje u kojem nema mjesta psihološkoj kontroli, manipulativnim ponašanjima i roditeljskom odbacivanju. U prevenciji internaliziranih problema treba raditi na razvoju podržavajućih obrazaca ponašanja u obitelji i na jačanju svih jakih osobnih strana adolescenta.*

Ključne riječi: internalizirani problemi, adolescenti, obiteljsko okruženje, otpornost, prevencija

## Family factors significant for the development of adolescents' internalizing problems

### Abstract:

*Because of increased incidence of internalizing problems among adolescents and wide spectrum of their consequences which affect everyday functioning, it is important to study environmental risk and protective factors which can cause or prevent them. Within the family, stressful life events such as divorce, death of a parent, exposure to domestic abuse, mental health problems or addiction in family have a particularly important role. In stressful times, family resilience which develops through family climate, relationships, communication and attachment is the most important. Although adolescence is a stressful period of changes, family will still maintain the role of a safe place for adolescents if it had built that role by then. Warm and protective family climate and clear communication with expressing emotions and behavioural control is a significant protective factor for preventing the development of internalizing problems, even for adolescents who experience some stressful events. Emotionality, constructive conflict resolution and problem solving will build family resilience and secure attachment which contributes to adolescent's positive self-image development. It is especially important to have a predictable and stable environment without psychological control, manipulative behaviours and parental rejection. To prevent internalizing problems, it is important to strive to develop supportive family behavioural patterns and increase adolescent's personal strengths.*

Key words: internalizing problems, adolescents, family environment, family resilience, prevention

## **Izjava o izvornosti**

Ja, Stela Streljak pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključiva autorica završnog rada te da u radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova te da se prilikom izrade rada nisam koristila drugim izvorima do onih navedenih u radu.

Ime i prezime: Stela Streljak

Datum: 23.09.2022.

## 1. UVOD

Adolescencija je razvojna faza koja obuhvaća vremensko razdoblje približno od 10. do 22. godine života. Početak adolescencije definira se najčešće fizičkim promjenama (početkom puberteta), dok je kraj teško definirati, što zbog stalnog društvenog razvoja, produljenja obrazovanja i odgađanja ostvarivanja u tradicionalnim ulogama, što zbog ovisnosti o psihološkim promjenama čiju je dinamiku teže pratiti (Rudan, 2004.). Opisana kao razdoblje bure i oluje (Hall, 1904., prema Graovac, 2010.), predstavlja posebno izazovno razdoblje, kako za samog adolescenta, tako i za cijelu njegovu obitelj (Graovac, 2010.). Iako je, uz razvoj identiteta, jedan od osnovnih razvojnih zadataka adolescencije odvajanje od roditelja (Graovac, 2010.), upravo obitelj u adolescenciji i dalje zadržava svoju primarnu ulogu „sigurnog mjesta“ i podrške, ako je to do tada bila (Klarin i Đerđa, 2014.). Obrascе ponašanja i načine regulacije emocija naučene kroz djetinjstvo djeca zadržavaju i dalje kroz adolescenciju do odrasle dobi (Jurčević-Lozančić, 2005., prema Đuranović, 2013.). Forward i Buck (2002., prema Đuranović, 2013.: 32) naglašavaju ulogu roditelja i cijele obitelji u razvoju adolescenta navodeći: “Naši roditelji zasade mentalno i emocionalno sjeme u nama, sjeme koje raste kako i mi rastemo. U nekim obiteljima to je sjeme ljubavi, poštovanja i samostalnosti. No, u mnogim drugim obiteljima radi se o sjemenu straha, dužnosti ili krivnje“.

Usljed velikih izazova i emocionalnih promjena, adolescenti su suočeni s mnogim zahtjevima okoline te pojačanim zahtjevima koje nameću sami sebi, ponajviše s ciljem traženja sebe i vlastitog mjesta u svijetu (Đuranović, 2013.). Samim time javljaju se osjećaji ranjivosti, zbunjenosti i frustracije (Buljan-Flander, 2013.). U adolescenciji se odnos s roditeljima mijenja, ali važno je ne gledati ga isključivo kroz prizmu odvajanja, već radije postavljanja na novu razinu koja podrazumijeva uspostavu nove ravnoteže u odnosu. Optimalno bi za adolescenta i cijelu obitelj bilo zadržati bliskost i podršku roditelja koja pruža sigurnost u istraživanju svijeta, ali istovremeno, da roditelji adolescente vide onakvima kakvi zaista jesu (Buljan-Flander, 2013.). Iako se slika o sebi i odnos prema samima sebi mijenja kroz djetinjstvo i osobito tijekom adolescencije, kada na njezino formiranje velik utjecaj počinju imati vršnjaci i socijalni



kontakti, odnos s roditeljima, prema Lacković-Grgin (1994.) ostaje najvažniji i presudan za emocionalni razvoj.

Način na koji adolescenti doživljavaju emocije najvažniji je faktor definiranja eventualnih odstupanja od uobičajenog emocionalnog razvoja te psihopatologije (Begić, 2014.). Upravo zbog toga što se u adolescenciji očekuje pojava različitih reakcija, novih emocija prema samome sebi i drugima te adekvatnih i manje adekvatnih načina nošenja s njima, ponekad je teško odrediti radi li se kod nekog ponašanja o problemu ili prolaznoj fazi objašnjenom prirodom adolescencije (Buljan-Flander, 2013.). Roditelji su ponekad skloni preplašeno ili pretjerano reagirati na neki oblik razvojne specifičnosti, ali s druge strane, ponekad isto tako i zanemariti znakove upozorenja i probleme koji zahtijevaju podršku stručnjaka (Buljan-Flander, 2013.). Upravo zbog promjena koje doživljavaju, u sinergiji s obiteljskim okolnostima i odnosima u obitelji koji zadržavaju svoj značaj i u adolescenciji, adolescenti su u većem riziku od razvoja internaliziranih problema, poput depresije, anksioznosti samoozljeđivanja i suicidalnosti (Rawatlal i sur., 2015.).

## **2. INTERNALIZIRANI PROBLEMI U ADOLESCENCIJI**

Pojam problemi u ponašanju središnji je pojam koji obuhvaća kontinuum oblika ponašanja od onih jednostavnijih, lakših i manje opasnih ili štetnih za sebe i/ili druge do onih težih, s težim posljedicama i potrebom za tretmanom (od rizičnih ponašanja, preko teškoća do poremećaja u ponašanju). To su ponašanja koja sa sobom nose niz posljedica i stanja s kojima se potrebno nositi, mijenjati ih i usmjeravati, a s kojima se bave različiti stručnjaci iz različitih struka i sustava, od odgoja i obrazovanja, socijalne skrbi, do pravosuđa i zdravstva (Koller-Trbović i sur., 2011.). Problemi u ponašanju dijele se na eksternalizirane (nedovoljno kontrolirajuća ponašanja usmjerena prema drugima) i internalizirane (pretjerano kontrolirajuća ponašanja usmjerena prema samome sebi) (Klarin i Đerđa, 2014.). Internalizirani problemi i pretjerano kontrolirajuća ponašanja su karakteristična za djevojke, dok su eksternalizirani problemi i nedovoljno kontrolirano ponašanje češći kod mladića (Costello i sur., 2003.,

prema Macuka i Smojver-Ažić, 2012.). Iako se u literaturi internalizirani i eksternalizirani problemi najčešće odvajaju u dvije odvojene kategorije, u stvarnosti su oni u interakciji, često se pojavljuju zajedno i nije za svako rizično ponašanje lako odrediti radi li se o internaliziranom ili eksternaliziranom problemu ili određenoj kombinaciji (Novak i Bašić, 2008.). Ne radi se o dvije različite stvari, nego dva pola istog kontinuuma, na kojem se nalaze ponašanja koja ih često povezuju (Novak i Bašić, 2008.).

U internalizirane probleme ubrajaju se anksioznost, depresivnost, zabrinutost, reakcije panike, plašljivost, rastresenost, zaboravljivost, povučenost, potištenost i slično (Klarin i Đerđa, 2014.). Internalizirani problemi često podrazumijevaju probleme u kojima najviše pati samo dijete ili adolescent (Klarin i Đerđa, 2014.), a općenito na van iskazuje poželjna ponašanja i može djelovati dobro prilagođeno jer njegovo ponašanje okolini „ne predstavlja problem“ (Macuka i Smojver-Ažić, 2012.). Upravo su zbog toga internalizirani problemi teže i rjeđe uočljivi (Novak i Bašić, 2008.).

Pojam poremećaja u ponašanju dolazi iz psihijatrijske perspektive, medicinski je pojam i obuhvaća duže trajanje intenzivnijih poteškoća koje narušavaju svakodnevno funkcioniranje djece i mladih i zahtijevaju intervencije, u kontekstu internaliziranih poremećaja, medicinske struke (Koller-Trbović i sur., 2011.). Primjerom izrečeno, ako depresivno raspoloženje i depresivni simptomi dugo traju i intenziviraju se, može postojati potreba za medicinskom intervencijom, tretmanom i liječenjem. Ipak, fokus će u ovom radu biti na internaliziranim problemima sveukupno, ponajviše jer mnogi adolescenti s depresivnim i anksioznim simptomima ostaju neprimijećeni i neprepoznati i važno je iz perspektive socijalnog rada najprije prepoznati koji su to rizični i zaštitni čimbenici u obitelji i okolini koji se dovode u vezu s internaliziranim problemima, kako se mogu prepoznati, koja je uloga obitelji u razvoju internaliziranih problema i na koji način se može raditi s mladima koji pokazuju određene internalizirane poteškoće, kao i s njihovim obiteljima.

Internalizirani problemi poput anksioznosti i depresivnosti imaju visoku prevalenciju među adolescentima i često se pojavljuju (Macuka i Smojver-Ažić, 2012.).

Depresivnost može voditi ka suicidu, što je treći najčešći uzrok smrti mladih osoba od 15 do 24 godine u svijetu (Lebedina Manzoni i Maglica, 2004.; Graovac i Prica, 2014.). Poseban oblik autodestruktivnog ponašanja karakterističnog za adolescente na koje je potrebno obratiti pažnju je i samoozljeđivanje (Ercegović i sur., 2018.). Također, kada se govori o internaliziranim problemima, važno je spomenuti i poremećaje hranjenja među kojima su najčešći anoreksija i bulimija (Pokrajac-Bulian i Živčić-Bećirević, 2004.), no oni neće biti dalje obrađivani u sklopu ovog rada zbog svojih specifičnosti koje bi zahtijevale opsežniju obradu te teme.

### *2.1. Anksioznost*

Anksioznost se često pojavljuje u dječjoj i adolescentnoj dobi. Važno je dječje strahove, primjerice od mraka, životinja ili separacijsku anksioznost promatrati kroz prizmu razvoja, ali oni prelaze u poremećaj kada razina anksioznosti i strahova počne ometati funkcioniranje djeteta (Poljak i Begić, 2016.). Što se tiče strahova koje doživljavaju adolescenti, prema Vulić-Prtorić (2002b.) to su najčešće strah od bolesti i tjelesnih povreda, strah od gubitka dragih osoba i smrti te strahovi vezani uz školu kod mlađih adolescenata, a strah za vlastitu budućnost, sudbinu čovječanstva i vlastiti uspjeh u životu, strah vezan uz tjelesne povrede i bolesti, zatim uz školu te zastrašujuće misli o konačnosti života kod srednjoškolaca. Djevojke su pokazale veću pojavnost i veći opseg strahova nego dječaci u obje dobne skupine (Vulić-Prtorić, 2002b.).

Kod adolescenata je najčešći pokazatelj anksioznosti pretjerana zabrinutost koja se javlja uslijed razvoja kognitivnih sposobnosti. Zbog toga adolescenti počinju razmišljati šire od svoje svakodnevne okoline te ih počinju mučiti misli o budućnosti. Isto se tako javljaju brige oko prijateljstava i socijalnih odnosa, ali i fizičkog sazrijevanja (Macuka i Smojver-Ažić, 2012.). Istraživanje Mišćević (2007., prema Maglica, 2016.) pokazalo je da djevojke u mlađoj adolescenciji više brinu misli o ishodima budućnosti i češće imaju osjećaj besmisla života nego mladići. U prvom razredu srednje škole anksioznost je na vrhuncu te prema istraživanju Sušac i Rajhvajn Bulat (2018., prema Ajduković i Rezo, 2019.) 20,3% hrvatskih novopečenih srednjoškolaca proživljava simptome anksioznosti.

Simptomi anksioznosti mogu se javljati i u obliku generaliziranog anksioznog poremećaja (općenitog dugotrajnog stanja zabrinutosti), paničnog poremećaja (učestalih napada panike), posttraumatskog poremećaja, opsesivno kompulzivnog poremećaja, separacijske anksioznosti, agorafobije i drugih poremećaja te posebno za adolescente karakteristične socijalne anksioznosti (Poljak i Begić, 2016.). Socijalna anksioznost definira se kao strah od pretjerane izloženosti, promatranja i kritičke procjene drugih osoba u različitim socijalnim situacijama. Kod adolescenata se često javlja i anticipacijska anksioznost, odnosno strah od straha (u literaturi nazivana i anksioznom osjetljivošću (Vulić-Prtorić, 2002b.)) jer su uglavnom svjesni svoje anksioznosti i pratećih tjelesnih simptoma pa ih je strah da će u nekoj situaciji reagirati anksiozno i imati napadaj panike, stoga te situacije izbjegavaju (Poljak i Begić, 2016.; Vulić-Prtorić, 2002b.). Specifičnosti obiteljske dinamike i roditeljskog ponašanja koje se povezuju s većim rizikom od razvoja anksioznosti kod adolescenata su nedostatak afektivnosti, roditeljsko odbacivanje, visoka razina kontrole i prezaštićivanje (Beesdo i sur., 2009., prema Poljak i Begić, 2016.). Anksioznost se u adolescenciji često javlja u komorbiditetu s depresivnim simptomima (Macuka i Smojver-Ažić, 2012.) i predstavlja rizik za razvoj depresivnog poremećaja i poremećaja hranjenja (Novak i Bašić, 2008.).

## *2.2. Depresivnost*

Depresivnost je emocionalno stanje karakterizirano osjećajima tuge, neraspoloženja, žalosti i utučenosti. Može se javiti u rasponu od blagih raspoloženja tuge do teškog depresivnog poremećaja (Vulić-Prtorić, 2003.). Depresija se kao poremećaj raspoloženja kod adolescenata manifestira najčešće tmurnim raspoloženjem (Ledić i sur., 2019.). Adolescenti su skloni depresivnom načinu opisivanja sebe i isticanju osjećaja manje vrijednosti, osjećaju beznadnosti i krivnje. Zatim, karakteristična je usporenost u kretanjama i razmišljanju, problemi s prehranom i spavanjem, slabija koncentracija i poteškoće u učenju, socijalno povlačenje i somatske smetnje (Boričević Maršanić i sur., 2016.). Obzirom na sve navedeno, može se zaključiti kako depresija utječe na cjelokupno svakodnevno funkcioniranje adolescenata u svim aspektima života. Dugo se smatralo da depresija pogađa samo odrasle, a danas sve više raste

svijest o tome koliko se često javlja i koliko je rasprostranjena kod djece i adolescenata (Ledić, 2019.). U depresivnim epizodama kod adolescenata često je moguća i prekomjerna uporaba sredstava ovisnosti poput alkohola i ilegalnih droga te rizično seksualno ponašanje, ali i povećan rizik od suicida (Ledić i sur., 2019.). O rasprostranjenosti depresivnosti kod mladih govori i podatak da je u istraživanju sa srednjoškolicima 12,8% petnaestogodišnjaka u Hrvatskoj pokazivalo ozbiljnije simptome depresivnosti (Sušac i Rajhvajn Bulat, 2018., prema Ajduković i Rezo, 2019.).

Djevojke imaju dvostruko veći rizik od razvoja depresije nego mladići, što se u literaturi najčešće objašnjava nizom faktora, od kojih se izdvaja veća sklonost depresivnom kognitivnom stilu (općenito više negativnom obrascu razmišljanja i doživljavanja svijeta) (Khest-Masjedi i sur., 2017.) i veća izloženost svakodnevnim stresnim događajima, osobito u interpersonalnim odnosima (Jelić, 2019.) kod djevojaka nego kod mladića. Ipak, mladići će najčešće iskazivati depresivne simptome na drugačiji način od djevojaka ili onoga s čime prvotno povezujemo depresivnost, i to u tolikoj mjeri da je moguće da se ne prepozna da se kod mladića radi o depresivnosti već se takav oblik ponašanja pripíše nekom eksternaliziranom problemu ili poteškoći u regulaciji emocija i kontroli impulsa (Frost i sur., 2015.). Mladići će depresivnost iskazivati kroz iritabilnost, odnosno „kratak fitilj“, češće će se razljutiti i reagirati agresivno i impulzivno te imati ispade bijesa. Osim toga, iskazuju više problema s koncentracijom i problema sa spavanjem, poput nesanice i noćnih mora, nego djevojke (Khest-Masjedi i sur., 2017.).

U obiteljima adolescenata s većim rizikom od razvoja depresije primijećeno je da očevi mnogo slabijim procjenjuju iskazivanje emocija, bihevioralnu kontrolu djece i rješavanje problema u obitelji nego majke, koje su također svoje mentalno zdravlje procjenjivale slabijim nego majke djece u nižem riziku od depresije (Tamplin i Gooyer, 2001.). Takav rezultat govori u prilog povezanosti depresivnih simptoma majke s pojavom depresije kod adolescenata. Kurtović (2012.) objašnjava kako depresivnost roditelja, osobito majke, nije rizični faktor sama po sebi, koliko se odražava u poremećenim obrascima roditeljskih postupaka koji onda vode

neprilagođenom funkcioniranju kod djece i adolescenata, o čemu će više biti riječ kasnije. Pozitivna obiteljska klima, komunikacija, kohezija i podrška baza su stvaranja sigurne privrženosti koja je zaštitni čimbenik i štiti od razvoja depresije u adolescenciji (Rawatlal i sur., 2015.). Važno je napomenuti i kako je depresija najčešći faktor rizika za suicid kod adolescenata (Graovac i Prica, 2014.). Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije (2020., prema Boričević Maršanić i sur., 2021.), mladi koji boluju od depresije imaju 12 puta veći rizik za počinjenje suicida.

### *2.3. Suicidalnost*

Prema starijim podacima, kao što je ranije navedeno, suicid je treći najčešći uzrok smrti mladih od 15. do 24. godine u svijetu (Lebedina Manzoni i Maglica, 2004.; Graovac i Prica, 2014.), a prema novijim podacima spominje se čak i da je drugi uzrok smrti kod populacije od 10 do 25 godina (Boričević Maršanić i sur., 2021.). Više djece i adolescenata umire od suicida nego od bilo koje druge bolesti (Boričević Maršanić i sur., 2021.). Osim depresije kao glavnog rizičnog faktora (Graovac i Prica, 2014.), suicidalnost je najčešće povezana s poremećajima ličnosti, anksioznim poremećajem, opsesivno-kompulzivnim poremećajem, poremećajima hranjenja i nekim oblicima ovisnosti (Hawgood i De Leo, 2008., prema Novak i Bašić, 2008.). Suicidalnost se definira kao heterogena skupina manifestacija koja uključuje misli o suicidu, prijetnje, planove, pokušaje suicida te izvršeni suicid (Boričević Maršanić i sur., 2021.). Podaci pokazuju da je 20% adolescenata u prvom razredu srednje škole u središnjoj Hrvatskoj razmišljalo o tome da počini samoubojstvo (Sušac i Rajhvajn Bulat, 2018., prema Ajduković i Rezo, 2019.). Također, u istraživanju sa splitskim srednjoškolicima, njih 11,8% izjavilo je da pomišlja na samoubojstvo, ali ne bi to mogli učiniti, 2,8% bi počinili samoubojstvo kada bi imali priliku, a dvoje adolescenata je izjavilo da se želi ubiti (Maglica, 2016.).

Najčešći znakovi suicidalnosti kod djece i adolescenata su potištenost, promjene u ponašanju, gubitak interesa za ranije hobije i prijatelje, povlačenje od okoline, problemi koncentracije, zakazivanje u učenju, umor i bezvoljnost (Novak i Bašić, 2008.). Devet od deset adolescenata koji izvrše suicid pokazuju neke znakove

upozorenja uživo ili online prije suicida (Boričević Maršanić i sur., 2021.). To još, uz ranije navedene, mogu biti misli, izjave, pisanje i crteži o smrti koji sugeriraju da adolescent ne vidi smisao u životu i svijetu i najavljuje svoj odlazak, neke konkretne radnje poput poklanjanje stvari i pisanja pisama te iznenadno dobro raspoloženje nakon perioda depresije (Boričević Maršanić i sur., 2021.). Osim znakova upozorenja, važno je znati i kako činu suicida često prethode pokušaji, pogotovo kod djevojaka, dok će mladići mnogo češće suicid i izvršiti sa ili bez prethodnih pokušaja (Lebedina Manzoni i Maglica, 2004.). Kocijan Hercigonja i Barac (1991., prema Novak i Bašić, 2008.) navode da najveće rizike od suicida nose problemi u školi, suicidalnost u obiteljskoj anamnezi, loša komunikacija roditelja i djeteta te stresni životni događaji. Općenito, obiteljska disfunkcija povezana je sa suicidalnim mislima, planiranjem suicida, namjernim samoozljeđivanjem i pokušajima suicida kod adolescenata (Martin i sur., 1995., prema Graovac i Prica, 2014.). Uz pojam suicidalnosti blisko se veže i samoozljeđivanje, koje pak ne mora nužno biti s namjerom suicida (Ercegović i sur., 2018.).

#### *2.4. Samoozljeđivanje*

„Samoozljeđivanje je učestalo, bez prijetnje za vlastiti život, nanošenje ozljeda samome sebi ili samonagrđivanje na socijalno neprihvatljiv način“ (Walsh i Rosen, 1988., prema Sičić i Mužinić, 2008.:2). Zbog rasprostranjenosti među adolescentima i štetnog utjecaja na tjelesno i mentalno zdravlje te socijalno funkcioniranje značajan je javno zdravstveni problem mladih (Ercegović i sur., 2018.). Prema podacima Swannell i suradnika (2014., prema Ercegović i sur., 2018.) 40-60% hospitaliziranih adolescenata se samoozljeđuje, dok je taj postotak u općoj populaciji adolescenata 17% (Jacobsen i sur., 2007., prema Ercegović i sur., 2018.). Noviji podaci iz Hrvatske, iz 2018. godine, govore da se 15,7% učenika prvog razreda srednje škole jednom ili više puta namjerno povrijedilo (Sušac i Rajhvajn Bulat, 2018., prema Ajduković i Rezo, 2019.). Različiti načini samoozljeđivanja uključuju rezanje, grebanje, ubadanje, urezivanje znakova u kožu, paljenje kože, udaranje i slično, pri čemu djevojčice najčešće koriste rezanje, a dječaci udaranje kao metodu samoozljeđivanja (Brunner i sur., 2014., prema Ercegović i sur., 2018.).

Prema Sičić i Mužinić (2008.) razlozi zbog kojih se mladi samoozljeđuju mogu se podijeliti u tri kategorije, od kojih se prvi i najčešći odnosi na regulaciju emocija, odnosno, samoozljeđivanje je pokušaj adolescenta da dovede svoje tijelo u ravnotežu nakon turbulentnih, uznemirujućih i preplavljujućih emocija. Zatim, samoozljeđivanje može biti način komunikacije, odnosno izražavanja onoga što adolescent nije u mogućnosti verbalizirati ili izraziti na neki drugi način. Treći je razlog mehanizam kontrola/kazna koji se objašnjava kao ponavljanje obrasca zlostavljanja pretrpljenog u djetinjstvu i tzv. magično razmišljanje da ako si nanesu bol, spriječit će da se dogodi nešto čega ih je strah (Sičić i Mužinić, 2008.). U istraživanju Sičić i Mužinić (2008.) ispitano je u kojoj su mjeri ranije istraživani i ustanovljeni faktori rizika od samoozljeđivanja zaista prisutni kod mladih koji se samoozljeđuju. Tako su dobiveni rezultati da kod 54% adolescenata u istraživanju roditelji ne žive u bračnoj zajednici, 69% adolescenata ne živi u potpunoj obitelji, kod 31% prisutna je neka vrsta ovisnosti u obitelji, a gotovo 40% adolescenata koji se samoozljeđuju doživjelo je neki oblik nasilja od strane člana uže obitelji.

Svi prikazani rezultati ukazuju na to da se upravo ranije navedeni čimbenici rizika provlače kroz sve oblike internaliziranih problema u ponašanju kod adolescenata te da su u direktnoj vezi s obiteljskom dinamikom, komunikacijom, privrženosti, odgojnim obrascima te stresnim događajima u obitelji. U nastavku će se pobliže objasniti ta veza.

### **3. RIZIČNI I ZAŠTITNI ČIMBENICI NA RAZINI OBITELJI**

Rizični čimbenici definiraju se kao oni koji povećavaju vjerojatnost od pojave i razvoja problema u ponašanju, tijekom čijeg djelovanja se problem intenzivira i postaje ozbiljniji te koji služe kao „podrška“ problematičnom okruženju (Bašić, 2001., prema Doležal, 2005.). Zaštitni čimbenici su jake snage koje djeci i adolescentima pomažu u opiranju od rizičnih čimbenika i koje pridonose biranju funkcionalnijih oblika ponašanja (Doležal, 2006.). Obitelj može u kontekstu mentalnog zdravlja adolescenta biti i rizični i zaštitni čimbenik (Klarin i Đerđa, 2014.). Prema Rawatlal i suradnicima (2015.) stil privrženosti između roditelja i djeteta, percipirana socijalna podrška



obitelji i funkcioniranje obitelji predstavljaju važne varijable koje mogu smanjiti ili povećati rizik od razvoja internaliziranih problema kod adolescenata. Osim toga, teške obiteljske okolnosti te stresni i traumatski događaji u obitelji mogu narušiti obiteljsku dinamiku i također biti prediktor pojave internaliziranih problema (Ferić i sur., 2016.). Nakon većeg stresnog događaja najvažniju ulogu ima ranije razvijena otpornost djeteta, odnosno adolescenta, koja je povezana s rizičnim i zaštitnim čimbenicima. Što je više rizičnih čimbenika, to je veća vjerojatnost da će dijete/adolescent razviti probleme u ponašanju ili psihičke poteškoće (Rutter, 1999., prema Ferić i sur., 2016.). Kod djece i adolescenata koji žive u rizičnim okolnostima (mnogo konflikata, ekonomska nesigurnost, hladni nepodržavajući odnosi u obitelji) veći je rizik od pojave problema u ponašanju (Vulić-Prtorić, 2002a.), što se povezuje sa slabijom otpornošću (Berc, 2012.).

### *3.1. Stresni događaji u obitelji*

Dio rizičnih čimbenika u obiteljskom okruženju pojavljuje se upravo u obliku stresnih životnih događaja (Bašić, 2001., prema Doležal, 2006.). Stresni životni događaji u kontekstu rada s djecom i mladima definiraju se kao svakodnevne teškoće koje predstavljaju iritirajuće ili frustrirajuće zahtjeve iz okoline, događaji koje dijete ili adolescent očekuje ili priželjkuje, ali se ne ostvaruju, ali također i intenzivni stresni događaji poput trauma koji su užasavajući i vrlo uznemirujući (Vulić-Prtorić i Macuka, 2004.). Stres je skup emocionalnih, fizioloških i bihevioralnih reakcija do kojih dolazi kada se neki događaj procijeni opasnim ili uznemirujućim ili se pred osobu postavljaju zahtjevi kojima ne može udovoljiti (Lazarus i Folkman, 1984., prema Pregrad, 1996.). Prema istraživanju Sušac i Rajhvajn Bulat (2018., prema Ajduković i Rezo, 2019.), 13,4% adolescenata u prvim razredima srednje škole iskazuje ozbiljne znakove stresa. Simptomi stresa uključuju tjeskobu, razdražljivost, tugu, bijes i krivnju, pretjeranu osjetljivost ili ravnodušnost, pretjeranu ovisnost o drugima ili socijalno povlačenje te probleme sa spavanjem i smanjenje apetita (Pregrad, 1996.).

Mlađi adolescenti s jače izraženim simptomima depresivnosti koriste manje efikasne strategije suočavanja sa stresom. Također, djevojke s depresivnim simptomima u

stresnim situacijama u većoj mjeri traže podršku od strane prijatelja, dok su depresivni mladići skloniji agresivnijim oblicima iskazivanja neugode i napetosti (Vulić-Prtorić, 2001.). Štetni i teški događaji u okolini adolescenta, kao što su zlostavljanje i zanemarivanje, značajni gubitci, razvod roditelja, obiteljska disfunkcija (izraziti konflikti, izlaganje nasilju, roditeljska zloupotreba sredstava ovisnosti i psihijatrijske bolesti) povećavaju rizik od razvoja depresije (Rudan i Tomac, 2009.).

### *3.1.1. Razvod roditelja*

Prema teoriji životnih promjena, stres je odgovor na zbivanja koja pojedinac svojom sposobnošću prilagodbe ne može savladati (Havelka 1990, prema Pregrad, 1996.). Tako će osoba stresnijima smatrati one događaje koji zahtijevaju veću i težu prilagodbu (Pregrad, 1996.), a primjer za takav događaj u obiteljskom okruženju adolescenta je razvod roditelja. Taj događaj istovremeno ostavlja posljedice na sve članove obitelji i predstavlja krizu životnog ciklusa cijele obitelji i svakog pojedinog člana (Carter i McGoldrick, 1980., prema Grozdanić, 2000.).

Adolescenti najčešće ne prihvaćaju razvod svojih roditelja i javljaju im se emocije ljutnje, mogu se osjećati odbačeno i iznevjereno od strane jednog ili pak oba roditelja (Brkić i Jovović, 2016.). Načini odgovora, prihvaćanja i prilagodbe adolescenata na razvod roditelja mogu uključivati različita rizična ponašanja, od kojih su neka očekivanija, poput skitnji s vršnjacima, eksperimentiranja s alkoholom i drogama te rizičnog seksualnog ponašanja, no ona druga, internalizirana, najčešće ostaju neprimijećena (Brkić i Jovović, 2016.). Neki adolescenti se u situaciji razvoda braka roditelja povlače u sebe i mogu se javiti depresivnost i suicidalnost te pokušaji suicida. S obzirom da im je narušena privrženost s najmanje jednim roditeljem, određene vrijednosti i svjetonazori, mogu izgubiti povjerenje u veze općenito. Također, u velikom su riziku od pada samopoštovanja i pogoršanja slike o sebi i može ih brinuti voli li ih itko. Javlja se snažan osjećaj osude prema odluci roditelja o razvodu, mogu osjećati sram prema bilo kakvoj promjeni u seksualnom ponašanju njihovih roditelja, ali također može doći i do straha od odvajanja od roditelja i snažne potrebe da budu na strani jednog od roditelja (Brkić i Jovović, 2016.).

S druge strane, Grozdanić (2000.) navodi neke prednosti razvoda roditelja u adolescentskoj, u odnosu na onaj u dječjoj dobi. Adolescentima je lakše emocionalno se distancirati od roditeljskih konflikata, u nekim situacijama imaju mogućnost odabrati s kime žele stanovati te žele li održavati kontakte s odsutnim roditeljem i članovima proširene obitelji. Te dvije opcije pružaju adolescentu veću mogućnost za lakšu prilagodbu, no svejedno se ne smije zaboraviti kako im se razvodom roditelja smanjuje vremensko razdoblje za njihove vlastite razvojne zadatke, otkrivanje i formiranje vlastitog identiteta, odnosno traženje sebe, već su suočeni s mnogim zahtjevima okoline i potrebom da „ranije odrastu“ te budu oblik emocionalne, ali i konkretne podrške, osobito ako odrastaju u obitelji s mlađom braćom i sestrama (Grozdanić, 2000.). Uz financijske i materijalne izazove s kojima se suočava cijela obitelj te emocionalne poteškoće prilagodbe roditelja i ostatka obitelji (Grozdanić, 2000.), sve to mogu biti rizični čimbenici koji su u vezi s razvojem internaliziranih problema kod adolescenata. Rezultati istraživanja pokazuju da adolescenti koji odrastaju u obiteljima s ekonomskim teškoćama i adolescenti čiji biološki roditelji ne žive zajedno doživljavaju više internaliziranih problema (Ajduković i sur., 2017.). Objašnjenje češće pojave internaliziranih problema kod te skupine mladih zasigurno je i u proživljenom stresu nakon razvoda ili smrti roditelja koji ostavlja posljedice za cijelu obitelj (Bask, 2015., prema Ajduković i sur., 2017.). Objašnjenje zašto su djeca razvedenih roditelja u većem riziku za razvoj internaliziranih problema leži i u nepredvidljivoj i nestabilnoj te nestrukturiranoj okolini (Sandler i sur., 2008.). Ipak, čak i u situacijama visoko-konfliktnih razvoda braka, toplina i dobar odnos s barem jednim od roditelja mogu značajno smanjiti rizik od pojave internaliziranih problema u ponašanju te služiti kao zaštitni čimbenik (Sandler i sur., 2008.). Slično potvrđuju i rezultati istraživanja Buljan-Flander i suradnika (2013.) koji su pokazali da djeca razvedenih roditelja koja imaju višu razinu obiteljske podrške iskazuju značajno više razine samopoštovanja i značajno niže razine anksioznosti od djece razvedenih roditelja koja imaju niže razine obiteljske podrške, odnosno da je obiteljska podrška čimbenik koji razlikuje uspješnost prilagodbe, razinu samopoštovanja i anksioznosti djece razvedenih roditelja.

### 3.1.2. *Smrt roditelja*

U životnom ciklusu obitelji smrt se prepoznaje kao najbolnije iskustvo i najstresniji događaj (Grozđanić, 2000.). Smrt člana obitelji izrazito je neugodan, stresan događaj koji remeti strukturu obitelji, obiteljske uloge i međusobne odnose (Britvić, 2010.). Pobuđuje mnoge emocionalne reakcije i nosi fizičke, psihološke i socijalne posljedice po sve članove obitelji. Tugovanje kao prirodan proces slijedi nakon smrti i različit je za pojedinca i obitelj (Grozđanić, 2000.). Nakon početnog razdoblja tugovanja, svi članovi moraju uložiti napore kako bi se obitelj reorganizirala i nastavila funkcionirati (Britvić, 2010.). Britvić (2010.) opisuje kako majke, kako bi se lakše prilagodile gubitku partnera, često uz sebe vezuju muško dijete, koje zbog takvog odnosa s majkom i uloge u koju je postavljeno u adolescenciji potencijalno može imati poteškoće s razvojem identiteta, separacijom i odlaskom od kuće. Iako je gubitak roditelja za svako dijete izniman stres koji utječe i na kasnije psihološko funkcioniranje (Melhem i sur., 2008., prema Cerniglia i sur., 2014.), neka istraživanja ukazuju na specifičnost gubitka u razdoblju adolescencije, koji može uzrokovati veće psihološke poteškoće (Stroebe i sur., 2005., prema Cerniglia i sur., 2014.). Gubitak roditelja u adolescenciji, jednako kao i u dječjoj dobi, označava se kao razvojno ometajuć gubitak (Pregrad, 1996.). To je razdoblje izuzetno stresno i rizično za razvoj različitih internaliziranih problema, a adolescenti mogu na gubitak reagirati na različite načine. Tijekom razdoblja tugovanja najčešće emocije izražavaju nasamo i osamljuju se, imaju poteškoće u koncentraciji i dosjećanju, izražen im je osjećaj besmisla i gubitka kontrole u životu te gubitak samopoštovanja (Pregrad, 1996.). Načini na koji adolescenti reagiraju na smrt roditelja mogu uključivati i depresivne i anksiozne simptome, ali i razmišljanje o samoubojstvu (Guzzo i Gobbi, 2021.). Usporedbom psiholoških poteškoća nakon smrti jednog roditelja kod mlađih i srednjih adolescenata, rezultati su pokazali kako mlađi adolescenti doživljavaju više psiholoških poteškoća (Cerniglia i sur., 2014.). Sveukupno gledajući, adolescenti koji su proživjeli gubitak roditelja iskazuju više internaliziranih problema od adolescenata koji nisu imali to iskustvo (Stikkelbroek i sur., 2016.).

### *3.2. Ovisnosti, kronične bolesti i problemi mentalnog zdravlja u obitelji*

Postoje specifične obiteljske okolnosti s kojima se suočavaju mnoga djeca i adolescenti u svojim obiteljima. One uključuju ovisnosti i narušeno fizičko ili mentalno zdravlje roditelja u obitelji. Roditelji koji imaju neki oblik ovisnosti o drogama ili alkoholu imaju manju bihevioralnu kontrolu nad djecom i manje paze na njihovu sigurnost te su također nedosljedni i skloni eksplozivnom uspostavljanju discipline (Mayes i Truman, 2002: prema Hanson i sur., 2006.). Ovisnost roditelja o alkoholu povezana je s pojavom posttraumatskog stresnog poremećaja kod adolescenata, osobito kod djevojaka u starijoj adolescentnoj dobi. Također, roditeljski alkoholizam jedan je od osnovnih rizičnih čimbenika za pojavu velike depresivne epizode kod adolescenata (Hanson i sur, 2006.).

Iako su mnoga istraživanja pokazala da su adolescenti čiji roditelji boluju od nekog mentalnog poremećaja u većem riziku za razvoj vlastitih poteškoća s mentalnim zdravljem i internaliziranih problema, pogotovo s obzirom na povećan rizik od razvoja nesigurne privrženosti i izloženosti nasilju u obitelji (Boričević Maršanić, 2020.), često se zanemaruje njihova perspektiva. Trondsen (2011.) opisuje kako mladi koji imaju iskustvo mentalnog poremećaja u obitelji navode kako se suočavaju s različitim izazovima, poput nedostatka adekvatnih informacija i mjesta gdje mogu dobiti pomoć. Ističu i subjektivni doživljaj nestabilnosti i nepredvidljivosti u svakodnevicu, zbog kojih se javlja strah od budućnosti. Osim toga, često tuguju i žale za onim kako je bilo prije nego im se roditelj razbolio ili za onim kako bi željeli da im obiteljske okolnosti izgledaju. Zbog svega što proživljavaju osamljuju se i nemaju adekvatnu podršku okoline (Trondsen, 2011.). Njihovi iskazi govore o teškim okolnostima u kojima žive i koliko se upravo subjektivni doživljaj vlastite svakodnevice odražava na njihovo mentalno zdravlje i psihološku prilagodbu.

Osim problema mentalnog zdravlja u obitelji, bilo koja kronična bolest roditelja ili člana obitelji koja zahtijeva stalnu brigu i njegu te promjenu obiteljske dinamike također je događaj koji utječe na preraspodjelu uloga u obitelji. Može se dogoditi da dijete, osobito u adolescentskoj dobi, preuzima ulogu skrbnika bolesnog roditelja, što

nosi posljedice na njegov emocionalni razvoj i psihološku prilagodbu (Britvić, 2010.). Istraživanje koje se bavilo usporedbom grupe djece roditelja s dijagnozom kronične bolesti i grupe djece zdravih roditelja pokazalo je da djeca bolesnih roditelja iskazuju više internaliziranih problema, preuzimaju više odgovornosti na sebe, više su pod stresom i osjećaju se izolirano dok, za usporedbu, nije bilo razlike između grupa u pojavnosti eksternaliziranih problema ili kvaliteti privrženosti roditelja i djece (Sieh i sur., 2013.).

### *3.3. Obiteljsko nasilje*

Izloženost agresivnim nekonstruktivnim roditeljskim sukobima može biti povezana s pojavom agresivnosti, ali i depresivnosti kod mlađih adolescenata (Macuka i Jurkin, 2014.). Kod mlađih adolescenata koji su iskazali višu razinu depresivnosti najuočljivija je istovremena visoka razina percipirane prijetnje uslijed sukoba, odnosno koliko ih je strah roditeljskih sukoba i tijekom sukoba i općenito te koliko ih sukobi roditelja ugrožavaju u bilo kojem smislu. Također, kod djevojaka se javlja i samookrivljanje i osjećaj odgovornosti za roditeljske sukobe (Macuka i Jurkin, 2014.). Općenito, visoka razina sukobljavanja u obiteljima povezana je i s manjom osjetljivošću i emocionalnom rezpozivnošću na potrebe djece, što je opet povezano s razvojem depresivnih simptoma, osobito kod djevojaka (Cummings i Davies, 2002., prema Macuka i Jurkin, 2014.). Djeca koja svjedoče nasilju najčešće imaju reakcije u obliku anksioznosti, trajne preplašenosti i preosjetljivosti te krivnje što nisu uspjela spriječiti nasilje. Upravo ta krivnja i pomiješani osjećaji u obliku istovremene ljubavi i mržnje prema roditelju počinitelju te istovremene potrebe da ga se kazni i zaštititi kasnije mogu uzrokovati velike probleme mentalnog zdravlja i prediktor su depresije (Kocijan-Hercigonja i Hercigonja-Novković, 2009.).

Uz svjedočenje nasilju između roditelja, mladi mogu biti i njegove izravne žrtve. Adolescenti koji su bili psihički zlostavljani iskazuju više anksioznih i depresivnih simptoma od adolescenata koji nisu imali iskustvo psihičkog nasilja u obitelji (Izaguirre i Calvete, 2018.). Istraživanje s adolescentima koji boluju od depresije pokazalo je kako pojavi velike depresivne epizode često prethodi iskustvo fizičkog ili

seksualnog nasilja (Hanson i sur., 2006.). Također, istraživanje provedeno s hrvatskim adolescentima ukazuje na češću pojavu internaliziranih problema kod adolescenata koji su bili žrtve obiteljskog nasilja, osobito kod djevojaka s iskustvom proživljenog nasilja u obitelji (Ajduković i sur, 2017.).

Djeca koja su zlostavljana u vlastitoj obitelji sklonija su agresivnijim reakcijama i ispadima, neadekvatnim strategijama rješavanja problema i općenito slabijoj kontroli impulsa, što potkrepljuje teorija socijalnog učenja (Kocijan-Hercigonja i Hercigonja-Novković, 2009.). Agresivnost u obitelji pokazala se kao najveći prediktor pojave problema u ponašanju kod mladih (Ajduković i sur., 2017.). No osim rizika za razvoj eksternaliziranih problema, u prvom redu agresije i počinjenja nasilja nad drugima, za temu ovog rada još je važnije spomenuti kako ta djeca zbog okolnosti u kojima su živjela i poruka koje su dobivala kroz djetinjstvo imaju negativnu sliku o sebi i nisko samopoštovanje te vide svijet kao nesigurno, loše mjesto (Kocijan-Hercigonja i Hercigonja-Novković, 2009.). Zbog svojih iskustava nepovjerljivi su i teško prihvaćaju nečiju naklonost, ne vjeruju u dobre namjere drugih osoba i općenito su oslabljenih kapaciteta za prihvaćanje pomoći i ostvarenje bliskih privrženih odnosa. Zbog toga često ne prepoznaju izvore podrške u okolini, čak i ako ih imaju, te ne mare za posljedice vlastitog ponašanja, odnosno ravnodušni su prema njima. Rezultat toga je rizik od suicida upravo zbog toga što gube smisao i želju za životom, što ih okreće prema suicidalnim mislima i pokušajima jer suicid vide kao jedino rješenje (Kocijan-Hercigonja i Hercigonja-Novković, 2009.).

#### *3.4. Uloga obiteljskih odnosa u razvoju internaliziranih problema adolescenata*

Obiteljski odnosi imaju veliku ulogu u psihološkoj prilagodbi adolescenata. Obiteljska klima, roditeljski stilovi i privrženost djeteta prema roditelju utječu na sliku o sebi adolescenta, izgradnju vrijednosti i strategije nošenja sa stresom (Klarin i Đerđa, 2014.). Roditeljski stil odgoja vidljiv je u svim postupcima roditelja prema djetetu, a ako je pozitivan uključuje karakteristike poput emocionalne topline, prihvaćanja i podrške, uz disciplinu i nadzor, što je preduvjet za stabilnost privrženog odnosa koji se teško narušava, čak i u fazama kriznih događaja (Kurtović, 2012.). Pod utjecajem

emocionalnog i kognitivnog razvoja, adolescenti razvijaju kritičko mišljenje o privrženosti prema svojim roditeljima, ali svejedno preslikavaju te obrasce na odnose s drugim ljudima, po čemu se vidi značaj odnosa s roditeljima za cijeli život (Rawatlal i sur., 2015.). Također, iako se u adolescenciji povećava utjecaj vršnjaka, pokazalo se da je depresivnost adolescenata jače povezana s odnosom s roditeljima nego s vršnjacima (Sheeber i sur., 2007, prema Kurtović, 2012.).

#### *3.4.1. Roditeljski stilovi*

Roditeljski odgoj može biti i rizičan i zaštitni čimbenik za dijete ili adolescenta, ovisno o svojim karakteristikama (Klarin i Đerđa, 2014.). Postoji nekoliko dimenzija roditeljskog ponašanja osobito povezanih s razvojem ili prevencijom internaliziranih problema kod adolescenata, a to su ponajprije roditeljska toplina i briga nasuprot hladnoći, roditeljsko prihvaćanje nasuprot odbacivanju te dva oblika kontrole, bihevioralna i psihološka (Kurtović, 2012.). Emocionalnost je veoma važna dimenzija roditeljskog ponašanja koja se odnosi na opseg emocija koje postoje tijekom interakcije roditelja s djetetom, a to su ljubav, briga, nježnost i zainteresiranost. Ako roditelj ne pokazuje emocije u interakciji, to se manifestira kao odbacivanje, emocionalna hladnoća, nezainteresiranost i neprijateljstvo (Klarin i Đerđa, 2014.). Emocionalno topao odnos donijet će osjećaj ugone u prisustvu roditelja, što će rezultirati i osjećajem prihvaćenosti. U suprotnom slučaju, ako roditelji ne pokazuju ljubav i prihvaćanje, već iz emocionalne hladnoće proizlaze ljutnja, nerazumijevanje i visoka očekivanja, dijete će se osjećati odbačeno i neadekvatno, što je veliki prediktor razvoja internaliziranih problema (Klarin i Đerđa, 2014.). Bihevioralna kontrola podrazumijeva kontrolu ponašanja i potrebna je osobito u razdoblju adolescencije (Kurtović, 2012.), dok psihološka kontrola podrazumijeva manipulativne oblike ponašanja koji uključuju prijetnje i pasivnu agresiju, a kojima se utječe na misli i unutarnji psihološki svijet djeteta ili adolescenta (Klarin i Đerđa, 2014.).

Na temelju dimenzija roditeljske topline i kontrole formiraju se četiri roditeljska stila - autoritativni, autoritarni, permisivni (popustljivi) i indiferentni (zanemarujući) (Berk, 2015.), od kojih je autoritativni najpoželjniji, s mnogo topline i podrške te dovoljno



bihevioralne kontrole uz dosljednost i postavljanje granica. Autoritarni roditeljski stil odnosi se na hladan i odbacujući stil, gdje je razina topline niska, a nadzora visoka i uz koji često dolazi psihološka kontrola. Permisivni stil karakterizira visoka razina topline uz premalo kontrole, dok je u indiferentnom roditeljskom stilu istovremeno premalo topline i nadzora (Berk, 2015.). Istraživanje Klarin i Đerđe (2014.) pokazalo je kako su svi navedeni oblici roditeljskog ponašanja značajno povezani s internaliziranim problemima i kod dječaka i kod djevojčica. Dakle, i dječaci i djevojčice koji u odnosu s roditeljima doživljavaju više prihvaćanja i manje odbacivanja te manje psihološke kontrole iskazuju manje internaliziranih problema. Također, pokazalo se kako su manipulativni oblici ponašanja, omalovažavanje, kritiziranje, „držanje predavanja“ i prijetnje prediktori internaliziranih problema kod adolescenata, ali osobito za djevojke ako takva ponašanja dolaze od strane oca, a za mladiće ako dolaze od majke. Prema navedenom istraživanju moglo bi se zaključiti da je za djevojke značajnije očevo ponašanje i neadekvatni oblici istoga, a za mladiće majčino (Klarin i Đerđa, 2014.).

Kada se pojedine dimenzije roditeljstva promatraju zasebno, roditeljsko prihvaćanje i odbijanje povezani su s pojavom internaliziranih problema kod adolescenata, odnosno viši rezultati na skali depresivnosti i anksioznosti povezani su s većim stupnjem percipiranog odbijanja od strane roditelja (Vulić-Prtorić, 2002a.). Također, istraživanje Reitz, Deković i Meijer (2006.) ukazuje na povezanost kvalitete odnosa roditelja i djece i pojave internaliziranih problema u adolescenciji. Konačno, djevojčice koje percipiraju višu razinu kontrole od strane oba roditelja imaju više internaliziranih problema (Macuka i Smojer-Adžić, 2012.). U kontekstu internaliziranih problema važno je spomenuti i prezaštićivanje koje može biti prediktor anksioznosti i depresije (Kurtović, 2012.).

#### *3.4.2. Privrženost*

Da bi dijete kvalitetno uspostavilo osjećaj vlastitog „ja“ i osjećaj kontrole nad svojim životom, nužno je uspostavljanje čvrste emocionalne veze s najbližom osobom, najčešće majkom, koja se naziva privrženost (Andrić i Čudina-Obradović, 1994.).

Privrženost podrazumijeva snažnu emocionalnu povezanost s važnim ljudima u životu svakog pojedinca, koja se očituje kao uгода i radost prilikom interakcije te traženje utjehe u blizini tih osoba u stresnim situacijama (Berk, 2007.). Nastaje do druge polovice prve godine života, a kvaliteta i usmjerenost privrženosti ovise o tome tko i na koji način zadovoljava i odgovara na djetetove potrebe (Berk, 2007.). Kvaliteta i stil privrženosti stabiliziraju se do 18. mjeseca života (Andrilović i Čudina-Obradović, 1994.). Djeca na temelju najranijih iskustava izgrađuju trajnu emocionalnu povezanost s roditeljem (najčešće majkom), koja će im kasnije, u situacijama kada roditelj nije prisutan, koristiti kao emocionalna baza (Bowlby, 1980., prema Berk, 2007.). Ona služi kao unutarnji radni model, odnosno skup očekivanja od osoba kojima smo privrženi koja se najviše odnose na vjerojatnost da ćemo u stresnim situacijama od njih dobiti potrebnu podršku i utjehu (Berk, 2007.). Takvo očekivanje postaje svojevrsni vodič u svim kasnijim bliskim odnosima (Bretherton, 1992., prema Berk, 2007.). Kvaliteta privrženosti varira od djeteta do djeteta, pri čemu su istraživači utvrdili jedan obrazac sigurne privrženosti i tri obrasca nesigurne privrženosti. Nesigurne obrasce privrženosti podijelili su u izbjegavajuću, opiruću i neorganizirano-neorijentiranu privrženost, ovisno o tome na koji način majka odgovara na potrebe djeteta i kako dijete reagira na majčin odgovor (Ainsworth i sur. 1978., prema Berk, 2007.). Kasnije su istraživači razvili i drugačije podjele stilova privrženosti, na primjer onu kojom se na temelju rezultata na dimenzijama izbjegavanja i anksioznosti formiraju četiri stila privrženosti: sigurni, odbijajući, zaokupljeni i plašljivi (anksiozni) stil (Kamenov i Jelić, 2003.).

Razvoj depresije u adolescenciji povezan je s nesigurnom privrženošću te manjkom podrške i odobravanja koju mlada osoba dobiva od obitelji (Sheeber i sur., 2001., prema Kurtović, 2012.). Odrastanje uz poruke koje šalje takvo roditeljsko ponašanje oblikuje sliku o svijetu kao nesigurnom mjestu, a o adolescentu kao nekompetentnoj osobi koja nije vrijedna ljubavi i pažnje. Rezultira poteškoćama s prihvaćanjem pomoći i izgradnjom bliskih privrženih odnosa, a može voditi do anksioznosti, depresije i suicida (Klarin i Đerđa, 2014.; Kurtović, 2012.; Kocijan-Hercigonja i Hercigonja-Novković, 2009.). Pokazalo se da adolescenti koji imaju nesiguran stil privrženosti prema članovima obitelji iskazuju više depresivnih simptoma od

adolescenata koji su razvili siguran stil privrženosti (Rawatlal i sur., 2015.). Veća kvaliteta privrženosti oboma roditeljima povezana je s manje internaliziranih problema u srednjoj adolescenciji. Prema podacima istog istraživanja, slabija kvaliteta privrženosti više objašnjava pojavu depresivnosti nego anksioznosti među adolescentima te dobi (Rezo i sur., 2017.).

#### **4. PREVENCIJA INTERNALIZIRANIH PROBLEMA ADOLESCENATA**

##### *4.1. Obiteljska otpornost*

Da bi se shvatila uloga otpornosti u prevenciji, važno je objasniti koncept otpornosti, kako se razvijao i na koji način djeluje na psihološku prilagodbu djece i adolescenata krizama i teškim životnim događajima, kao i istaknuti specifičnosti međudjelovanja rizičnih i zaštitnih čimbenika. Otpornost označava dinamičan proces pozitivne prilagodbe u kontekstu trajanja rizika (Moss, 2010., prema Berc 2012.). Ispočetka su se istraživači fokusirali na individualnu otpornost, promatrajući primjere u kojima su neka djeca unatoč rizičnom okruženju ostvarivala bolju prilagodbu i uspjeh u odnosu na drugu djecu u istim okolnostima (Anthony, 1987., prema Hadfield i Ungar, 2018.). Tek se kasnijim istraživanjima i u praktičnom radu s obiteljima otkrila uloga obitelji, zajednice i šire okoline kao sustava u kojem se pojedinac razvija (Walsh 2003., prema Hadfield i Ungar, 2018.). Obiteljska otpornost promatrana kao mogućnost opstanka i prolaženja kroz stresne situacije ovisi o nizu faktora, ponajviše o obiteljskim snagama. To je skup odnosa i procesa koji zadovoljavaju, podržavaju i štite obitelj i njezine članove, osobito u teškoćama i nedaćama (Moore i sur., 2003., prema Berc, 2012.). Među obiteljskim snagama ističu se ljubav i poštovanje, komunikacija, predanost, duhovnost, zajedničko vrijeme i sposobnost nošenja s nedaćama (DeFrain i Asay, 2007., prema Ferić i sur., 2016.). Još neki od zaštitnih čimbenika koji mogu ojačati obitelj i prevenirati internalizirane probleme kod adolescenata su učinkovita komunikacija, humor, zajedničko vrijeme i obiteljski rituali (Ferić, 2002.).

Iz svega opisanog može se zaključiti kako bi se prevencija trebala usmjeravati na izgradnju svih onih zaštitnih čimbenika kojih do sada nije bilo ili su bili nedovoljno ojačani u odnosu na rizične. Nije rješenje ukloniti rizični čimbenik jer ih nikada ne možemo ukloniti sve. Rizični čimbenici su povezani i često se pojavljuju zajedno (Ferić, 2016.), stoga uklanjanjem jednog ne postizemo mnogo (Doležal, 2006.). Koncept otpornosti naglašava kako nije cilj zaštititi dijete ili adolescenta od svih problema, već ga učiti kako koristiti vlastite resurse i resurse okoline za konstruktivno suočavanje s rizicima. Kroz zajednički rad s obiteljima, temeljen na suradničkom odnosu, nastoji se proširiti spektar strategija suočavanja obitelji s različitim problemima i poteškoćama i učiniti to suočavanje kvalitetnijim i efikasnijim (Ajduković, 2001., prema Doležal, 2006.).

Iz psihijatrijske perspektive, kroz primarnu prevenciju upravo se suzbijanjem rizičnih i jačanjem zaštitnih čimbenika pokušava smanjiti pojavnost problema mentalnog zdravlja, odnosno broj adolescenata koji obolijevaju od nekog poremećaja mentalnog zdravlja. Sekundarna prevencija usmjerena je na rano otkrivanje i pružanje adekvatnog tretmana kako bi se smanjilo trajanje poteškoća, dok je tercijarna prevencija usmjerena smanjivanju težine i opsega problema, utjecaja poteškoća na svakodnevno funkcioniranje te prevenciju suicida (Ledinski Fičko i sur., 2017.). S druge strane, iz perspektive pomagačkih zanimanja, pa tako i socijalnog rada, primarna prevencija odnosi se na univerzalne programe prevencije i nastojanja da se poboljša kvaliteta života svih članova zajednice kroz različite socijalne programe u organizaciji državnih, obrazovnih ustanova i ustanova socijalne skrbi ili udruga i organizacija civilnog društva (Bašić, Ferić i Kranželić, 2001., prema Doležal, 2006.). Sekundarna ili ciljana, selektivna prevencija odnosi se na programe ranih intervencija, odnosno prepoznavanje djece u riziku i ciljano uključivanje njih u programe. Tercijarna prevencija uključuje programe specijalno razvijene za djecu i mlade s razvijenim problemima u ponašanju, a oni su specifični, složeniji i posebno osmišljeni (Bašić, Ferić i Kranželić, 2001., prema Doležal, 2006.). Te dvije perspektive se preklapaju, ali s jasnom razlikom kategorija djece i mladih kojima se bave. Potreba za naglašavanjem psihijatrijske perspektive proizlazi iz toga na koji način javnozdravstveni programi u Hrvatskoj pristupaju prevenciji i činjenici da se uglavnom radi o prevenciji problema

mentalnog zdravlja i psihičkih poremećaja, dok se prevencija internaliziranih problema koja bi bila temeljena na konceptu otpornosti češće provodi u manjim krugovima, u organizaciji udruga civilnog društva, s manjim opsegom djece i mladih koje obuhvaća i rijetko se uspijeva probiti na razinu državnih i javnih programa.

#### *4.2. Preventivni programi*

Ajduković (2003., prema Doležal, 2006.) opisuje kako planiranje preventivnih aktivnosti koje se temelje na otpornosti daju značaj onome dobrom u djetetovoj ili adolescentovoj okolini, a miču fokus s onog što je loše ili nedostaje. Howard i Johnson (2001., prema Doležal, 2006.) naglašavaju kako bi programi usmjereni na obitelj trebali jačati povezanost članova obitelji i raditi na konzistenciji roditeljskih postupaka, uz isticanje važnosti emocionalne sigurnosti. U Hrvatskoj nedostaje preventivnih programa koji će se usmjeriti na cijelu obitelj i takve oblike rada vidimo tek u području tretmana, u okriljima obiteljske terapije, odnosno u terapijskim intervencijama. Obiteljskom terapijom, prema Graovac (2010.), upravo se radi na poboljšanju komunikacije u obitelji. Radi se na uspostavljanju jasnih granica između roditelja i djece kao dvaju obiteljskih podsustava. Također, nastoji se ojačati suradnički odnos između roditelja kako bi učinkovitije komunicirali te konstruktivnije rješavali probleme, jasnije pokazivali emocije i zajednički dogovarali obiteljska pravila, što stvara sigurnije i stabilnije okruženje adolescentu i pomaže mu u vlastitoj separaciji i individualizaciji. Na taj način radi se na jačanju obiteljske otpornosti.

Novak i Bašić (2008.) navode kako se zaštitni čimbenici jačaju i otpornost gradi najviše kroz preventivne programe. Opisuju nekoliko preventivnih programa s područja SAD-a kao primjere dobre prakse. To su programi koji osnažuju adolescente kroz rad u grupi, jačajući im socijalne vještine, asertivnost i vještine komunikacije. Također se naglasak stavlja na samopoštovanje i razvijanje bolje slike o sebi, dok se dio programa bavi edukacijom o temama anksioznosti, depresivnosti, suicidalnosti i strategija nošenja sa stresom te upoznavanjem s različitim kognitivno-bihevioralnim tehnikama, poput kognitivnog rekonstruiranja i progresivne mišićne relaksacije, koje mogu smanjiti stres i anksioznost te pomoći u regulaciji emocija. Takvi programi su

pokazali dobre rezultate u vidu smanjenja anksioznih i depresivnih simptoma kod adolescenata koji su ih već doživljavali, kao i manju pojavnost anksioznosti i depresije u sljedećih nekoliko mjeseci ili godina kod adolescenata koji su prošli kroz programe u odnosu na one koji nisu (Novak i Bašić, 2008.).

Iako je interes javnosti i svijest o potrebi prevencije u Hrvatskoj najčešće usmjerena na eksternalizirane probleme (vršnjačko nasilje, rizično spolno ponašanje, konzumaciju alkohola i droga) (Maglica, 2016.), postoji i velika potreba za preventivnim programima koji će se temeljiti na razvoju samopoštovanja, vještina učinkovite komunikacije i suočavanja sa stresom. U programima za prevenciju nasilja, radionicama socijalnih i emocionalnih vještina te preventivno-socijalizacijskim programima mogu se naći navedene teme. S druge strane, nedostaje programa usmjerenih na nošenje sa stresom i simptomima anksioznosti, kao i usmjerenih isključivo na razvoj samopoštovanja i bolje slike o sebi u svrhu prevencije internaliziranih problema, osobito kod adolescenata koji već pokazuju određene teškoće u svakodnevnom funkcioniranju (Maglica, 2016.). Ipak, provode se radionice u srednjim školama na temu važnosti brige o mentalnom zdravlju, primjerice one u organizaciji Centra za zdravlje mladih (2022.). Prema podacima HZJZ (2019.) svaki peti učenik suočava se s problemima mentalnog zdravlja, a samo petina njih dobiva stručnu pomoć. Program PoMoZi Da kojeg educirani stručnjaci mentalnog zdravlja provode u svim županijama Republike Hrvatske namijenjen je učiteljima i nastavnicima kako bi lakše prepoznali anksiozne i depresivne simptome kod učenika s kojima svakodnevno rade te lakše izgradili odnos povjerenja s njima, pružali im podršku i potaknuli ih na traženje stručne pomoći. Na taj način mladima se pokušava osigurati podržavajuća okolina u kojoj mogu lakše brinuti o svom mentalnom zdravlju (HZJZ, 2019.). U sklopu istog programa provodi se i prevencija suicida. Učitelje i nastavnike educira se koji su znakovi suicidalnosti kod djece i mladih, na koji način razgovarati s djecom i mladima kod kojih prepoznaju rizik od suicida, kako im pružiti podršku i gdje ih uputiti (HZJZ, 2019.).

S obzirom na sve veću pojavnost internaliziranih problema među adolescentima u Hrvatskoj (Maglica, 2016.), važno je i dalje raditi na prevenciji u obliku programa koji

se provode u školama u kojima sudjeluju sva djeca, ali i u sklopu udruga, savjetovališta i institucija za one adolescente koji su već uključeni u neki oblik tretmana i u većem su riziku od razvoja internaliziranih problema. Također je od iznimne važnosti u školske kurikulume sata razrednika i zdravstvenog odgoja uključiti teme brige i očuvanja mentalnog zdravlja, naglašavajući pritom ulogu nastavnika, ne samo kao socijalne podrške, već i izvora informacija koji će upućivati mlade na mjesta u zajednici gdje mogu dobiti stručne oblike pomoći (HZJZ, 2019.; Centar za zdravlje mladih, 2022.).

## **5. ZAKLJUČAK**

Obitelj je mjesto u kojem se dijete razvija i kroz dugotrajne, turbulentne procese sazrijevanja formira u odraslu osobu. Kroz djetinjstvo otkriva okolinu, promatra i usvaja obrasce ponašanja u određenim situacijama te formira vjerovanja i stavove o sebi i o drugima koji će oblikovati njegove načine suočavanja sa stresom, nošenja s emocijama i ulogu u budućim odnosima. Adolescencija je specifično doba u kojem mlada osoba pokušava otkriti samu sebe i pronaći svoje mjesto u svijetu. Pred sebe postavlja niz pitanja na koje tek treba odgovoriti, a osnovno od njih je „Tko sam ja i kakva osoba želim postati?“ Uloga obitelji na tom putu trebala bi biti dvojaka – pružati dovoljno autonomije i prostora za samootkrivanje, isprobavanje i preispitivanje, ali istovremeno biti sigurna baza postavljena na čvrstim temeljima, gdje adolescent uvijek može pronaći podršku, razumijevanje i ljubav. U takvom okruženju, bez obzira na stresne događaje koji se mogu dogoditi, obitelj će se vlastitim snagama izboriti i premostiti svaku krizu, a adolescent uspjeti očuvati svoje mentalno zdravlje. U socijalnom radu ne možemo spriječiti događaje poput smrti ili dijagnoze teške bolesti u obitelji, ako je netko godinama doživljavao nasilje u obitelji ne možemo izbrisati to njegovo iskustvo, ali možemo jačati, osnaživati ljude, tražiti snage koje već imaju u sebi i u najbližoj okolini i zajedno s njima otkriti kako ih iskoristiti za najbolje ishode. Internalizirani problemi nastaju upravo kada mlada osoba sve svoje terete drži u sebi i nema sigurno mjesto za podijeliti ih i razgovarati o njima te nema podršku i okruženje koje bi nošenje s problemima učinilo lakšim. Ne možemo ukloniti probleme, ali

možemo biti to mjesto i još važnije, možemo posredovati i usmjeravati obitelj ka tome da bude to mjesto za svoju djecu. U svakoj obitelji postoji potencijal za napredak, promjenu određenih obrazaca ponašanja i oporavak narušenih odnosa, ali nažalost, obitelji najčešće dođu do pomoći kada već postoji problem, ili ga, još gore, zbog prirode internaliziranih problema, ni ne primijete dok nije prekasno. Zato je važno djelovati prije nego mlada osoba već počne ispoljavati određene probleme. Potrebno je širiti svijest o važnosti rada na komunikaciji u obitelji i promjeni određenih uvriježenih obrazaca ponašanja za koje dio roditelja možda nije ni svjestan da nisu optimalni. Potrebno je isticati važnost međusobnog pružanja podrške i pokazivanja ljubavi. Kada osoba s internaliziranim problemima dođe u tretman, s njom se razgovara i pokušava raditi upravo na tome te bi se onda to moglo pokušati i ranije, kroz svakodnevni rad u vrtićima i školama, kroz različite radionice s djecom, adolescentima i roditeljima, kroz nove nacionalne programe koji će cjelovitije obuhvatiti bit prevencije, a to je spriječiti da se dogode problemi mentalnog zdravlja. To je ipak nešto što bi se, uz međusobnu suradnju pomagačkih struka i sa svim znanjima i alatima koji su na raspolaganju, moglo pokušati spriječiti.



## 6. LITERATURA

1. Ajduković, M., Rajhvajn Bulat, L. i Sušac, N. (2017). The internalising and externalising problems of adolescents in Croatia: socio–demographic and family victimisation factors. *International journal of social welfare*, 27(1), 88–100.
2. Ajduković, M. i Rezo, I. (2019.). Ekonomske teškoće obitelji, psihosocijalni problemi i obrazovni ishodi adolescenata u vrijeme ekonomske krize. *Ljetopis socijalnog rada* 26(1), 141-145.
3. Andrić V. i Čudina-Obradović, M. (1994). *Osnove opće i razvojne psihologije*. Zagreb: Školska knjiga.
4. Begić, D. (2014). *Psihopatologija*. Jastrebarsko: Medicinska naklada.
5. Berc, G. (2012). Obiteljska otpornost – teorijsko utemeljenje i primjena koncepta u socijalnom radu. *Ljetopis socijalnog rada*, 19(1), 145–167.
6. Berk, L. (2007). *Psihologija cjeloživotnog razvoja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
7. Berk, L. (2015). *Dječja razvojna psihologija*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
8. Boričević Maršanić, V., Zečević, I., Ercegović, N., Paradžik, Lj. i Grgić, V. (2016). Sva lica dječje depresije - heterogenost kliničke slike depresije u djece i adolescenata. *Paediatrica Croatica. Supplement*, 60(1), 119-125.
9. Boričević Maršanić, V. (2020). *Mentalni poremećaji roditelja – rizici za razvoj i zaštita dobrobiti djeteta*. Posjećeno 13.8.2022. na mrežnoj stranici Poliklinike za zaštitu djece i mladih grada Zagreba. <https://www.poliklinika-djeca.hr/aktualno teme/mentalni-poremecaji-roditelja-rizici-za-razvoj-i-zastita-dobrobiti-djeteta/>
10. Boričević Maršanić, V., Buljan Flander, G. i Brezinščak, T. (2021). *Suicidalnost u djece i adolescenata: Priručnik za stručnjake i roditelje*. Zagreb: Poliklinika za zaštitu djece i mladih Grada Zagreba.
11. Britvić, D. (2010). Obitelj i stres. *Medicina Fluminensis*, 46(3), 267-272.
12. Brkić, M. i Jovović, I. (2016). *Moja jednoroditeljska obitelj*. Zagreb: Udruga Roditelji u akciji – Roda.
13. Buljan-Flander, G. (2013). *Adolescencija – izazovi odrastanja*. Posjećeno 1.8.2022. na mrežnoj stranici Poliklinike za zaštitu djece i mladih grada Zagreba: <https://www.poliklinika-djeca.hr/aktualno teme/adolescencija-izazovi-odrastanja/>

14. Buljan-Flander, G., Štimac, D. i Ćorić Špoljar, R. (2013). Podrška obitelji i prijatelja kao čimbenik prilagodbe djeteta na razvod roditelja. *Klinička psihologija*, 6(1-2), 63-77.
15. Cerniglia, L., Cimino, S., Ballarotto, G. i Monniello, G. (2014). Parental Loss During Childhood and Outcomes on Adolescents' Psychological Profiles: A Longitudinal Study. *Current Psychology*, 33(4), 545–556.
16. Centar za zdravlje mladih (2022). *Psihoedukativne radionice*. [https://www.czm.hr/blog/novosti/odrzane-psihoedukativne-radionice-u-prostorima-centra-za-zdravlje-mladih?fbclid=IwAR3M8DWr2opnyVeBX89DJix9ug-BCjF5ljG-lr\\_d\\_Xe-tHcPpalPNpXzdVw](https://www.czm.hr/blog/novosti/odrzane-psihoedukativne-radionice-u-prostorima-centra-za-zdravlje-mladih?fbclid=IwAR3M8DWr2opnyVeBX89DJix9ug-BCjF5ljG-lr_d_Xe-tHcPpalPNpXzdVw) Posjećeno 18.8.2022. na mrežnim stranicama Centra za zdravlje mladih.
17. Doležal, D. (2006). Otpornost i prevencija poremećaja u ponašanju. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 42(1), 87-102.
18. Đuranović, M. (2013). Obitelj i vršnjaci u životu adolescenata. *Napredak: Časopis za interdisciplinarna istraživanja u odgoju i obrazovanju*, 154 (1-2), 31-46.
19. Ercegović, N., Paradžik, Lj., Boričević Maršanić, V. i Marčinko, D. (2018). Nesuicidalno samoozljeđivanje i razvoj identiteta kod adolescenata. *Socijalna psihijatrija*, 46(4), 457–470.
20. Ferić, M. (2002). Obitelj kao čimbenik rizika i zaštite za razvoj poremećaja u ponašanju djece i mladih. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 38(1), 13-24.
21. Ferić, M., Maurović, I. i Žižak, A. (2016). Izazovi istraživanja otpornosti obitelji. *Kriminologija i socijalna integracija*, 24(1), 3-25.
22. Frost, A., Hoyt, L. T., Chung, A. L., i Adam, E. K. (2015). Daily life with depressive symptoms: Gender differences in adolescents' everyday emotional experiences. *Journal of Adolescence*, 43(1), 132–141.
23. Graovac, M. (2010). Adolescent u obitelji. *Medicina Fluminensis*, 46(3), 261-266.
24. Graovac, M. i Prica, V. (2014). Rizični čimbenici kod samoubojstva adolescenata. *Medicina Fluminensis*, 50(1), 74-79.
25. Grozdanić, S. (2000). Jednoroditeljske obitelji prema uzrocima njihova nastanka. *Ljetopis socijalnog rada*, 7(2), 169-182.

26. Guzzo, M. F. i Gobbi, G. (2021). Parental Death During Adolescence: A Review of the Literature. *Journal of Death and Dying* 0(0), 1–3.
27. Hadfield, K. i Ungar, M. (2018). Family resilience: Emerging trends in theory and practice. *Journal of Family Social Work*, 21(2), 81–84.
28. Hanson, R. F., Self-Brown, S., Fricker-Elhai, A., Kilpatrick, D. G., Saunders, B. E. i Resnick, H. (2006). Relations among parental substance use, violence exposure and mental health: The national survey of adolescents. *Addictive Behaviors*, 31(11), 1988–2001.
29. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2019). *PoMoZi Da (Promicanje mentalnog zdravlja djece)*. Posjećeno 14.9.2022. na mrežnoj stranici Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo <https://www.hzjz.hr/sluzba-promicanje-zdravlja/ususret-svjetskom-danu-mentalnoga-zdravlja-koji-se-obiljezava-10-listopada/>
30. Izaguirre, A. i Calvete, E. (2018). Exposure to Family Violence and Internalizing and Externalizing Problems Among Spanish Adolescents. *Violence and victims*, 33(2), 368-382.
31. Jelić, K. (2019). Neki prediktori depresivnosti u adolescenciji. *Klinička psihologija*, 12(1-2), 21-38.
32. Kamenov, Ž. i Jelić, M. (2003). Validacija instrumenta za mjerenje privrženosti u različitim vrstama bliskih odnosa: Modifikacija Brennanova Inventara iskustava u bliskim vezama. *Suvremena psihologija*, 6(1), 73-91.
33. Khesht-Masjedi, M. F., Shokrgozar, S., Abdollahi, E., Golshahi, M. i Sharif-Ghaziani, Z. (2017). Comparing depressive symptoms in teenage boys and girls. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 6(4), 775-779.
34. Klarin, M. i Đerđa V. (2014). Roditeljsko ponašanje i problemi u ponašanju kod adolescenata. *Ljetopis socijalnog rada*, 21(2), 243-262.
35. Kocijan-Hercigonja, D. i Hercigonja-Novković, V. (2009). Djeca, mladi i nasilje u obitelji. *Medicus*, 18(2), 181-184.
36. Koller-Trbović, N., Žižak, A. i Jeđud Borić, I. (2011). *Standardi za terminologiju, definiciju, kriterije i način praćenja pojave poremećaja u ponašanju djece i mladih*. Zagreb: Ministarstvo obitelji, branitelja i međugeneracijske solidarnosti.
37. Kurtović, A. (2012). Uloga obitelji u depresivnosti adolescenata. *Klinička psihologija*, 5(1-2), 37-58.

38. Lacković - Grgin, K. (1994). *Samopoimanje mladih*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
39. Lebedina Manzoni, M. i Maglica, T. (2004). Suicid adolescenata. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 40(1), 139-148.
40. Ledić, L., Šušac, A., Ledić, S., Babić, R. i Babić, D. (2019). Depresija u djece i adolescenata. *Zdravstveni glasnik*, 5(2), 75-85.
41. Ledinski Fičko, S., Čukljek, S., Smrekar, M. i Hošnjak, A.M. (2017). Promocija mentalnog zdravlja i prevencija mentalnih poremećaja kod djece i adolescenata – sistematičan pregled literature. *Journal of Applied Health Sciences*, 3(1), 61-72.
42. Macuka, I. i Jurkin, M. (2014). Odnos sukoba roditelja i psihosocijalnih problema mlađih adolescenata. *Ljetopis socijalnog rada*, 21(1), 65-84.
43. Macuka, I. i Smojver-Ažić, S. (2012). Osobni i obiteljski čimbenici prilagodbe mlađih adolescenata. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 48(1), 27-43.
44. Maglica, T. (2016). Internalizirani problemi u ponašanju među splitskim srednjoškolcima. *Školski vjesnik: časopis za pedagoški teoriju i praksu*, 65(4), 559-585.
45. Novak, M. i Bašić, J. (2008). Internalizirani problemi kod djece i adolescenata: obilježja i mogućnosti prevencije. *Ljetopis socijalnog rada*, 15(3), 473-498.
46. Pokrajac-Bulian, A. i Živčić-Bećirević, I. (2004). Prevencija poremećaja u hranjenju u ranoj adolescenciji. *Medix*, 10(52), 67-68.
47. Poljak, M. i Begić, D. (2016). Anksiozni poremećaji u djece i adolescenata. *Socijalna psihijatrija*, 44(4), 310- 329.
48. Pregrad, J. (1996). *Stres, trauma, oporavak*. Zagreb: Društvo za psihološku pomoć.
49. Rawatlal, N., Kliwer, W. i Pillay, B. J. (2015). Adolescent attachment, family functioning and depressive symptoms. *South African Journal of Psychiatry*, 21(3), 6-17.
50. Reitz, E., Deković, M. i Meijer, A. M. (2006). Relations between parenting and externalizing and internalizing problem behaviour in early adolescence: Child behaviour as moderator and predictor. *Journal of Adolescence*, 29(3), 419–436.
51. Rezo, I., Keresteš G. i Ajduković, M. (2017). Privrženost roditeljima i internalizirani problemi u adolescenciji. L. Arambašić, I. Erceg, I. i Ž. Kamenov,

- (ur.). 23. *Dani Ramira i Zorana Bujasa - Knjiga sažetaka* (str. 185-185) Zagreb: Medicinska naklada.
52. Rudan, V. (2004). Normalan adolescentni razvoj. *Medix*, 10(52), 36-39.
53. Rudan, V. i Tomac, A. (2009). Depresija u djece i adolescenata. *Medicus*, 18(2), 173-179.
54. Sandler, I., Miles, J., Cookston, J. i Braver, S. (2008). Effects of father and mother parenting on children's mental health in high- and low-conflict divorces. *Family Court Review*, 46(2), 282–296.
55. Sieh, D. S., Visser-Meily, J. M. i Meijer, A. M. (2012). Differential Outcomes of Adolescents with Chronically Ill and Healthy Parents. *Journal of Child and Family Studies*, 22(2), 209–218.
56. Sičić, M. i Mužinić, L. (2008). Faktori rizika kod pojave samoozljeđivanja djece i mladih. *Ljetopis socijalnog rada*, 15(1), 49-68.
57. Stikkelbroek, Y., Bodden, D., Reitz, E., Vollebergh W. i van Baar, L. (2016). Mental health of adolescents before and after the death of a parent or sibling. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(1), 49–59.
58. Tamplin, A. i Gooyer, I. M. (2001). Family functioning in adolescents at high and low risk for major depressive disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 10(3), 170–179.
59. Trondsen, M. V. (2011). Living With a Mentally Ill Parent. *Qualitative Health Research*, 22(2), 174–188.
60. Vulić-Prtorić, A., (2001). Suočavanje sa stresom i depresivnost u djece i adolescenata. *Suvremena psihologija*, 4(1-2), 25-39.
61. Vulić-Prtorić, A. (2002a). Obiteljske interakcije i psihopatološki simptomi u djece i adolescenata. *Suvremena psihologija*, 5(1), 31-51.
62. Vulić-Prtorić, A., (2002b). Strahovi u djetinjstvu i adolescenciji. *Suvremena psihologija*, 5(2), 271-293.
63. Vulić-Prtorić, A. (2004). *Depresivnost u djece i adolescenata*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
64. Vulić-Prtorić, A. i Macuka, I. (2004). Stresni životni događaji i depresivnost u adolescenciji u odnosu na konzumiranje sredstava ovisnosti, U: M. Miharija i sur.

(ur). *Borba protiv ovisnosti-borba za zdravu obitelj* (str.437-444.). Zagreb: Vlada RH.