

Mentalno zdravlje i otpornost djece roditelja s psihičkim oboljenjima

Komšić, Iva

Undergraduate thesis / Završni rad

2024

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:199:270111>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-05**



Repository / Repozitorij:

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



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
PRAVNI FAKULTET
STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA

Iva Komšić

MENTALNO ZDRAVLJE I OTPORNOST DJECE
RODITELJA S PSIHIČKIM OBOLJENJIMA

ZAVRŠNI RAD

Mentor/ica: izv. prof. dr. sc. Marijana Kletečki Radović

Zagreb, 2024.

SADRŽAJ

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. Uvod | 1 |
| 2. Ključni koncepti i rezultati istraživanja | 3 |
| 2.1. Mentalno zdravlje djece i adolescenata | 3 |
| 2.1.1. Problemi mentalnog zdravlja | 7 |
| 2.1.2. Prediktori mentalnog zdravlja s obzirom na psihičko oboljenje roditelja | 10 |
| 2.2. Otpornost djece i adolescenata | 13 |
| 2.2.1. Zaštitni čimbenici | 15 |
| 2.2.2. Rizični čimbenici | 18 |
| 2.3. Intervencije usmjerene na otpornost | 21 |
| 3. Zaključak | 25 |
| 4. Literatura | 28 |

Mentalno zdravlje i otpornost djece roditelja s psihičkim oboljenjima

Sažetak:

Cilj rada je opisati značajke dobrog mentalnog zdravlja i razvoja otpornosti kod djece i adolescenata u kontekstu prisutnog psihičkog oboljenja kod roditelja. Nadalje, poseban je naglasak na proučavanju otpornosti kod djece uz djelovanje rizičnih i zaštitnih čimbenika te njihove interakcije i učinka na mentalno zdravlje djece. Glavni rezultati rada upućuju na to da postoji povezanost između kvalitete mentalnog zdravlja roditelja i djeteta. Ukoliko je roditelj psihički bolestan, bilo da se radi o anksioznim ili depresivnim poremećajima, shizofreniji, bipolarnom poremećaju ili poremećajima ponašanja uzrokovanim upotrebom psihoaktivnih tvari, to je rizični čimbenik za mentalno zdravlje djeteta te rezultati upućuju da djeca mogu razviti slične ili iste mentalne poremećaje ili bolesti. U skladu s tim spoznajama, u socijalnom radu se treba koristiti intervencijama koje su usmjerene na poboljšanje mentalnog zdravlja, jačanje otpornosti, osnaživanje djece i adolescenata i drugim intervencijama koje umanjuju djelovanje rizičnih čimbenika i koje podupiru zaštitne čimbenike.

Ključne riječi: mentalno zdravlje djece, otpornost, psihička oboljenja roditelja, rizični i zaštitni čimbenici, intervencije

Mental health and resilience of children of parents with mental illnesses

Abstract:

The aim of this paper is to describe the features of good mental health and the development of resilience in children and adolescents in the context of the presence of mental illness in parents. Furthermore, there is a special emphasis on the study of children's resilience with the effect of risk and protective factors and their interaction and effect on children's mental health. The main results of the work indicate that there is a connection between the quality of mental health of parents and children. If a parent is mentally ill, be it anxiety or depressive disorders, schizophrenia, bipolar disorder or behavioral disorders caused by the use of psychoactive substances, this is a risk factor for the child's mental health, and the results suggest that children may develop similar or the same mental disorders or diseases. In accordance with these findings, social work should use interventions aimed at improving mental health, strengthening resilience, empowering children and adolescents, and other interventions that reduce the effects of risk factors and support protective factors.

Key words: mental health of children, resilience, mental illnesses of parents, risk and protective factors, interventions

Izjava o izvornosti

Ja, Iva Komšić (ime i prezime studenta/ice) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog rada te da u radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova te da se prilikom izrade rada nisam koristio/-la drugim izvorima do onih navedenih u radu.

Ime i prezime: Iva Komšić

Datum: 28.08.2024.

1. Uvod

Sva djeca zaslužuju živjeti u zdravom okruženju i biti zdrava, bilo da se radi o pružanju zdravstvene skrbi ili o očuvanju mentalnog zdravlja. Prava djece su temeljito obrađena Konvencijom o pravima djece koja nalaže da svako dijete ima pravo na fizički, mentalni, duhovni, moralni i socijalni adekvatan razvoj i tome prikladan standard života (UN, 2024.).

Mentalno zdravlje i mentalni razvoj djece je važan element jer su djeca i adolescenti posebno ranjiva skupina te se nalaze u konstantnom razvoju, bilo da se radi o neurobiološkim procesima, socijalnim i kognitivnim vještinama ili emocionalnom sazrijevanju. Razvoj djece je obilježen i utjecajem obiteljskih faktora, pa mentalno zdravlje djece može uvelike biti determinirano odnosom sa roditeljima i interakcijom u obitelji (Keeley, 2021.). U tom kontekstu mentalno zdravlje roditelja može predstavljati rizični ili zaštitni čimbenik za mentalno zdravlje djeteta. U ovom radu su posebno istaknuti prediktori mentalnog zdravlja djece s obzirom na psihička oboljenja roditelja, uključujući anksiozne i depresivne poremećaje, bipolarni poremećaj, shizofreniju i mentalne poremećaje i poremećaje ponašanja koji su uzrokovani upotrebom psihoaktivnih tvari. Nadalje, prikazana su različita istraživanja koja dokazuju u kojoj su mjeri mentalno zdravlje djece i roditelja međusobno ovisni, ali je poseban naglasak na konstruktu otpornosti kod djece i adolescenata. Otpornost se definira kao "proces uspješne prilagodbe teškim ili izazovnim životnim iskustvima, posebice kroz mentalnu, emocionalnu i bihevioralnu fleksibilnost i prilagodbu vanjskim i unutarnjim zahtjevima" (American Psychological Association, 2018.). Otpornost se može promatrati i kao fenomen, jer neka djeca razvijaju otpornost unatoč postojanju izazova i teških životnih situacija, dok druga djeca osjećaju posljedice u jednoj ili mnogobrojnim sferama života. Mehanizam razvoja otpornosti kod djece se može objasniti interakcijom rizičnih i zaštitnih čimbenika, gdje zaštitni čimbenici predstavljaju mehanizam zaštite od negativnih utjecaja i doprinose pozitivnom razvoju djece (Bašić, Ferić, 2004., prema Belošević i sur., 2021.), a rizični čimbenici predstavljaju određene karakteristike koje

povećavaju vjerojatnost negativnih posljedica na pojedinca (Bašić, 2009., prema Belošević i sur., 2021.).

Zbog toga se intervencijama u socijalnom radu nastoji obuhvatiti i proširiti djelovanje zaštitnih čimbenika budući da je poznat njihov učinak na dobrobit djece, pa je praksa osnaživanja centralna za učenje vještina kojima se nastoji savladati životne prepreke. Osnaživanje potiče korisnika u vlastitom razvoju i otvara prostor za rast snažnijih i otpornijih dijelova osobnosti (Kletečki Radović, 2008.).

2. Ključni koncepti i rezultati istraživanja

2.1. Mentalno zdravlje djece i adolescenata

Svjetska zdravstvena organizacija (2024.) opisuje zdravlje kao stanje potpune fizičke, mentalne i socijalne dobrobiti, a nikako samo kao odsutnost bolesti. Također, u Ustavu Svjetske zdravstvene organizacije iz 1948. zdravlje se definira kao svačije temeljno pravo (SZO 2024.). Dakle, o zdravlju se govori kao o skladnom sustavu koji nesmetano funkcionira, te definicija implicira da nepostojanje bolesti ne mora biti jednako zdravlju organizma. Nekoliko je dimenzija zdravlja, a dvije su najvažnije: fizičko i mentalno zdravlje.

U novije vrijeme se sve više pažnje posvećuje mentalnom zdravlju, a o tome svjedoči i angažman Svjetske zdravstvene organizacije (2024.a), prema kojoj je mentalno zdravlje prvenstveno stanje mentalnog ili duševnog blagostanja koje omogućava ljudima nošenje sa svakodnevnim stresom, svrsishodan rad i učenje, spoznaju vlastitih sposobnosti i doprinos cjelokupnoj zajednici. Mentalno zdravlje je isto tako i subjektivan osjećaj, kao i neizostavan dio zdravlja. Priznato je da mentalnom zdravlju pogoduju zaštitni čimbenici među kojima su najvažniji individualni, odnosno oni koji ovise o pojedincu, obiteljski, društveni i strukturalni, a isto je tako važno razumjeti i prevenirati utjecaj rizičnih čimbenika koji u svom djelovanju narušavaju mentalno zdravlje (SZO 2024.a). Statistički podaci dokazuju potrebu za intervencijama u pogledu mentalnog zdravlja, pogotovo ako se uzme u obzir da u svijetu 970 miliona ljudi živi sa nekim od mentalnih poremećaja, od kojih su najčešći depresivni i anksiozni poremećaji. Isto tako, osobe koje pate od višestrukih mentalnih bolesti u prosjeku žive od 10 do 20 godina kraće, pa se može govoriti o utjecaju na kvalitetu života pojedinca, ali i društva u pogledu ekonomskih, zdravstvenih i drugih posljedica (SZO 2024.b).

Dvojni ili dualni model kontinuuma mentalnog zdravlja je koncept suvremenog shvaćanja mentalnog zdravlja koji polazi od pretpostavke da mentalno zdravlje nije samo odsutnost psihičkih smetnji, već da ovisi o subjektivnom doživljaju (Jokić Begić 2012., prema Mahmutović i sur., 2022.). Pozitivan subjektivni doživljaj mentalnog zdravlja uključuje osobno zadovoljstvo kvalitetom vlastitog života, pozitivne odnose sa drugima i okolinom te postojanje smisla ili

svrhe življenja. Prema dvojnemu modelu, osobe koje imaju neki od problema mentalnog zdravlja i dalje mogu biti kvalitetnog ili pozitivnog mentalnog zdravlja, ali i obrnuto, osobe koje nemaju probleme mentalnog zdravlja, prema vlastitom subjektivnom osjećaju, i dalje mogu imati narušeno mentalno zdravlje (Mahmutović i sur., 2022.). Sukladno tome, govori se da postoje dva nezavisna kontinuuma mentalnog zdravlja (Keyes 2002., prema Mahmutović i sur., 2022.), gdje jedan kontinuum obuhvaća postojanje ili odsutnost mentalne bolesti ili poremećaja, a drugi kontinuum je razina mentalnog zdravlja koja se ocjenjuje visokom ili niskom, bez obzira na mentalnu bolest. (Keyes 2002; Muslić i sur. 2020., prema Mahmutović i sur., 2022.). U tom kontekstu se razvijaju i intervencije ka poboljšanju mentalnog zdravlja koje uključuju tri dimenzije: prisutne simptome, razinu funkcioniranja i osobni psihološki proces. Naglasak se stavlja na oporavak u smislu osobnog procesa te na funkcionalni oporavak, a manje na simptome (Štrkalj Ivezić 2016.). Tako pojedinac može, prema dvojnemu modelu, imati simptome mentalne ili psihičke bolesti, ali i dalje živjeti kvalitetan život, odnosno imati visoku razinu mentalnog zdravlja. Naglasak je na pozitivnom funkcioniranju koje proizlazi iz subjektivnog doživljaja vlastite dobrobiti. Slično se može iščitati iz definicije mentalnog zdravlja (SZO, 2004., prema Muslić i sur., 2024.) gdje se ono povezuje sa potencijalima pojedinca, odnosno da se u mentalno zdravlje može sustavno ulagati, unaprjeđivati ga i razvijati. Nadalje, ističe se da mentalno zdravlje obuhvaća brojne aspekte osobne dobrobiti, kao što su osjećaji (emocionalni aspekt), odnosi sa drugima (društveni aspekt), fizičko zdravlje (tjelesni aspekt) i smisao života (duhovni aspekt). Međutim, gradivni element dobrog mentalnog zdravlja je samosvijest, odnosno znanje i doživljaj koji imamo o sebi, a koje se može graditi kroz pozitivan stav prema sebi i drugima, samopouzdanje i samopoštovanje, osjećaj kontrole i učinkovito suočavanje sa problemima. Svrha mentalnog zdravlja je zaštita od svakodnevnih stresnih okolnosti, neočekivanih promjena i smanjenje rizika od mentalnih oboljenja, a njegova je karakteristika mogućnost razvoja, odnosno prilagođavanja, što znači da se pozitivno funkcioniranje i osobna dobrobit mogu izgraditi i održavati vlastitim angažmanom (Muslić i sur., 2024.).

No, kako djeca i adolescenti mogu razvijati vlastite potencijale ili biti angažirani oko unaprjeđenja mentalnog zdravlja? Upravo razdoblje djetinjstva i

adolescencije je ključno za postavljanje temelja mentalnog zdravlja. Razlog tomu je dinamičan proces razvoja neurobiologije u djece, odnosno razdoblje koje je obilježeno stjecanjem kognitivnih i socioemocionalnih vještina koje omogućavaju pravilan razvoj, kao i preuzimanje uloge odraslih u društvu. Zato je, za kvalitetan razvoj djece, važna kvalitetna i stimulirajuća okolina. Ukoliko dijete svjedoči ranim negativnim iskustvima, kao što su siromaštvo, nasilje ili mentalna bolest roditelja, može se govoriti o rizičnim čimbenicima koji povećavaju vjerovatnost za razvijanjem mentalnih bolesti i poremećaja (SZO 2024.c). Osnova za razvoj mentalnog zdravlja kod djece je njegovanje privrženosti, odnosno pružanje bezuvjetne ljubavi od primarne obitelji, odgovarajuće vodstvo i disciplina i njegovanje sigurnog okruženja za dijete u kojemu će ono biti u mogućnosti kognitivno se, i emocionalno, razvijati (Mental Health America, 2024.).

U skladu s tim se može govoriti o učinku koji okolina ima na dijete u ranom razvojnom razdoblju, a taj se učinak može podijeliti na tri razine: svijet djeteta, svijet oko djeteta i svijet u cjelini (Keeley, 2021.). U razdoblju od rođenja pa do prvih nekoliko godina života, svijet djeteta kojeg čine majka, otac i/ili skrbnik su odlučujući za razvoj mentalnog zdravlja. Prvenstveno se radi o adekvatnoj ishrani, pružanju sigurnosti i privrženosti, angažiranosti samih roditelja i podržavajućoj okolini. Nastupanjem razdoblja školovanja, razina svijeta oko djeteta se aktivira u pogledu utjecaja koji može imati na djetetovo mentalno zdravlje, a tu su ključni školsko okruženje, sigurnost u ustanovama i zajednici te roditeljski odgoj. Treća razina ili svijet u cjelini se odnosi na determinante iz okoline koje utječu na djetetovo mentalno zdravlje, a često se radi o negativnim utjecajima poput siromaštva, traumatičnih iskustava, pandemije, sukoba i slično. Kako djetetov razvoj napreduje, na njega sve više utjecaja imaju okolinski faktori, stoga je važno graditi otpornost i vještine koje se mogu iskoristiti za nošenje sa svakodnevnim problemima (Keeley, 2021.). Razvoj mentalnog zdravlja kod djece je povezan sa kritičnim trenucima u dječjem razvoju, koji se javljaju perinatalno, u ranom djetinjstvu i u adolescenciji (Keeley, 2021.).

U perinatalnom dobu, od začeća pa i tijekom cijele trudnoće, majčino tijelo proizvodi stanice koje mogu biti izmijenjene utjecajem štetnih faktora (primjerice psihoaktivnih tvari), a oštećene stanice se mogu prenijeti i na dijete. Perinatalno

razdoblje je ključno za neurološki razvoj djeteta jer se razvija osnova dječjeg mozga, odnosno formiraju se živčane stanice koje će determinirati kasniji razvoj nakon rođenja. Rođenjem započinje i brži razvoj mozga, pa se govori o visokoj razini neuroplastičnosti mozga, kada se neuralne veze grade, šire i ojačavaju, a isto se tako postavlja obrazac za buduće ponašanje, kognitivne vještine i cjelokupno mentalno zdravlje (Keeley, 2021.).

Do razdoblja adolescencije dječiji život je obilježen brojnim promjenama koje uključuju motoričke, kognitivne, socioemocionalne i druge vještine. Njihovo stjecanje omogućava iskazivanje emocija i razvijanje odnosa sa drugima kroz igru i interakciju (Keeley, 2021.).

Adolescencija je razdoblje brze promjene koje je obilježeno neurorazvojem u pogledu strukturalnih promjena koje utječu na pamćenje, kognitivnu fleksibilnost, kontrolu impulsa i socioemocionalni razvoj. Događaju se i tjelesne promjene, koje u kombinaciji sa mentalnim razvojem mogu determinirati mentalno zdravlje. Razvija se slika o sebi i odnosi sa drugima, a sve je jači utjecaj školskog okruženja i zajednice na formiranje mentalnog zdravlja (Keeley, 2021.).

Za uspješan završetak svakog razvojnog razdoblja je potrebno osigurati privrženost roditelja prema djetetu, što znači da je roditelj ili skrbnik emocionalno povezan sa djetetom. Kada je roditelj ili skrbnik dostupan djetetu, odgovara na njegove potrebe i pruža brigu i zaštitu, dijete će razviti sigurnu privrženost. U suprotnosti, ako je roditelj ili skrbnik nedostupan ili nezainteresiran, dijete će se prilagoditi i razviti neodgovarajuću privrženost (Ajduković i sur., 2007.). Tvorac teorije privrženosti John Bowlby (1973; prema Ajduković i sur., 2007.) je utvrdio privrženost kao osnovom za razvoj djeteta, misleći pritom na dobrobit djeteta, emocionalnu regulaciju, empatiju i pozitivnu percepciju sebe i drugih. Privrženost je osnova za mentalno zdravlje djeteta jer se radi o kreiranju sigurnosti i emocionalne veze sa roditeljem, a dijete je razvilo privrženost onda kada može nesmetano istraživati svijet i sve u njemu, dok istovremeno ima na raspolaganju roditelja koji štiti od stresnih ili opasnih situacija. Sigurna privrženost rezultira adekvatnom emocionalnom regulacijom, empatijom i kvalitetnim međuljudskim odnosima (Keeley, 2021.).

Razvoj djeteta je obilježen odlučujućim rizicima za mentalno zdravlje, a mogu se javiti i kumulativni rizici koji višestruko utječu na kvalitetu zdravlja. Kumulativni rizici označavaju više prisutnih rizika odjednom i eksponencijalno utječu na djetetov razvoj, a tome u prilog idu istraživanja koja su našla poveznicu između postojanja više rizika i njihovih posljedica na socijalni, emocionalni i kognitivni razvoj djece (Keeley, 2021.). Utjecaj na mentalno zdravlje djece i adolescenata imaju i traumatski događaji, odnosno iskustva, koja formiraju ponašanje, osjećaje, odnose, pa i pamćenje. Zbog posljedica na tjelesno i mentalno zdravlje, traumatski događaji uvelike određuju razinu psihosocijalnog funkcioniranja mladih, a tada se govori o posttraumatskim stresnim reakcijama koje se javljaju neposredno ili vremenski odmaknuto od doživljenog stresa (Arambašić, 2000.).

Mentalno zdravlje djece i adolescenata je kompleksno zbog svog stalnog formiranja sukladno razvojnim razdobljima, međutim uvijek je naglasak na neuroplastičnosti mozga i njegovoj sposobnosti prilagođavanja i fleksibilnosti. Sukladno suvremenoj teoriji dualnog modela kontinuuma mentalnog zdravlja, javnozdravstvene strategije i programi imaju uporište za daljnja djelovanja na ovom području, istovremeno uvažavajući subjektivne doživljaje mladih o mentalnom zdravlju. Za profesiju socijalnog rada je važno uočiti i primijeniti teorijska polazišta, prvenstveno teoriju privrženosti koja determinira daljnji dječji psihosocijalni razvoj. Na taj se način stručnjaci u području socijalnog rada mogu usmjeriti na odnose u obitelji i iz njih detektirati informacije koje će im pružiti uvid u daljnji rad sa djecom i adolescentima u području mentalnog zdravlja.

2.1.1. Problemi mentalnog zdravlja

Problemi mentalnog zdravlja se mogu svrstati u nekoliko kategorija i prema tome predstavljaju širi pojam koji se odnosi na psihičke smetnje, psihičke ili mentalne poremećaje i psihičke (mentalne) bolesti (Begić, 2016., prema Muslić i sur., 2024.).

Psihičke smetnje su kratkotrajne, subjektivne smetnje u ponašanju, osjećajima ili doživljajima. Razlikuju se psihičke smetnje koje nemaju utjecaj na funkcioniranje i predstavljaju normalnu reakciju na stresnu situaciju, te psihičke

smetnje koje utječu na funkcioniranje pojedinca u smislu da izazivaju veće teškoće, kao i popratne simptome mentalnih poremećaja. Uobičajeno je da se psihičke smetnje lakšeg intenziteta javljaju kod prilagodbe životnim promjenama pojedinca, poput preseljenja ili promjene radnog mjesta, a može se raditi o vrstama smetnji koje remete svakodnevicu života, kao što su nesanica ili zabrinutost. Teže psihičke smetnje su popraćene sa simptomima mentalnih poremećaja, te se češće radi o izraženijim subjektivnim simptomima, kao što je otežano funkcioniranje, subjektivna patnja i različite teškoće u emocionalnoj, kognitivnoj i ponašajnoj dimenziji (Begić, 2016., prema Muslić i sur., 2024.).

S druge strane, mentalni poremećaj predstavlja postojanje skupa simptoma koji su povezani sa različitim teškoćama u više područja, na primjer u ponašanju, osjećajima, razmišljanju i drugim područjima funkcioniranja. Dijagnoza mentalnog poremećaja se postavlja ovisno o broju simptoma, intenzitetu i trajanju, ako značajnije odstupa od uobičajenih reakcija na stresne situacije te utječe na funkcioniranje pojedinca (Muslić i sur., 2024.). Svjetska zdravstvena organizacija (2022.a) u mentalne poremećaje svrstava anksiozne i depresivne poremećaje te bipolarni poremećaj.

Za razliku od mentalnog poremećaja, psihička ili mentalna bolest predstavlja teže odstupanje koje se odnosi na intenzitet i trajanje, te na razinu funkcioniranja. Psihičke bolesti su teža odstupanja od mentalnih poremećaja i predstavljaju veći rizik za ponovno uspješno funkcioniranje. Primjer psihičke bolesti su shizofrenija ili bolesti ovisnosti (Begić, 2016.).

Stanje u Hrvatskoj prema vodećim uzrocima hospitalizacija u skupini mentalnih poremećaja za dob od 0 do 9 godina (Mentalni poremećaji u Republici Hrvatskoj, 2023.) pokazuje da su najčešće hospitalizacije zbog pervazivnih razvojnih poremećaja (autizam) od 21% te zbog specifičnih poremećaja razvoja govora i jezika u istom postotku (21%). Vodeći uzroci hospitalizacija u dobi od 10 do 19 godina su emocionalni poremećaji s početkom specifično u djetinjstvu (36,3%), mješoviti poremećaji ponašanja i osjećaja (12,9%), te su kod muškog spola češći akutni i prolazni psihotični poremećaji (10,2%), a kod ženskog spola poremećaji hranjenja (5,7%). Ipak, ako se promatra broj osoba sa dijagnozama iz skupine mentalnih poremećaja u 2022. godini, za dob od 0 do 6 godina su najčešći ostali mentalni

poremećaji i poremećaji ponašanja (98,6%), a za dob od 7 do 19 godina isto tako, ali u drukčijem postotku (73,6%), te neurotički poremećaji, vezani uz stres i somatoformni poremećaji (20,4%). U spomenutoj dobi su prisutni i mentalna zaostalost (3,1%), shizofrenija, shizotipni i sumanuti poremećaji (2,2%) te mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani psihoaktivnim tvarima (0,5%).

Stanje na globalnoj razini (SZO, 2021.) je takvo da 13% mladih u dobi od 10 do 19 godina ima iskustvo nekog od mentalnih poremećaja, a takva učestalost je zabrinjavajuća zbog jedinstvenog razdoblja života praćenog pubertetom koje čini adolescente ranjivijima zbog tjelesnih i psiholoških promjena, pogotovo ako su promjene popraćene dodatnim problemima poput nasilja ili siromaštva. Adolescenti sa problemima mentalnog zdravlja su posebno ranjiva skupina zbog izloženosti diskriminaciji, socijalnoj isključenosti, poteškoćama u školskom okruženju, rizičnim ponašanjima i povredama temeljnih ljudskih prava. Među populacijom adolescenata su česti emocionalni poremećaji, najčešće anksiozni i depresivni poremećaji. Procjenjuje se da 8,2% adolescenata u dobi od 10 do 19 godina ima anksiozni poremećaj i to ga čini najčešćim mentalnim poremećajem među mladim ljudima u ovoj dobnoj skupini. Sljedeći je depresivni poremećaj sa prevalencijom od 3,9% u dobi od 10 do 19 godina. Drugi problemi mentalnog zdravlja kod ove dobne skupine su poremećaji ponašanja, poremećaji hranjenja, psihoza, suicidalnost i samoozljeđivanje te druga rizična ponašanja poput zloupotrebe alkohola i psihoaktivnih tvari te rizičnih seksualnih ponašanja (SZO, 2021.).

Problemi mentalnog zdravlja djece te problemi ponašanja kod djece se mogu svrstati u dvije široke kategorije: internalizirane i eksternalizirane probleme. Internalizirani problemi su anksioznost, depresija i socijalno povlačenje te su opisani primarno kao emocionalne teškoće te pretjerano kontrolirana ponašanja. Eksternalizirani problemi, s druge strane, predstavljaju nepoštivanje socijalnih i/ili zakonskih normativnih ponašanja te su najčešće obilježeni ljutnjom, agresijom, frustracijom i sveukupno antisocijalnim i delinkventnim ponašanjem (Macuka, 2016.). Internalizirani i eksternalizirani problemi u ponašanju su važan prediktor mentalnog zdravlja kod djece i adolescenata, ali se govori i o prediktoru mentalnog zdravlja u budućnosti, odnosno u odrasloj dobi (Nolen-Hoeksema i sur., 1992., prema Macuka, 2016.). Tako internalizirani problemi prethode razvoju anksioznog

poremećaja i depresije u odrasloj dobi, a sveukupno problemi u ponašanju mladih mogu biti važan prediktor antisocijalnog ponašanja u budućnosti (Ollendick, King, 1994; Bernstein i sur., 1996., prema Macuka, 2016.).

Problemi mentalnog zdravlja mladih povlače svoje posljedice i u druge dijelove životnog funkcioniranja, kao što su obrazovanje i zapošljavanje. Ponajprije je nađena poveznica sa lošijim obrazovnim postignućem i izgledima za zapošljavanje, a nerijetko se mladi s problemima mentalnog zdravlja nalaze među NEET populacijom (Sainsbury Centre for Mental Health, 2009; Goodman i sur., 2011., prema Murphy, Fonagy, 2012.). Druge posljedice uključuju rizik od zloupotrebe psihoaktivnih tvari i alkohola za one mlade sa iskustvom poremećaja u ponašanju, ADHD-om i emocionalnim poremećajima, a kod djevojčica sa poremećajem u ponašanju se javlja i rizik od maloljetničke trudnoće. Procjenjuje se da mladi sa problemima u ponašanju, depresivnim poremećajima i suicidalni mladi imaju 4 do 6 puta veću vjerojatnost konzumacije duhana te 2 do 4 puta veću vjerojatnost redovitog konzumiranja alkohola (Sainsbury Centre for Mental Health, 2009., prema Murphy, Fonagy, 2012.). Lošije mentalno zdravlje djece i adolescenata može rezultirati i lošijim fizičkim zdravljem, ali i razvijanjem ponašanja koja se opisuju zdravstveno rizičnima (Murphy, Fonagy, 2012.).

Djeca i adolescenti predstavljaju posebno ranjivu skupinu u pogledu očuvanja mentalnog zdravlja budući da su u razvoju, te samim tim podložni utjecajima iz okoline te su u nemogućnosti zaštititi se od rizičnih faktora. Važnu ulogu u očuvanju njihovog mentalnog zdravlja imaju prvenstveno roditelji i obitelj, a zatim škola i lokalna zajednica, uključujući stručnjake iz profesije socijalnog rada. U tom kontekstu je važno znati prepoznati probleme mentalnog zdravlja kod djece od strane socijalnog radnika, budući da se djeca koja nailaze u sustav socijalne skrbi već nalaze u određenom riziku od razvoja poremećaja mentalnog zdravlja.

2.1.2. Prediktori mentalnog zdravlja s obzirom na psihičko oboljenje roditelja

Ranjivo mentalno zdravlje djece i adolescenata je podložno različitim utjecajima iz okoline, ali i iz obiteljskog okruženja. Obiteljsko funkcioniranje i cjelokupna dinamika mogu promijeniti ishod već postojanih problema u mentalnom

zdravlju djece, pa se postavlja pitanje u kojoj je mjeri moguće da psihičko oboljenje roditelja narušava mentalno zdravlje njihove djece.

U istraživanju koje su proveli Wiegand Grefe i sur. (2019.) utvrđeno je da postoji navedena povezanost gdje je psihičko zdravlje djece ocijenjeno kliničkim u 43% slučajeva i takva posljedica na mentalno zdravlje je prisutna u disfunkcionalnim obiteljima, za razliku od 52% djece bez psihičkih simptoma koji su ocijenili obiteljsko funkcioniranje visoko na ljestvici. U istraživanju koje su proveli Slatcher i Trentacosta (2011., prema Wiegand Grefe i sur., 2019.) pronađena je povezanost između depresivnog poremećaja u roditelja s problemima u ponašanju njihove djece u svakodnevnom životu, kao što je učestalo plakanje ili iskazivanje frustracije i agresije u *acting out* epizodama. Drugo istraživanje je pokazalo povezanost između depresije roditelja s depresijom djece, što navodi na zaključak da se radi o transgeneracijskom prijenosu depresije s majke na dijete (Hammen i sur., 2004., prema Wiegand Grefe, i sur., 2019.). Ostali nalazi upućuju na posljedice dijagnosticirane psihijatrijske bolesti roditelja koje se očituju u internaliziranim problemima kod njihove djece (Millikan, 2002., prema Wiegand Grefe i sur., 2019.). Istraživanje koje su proveli Wiegand Grefe i sur. (2019.) ipak govori o obiteljskom funkcioniranju kao važnoj odrednici mentalnog zdravlja djece. Zaključak je da psihička bolest roditelja rezultira drukčijim obiteljskim funkcioniranjem, pa i lošijim, ovisno o težini psihičke bolesti te da takvo narušeno funkcioniranje unutar obitelji rezultira s bihevioralnim i psihičkim problemima u djece. Funkcionalne obitelji generiraju manje problema u mentalnom zdravlju djece, što navodi na zaključak da je dinamika unutar obitelji presudna za prevladavanje psihičkih teškoća, te da može biti razlog za javljanje psihičkih teškoća kod djece. Majke koje boluju od depresivnog poremećaja pokazuju drukčije obrasce roditeljstva od psihički zdravih majki, pa je tako depresija povezana s manjim angažmanom u odgoju, agresijom i neprijateljstvom prema djetetu, pridavanjem manje pažnje te općenito nametljivošću u odgoju; dok djeca depresivnih majki pokazuju slabiju prilagodbu koja je vidljiva u svakom razvojnom dobu (Luthar, 2003.).

Jedno starije istraživanje iz 1997. godine (Beidel, Turner, 1997.) je donijelo slične rezultate vezano za roditelje s depresivnim poremećajima i miješanim depresivno-anksioznim poremećajima, čija su djeca imala širi raspon problema

mentalnog zdravlja, uključujući i povezanost s roditeljskom dijagnozom, te su češće imala izražena komorbiditetna stanja, dok je kod roditelja s anksioznim poremećajima češći slučaj da su i djeca pokazivala iste simptome anksioznosti. Da su anksiozni poremećaji bolest koja se javlja u obiteljima dokazuju i drugi izvori (Micco i sur. 2008., prema Emerson i sur., 2018.) čiji rezultati donose činjenicu da djeca anksioznih roditelja imaju četiri puta veću šansu imati isti poremećaj, za razliku od djece čiji roditelji nemaju anksioznost. Iz navedenoga se može razaznati da roditeljsko narušeno mentalno zdravlje predstavlja faktor rizika za mentalno zdravlje djeteta.

Nadalje su pronađene poveznice između roditeljskog bipolarnog poremećaja i mentalnog zdravlja djece u istraživanju (Birmaher i sur. 2010.) koje se provodilo nad djecom u dobi od 2 do 5 godina te kontrolnom skupinom, gdje su rezultati pokazali da djeca, pogotovo ona starija od 4 godine, imaju osam puta veću životnu prevalenciju poremećaja pažnje i hiperaktivnosti (ADHD), te da su imali znatno teže trenutne manične i depresivne simptome od djece iz kontrolne skupine. Drugo istraživanje istoimenog autora (Birmaher i sur., 2009.) na djeci do 18 godina svojim rezultatima navodi na zaključak da su djeca u visokom riziku od razvijanja bipolarnog poremećaja ukoliko je bolest prisutna kod jednog ili oba roditelja (veći rizik za oboljenje je zabilježen kada su oba roditelja bolesna), te da su u riziku od poremećaja raspoloženja, anksioznosti i depresije. Više od 75% te djece razvilo je prve simptome bipolarnog poremećaja prije dvanaeste godine života, te se danas prisutnost bipolarnog poremećaja u obitelji smatra snažnim prediktorom bipolarnog poremećaja u djece (Birmaher i sur., 2009.).

Shizofrenija kod roditelja predstavlja prediktor za mentalne poremećaje kod djece, pogotovo shizofreniju. Istraživanjem (Hans i sur., 2004.) je pronađeno da je shizofrenija češća kod djece čiji roditelji boluju od iste bolesti, čak 17,1%, od djece roditelja bez mentalnih poremećaja kod kojih je učestalost samo 5,6%. Osim utvrđene povezanosti sa istim oboljenjem kod djece, potvrđeno je da shizofrenija kod roditelja može biti prediktor i za neke druge mentalne poremećaje, kao što su anksioznost, drugi poremećaji raspoloženja, sveukupno slabije mentalno zdravlje, te neke druge motoričke i kognitivne deficite kao i zaostalost u socijalnim vještinama (Hameed, Lewis, 2016.).

Roditeljska ovisnost, odnosno mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani upotrebom psihoaktivnih tvari su prediktor narušenog mentalnog zdravlja djece i adolescenata. Kod roditelja koji boluju od mentalnih poremećaja nastalih uslijed upotrebe psihoaktivnih tvari zabilježene posljedice kod djece su lošiji akademski uspjeh, narušeno socijalno funkcioniranje, narušena obiteljska dinamika, te mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja (Peleg-Oren, Teichman, 2006., prema Lipari, Van Horn, 2017.). Osim toga, djeca su u većem riziku od razvijanja istog mentalnog poremećaja uzrokovanog zloupotrebom psihoaktivnih tvari (Biederman, i sur., 2000., prema Lipari, Van Horn, 2017.). Što se tiče roditeljskog mentalnog poremećaja uzrokovanog upotrebom alkohola, kod njihove djece su zabilježene posljedice kao što je povećan rizik za razvoj depresivnog i anksioznog poremećaja, slabije kognitivne i verbalne vještine te rizik od roditeljskog zlostavljanja i zanemarivanja (SAMHSA, 2004., prema Lipari, Van Horn, 2017.).

Navedeni rezultati istraživanja upućuju na to da je snažan prediktor mentalnih poremećaja i bolesti kod djece i adolescenata upravo postojanje psihičke bolesti kod njihovih roditelja. Zbog toga se narušeno mentalno zdravlje roditelja smatra rizičnim čimbenikom za očuvanje mentalnog zdravlja djece, dok se istovremeno povećava ukoliko je bolest prisutna kod oba roditelja, kao i kada su prisutni drugi rizični čimbenici poput onih iz obiteljske sfere.

2.2. Otpornost djece i adolescenata

Otpornost (engl. *resilience*) se može definirati kao ‘‘proces uspješne prilagodbe teškim ili izazovnim životnim iskustvima, posebice kroz mentalnu, emocionalnu i bihevioralnu fleksibilnost i prilagodbu vanjskim i unutarnjim zahtjevima’’ (American Psychological Association, 2018.). Takvu je vrstu prilagodbe opisao još i Darwin (1859., prema Miljković, 2018.) određujući otpornost kao kapacitet za uspješnu prilagodbu okolini koja se stalno mijenja. Iako se otpornost proučava još od polovice 19. stoljeća, uvijek rezultira istim pitanjem: kako neka djeca i mladi ostaju psihološki zdravi unatoč nepovoljnim okolnostima, kao što je zlostavljanje ili zanemarivanje? (Miljković, 2018.)

Jedno od poznatijih longitudinalnih istraživanja (Werner, Smith, 2001., prema Miljković, 2018.) na ovu temu je pokušalo utvrditi pravilnosti koje određuju kako se, i kod koga, javlja otpornost, te je provedeno nad 700 djece s havajskog otoka Kauai u razdoblju od 1955. do 1995. godine. Trećina djece je već pri rođenju svrstana u rizičnu skupinu zbog problema u obitelji (ovisnost, nasilje, nizak socioekonomski status), a druga trećina je pokazala neranjivost zbog unutarnjih (inteligencija) ili vanjskih predispozicija (podrška okoline). Ipak, dvije trećine djece koji su bili u izazovu za razvijanje otpornosti zbog različitih nepovoljnih čimbenika su se oporavili do sredine tridesetih godina. Iz rizičnog uzorka se oporavilo čak 80% djece. Ispitanici su procjenjivali svoj oporavak na subjektivnoj (zadovoljstvo životom) i objektivnoj razini (zaposlenost, brak, obitelj). Samo 1 od 6 osoba nije razvilo otpornost, odnosno imali su ozbiljnih životnih problema kao što su ovisnosti, psihički problemi ili problemi u obitelji.

Takva i slična istraživanja su pokazala koliko je važno odgovoriti na pitanje što čini otpornost kod djeteta i kako ga sustavno graditi s ciljem izbjegavanja negativnih posljedica koje dolaze iz životnog okruženja. Zbog toga je fenomen otpornosti prepoznat kao jaka snaga na koju se može osloniti u prevladavanju životnih poteškoća i samim tim je postao važan predmet istraživanja. Istraživanja o otpornosti su se odvila u četiri vala (Masten, 2007.; 2014.; Wright i sur., 2012., prema Masten, 2021.). U prvom valu su istraživači proučavali osobe koje su otporne ili neotporne u kontekstu različitih rizika, te su se bavili definiranjem otpornosti i razvrstavanjem razlika koje su se isticale među populacijom. U drugom valu se pokušalo doći do saznanja kako međusobne razlike rezultiraju u uspješnijoj prilagodbi te otpornosti. Treći val je rezultirao praktičnim radom kojim su istraživači nastojali potaknuti otpornost među mladima u različitim rizicima (siromaštvo, nasilje, mentalna bolest roditelja). Četvrti val je generirao napredak na više razina i karakteriziran je dinamičnijim pristupom razumijevanju otpornosti. Naglasak je na interakciji genetike sa iskustvom pojedinca, te pojedinca sa vlastitim kontekstima, a dosadašnje znanje o otpornosti se nastoji povezati u različitim disciplinama rezultirajući tako sa multisistemskom ili ekološkom perspektivom. Takva perspektiva je rezultirala sa definicijom koja se može primjenjivati u više znanstvenih područja: *''sposobnost dinamičkog sustava da se uspješno prilagodi, kroz multisistemske*

proces, izazovima koji prijete funkciji, opstanku ili razvoju sustava'' (Masten, 2021:4). Ekološka perspektiva naglašava da razvoj otpornosti nije ograničen unutar osobe, već je to sposobnost koja nastaje u interakciji sa drugima, te međusobnoj interakciji sustava izvan pojedinca. U tom kontekstu je otpornost proces koji se stalno mijenja pod utjecajem pojedinca te brojnih interakcija koje se odvijaju izvan pojedinca, pa se govori o složenosti i dinamičnosti koncepta otpornosti (Masten, Barnes, 2018.).

Takav pristup se može primijeniti u sagledavanju okolišnih faktora kao što su rizični i zaštitni čimbenici koji rezultiraju razvitkom otpornosti kod djece i adolescenata. Njihova međusobna interakcija, te procesi koji se istodobno odvijaju u pojedinca, mogu donekle objasniti razinu otpornosti.

2.2.1. Zaštitni čimbenici

Razvitak otpornosti pod utjecajem je različitih čimbenika koji određuju njen tijek, a posebno su istaknuti čimbenici zaštite i rizika. Zaštitni čimbenici služe umanjuju rizika te štite od posljedica rizika i ujedno predstavljaju mehanizam zaštite od negativnih utjecaja (Bašić, Ferić, 2004., prema Belošević i sur., 2021.). Njihova je uloga doprinosti pozitivnom razvoju djeteta. Nasuprot tome, rizični čimbenici su karakteristike koje, ako su prisutne, veća je vjerojatnost da će dovesti do negativnih posljedica nego kod onih pojedinaca kod kojih nisu prisutne (Bašić, 2009., prema Belošević i sur., 2021.).

Zaštitni čimbenici podupiru razvojnu teoriju koja naglašava kako djeca koja žive u okolini koja podržava i štiti imaju veću vjerovatnost zadovoljiti razvojne potrebe te da takva okolina doprinosi pozitivnim ishodima na emocionalnom, socijalnom, kognitivnom i moralno-spiritualnom području (Bernard, Slade, 2009., prema Miljković, 2017.). Autor Rutter (1990.. prema Graber, 2015.) je izdvojio glavne mehanizme djelovanja zaštitnih čimbenika koji djeluju na smanjenje rizičnih utjecaja, smanjenje ili potpuni prekid lančane negativne reakcije, uspostavljanje samoefikasnosti, samopoštovanja i drugih pozitivnih osobina te otvaraju nove životne prilike. Tako su zaštitni čimbenici faktori koji su, u određenim okolnostima, povezani sa prilagodbom na nepovoljne prilike (Graber i sur., 2015.). Međutim,

prisutnost zaštitnih čimbenika nije jamstvo da će osoba izbjeći rizik niti da će izgraditi otpornost, već njihov pozitivan utjecaj ovisi o individualnoj ranjivosti te već prisutnim rizicima (Masten, 2001.). Iako njihovo postojanje nije jamstvo za izgradnju otpornosti, ipak se postojanje više čimbenika zaštite odjednom smatra da će rezultirati većom vjerojatnošću za otpornost. Tako se u literaturi spominje kumulativno djelovanje zaštitnih čimbenika što znači da nekoliko prisutnih zaštitnih čimbenika povećava vjerojatnost njihovog učinka na smanjenje ili uklanjanje rizika te izgradnju otpornosti (Turner, 2007.).

Kada se govori o izvorima zaštitnih čimbenika, postoji suglasnost o podjeli na čimbenike zaštite unutar pojedinca (individualne), unutar obitelji (obiteljske) i u široj zajednici (okolinske) (Miljković, 2017.). Primjerice, zaštitni mehanizmi na individualnoj razini su pozitivan temperament, dobar školski uspjeh, dobro podnošenje negativnih emocija, pozitivna slika o sebi, unutrašnji lokus kontrole, dobre strategije suočavanja sa stresom i humor. Za usporedbu, na obiteljskoj razini su to međusobna povezanost i topli odnosi, vjerovanje u dijete, te drugi oblici podrške, kao i zadovoljavajuć socioekonomski status. Zaštitni čimbenici u okolini su dobri odnosi sa vršnjacima, resursi u zajednici te tradicijske vrijednosti i običaji (Fleming, Ledogar, 2008; Masten i sur., 2009; Olsson i sur., 2003; Rutter, 1979; 1999., prema Miljković, 2017.).

U literaturi se zaštitni čimbenici odvajaju od promotivnih ili kompenzacijskih čimbenika te je njihovu razliku bitno naglasiti u cilju razumijevanja procesa otpornosti. Među istraživačima postoji suglasnost oko definicije zaštitnih čimbenika gdje se oni javljaju samo u kombinaciji s rizičnim čimbenicima te, kao takvi, dobivaju na snazi i potiču mentalnu dobrobit. Iako se ponegdje zaštitni i promotivni (kompenzacijski) čimbenici smatraju kao sinonimi, zaštitni čimbenici se javljaju u interakciji s rizičnima, što se dobro vidi u prikazu opće populacije kada su minimalni te u visokorizičnoj populaciji kada znatno dobivaju na značenju (Garmezy i sur., 1984., prema Luthar, 2003.). Za razliku, promotivni ili kompenzacijski čimbenici predstavljaju drugu krajnost naspram rizičnih čimbenika (Sameroff i sur., 1998., prema Luthar, 2003.), odnosno dio su iste dimenzije gdje rizični faktor predstavlja loše mentalno zdravlje roditelja, a promotivni faktor u toj dimenziji je dobro i kvalitetno mentalno zdravlje roditelja. Definiirajući terminologiju na taj način,

promotivni čimbenici su jednaki i u niskorizičnim i u visokorizičnim populacijama, budući da su nepromjenjivi i lako mjerljivi. Na taj način se u istraživanjima stavlja naglasak na traženje zaključaka sa sljedećim teoretskim uporištem: više rizičnih čimbenika rezultira lošijim posljedicama i ishodom, a više promotivnih čimbenika rezultira boljim ishodom i prilagodbom (Luthar, 2003.).

Ako se promatra prisutnosti zaštitnih čimbenika kod djece čiji roditelji boluju od specifičnih bolesti, u ovom primjeru depresivnog poremećaja, najbolje su se pokazali zaštitni čimbenici kao što su viši stupanj inteligencije, pozitivna slika o sebi, dobar uspjeh u školi, razvijene kognitivne i socijalne vještine, bliske veze (u obitelji i među prijateljima) i prisutnost značajne odrasle osobe u životu djeteta (Conrad, Hammen, 1993.). U tom slučaju, važni prediktori otpornosti kod djece su konstrukti visokog samorazumijevanja, uz pomoć kojega su djeca bila u mogućnosti odvojiti bolest roditelja od svog psihičkog stanja, kao i konstrukt usmjerenosti na školske obaveze i školski uspjeh, na temelju čega su djeca najčešće bila uključena u izvannastavne aktivnosti te istima visoko posvećena (Hammen, 2003.). Visoka inteligencija, akademski uspjeh i negativni stavovi prema devijantnosti su se pokazali kao zaštitni čimbenici i kod djece koja žive u siromaštvu, što se može objasniti kroz veću vjerojatnost za obrazovanjem koje donosi stabilne prihode, te manjom vjerojatnošću devijantnog ponašanja ukoliko su kod djeteta unaprijed razvijeni negativni stavovi prema takvom obrascu ponašanja (Luthar, 2003.).

Jedan od prvih istraživanih zaštitnih čimbenika za dijete u kontekstu već prisutne psihičke bolesti roditelja jest informiranost. Informiranost znači da je dijete upoznato sa bolešću roditelja, da je svjesno posljedica bolesti te da je upoznato sa utjecajem bolesti na obiteljsku dinamiku. Informiranost je zaštitni čimbenik jer dijete onda može prepoznati simptome bolesti kod roditelja, razumjeti zašto se bolest manifestira na takav način i zaštititi sebe od negativnih posljedica bolesti (Bartsch i sur., 2015., prema Van Schoors i sur., 2023.). Drugi važan čimbenik zaštite je podrška, pogotovo emocionalna podrška koja proizlazi iz neposredne okoline djeteta uključujući ponajprije obitelj i prijatelje, te kao takva pruža olakšanje u teškim trenucima suočavanja sa roditeljskom mentalnom bolešću. Osim podrške, sličan zaštitni faktor predstavlja i povezanost sa prijateljima, odnosno dobro razvijene socijalne vještine koje djetetu pomažu u savladavanju svakodnevnih prepreka i

održavanju stabilnog raspoloženja (Van Schoors i sur., 2023.). Osim navedenih, važno je spomenuti i mehanizam ili vještinu suočavanja koja je razvijena kod djeteta, a koja može predstavljati preteču otpornosti. Konstrukt suočavanja (engl. *Coping*) se može javiti kao primarno ili sekundarno adaptivno suočavanje. Primarno se odnosi na vještine rješavanja problema i emocionalnu regulaciju, a sekundarno na korištenje pozitivnih aspekata funkcioniranja poput prihvaćanja, distrakcije od problema i kognitivnog restrukturiranja (Van Schoors i sur., 2023.). Posljednji zaštitni faktor koji se pokazao kao jedan od najvažnijih za razvoj otpornosti kod djece i adolescenata je roditeljski odgoj, odnosno specifičan način roditeljskog odgoja koji uključuje toplinu, povezanost sa djetetom, respozivnost na djetetove potrebe, kvalitetno provedeno vrijeme sa djecom te ostale značajke brižnog roditeljskog odgoja (Van Schoors i sur., 2023.).

2.2.2. Rizični čimbenici

Rizični čimbenici predstavljaju određenu opasnost za normalan razvoj djeteta jer njihova prisutnost znači veću vjerojatnost za javljanjem negativnih ishoda. Rizični čimbenik je svaka nepovoljna okolnost, kao što je nasilje, siromaštvo ili zlostavljanje, koja ima potencijal narušiti razvoj djeteta i time izazvati posljedice koje utječu na djetetovu dobrobit. Takve posljedice se mogu osjetiti na fizičkom ili mentalnom zdravlju, emocionalnom i socijalnom funkcioniranju, školskom uspjehu i drugim dimenzijama dobrobiti djece (Riley, Masten, 2005.).

Rizični čimbenici se grupiraju na razini pojedinca, obitelji ili zajednice. Takvi rizici su niska porođajna težina, kognitivne teškoće, nasilje u obitelji, nizak socioekonomski status, iskustvo rata, terorizma ili ekoloških katastrofa te niska podrška zajednice, ali i mnogi drugi koji sustavno, prema dosadašnjim saznanjima, predviđaju neadaptivne obrasce funkcioniranja na dimenzijama zdravlja, dječjeg razvoja ili ponašanja. O njihovom utjecaju na život djece postoji nekoliko objašnjenja, a jedno od njih jest da rizik, sam po sebi, reproducira rizik. Primjer takvog efekta snježne kugle je sljedeći redoslijed javljanja rizika: siromaštvo, pothranjenost, niska porođajna težina i zanemarivanje djeteta. Prvi rizik povećava

vjerojatnost za drugim, a zajedno se javljaju sa rizicima koji kasnije imaju značajan utjecaj na dijete (Masten, 2014.).

Takvo razumijevanje rizičnih čimbenika je dovelo do termina koji se u literaturi naziva kumulativni rizik. Skraćeno rečeno, rizici se kumuliraju i, posljedično njihovoj brojnosti, vrsti i učestalosti, uzrokuju širok spektar problema, kako u djetinjstvu, tako i u odrasloj dobi. Kumulativni rizici se, u istraživanjima, mjere na dva načina. Prvi je da se poznati i prisutni rizici zbrajaju, a drugi da se zbraja izloženost negativnim životnim iskustvima i situacijama na temelju čega se određuje koji su rizici zajedno kumulirali (Masten, 2014.) Osim kumulativnih rizika, postoji univerzalnost rizičnih čimbenika koja upućuje na to da isti rizici mogu rezultirati različitim ishodima u smislu da jedan ili skupina rizika kod djeteta može rezultirati s depresijom, zloupotrebom droge ili problemima u ponašanju (nisu u potpunosti prediktivni). S druge strane, svaka posljedica (primjer depresije) ima u podlozi različite rizične čimbenike, te različitu strukturu ili kumulaciju rizika koji dovode do tog specifičnog poremećaja (Sameroff i sur., 2003.). Takav međuodnos ili kumulaciju rizika je proučavao i Rutter (1979., prema Sameroff i sur., 2003.) koji zaključuje da ne postoji jedan rizik, nego brojni rizici utječu na razvoj psihopatologije u djeteta, odnosno psihičkih bolesti. Rezultati Rutterovih istraživanja to i dokazuju, gdje djeca u obitelji s nijednim ili jednim prisutnim rizikom pokazuju vjerojatnost za razvojem psihopatologije od 2%, za razliku od djece iz obitelji sa četiri ili više rizika kada se ta vjerojatnost podiže na 20%. Dakle, rizici kumuliraju i što ih je više, to je veća vjerojatnost za probleme u ponašanju, psihičke bolesti i druge probleme mentalnog zdravlja. Rutter (1979., prema Sameroff i sur., 2003.) izdvaja i nekoliko glavnih rizika koji dovode do narušene psihopatologije djece, a to su: poremećeni odnosi u obitelji, nizak socioekonomski status, prenapučena obitelj, očevo kriminalitet, majčina psihička bolest i izdvajanje djeteta iz obitelji.

Kumulacija rizičnih faktora kod djece čiji su roditelji (ili jedan od roditelja) oboljeli od depresije se može sagledati na razini pojedinca, i to s genetskog aspekta. Iako gen za depresiju ne postoji, postoji shvaćanje da se određene povezane karakteristike ipak nasljeđuju. Riječ je o biološki abnormalnom odgovoru na stres, o slaboj emocionalnoj regulaciji te o drugim abnormalnostima u strukturi mozga koje podrazumijevaju poremećaje u neurohomonalnim procesima (pretjerano lučenje

kortizola), te naučene (nasljedne) reakcije na stres (Hammen, 2003.). Na obiteljskoj razini, odnosno prema kvaliteti odnosa roditelja i djece, utvrđeno je da su rizični čimbenici koji dovode do depresije u prvom redu roditeljska neresponzivnost (zanemarivanje ili neadekvatno reagiranje na dijete) koja može rezultirati s razvijanjem nesigurne privrženosti kod djece i slabijim kognitivnim razvojem. Isto tako, negativna interakcija na relaciji roditelj-dijete uzrokuje nedostatak interpersonalnih vještina kod djece, manjak vještina konstruktivnog rješavanja problema te poremećeno socijalno funkcioniranje, što zajednički predstavlja kumulaciju rizika za razvoj depresivnog poremećaja (Goodman, Gotlib, 1999., prema Hammen, 2003.).

Zlostavljanje djece je jedan od temeljito istraživanih rizičnih čimbenika za razvoj bipolarnog poremećaja kod djece i mladih (Rowland, Marwaha, 2018.). Zlostavljanje, i podtipovi zlostavljanja kao što su emocionalno zlostavljanje i zanemarivanje, fizičko i seksualno zlostavljanje, su traumatična iskustva u podlozi razvoja bipolarnog poremećaja, kao i drugih problema u ponašanju te ostalih mentalnih bolesti. Osim toga, zabilježeno je da prijašnje iskustvo zlostavljanja kod osoba sa bipolarnim poremećajem ima poveznicu s lošijom kliničkom slikom kod pacijenata, kao i sa češćim promjenama raspoloženja, te suicidalnošću i zloupotrebom droga. Dakle, osim što je samo po sebi rizičan faktor, zlostavljanje je prediktor teže kliničke slike bipolarnog poremećaja. Objašnjenje se može prikazati mehanizmom djelovanja traumatičnih iskustava koje utječe na razvoj nestabilnijeg raspoloženja te emocionalne disregulacije, a mogući neurobiološki mehanizmi u podlozi su promjene u HPA osi (hipotalamusno-hipofizno-nadbubrežnoj osovini) i smanjen volumen limbičke sive tvari (Rowland, Marwaha, 2018.). Drugi rizični čimbenik za razvoj bipolarnog poremećaja je zloupotreba droga, a istraživanjima (Gibbs, i sur., 2015., prema Rowland, Marwaha, 2018.) je utvrđeno da zloupotreba marihuane ima snažan učinak na razvoj bipolarnog poremećaja, te tri puta veću vjerojatnost za povratak maničnih simptoma jednom kada je bolest dijagnosticirana. Slične rizične čimbenike istraživači nalaze i u podlozi razvoja shizofrenije. Kod osoba sa poviješću psihoze ili drugih mentalnih bolesti, te kod osoba koje su ranjive na mentalne bolesti je pronađena poveznica između zloupotrebe droga i nastanka shizofrenije. Posebice se ističe zloupotreba marihuane, ali i nekih drugih tvari kao što

je alkohol. U istraživanju koje su proveli Thoma i Daum (2013., prema Janoutová, 2016.) utvrđeno je da 50% pacijenata koji boluju od shizofrenije imaju iskustvo zloupotrebe alkohola, te je njihov zaključak da alkohol i droge povećavaju rizik za povratak (relaps) bolesti. Drugi rizici koji spadaju u psihosocijalnu domenu, odnosno rizike iz obitelji, su emocionalno i fizičko zlostavljanje. Clarke i sur. (2006., prema Janoutová, 2016.) su proveli istraživanje kojim su našli da je 69% žena i 59% muškaraca sa shizofrenijom imalo iskustvo takvih vrsta zlostavljanja, a neka druga istraživanja su zabilježila čak i veće postotke. Možda najvažniji, ili najprediktivniji, rizični čimbenik za razvoj shizofrenije je stres. Stres je okidač jer potiče produkciju kortizola u organizmu, a taj hormon je odgovoran za oštećenja na hipokampusu, što pak rezultira sa mnogobrojnim problemima od kojih je čest slučaj gubitka pamćenja i općenito problema s pamćenjem i zadržavanjem informacija. Zabilježeno je da stres utječe na nastanak shizofrenije, ali i na tijek bolesti s obzirom na učestalost javljanja stresa kod pacijenata (Janoutová, 2016.).

S obzirom na sve navedene zaštitne i rizične čimbenike, valja napomenuti da je svako dijete i adolescent individualno, te da kod svakoga od njih postoji drukčija konstelacija zaštite i rizika, stoga je potrebno pristupiti na individualan način. Takav pristup uključuje uvažavanje potreba djeteta i sagledavanje šire slike koja može uputiti socijalnog radnika na nalaženje izvora otpornosti.

2.3. Intervencije usmjerene na otpornost

S obzirom na dosadašnje spoznaje o važnosti mentalnog zdravlje djece u cilju razvijanja otpornosti i prevencije psihičkih bolesti, u profesiji socijalnog rada posebno mjesto zauzimaju intervencije usmjerene na izgradnju otpornosti kod djece koja su u riziku. Praksa socijalnog rada se zasniva na osnaživanju koje predstavlja svojevrsnu vještinu pojedinca, a temelji se na inicijativi pojedinca ka zauzimanju vlastitog položaja moći, preuzimanja kontrole u svom životu i osiguranja potrebnih resursa za ostvarivanje osobnih ciljeva (Kletečki Radović, 2008.).

U socijalnom radu treba koristiti praksu osnaživanja u cilju suradnje sa korisnicima kako bi prepoznali vlastite snage te kako bi se sami uključili u aktivnosti koje poboljšavaju osobni položaj. Osnaživanje zato podupire osobne resurse

pojedince, otpornost i vlastitu snagu u savladavanju životnih prepreka (Kletečki Radović, 2008.). Uloga socijalnog radnika u tom kontekstu nije ostvariti zaštitnički odnos, jer takav pristup promovira neželjeno spašavanje i pritom dovodi pojedinca u poziciju nemoći, već je cilj razviti suradnju i partnerstvo kako bi osoba, ili dijete, mogla sama pridonijeti vlastitom razvoju. Na putu do postizanja osnaživanja nalaze se i zapreke koje djeluju na više razina, a socijalni radnik ih treba prepoznati i reagirati, bilo da su to obiteljske vrijednosti koje ometaju osobni razvoj, slabije kognitivne ili interpersonalne vještine ili manjak samopouzdanja i pozitivne slike o sebi. Zbog toga je prvi korak identificiranje zapreka kako bi se intervencije mogle pravilno usmjeriti na započinjanje procesa osnaživanja. U tom kontekstu korisnik postaje svjestan vlastitih zapreka koje koče razvoj, koristi se samoreflektiranjem i dijalogom sa socijalnim radnikom te otvara prostor za rast otpornijih i snažnijih dijelova osobnosti (Kletečki Radović, 2008.).

Iako su intervencije osmišljene i predodređene kako bi pomogle svim skupinama u populaciji, njihov je značaj ipak najznačajniji u razvojnom dobu, odnosno u djetinjstvu i adolescenciji. Razlog tome je plastičnost mozga te povećana sposobnost učenja, a u adolescenciji su intervencije poželjne jer se vrši razvoj emocionalne regulacije, kao i drugih izvršnih funkcija u neurobiološkoj sferi, te poistovjećivanje s vršnjacima na socijalnoj razini koje može biti presudno za dobar razvoj ako adolescent ima na raspolaganju pozitivno okruženje (Masten, Barnes, 2018., prema Pinto i sur., 2021.).

Intervencije usmjerene ka otpornosti su raznolike, i mogu uključivati pristupe kao što su farmakoterapija ili liječenje lijekovima, fizičku aktivnost i sport te socijalnom radu bliže psihološke i psihoterapeutske metode. Takve metode su brojne i uključuju psihoedukacijske tehnike, kognitivno bihevioralnu terapiju, terapiju vještina rješavanja problema i *mindfulness* terapiju (Laird i sur., 2019., prema Pinto i sur., 2021.). Intervencije se, između ostaloga, razlikuju i prema drugim karakteristikama osim već spomenute dobi, te mogu biti održavane na grupnoj ili individualnoj razini, uživo ili na daljinu, sa različitim trajanjima (kratkotrajne ili dugotrajne intervencije), te su općenito potkovane različitim teorijskim uporištima (Dray i sur., 2017., Helmreich i sur., 2017., prema Pinto i sur., 2021.).

Ono što je zajedničko svim intervencijama ka otpornosti jest psihoedukativni model koji pruža potrebne informacije dok istovremeno uči specifičnim vještinama razvoja otpornosti (Helmreich i sur., 2017.). Poznatija metoda razvoja otpornosti je kognitivno bihevioralna terapija koja pod sobom ima mnoštvo metoda koje se koriste u svrhu jačanja otpornosti. Neke od metoda kognitivno bihevioralne terapije su terapija prihvaćanja i predanosti, vještina rješavanja problema, terapija cijepljenja od stresa i *mindfulness* terapija. Općenito se kognitivno bihevioralna terapija, kao teorija, zasniva na postavkama kako je uzrok neke psihičke smetnje disfunkcionalno i iracionalno razmišljanje, te da je potrebno prilagoditi kognitivne procese kako bi odgovor na stres bio primjeren. U tom smislu, terapija je usmjerena ka razvijanju kognitivne fleksibilnosti koja omogućava adaptivne emocionalne i bihevioralne odgovore na stres (Helmreich i sur., 2017.).

Terapija prihvaćanja i predanosti (engl. *Acceptance and Commitment Therapy*) pretpostavlja da je uzrok nestabilnosti psihološka nefleksibilnost, odnosno nemogućnost mijenjanja vlastitog ponašanja zbog dugotrajno perzistirajućih vrijednosti i stavova, te vidi odgovor u učenju prihvaćanja. Tehnike koje se uče ovom terapijom su prisutnost u sadašnjem trenutku, mijenjanje vlastitih vrijednosti, mijenjanje kognicija i bihevioralnih odgovora, kao i vježbanje emocionalne prilagodbe (Hayes, 2006., prema Helmreich i sur., 2017.).

Vještina rješavanja problema (engl. *Problem-Solving Therapy*) koja se temelji na efektivnom rješavanju vlastitih problema pretpostavlja da će takva vještina moderirati odgovore na stres i pojačati razinu otpornosti kod pojedinca. Koriste se jednostavni koraci koji uključuju analiziranje problema, postavljanje ciljeva, traženje mogućih rješenja, razvoj akcijskog plana i njegova implementacija te, na kraju, evaluacija postignutog (Nezu, 2013., prema Helmreich i sur., 2017.).

Terapija cijepljenja od stresa (engl. *Stress Inoculation Therapy*) se koristi na način da se osobu izlaže manjim količinama stresa kako bi postupno razvila otpornost i pojačala vlastito samopouzdanje (Meichenbaum, 2007., prema Helmreich i sur., 2017.).

Mindfulness terapija je oblik kognitivno bihevioralne terapije koja se temelji na vježbama prisutnosti u sadašnjem trenutku kroz osjećanje senzacija, emocija i misli u vlastitom umu i istovremeno se uči prihvaćanju svega što osoba tada osjeća u

sebi, bilo da je pozitivno ili negativno. Na taj se način uči zaštitna tehnika pozitivnog razmišljanja i vjeruje se da pospješuje odgovor na stres (Helmreich i sur., 2017.).

Važnost kognitivno bihevioralne terapije je široko prepoznata u svijetu i statistički je dokazana kao jedna od uspješnijih metoda za jačanje otpornosti djece i adolescenata jer postiže redukciju anksioznih i depresivnih simptoma (Dray i sur., 2017.).

No, kada se intervencija treba provoditi sa djecom koja još nisu u mogućnosti verbalno se izraziti, stručnjaci se oslanjaju i na intervencije tehnikama igre (engl. *Play-based Interventions*). Svestranost ove metode se očituje u tome što je primjenjiva u više uvjeta (škola, obitelj, individualno) te se može prakticirati od strane stručnjaka različitih profila (pedijatri, psiholozi, pedagozi, socijalni radnici). Isto tako, ova se intervencija može koristiti kako preventivno, tako i za djecu koja već pokazuju neke psihičke simptome nastale uslijed traumatičnih iskustava. (Ginsburg, 2011., prema Garret, 2014.) Široko upotrebljavan model ovakve vrste je 7C model koji se temelji na osvještavanju i učenju određenih osobina među kojima su kompetencija, samopouzdanje, povezanost sa drugima, karakter, osjećaj doprinosa, suočavanje i kontrola. Vjeruje se da usmjeravanje na ove osobine pomaže djetetu razviti otpornost i spriječiti probleme u kasnijem životu (Ginsburg, 2011., prema Garret, 2014.).

Važnost mentalnog zdravlja djece i adolescenata je prepoznata i u Hrvatskoj uslijed pandemije i potresa, stoga je UNICEF u suradnji sa Agencijom za odgoj i obrazovanje i Forumom za slobodu odgoja pokrenuo program "Škole podrške" u Sisačko-moslavačkoj županiji. Program se provodi od 2021. godine te u njemu sudjeluje 35 škola sa više od 8500 učenika osnovnih i srednjih škola, ali i nastavnika te stručnih suradnika. Cilj programa je usmjeren na mentalno zdravlje, na jačanje psihološke, emocionalne i socijalne otpornosti te na stvaranje sigurnog okruženja u školama. U sklopu programa su osmišljene i objavljene publikacije, primjerice publikacija "Protresi" koja predstavlja nastavni plan učenja otpornosti i suočavanja sa krizom, zbirka nastavnih listića za razvoj emocionalne otpornosti "Tvoja supermoć" te publikacije za roditelje, nastavnike i ravnatelje (UNICEF, 2024.).

U istom okviru UNICEF provodi i druge akcije, kao što je humanitarna utrka "Mliječna staza" koja ima za cilj podići svijest o važnosti mentalnog zdravlja djece i mladih. UNICEF je 2022. godine proširio humanitarnu akciju na način da svi prihodi

od donacija idu programu podrške za mentalno zdravlje djece i mladih u školama "PoMoZi Da" koji se provodi pod pokroviteljstvom Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo i Agencije za odgoj i obrazovanje. Cilj programa je edukacija o mentalnom zdravlju usmjerena na nastavno osoblje te se primarno bavi osposobljavanjem nastavnika i učitelja za prepoznavanje problema mentalnog zdravlja i pružanje prve pomoći i podrške, te osposobljavanjem voditelja edukacija za nastavničko osoblje na području cijele Hrvatske. Procjenjuje se da UNICEF ovom akcijom izravno obuhvaća edukaciju više od 400 učitelja i nastavnika te više od 20 000 učenika osnovnih i srednjih škola kojima će sudjelovanje u intervencijama ovakve vrste pridonijeti jačanju mentalnog zdravlja i otpornosti (UNICEF, 2024.a).

Programom "PoMoZi Da" se nastoji educirati nastavno osoblje za prepoznavanje anksioznih i depresivnih simptoma kod djece, za stvaranje sigurnog i podržavajućeg okruženja u školi te za poticanje učenika na traženje pomoći dok se istovremeno stavlja naglasak na izgradnju povjerenja među nastavnicima i učenicima. Program se provodi na temelju pristupa 3P koji označava prvu psihološku pomoć kroz elemente razgovora pristupi, podrži i potakni. Na taj način se razvila mreža 3P edukatora iz županijskih zavoda za javno zdravstvo koji provode edukacije i prenose znanje nastavnom osoblju (Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2019.).

3. Zaključak

Mentalno zdravlje djece zaslužuje posebnu pozornost budući da se radi o ranjivoj skupini u razvoju, koja je pod utjecajem individualnih, obiteljskih i okolinskih čimbenika te koji zajedničkom interakcijom determiniraju dobrobit djeteta.

Način na koji se odvija interakcija različitih faktora koji imaju učinak na mentalno zdravlje je ovisan o razvojnoj fazi u kojoj se dijete nalazi. Prvenstveno se razvojne faze mogu promatrati i kao kritični trenuci u dječjem razvoju te se javljaju perinatalno, u ranom djetinjstvu i adolescenciji (Keeley, 2021.) Prvi kritični trenuci predstavljaju razvoj neurobiologije u djece, kada se razvijaju kognitivne i socioemocionalne vještine te je presudna stimulirajuća okolina (SZO, 2024.c) U ovoj

fazi je važno djetetu osigurati privrženost, vodstvo, disciplinu te sigurno okruženje (Mental Health America, 2024.) Kasnija razdoblja djetinjstva i adolescencije uključuju zdravo školsko okruženje te zadovoljavajuć roditeljski stil odgoja, ali i druge determinante iz okoline koje imaju utjecaja na mentalno zdravlje djece (Keeley, 2021.) Problemi mentalnog zdravlja se mogu široko svrstati kao psihičke smetnje, mentalni (psihički) poremećaji i mentalne (psihičke) bolesti (Begić, 2016., prema Muslić i sur., 2024.). Najčešći problemi mentalnog zdravlja djece i adolescenata su emocionalni poremećaji u koje spadaju anksioznost i depresija, zatim poremećaji ponašanja, poremećaji hranjenja, psihoza, suicidalnost i samoozljeđivanje te zloupotreba alkohola i psihoaktivnih tvari (SZO, 2021.)

Obiteljski čimbenici su i roditelji, odnosno njihovo mentalno zdravlje koje je isprepletено sa djetetovim, pogotovo ako je narušeno nekim od psihičkih oboljenja, poput anksioznog i depresivnog poremećaja, shizofrenije, bipolarnog poremećaja ili poremećaja ponašanja koji su uzrokovani upotrebom psihoaktivnih tvari. Općenito, rezultati iz istraživanja pokazuju da disfunkcionalne obitelji generiraju loše psihičko zdravlje kod djece u 43% slučajeva (Wiegand Grefe i sur., 2019.), što su zabrinjavajući rezultati. Ako se promatra svaka bolest zasebno, primjerice depresija, zabilježeno je da roditelj koji boluje od depresivnog poremećaja prema svom djetetu primjenjuje drukčiji odgojni stil, odnosno više agresije, neprijateljstva i manji angažman, a njihova djeca su slabije prilagođena u okolini (Luthar, 2003.) Bipolarni poremećaj, kao poremećaj ponašanja, predstavlja snažan prediktor za istu bolest kod djece, a činjenica je da 75% djece razvija simptome bipolarnog poremećaja i prije 12 godine života, što tu bolest čini obiteljskom bolešću (Birmaher i sur., 2009.) Zbog svega navedenog je socijalni rad ključna profesija za rano prepoznavanje, prevenciju, sprječavanje posljedica te pružanje adekvatnih intervencija u cilju očuvanja mentalnog zdravlja djece i adolescenata.

Mnogobrojna istraživanja su proučavala ovu vezu i većina je istaknula da povezanost postoji te da se razlikuje ovisno o postojanju različitih čimbenika. Jedan od tih čimbenika jest i otpornost koja štiti od negativnih utjecaja i pridonosi psihičkom zdravlju i očuvanju mentalne dobrobiti. Otpornost je vještina koja se gradi od ranog djetinjstva, a mogući razvoj otpornosti je predodređen prisutnošću rizičnih ili zaštitnih čimbenika. U ovom radu je prikazan međuodnos tih čimbenika i njihov

učinak na razvoj otpornosti kod djece i adolescenata. Zajednička karakteristika oba spomenuta čimbenika jest kumulativnost, što znači da reproduciraju jedan drugoga, odnosno da postojanje jednog rizičnog čimbenika može izazvati javljanje drugoga što izaziva svojevrsnu lančanu reakciju. Ukoliko postoji više zaštitnih čimbenika, govori se o kumulativnosti koja znači da se povećava vjerojatnost za smanjenje rizika i razvoj otpornosti (Turner, 2007.). Dosad zabilježeni zaštitni čimbenici, primjerice kod djece čiji roditelji boluju od depresivnog poremećaja, su visok stupanj inteligencije, pozitivna slika o sebi, bliske veze s drugima te školski uspjeh (Conrad, Hammen, 1993.). Slični su nalazi zaštitnih čimbenika i kod djece čiji roditelji boluju od drugih psihičkih oboljenja. Rizični čimbenici se također javljaju kumulativno, ali i univerzalno, što znači da jedan rizični čimbenik može generirati različite ishode u pogledu mentalnog zdravlja, što ih stavlja u poziciju da nisu u potpunosti prediktivni (Sameroff i sur., 2003.). Zbog toga socijalni radnik treba obratiti posebnu pažnju na detektiranje rizičnih čimbenika kod djece i prepoznati u kojem smjeru djeluju kako bi mogao učinkovito i efektivno planirati intervencije.

Sukladno tome, budući da je socijalni rad profesija koja u svom radu koristi praksu osnaživanja, prikazane su različite vrste intervencija kojima bi se mogla postići otpornost djece u riziku. Sa djecom su vrlo efikasne intervencije tehnikama igre (Ginsburg, 2011., prema Garret, 2014.) koje djetetu omogućavaju izražavanje, a tehnika je pogodna za stručnjake različitih profila koji prema djetetovoj igri mogu usmjeriti svoje djelovanje. Sa starijom djecom i sa adolescentima se može koristiti široki raspon kognitivno bihevioralne terapije koja se sastoji od prilagođavanja kognitivnih procesa na stvaranje primjerenih odgovora na stres (Helmreich i sur, 2017.), a neke od tehnika uključuju terapiju cijepljenja od stresa, *mindfulness* terapiju ili vještine rješavanja problema. Važnost mentalnog zdravlja djece i mladih je prepoznata i u Hrvatskoj, pa se sintezom dosad provedenih intervencija može zaključiti da Hrvatska ima kapacitete i motivaciju za brigu oko mentalnog zdravlja.

4. Literatura

1. Ajduković, M., Kregar Orekšović, K., Laklija, M. (2007). Teorija privrženosti i suvremeni socijalni rad. *Ljetopis socijalnog rada*, 14 (1), 59-91.
2. APA Dictionary of psychology (2018). *Resilience*. Posjećeno 13.07. na mrežnoj stranici American Psychological Association: <https://dictionary.apa.org/resilience>
3. Arambašić, L. (2000). Stresni i traumatski događaji i njihove posljedice, U: L. Arambašić (ur.), Psihološke krizne intervencije, 11-31. Zagreb: Društvo za psihološku pomoć.
4. Begić, D. (2016). Psihopatologija, Zagreb: Medicinska naklada.
5. Beidel, D. C., Turner, S. M. (1997). At risk for anxiety: I. Psychopathology in the offspring of anxious parents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(7), 918-924.
6. Belošević, M., Ferić, M. i Mitrić, I. (2021). Čimbenici otpornosti i iskustvo vršnjačkog nasilja. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 57 (2), 20-46.
7. Birmaher, B., Axelson, D., Monk, K., Kalas, C., Goldstein, B., Hickey, M. B., Brent, D. (2009). Lifetime psychiatric disorders in school-aged offspring of parents with bipolar disorder: the Pittsburgh Bipolar Offspring study. *Archives of general psychiatry*, 66(3), 287-296.
8. Birmaher, B., Axelson, D., Goldstein, B., Monk, K., Kalas, C., Obreja, M., Kupfer, D. (2010). Psychiatric disorders in preschool offspring of parents with bipolar disorder: the Pittsburgh Bipolar Offspring Study (BIOS). *American Journal of Psychiatry*, 167(3), 321-330.
9. Conrad, M., Hammen, C. (1993). Protective and resilience factors in high and low risk children: A comparison of children of unipolar, bipolar, medically ill and normal mothers. *Development and Psychopathology*, 5, 593-607.
10. Dray, J., Bowman, J., Campbell, E., Freund, M., Wolfenden, L., Hodder, R. K., Wiggers, J. (2017). Systematic review of universal resilience-focused interventions targeting child and adolescent mental health in the school

- setting. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(10), 813-824.
11. Emerson, L. M., Ogielka, C., Rowse, G. (2019). A systematic review of the role of parents in the development of anxious cognitions in children. *Journal of Anxiety Disorders*, 62, 15-25.
 12. Garrett, M. (2014). Play-based interventions and resilience in children. *International Journal of Psychology and Counselling*, 6(10), 133-137.
 13. Hameed, M. A., Lewis, A. J. (2016). Offspring of parents with schizophrenia: a systematic review of developmental features across childhood. *Harvard review of psychiatry*, 24(2), 104-117.
 14. Hammen, C. (2003). Risk and protective factors for children of depressed parents. *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*, 50-75.
 15. Hans, S. L., Auerbach, J. G., Styr, B., Marcus, J. (2004). Offspring of parents with schizophrenia: mental disorders during childhood and adolescence. *Schizophrenia bulletin*, 30(2), 303-315.
 16. Helmreich, I., Kunzler, A., Chmitorz, A., König, J., Binder, H., Wessa, M., Lieb, K. (2017). Psychological interventions for resilience enhancement in adults. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2017(2).
 17. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2019). *U Kući Europe predstavljen edukativni program PoMoZi Da*. Posjećeno 25.08.2024. na mrežnoj stranici Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo: <https://www.hzjz.hr/sluzba-promicanje-zdravlja/u-kuci-europe-predstavljen-edukativni-program-pomozida/>
 18. Janoutová, J., Janácková, P., Sery, O., Zeman, T., Ambroz, P., Kovalová, M., Janout, V. (2016). Epidemiology and risk factors of schizophrenia. *Neuroendocrinology Letters*, 37(1), 1-8.
 19. Keeley B. (2021). The State of the World's Children 2021: On My Mind-Promoting, Protecting and Caring for Children's Mental Health. UNICEF. United Nations Plaza (US). <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED615261.pdf>

20. Kletečki Radović, M. (2008). Teorija osnaživanja u socijalnom radu. *Ljetopis socijalnog rada*, 15 (2), 215-242.
21. Lipari, R. N., Van Horn, S. L. (2017). Children living with parents who have a substance use disorder.
22. Luthar, S. S., D'Avanzo, K., Hites, S. (2003). Maternal drug abuse versus other psychological disturbances: Risks and resilience among children. *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*, 104, 129.
23. Luthar, S. S., Zelazo, L. B. (2003). Research on resilience: An integrative review. *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*, 2, 510-549.
24. Macuka, I. (2016). Emocionalni i ponašajni problemi mlađih adolescenata - zastupljenost i rodne razlike. *Ljetopis socijalnog rada*, 23 (1), 65-86.
25. Mahmutović, S. (2023). *Oporavak i pozitivno mentalno zdravlje osoba koje boluju od psihičke bolesti*. Doktorski rad. Zagreb: Pravni fakultet, Studijski centar socijalnog rada.
26. Masten, A. S. (2014). *Ordinary Magic: Resilience in Development*. New York: Guilford.
27. Masten, A. S. (2015). *Ordinary Magic: Resilience in Development*, New York, London: The Guilford Press.
28. Masten, A. S., Barnes, A. J. (2018). Resilience in children: Developmental perspectives. *Children*, 5(7), 98.
29. Masten, A. S., Lucke, C. M., Nelson, K. M., Stallworthy, I. C. (2021). Resilience in development and psychopathology: Multisystem perspectives. *Annual review of clinical psychology*, 17(1), 521-549.
30. Mental Health America (2024). *What every child needs for good mental health*. Posjećeno 21.07. na mrežnoj stranici Mental Health America: <https://www.mhanational.org/what-every-child-needs-good-mental-health>
31. Merikangas, K. R., Nakamura, E. F., Kessler, R. C. (2009). Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11(1), 7–20.

32. Miljković, D. (2017). Odgoj, obrazovanje i psihološka (ne)otpornost djece i mladih. *Radovi Zavoda za znanstvenoistraživački i umjetnički rad u Bjelovaru*, (11), 33-46.
33. Murphy, M., Fonagy, P. (2012). Mental health problems in children and young people. *Annual report of the chief medical officer*, 1-13.
34. Muslić, Lj., Rukavina, T., Raguž Pečur, B. (2024). *Znate li što je mentalno zdravlje? Dobrodošli u pojmovnik mentalnog zdravlja!* Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.
35. Paradžik, L., Novak, M., Ferić, M. (2022). Obilježja obitelji djece uključene u psihijatrijski tretman. *Medicina Fluminensis*, 58(2).
36. Pinto, T. M., Laurence, P. G., Macedo, C. R., Macedo, E. C. (2021). Resilience programs for children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in psychology*, 12, 754115.
37. Profaca, B., Arambašić, L. (2009). Traumatski događaji i trauma kod djece i mladih. *Klinička psihologija*, 2 (1-2), 53-73.
38. Riley, J. R., Masten, A. S. (2005). Resilience in context. In *Resilience in children, families, and communities: Linking context to practice and policy* (pp. 13-25). Boston, MA: Springer US.
39. Rowland, T. A., Marwaha, S. (2018). Epidemiology and risk factors for bipolar disorder. *Therapeutic advances in psychopharmacology*, 8(9), 251-269.
40. Sameroff, A., Gutman, L. M., Peck, S. C. (2003). Adaptation among youth facing multiple risks: Prospective research findings. *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*, 1, 364-391.
41. Svjetska zdravstvena organizacija (2021). *Mentalno zdravlje adolescenata*. Posjećeno 25.07.2024. na mrežnoj stranici World Health Organisation: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
42. Svjetska zdravstvena organizacija (2022). *Mentalno zdravlje*. Posjećeno 11.07. 2024. na mrežnoj stranici World Health Organisation: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

43. Svjetska zdravstvena organizacija (2022.a). *Mentalni poremećaji*. Posjećeno 24.07.2024. na mrežnoj stranici World Health Organisation: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
44. Svjetska zdravstvena organizacija (2024.) *Ustav*. Posjećeno 17.07.2024. na mrežnoj stranici World Health Organisation: <https://www.who.int/about/governance/constitution>
45. Svjetska zdravstvena organizacija (2024.a) *Pregled*. Posjećeno 17.07.2024. na mrežnoj stranici World Health Organisation: https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_1
46. Svjetska zdravstvena organizacija (2024.b) *Utjecaj*. Posjećeno 17.07.2024. na mrežnoj stranici World Health Organisation: https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_2
47. Svjetska zdravstvena organizacija (2024.c) *Unaprjeđenje mentalnog i neuralnog zdravlja djece i adolescenata*. Posjećeno 21.07. na mrežnoj stranici World Health Organisation: <https://www.who.int/activities/improving-the-mental-and-brain-health-of-children-and-adolescents>
48. Silobrčić Radić, M., Jelavić, M., Tomić, B., Ćorić, T., Stevanović, R. (2011). *Mentalni poremećaji u Republici Hrvatskoj*. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.
49. Turner, M. G., Hartman, J. L., Exum, M. L., Cullen, F. T. (2007). Examining the cumulative effects of protective factors: Resiliency among a national sample of high-risk youths. *Journal of Offender Rehabilitation*, 46(1-2), 81-111.
50. UN (2024). *Convention on the Rights of the Child*. Posjećeno 26.08.2024. na mrežnoj stranici United Nations: <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>
51. UNICEF, (2024). *Škole podrške - učenje za otpornost, inkluziju i mentalno zdravlje*. Posjećeno 25.08. na mrežnoj stranici UNICEF: <https://www.unicef.org/croatia/skole-podrske-ucenje-za-otpornost-inkluziju-i-mentalno-zdravlje>

52. UNICEF, (2024.a). *Mliječna staza 2022*. Posjećeno 25.08. na mrežnoj stranici UNICEF: <https://www.unicef.org/croatia/mljecna-staza-2022>
53. Van Schoors, M., Van Lierde, E., Steeman, K., Verhofstadt, L. L., Lemmens, G. M. (2023). Protective factors enhancing resilience in children of parents with a mental illness: a systematic review. *Frontiers in Psychology*, 14, 1243784.
54. Wiegand-Grefe, S., Sell, M., Filter, B., Plass-Christl, A. (2019.) Family Functioning and Psychological Health of Children with Mentally Ill Parents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 16 (7):1278.