

Obilježja obitelji djece uključene u psihijatrijski tretman

Family characteristics of children involved in psychiatric treatment

Ljubica Paradžik^{1*}, Miranda Novak², Martina Ferić²

Sažetak. Cilj: Cilj ovog rada je analizirati obilježja obiteljskog okruženja, uključujući zaštitne i rizične čimbenike djece uključene u psihijatrijski tretman zbog poteškoća mentalnog zdravlja.

Ispitanici i metode: Istraživanje je provedeno na kliničkom uzorku od 112 sudionika – 56-ero djece u dobi od 12 do 19 godina te 56 njihovih roditelja/skrbnika. Uz obilježja roditelja/skrbnika, ispitani su rizični i zaštitni čimbenici u obitelji te čimbenici rizika vezani uz karakteristike djeteta te karakteristike obitelji. Ciljane varijable ispitane su Upitnikom obiteljske otpornosti te Listom za procjenu razvojnih rizika djeteta koja se sastoji od procjene obiteljskih okolnosti i obilježja roditelja kao čimbenika razvojnog rizika djeteta te procjene obilježja djeteta i njegovog ponašanja. Uz to, prikupljeni su i podaci iz anamneza vezani uz kliničke dijagnoze djece te etiologija specifičnog poremećaja kod svakog uključenog djeteta. Studija je provedena u okviru projekta „Specifična obilježja obitelji u riziku: doprinos planiranju kompleksnih intervencija – „FamResPlan“ (HRZZ IP-2014-09-9515). **Rezultati:** Obitelji djece s poteškoćama mentalnog zdravlja karakterizira izostanak podrške okoline, prisutnost emocionalnih poteškoća roditelja zbog obiteljskog stresa te psihička bolest ili, pak, neliječena psihička bolest roditelja. Od 56-ero djece uključene u istraživanje 49-ero je imalo internalizirane probleme, a sedmero mješovite internalizirane i eksternalizirane probleme. **Zaključci:** Obilježja obitelji djece uključene u psihijatrijski tretman sugeriraju da je potrebno osigurati prikladnu i sveobuhvatnu podršku roditeljima u ranoj dječjoj dobi kako bi se prevenirali kasniji poremećaji mentalnog zdravlja djece i mladih.

Gljučne riječi: adolescent; dijete; mentalni poremećaji; obitelj; rizični čimbenici; zaštitni čimbenici

Abstract. Aim: The aim of this study is to analyse the characteristics of the family environment, including protective and risk factors of children who are involved in psychiatric treatment due to mental health difficulties. **Participants and Methods:** The study was conducted on a clinical sample of 112 participants, 56 children aged 12-19 years and 56 of their parents/guardians. In addition to the characteristics of parents/guardians, the risk and protective factors in the family and the risk factors related to the characteristics of the child and of the family were examined. The target variables were examined using the Family Resilience Questionnaire and the List for assessing risk factors affecting child development, which consists of an assessment of the family circumstances and characteristics of the parent as a factor in the developmental risk of the child and the assessment of the characteristics of the child and his behaviour. In addition, for each child included in the study, we gathered data from medical records on the children's clinical diagnoses and the aetiology of specific disorders. The study was a part of the project "The specific characteristics of families at risk: contribution to complex interventions planning – FamResPlan". **Results:** Families of children with mental health difficulties are characterized by the lack of environmental support, the presence of parents' emotional difficulties due to family stress, and mental illness or untreated parental mental illness. On a sample of 56 children, 49 had internalising and 7 had mixed internalising and externalising problems. **Conclusion:** The characteristics of the families of children involved in psychiatric treatment suggest the need to provide appropriate and comprehensive support to parents in early childhood in order to prevent subsequent mental health disorders in children and youth.

Key words: adolescent; child; family; mental disorders; protective factors; risk factors

¹ Psihijatrijska bolnica za djecu i mladež, Zagreb, Hrvatska

² Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet, Odsjek za poremećaje u ponašanju, Laboratorij za preventivna istraživanja, Zagreb, Hrvatska

***Dopisni autor:**

Prim. Ljubica Paradžik, dr. med.
Psihijatrijska bolnica za djecu i mladež
Ulica Ivana Kukuljevića 11, 10 000 Zagreb,
Hrvatska
E-mail: ljubica.paradzik@gmail.com

<http://hrcak.srce.hr/medicina>

UVOD

Problemi mentalnog zdravlja kod djece i adolescenata

Problemi djece i adolescenata najšire se opisuju kao internalizirani i eksternalizirani, pri čemu se eksternalizirani opisuju kao oni koji stvaraju problem okolini, a internaliziranim se smatraju oni okrenuti prema samom pojedincu i stvaranju problema djeci/adolescentima¹. Internalizirani proble-

Značajni razvojni rizici djece koja su uključena u psihijatrijski tretman povezani su s nerazvijenošću komunikacijskih i socijalnih vještina, a značajni rizici vezani za djetetovu obitelj jesu izostanak podrške okoline, emocionalne poteškoće roditelja zbog obiteljskog stresa, psihička bolest ili, pak, neliječena psihička bolest roditelja te siromaštvo.

mi uključuju depresivna raspoloženja, anksioznost, doživljaj somatskih poteškoća, a eksternalizirani se odnose na probleme pažnje, agresivno ponašanje i poteškoće samokontrole². U Međunarodnoj klasifikaciji bolesti – 10 (MKB–10) nalaze se opisani poremećaji koji se javljaju u djetinjstvu i adolescenciji, uključujući poremećaj ponašanja (F 91), mješoviti poremećaj ponašanja i emocija (F 92), emocionalni poremećaj s početkom u djetinjstvu (F 93) i druge³.

Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) procjenjuje da oko 20 % adolescenata pati od poremećaja mentalnog zdravlja⁴. Polovica poremećaja počinje do 14. godine, a ukupno 75 % slučajeva do 24. godine života⁵. Prema podacima SZO-a⁴ anksioznost je deveti vodeći uzrok oboljenja kod adolescenata u dobi od 15 do 19 godina te šesti kod djece u dobi od 10 do 14 godina, dok je depresija četvrti vodeći uzrok bolesti i invaliditeta među adolescentima u dobi od 15 do 19 godina. Brojke o zastupljenosti problema su zabrinjavajuće, a svjetske studije ukazuju na još alarmantnije podatke. Naime, samo 25 % djece i mladih s poremećajima mentalnog zdravlja uključeno je u odgovarajuću intervenciju, a do samog uključivanja u prosjeku prođu dvije do tri godine⁶.

Domaći podatci o zastupljenosti problema potvrđuju svjetske trendove. Pilot-istraživanje Psihija-

trijske bolnice za djecu i mladež 2016. godine na uzorku od 126 učenika šestih razreda osnovnih škola Grada Zagreba utvrdilo je da su kod 19,3 % djece granično i visoko izraženi bili simptomi problema mentalnog zdravlja, pri čemu je prevalencija emocionalnog poremećaja bila 7,7 %, hiperaktivnosti i nepažnje 6,4 %, a poremećaja ponašanja 5,1 %⁷. Rezultati istraživanja Macuke u koje je bilo uključeno 937 učenika s područja Dalmacije prosječne dobi 13 godina, ukazuju da adolescenti pokazuju više internaliziranih nego eksternaliziranih problema, pri čemu su anksioznost/depresivnost i somatske pritužbe više zastupljene kod djevojčica nego dječaka, a kršenje pravila zastupljenije je kod dječaka⁸. Istraživanje provedeno na općoj populaciji od 10 138 adolescenata utvrdilo je da je 12,2 % adolescenata imalo vrlo ozbiljnu razinu simptoma depresivnosti, dok 23,3 % pokazuje vrlo ozbiljnu razinu anksioznosti⁹.

I svjetske i domaće studije govore o potrebi sustavnog ulaganja u područje mentalnog zdravlja mladih, uključujući i promociju mentalnog zdravlja, kvalitetniju skrb za mentalno zdravlje koja je pravovremena i s dovoljnim brojem stručnjaka, ali i implementaciju znanstveno utemeljenih intervencija u području promocije i skrbi za mentalno zdravlje.

Rizični i zaštitni čimbenici za razvoj problema mentalnog zdravlja

Kad se promišlja o problemima mentalnog zdravlja, istraživanja su identificirala brojne čimbenike rizika povezane s roditeljstvom i obitelji adolescenata, a oni uključuju: nasilje u obitelji, stresne obiteljske situacije, obiteljsku neorganiziranost, nedostatak obiteljske kohezije, socijalnu izoliranost obitelji, nedostatak discipline, nerealna očekivanja od djece¹⁰, rano roditeljstvo¹¹, roditeljsku tjelesnu bolest, roditeljsku mentalnu bolest te alkoholizam roditelja¹¹.

Obitelji u kojima roditelji boluju od psihičkih bolesti lošije funkcioniraju u odnosu na obitelji u kojima je roditelj zdrav te je lošije obiteljsko funkcioniranje povezano s psihološkim poteškoćama djece¹². Psihičke bolesti roditelja važan su čimbenik povezanosti obiteljskog funkcioniranja s prilagodbom u djetinjstvu i internaliziranim poteškoćama

koje se javljaju u razdoblju adolescencije¹²⁻¹⁴. Niži socioekonomski status, sociodemografski čimbenici kao što su niže obrazovanje roditelja, nezaposlenost roditelja i obiteljsko siromaštvo također se pokazuju češće prisutnima kod obitelji gdje djeca i adolescenti imaju neke psihičke poremećaje¹⁵. Istraživanja u američkom kontekstu sugeriraju da su socioekonomski pokazatelji (nezaposlenost, obrazovanje roditelja, siromaštvo) bolji prediktori eksternaliziranih nego internaliziranih problema¹⁶. Bez obzira na kulturu i kontekst, odrastanje djece u siromašnom okruženju svakako je povezano s manjkom razvojno-poticačnih resursa¹⁷. Istraživanje Ajduković i Rajhvajn Bulat¹⁸ na 558 mladih drugih razreda srednjih škola pokazuje povezanost pokazatelja materijalnog statusa s varijablama mentalnog zdravlja: mladi čije obitelji imaju slabije financijske mogućnosti pokazuju više emocionalnih poteškoća, problema s vršnjacima te su nezadovoljniji odnosima u obitelji. Razmatrajući zaštitne čimbenike u obiteljskom kontekstu, u literaturi se najviše navode učinkovite vještine roditeljstva, prisustvo roditelja koji sebe i svoje roditeljstvo percipira efikasnim, odnosno roditelja koji ima dobre roditeljske kompetencije i koji primjenjuje učinkovite roditeljske strategije¹⁹, roditeljska podrška, zdrava povezanost s obitelji, kohezija u obitelji, autoritativni odgojni stil, dobar odnos roditelj – adolescent, međusobna podrška supružnika i ostalih članova obitelji, kvalitetna komunikacija u obitelji, povezanost s društvenom zajednicom te dobar ekonomski status^{10, 11, 17, 20-23}. Dobra obiteljska komunikacija, postojanje obiteljskih rituala i rutina (na primjer obiteljskih večera) negativno su povezani s internaliziranim i eksternaliziranim problemima djece, njihovo je postojanje povezano s emocionalnom dobrobiti, prosocijalnim ponašanjem i životnim zadovoljstvom adolescenata²¹. Djeca iz obitelji u kojima prevladava optimističan životni stav te preuzimanje odgovornosti za obiteljsku situaciju, imaju pozitivan ishod vezan za mentalno zdravlje²⁴. Postojanje dobre socijalne mreže (prijatelji, učitelji, sport, crkva) i podrška izvan nuklearne obitelji također se navode kao zaštitni čimbenici za mentalno zdravlje djece i mladih¹¹.

Budući da je u domaćem kontekstu malo istraživanja koja se bave kliničkom populacijom i analizom rizičnih i zaštitnih čimbenika u obiteljskom

kontekstu, cilj ovog rada je analizirati obilježja obiteljskog okruženja, uključujući zaštitne i rizične čimbenike, djece koja su zbog poteškoća mentalnog zdravlja uključena u psihijatrijski tretman.

ISPITANICI I METODE

Ispitanici

Podatci su prikupljeni kao dio subuzorka projekta „Specifična obilježja obitelji u riziku: doprinos planiranju kompleksnih intervencija – „FamResPlan“ koji je financirala Hrvatska zaklada za znanost (HRZZ IP-2014-09-9515). Cilj projekta bio je utvrditi obilježja specifičnih skupina obitelji u riziku, njihovu otpornost, spremnost na promjenu, spremnost za uključivanje u intervenciju te zadovoljstvo životom. Glavno istraživanje uključilo je prigodan uzorak obitelji u riziku čiji je najmanje jedan član zbog nekih problema korisnik intervencija u području socijalne skrbi, skrbi za mentalno zdravlje i pravosuđa.

U ovom se radu prikazuje dio subuzorka istraživanja provedenog u Psihijatrijskoj bolnici za djecu i mladež Zagreb u razdoblju od 2017. do 2019. godine, tj. uzorak od 112 sudionika koje su činili obiteljski parovi, 56-ero djece u dobi od 12 do 19 godina te 56 njihovih roditelja ili skrbnika, bez obzira na spol. Prosječna dob uključene djece je 14,47 godina dok je prosječna dob roditelja 43,73 godine. U prikupljenom uzorku djece više je djevojaka nego mladića (40 naspram 16), dok su roditelji/skrbnici djece koja su sudjelovala u istraživanju u velikoj mjeri majke (46 majki naspram 9 očeva). Većina djece (69,7 %) živi s roditeljima koji su u braku ili izvanbračnoj zajednici, dok je razvedenih roditelja 19,6 % (tablica 1).

Sve sudionike, djecu i njihove roditelje/skrbnike, o „FamResPlan“ projektu i o svrsi istraživanja informirala je nadležna liječnica, specijalistica dječje i adolescentske psihijatrije koja je bila suradnica na projektu. Sudionici su zamoljeni za sudjelovanje i davanje pismene suglasnosti o sudjelovanju u istraživanju. Istraživanje je odobrilo Ministarstvo obrazovanja, znanosti i sporta, Etičko povjerenstvo Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta, kao i Etičko povjerenstvo Psihijatrijske bolnice za djecu i mladež Zagreb. Prikupljanje podataka bilo je anonimno i dobrovoljno (ispitanici su imali pravo odustati od sudjelovanja u svakom trenutku).

Tablica 1. Demografska obilježja djece i roditelja uključenih u istraživanje

Karakteristike djece	N (%)	Karakteristike roditelja	N (%)
Dob djece		Dob roditelja	
12-13	16 (29,1)	30-39	20 (35,7)
14-15	26 (46,8)	40-49	24 (42,9)
16-17	12 (21,4)	50-59	11 (19,6)
18-19	1 (1,8)	60-69	1 (1,8)
Spol djeteta		Roditeljska uloga	
muško	16 (28,6)	majka	46 (82,1)
žensko	40 (71,4)	otac	9 (16,07)
		posvojitelj	1 (1,8)
Škola		Bračni status	
osnovna	23 (41,1)	u braku	37 (66,1)
trogodišnja srednja	10 (17,9)	izvanbračna zajednica	2 (3,6)
četverogodišnja srednja	17 (30,4)	razvedeni	11 (19,6)
gimnazija	5 (8,9)	jedan roditelj preminuo	1 (1,8)
napušteno školovanje	1 (1,8)	nešto drugo	5 (8,9)

Metode istraživanja

U nastavku će detaljno biti opisani instrumenti koji su se koristili za prikupljanje ciljanih varijabli. Prikupljeni su podatci temeljem medicinske dokumentacije, Sociodemografskog upitnika o obitelji te Liste za procjenu razvojnih rizika (podatke je prikupljala liječnica, specijalistica dječje i adolescentske psihijatrije) i upitnika samoiskaza koji su ispunjavali roditelj i dijete (Upitnik zaštitnih obiteljskih čimbenika, verzija za odrasle i verzija za djecu). Uz navedeni instrumentarij, dijagnostičku procjenu i ispitivanje djeteta obavila je liječnica, dječja i adolescentska psihijatrica poštujući standardni postupak i koristeći Međunarodnu klasifikaciju bolesti – 10 (MKB-10)³.

1. Sociodemografski upitnik o obitelji – temeljem službene medicinske dokumentacije prikupljeni su podatci o dobi majke, dobi oca, broju i dobi braće i sestara odnosno polubraće i polusestara, obrazovanju i zanimanju majke/oca/skrbnika, radnom statusu majke/oca/skrbnika i odnosu roditelja (u braku su i žive zajedno, u braku su i ne žive zajedno, u izvanbračnoj zajednici, razvedeni su, jedan roditelj je preminuo, nešto drugo).

2. Lista za procjenu razvojnih rizika djeteta²⁵ omogućuje procjenu obiteljskih okolnosti i obilježja roditelja kao čimbenika razvojnog rizika dje-

teta te obilježja djeteta i njegovog ponašanja. Upitnik je prvotno bio namijenjen socijalnim radnicima i suradnicima centara za socijalnu skrb koji provode mjere vezane uz zaštitu dobrobiti djeteta u obitelji, no kako su autori Liste napomenuli da ga mogu koristiti drugi stručnjaci, u ovoj studiji Listu za procjenu razvojnih rizika djeteta popunjavala je dječja i adolescentska psihijatrica koja je za popunjavanje liste bila ranije educirana. Lista za procjenu razvojnih rizika djeteta²⁵ sastoji se od dviju lista procjena:

A. Obiteljske okolnosti i obilježja roditelja kao čimbenika razvojnog rizika djeteta

Lista procjene sastoji se od 21 razvojnog rizika, a navedeni su rizici poput siromaštva, izostanka materijalne, emocionalne i organizacijske podrške šire obitelji, rodbine i prijatelja, izraženih emocionalnih poteškoća roditelja, neodgovarajućeg roditeljskog životnog stila, nasilnih postupaka prema djetetu i slično.

B. Obilježja djeteta i njegovog ponašanja kao pokazatelj ugroženog razvoja i čimbenik razvojnih rizika

Upitnik se sastoji od 17 razvojnih rizika koji opisuju razvojne rizike za dijete poput zaostajanja, nesigurne ili dezorganizirane privrženosti, internaliziranih problema ponašanja i doživljavanja,

Tablica 2. Razvojni rizici kod adolescenata (N)

	Čimbenik rizika	rizik nije prisutan	niska razina rizika	srednja razina rizika	visoka razina rizika
1.	Tjelesni invaliditet / teže senzorno oštećenje / teža kronična bolest	48	3	3	2
2.	Zaostajanje u kognitivnom ili jezičnom razvoju	50	5	1	0
3.	Nesigurna ili dezorganizirana privrženost	34	13	9	0
4.	Internalizirani problemi ponašanja i doživljavanja (anksiozno-depresivni simptomi, povučenost, tjelesne pritužbe)	1	1	28	26
5.	Eksternalizirani problemi ponašanja (agresivnost, destruktivno ponašanje, kršenje pravila, skitnja)	42	9	5	0
6.	Slabe komunikacijske i socijalne vještine; usporen socioemocionalni razvoj	12	33	10	1
7.	Teškoće u učenju i/ili vrlo loš školski uspjeh	24	14	15	2
8.	Teškoće čitanja i pisanja, tj. disleksija i/ili disgrafija	48	6	1	0
9.	Napuštanje škole	51	2	2	1
10.	Uključenost u vršnjačko nasilje (kao žrtva ili počinitelj)	36	4	8	7
11.	Dijagnoza ili jasni znakovi poremećaja pažnje ili hiperaktivnosti (ADHD, ADD)	50	1	3	2
12.	Eksternalizirano ponašanje ili/i korištenje droga ili/i opijanje	51	3	1	1
13.	Činjenje kaznenih i prekršajnih djela	54	2	0	0
14.	Seksualizirano ponašanje	54	1	1	0
15.	Prosjačenje	55	1	0	0
16.	Enureza/enkopreza	56	0	0	0
17.	Dobno i kontekstualno neodgovarajuće reakcije na kontakt sa stručnjacima socijalne skrbi	55	1	0	0

eksternaliziranih problema ponašanja, slabe komunikacijske i socijalne vještine, usporenog socioemocionalnog razvoja, uključenosti u vršnjačko nasilje (kao žrtve ili počinitelja) i druge (tablica 2).

Sukladno navedenom, lista se sastoji od dvaju indeksa: 1) rizici povezani s obilježjima roditelja i obitelji i 2) obilježja djeteta i njegova ponašanja (četiri razvojne faze). Razina rizika procjenjuje se na skali od četiri stupnja (nije prisutan rizik, niski, srednji i visoki). Na kraju slijedi zaključna razina rizika i ocjena razine rizika djeteta kroz četiri stupnja:

1. Bez rizika – dijete nije razvojno ugroženo
2. Niska razina rizika – dijete je potencijalno razvojno ugroženo
3. Srednja/umjerena razina rizika – dijete je razvojno ugroženo
4. Visoka razina rizika – dijete je izrazito razvojno ugroženo

Osim procjene razine rizika koju definira Lista, predviđena je i diskrecijska odluka stručnjaka koja se donosi ako se smatra da je stvarna razina

rizika niža. Na temelju navedenog, donosi se zaključna procjena ukupne razine razvojnog rizika djeteta.

3. Upitnik obiteljske otpornosti – paralelne forme za roditelje i djecu koje su kreirane u sklopu ovog projekta temeljem modela obiteljske otpornosti²⁶ te Upitnika obiteljske otpornosti (engl. *Family Resilience Scale; FRS*)²⁷. Upitnik se sastoji od 34 čestice koje ispituju tri dimenzije: 1. obiteljsku komunikaciju, povezanost i nošenje s problemima (20 čestica, pouzdanost Cronbach aplha α , kod obaju uzoraka iznad 0,96), primjerice: „U stanju smo postići međusobno razumijevanje i dok proživljavamo teške trenutke“, 2. obiteljsku vjeru i duhovnost (sedam čestica, pouzdanost Cronbach aplha α , kod obaju uzoraka iznad 0,97), primjerice: „Kad se naša obitelj nađe u nevolji, utjehu nalazimo u vjeri i/ili duhovnosti“ i 3. socijalnu podršku obitelji (sedam čestica, pouzdanost Cronbach aplha α , kod obaju uzoraka iznad 0,80), primjerice: „Možemo se osloniti na rodbinu ili prijatelje“.

Statistika

Prije same obrade podataka, eksploratornom faktorskom analizom provjerena je struktura Upitnika obiteljske otpornosti za poduzorak odraslih te poduzorak djece. Predanaliza je pokazala istovjetnu faktorsku strukturu kod obaju subuzoraka, i kod djece i kod odraslih.

U daljnjoj obradi podataka korištene su metode deskriptivne statistike kako bi se opisale karakteristike roditelja i djece uključene u studiju, t-test za usporedbu percepcije obiteljskih zaštitnih i rizičnih čimbenika kod roditelja i djece te korelacijska analiza kojom je provjereno kako su povezani demografski čimbenici, procjene razine rizika te obiteljska komunikacija. Za obradu podataka korišten je program SPSS, verzija 26.0. Za procjenu statističke značajnosti korištena je razina značajnosti od 5 i 1 % (* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$).

REZULTATI

Obilježja djeteta te specifičnosti kliničke slike

Od ukupno 112 sudionika ovog istraživanja, 56-ero djece sudionika bili su adolescenti, od kojih 49 (87,5 %) ima internalizirane i sedam (12,5 %) ima kombinirane eksternalizirane i internalizirane probleme. Samo eksternalizirane probleme nema niti jedan sudionik istraživanja. Vidljivo je da su djevojke zastupljenije i kad se radi o internaliziranim problemima (njih 62,4 % naspram 25 % mladića) i kad se radi o kombinaciji internaliziranih i eksternaliziranih problema (8,9 % djevojaka naspram 3,6 % mladića). Kad se internalizirani problemi (anksiozni, depresija, somatizacije) analiziraju po dijagnostičkim kategorijama, prevlada-

vaju anksiozni (26,8 %) i anksiozno-depresivni poremećaji (28,6 %), uz veću zastupljenost poremećaja kod djevojaka (tablica 3). Anksiozni i anksiozno-depresivni poremećaji pojavljuju se kod 39,3 % djevojaka. Uz navedeno, kod nešto manje od 10 % djevojaka prisutni su depresivni poremećaj, nespecificirani emocionalni poremećaj te mješoviti poremećaj ponašanja i emocija. Kod mladića su najzastupljeniji anksiozni poremećaji (10,7 %), a najmanje nespecificirani emocionalni poremećaj (1,8 %). Kombinirani internalizirani i eksternalizirani problemi u kategoriji su mješovitih poremećaja ponašanja i emocija koji uključuju trajno naglašene emocionalne simptome uz prisustvo ponašanja i također su više zastupljeni kod djevojaka na ispitanom uzorku.

Prosječno trajanje simptoma poremećaja koje su adolescenti imali prije dolaska u Psihijatrijsku bolnicu za djecu i mladež bilo je 14,2 mjeseci (minimalno tri mjeseca, maksimalno 72 mjeseca). Većina djece je u Psihijatrijskoj bolnici za djecu i mladež pomoć potražila do godinu dana od početka smetnji i pojavljivanja poremećaja. Ipak, 16 od 56 adolescenata, odnosno 28,6 % uzorka simptome je iskazivalo u razdoblju dužem od godine dana (tablica 4).

Od ukupno 56-ero djece koja su sudjelovala u istraživanju, njih je 13 (23,2 %) bilo uključeno u tretman psihologa ili psihijatra prije dolaska u Psihijatrijsku bolnicu za djecu i mladež, a njih 43 (76,8 %) nije ranije bilo u tretmanu stručnjaka za mentalno zdravlje. Djeca i mladi koji su bili uključeni u tretman psihologa ili psihijatra prije dolaska u Psihijatrijsku bolnicu za djecu i mladež kao specijaliziranu ustanovu, upućeni su zbog progresije poremećaja.

Tablica 3. Tip poremećaja kod adolescenata

Tip poremećaja	Ukupno		Mladići		Djevojke	
	N	%	N	%	N	%
Emocionalni poremećaji (depresija)	5	8,9	0	0	5	8,9
Emocionalni poremećaji (anksiozni)	15	26,8	6	10,7	9	16,1
Emocionalni poremećaji (anksiozno-depresivni)	16	28,6	3	5,4	13	23,2
Emocionalni poremećaji (somatoformni)	4	7,1	2	3,6	2	3,6
Reakcije na teški stres i poremećaji prilagodbe	3	5,4	2	3,6	1	1,8
Emocionalni poremećaji (nespecificirani)	6	10,7	1	1,8	5	8,9
Mješoviti poremećaj ponašanja i emocija	7	12,5	2	3,6	5	8,9

Tablica 4. Trajanje simptoma prije dolaska u Psihijatrijsku bolnicu za djecu i mladež

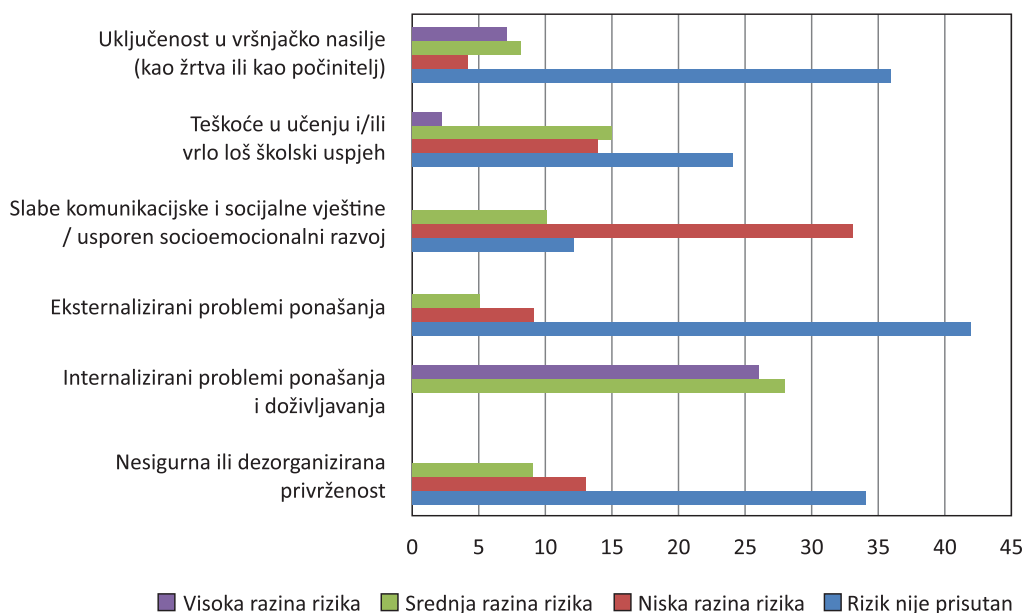
Vremensko razdoblje	N	%
do 6 mjeseci	18	32,1
6-12 mjeseci	22	39,1
12-18 mjeseci	2	3,6
18-24 mjeseca	8	14,3
Više od 2 godine	6	10,7

Razvojni rizici djeteta

U odnosu na ponašanja i obilježja djece, prosječna vrijednost procjena razine rizika djeteta je $M = 2,54$, $SD = 0,503$. Srednja i visoka razina rizika u najvećoj je mjeri prisutna kod „Internalizirani problemi ponašanja i doživljavanja (anksiozno-depresivni simptomi, povučenost, tjelesne pritužbe)“ ($N = 54$, 96,4 % sudionika istraživanja), „Teškoće u učenju i/ili vrlo loš školski uspjeh“ ($N = 17$, 30,4 % sudionika istraživanja), „Uključenost u vršnjačko nasilje (kao žrtva ili počinitelj)“ ($N = 15$, 26,8 % sudionika istraživanja) te „Slabe komunikacijske i socijalne vještine; usporen socioemocionalni razvoj“ ($N = 11$, 19,6 % sudionika istraživanja). Zanimljivo je istaknuti da je čak 78,5 % sudionika istraživanja u nekoj razini rizika u odnosu na razvijenos komunikacijskih i socijalnih vještina te redo-

Istraživanje upućuje na potrebu kreiranja intervencija za adolescente u vidu ranog prepoznavanja poteškoća mentalnog zdravlja, ranog uključivanja u adekvatnu intervenciju i dostupnost tretmana, ali i roditelja u vidu jačanja roditeljskih vještina, razumijevanja i prikladnog odgovora na emocionalne potrebe djeteta, usvajanja vještina učinkovite komunikacije te prepoznavanja poteškoća i pravovremenog traženja pomoći.

vitog socijalnog razvoja (tablica 2). Zbog transparentnijeg prikazivanja velikog broja procjenjivanih razvojnih rizika, na slici 1 prikazani su najčešće prisutni razvojni rizici utvrđeni kod sudionika istraživanja. Iz prikaza je vidljivo kako je, od 17 procjenjivanih rizika, njih šest prisutno kod više od 20 % sudionika istraživanja (slika 1).

**Slika 1.** Prisutnost razvojnih rizičnih obilježja kod više od 20 % sudionika istraživanja (adolescenti)

Tablica 5. Financijska primanja obitelji

Opis prihoda	N (%)	Mjesečni prihod	N (%)
Često ne znamo kako ćemo preživjeti.	2 (3,6)	2.000 do 4.000 kuna	10 (17,8)
Imamo samo nužno za preživljavanje.	8 (14,3)	4.001 do 6.000 kuna	9 (16,1)
Imamo dovoljno, ali ne možemo si puno toga priuštiti.	27 (48,2)	6.001 do 8.000 kuna	13 (23,2)
Imamo dovoljno novaca da dobro živimo.	18 (32,1)	8.001 do 10.000 kuna	14 (25)
Imamo puno novaca i možemo si priuštiti i luksuz.	1 (1,8)	više od 10.000 kuna	10 (17,9)

Tablica 6. Obiteljske okolnosti i obilježja roditelja kao čimbenika razvojnog rizika djeteta (N)

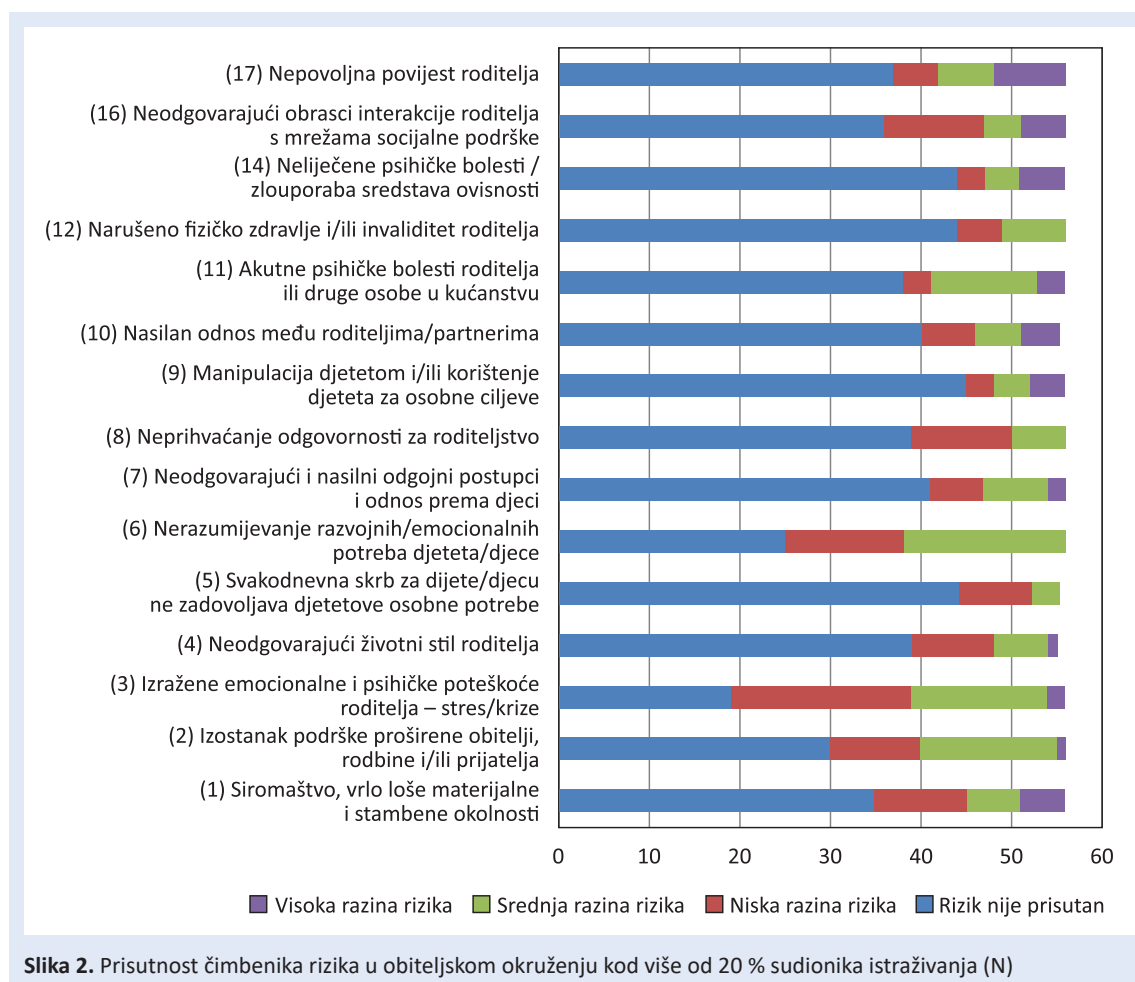
	Čimbenik rizika zbog obiteljskih okolnosti i obilježja roditelja	Rizik nije prisutan	Niska razina rizika	Srednja razina rizika	Visoka razina rizika
1.	Siromaštvo, vrlo loše materijalne i stambene okolnosti	35	10	6	5
2.	Izostanak materijalne, emocionalne i organizacijske podrške proširene obitelji, rodbine ili/i prijatelja	30	10	15	1
3.	Izražene emocionalne i psihičke poteškoće roditelja kao posljedica visoke izloženosti obiteljskom ili/i roditeljskom stresu i kriznim situacijama	19	20	15	2
4.	Neodgovarajući životni stil roditelja (loša održavanost domaćinstva, sklonost neradu i besposličarenju, neracionalno trošenje novca, život koji ne pruža stabilnost djetetu)	39	9	6	1
5.	Svakodnevna skrb za dijete/djecu ne zadovoljava djetetove osnovne potrebe	44	8	3	0
6.	Nerazumijevanje razvojnih/emocionalnih potreba djeteta/djece	25	13	18	0
7.	Neodgovarajući i nasilni odgojni postupci i odnos prema djetetu/djeci	41	6	7	2
8.	Neprihvatanje odgovornosti za roditeljstvo, razvojne ishode i ponašanje djeteta	39	11	6	0
9.	Manipulacija djetetom i/ili korištenje djeteta za osobne ciljeve tako da se izravno ili neizravno ugrožava djetetova dobrobit	45	3	4	4
10.	Nasilan odnos među roditeljima/partnerima sada i/ili u protekloj godini	40	6	5	4
11.	Akutno stanje dijagnosticirane psihičke bolesti roditelja ili druge osobe u kućanstvu	38	3	12	3
12.	Narušeno fizičko zdravlje i/ili invaliditet roditelja koji ometa prikladnu skrb o djetetu	44	5	7	0
13.	Intelektualna ograničenja roditelja koja ometaju prikladnu skrb o djetetu	53	2	0	0
14.	Neliječena psihička bolest, poremećaj ličnosti, zlouporaba ili ovisnost o alkoholu ili drogama	44	3	4	5
15.	Neprihvatljivo i rizično ponašanje roditelja (sklonost kriminalu, promiskuitet, kockanje, ovisnost o internetu i sl.) u protekloj godini	48	7	1	0
16.	Neodgovarajući obrasci interakcije roditelja (izolacija ili/i agresivnost) s proširenom obitelji i drugim mrežama socijalne podrške (susjedstvo, prijatelji, lokalna zajednica...)	36	11	4	5
17.	Nepovoljna povijest roditelja (izloženost nasilju i drugim oblicima traumatizacije, odrastanje izvan vlastite obitelji i sl.)	37	5	6	8
18.	Prethodne dokumentirane/dokazane prijave za zlostavljanje i zanemarivanje djece	52	2	2	0
19.	Povijest kontakata sa socijalnim i drugim službama zbog narušenih obiteljskih odnosa, roditeljstva, problema psihičkog zdravlja, alkoholizma ili ovisnosti	47	3	3	3
20.	Neprikladne reakcije na mjere, intervencije i stručnjake socijalne skrbi	50	3	3	0

Obiteljske okolnosti i obilježja roditelja

Većina roditelja adolescenata uključenih u tretman u Psihijatrijskoj bolnici za djecu i mladež ima završenu srednju školu (69,6 % majki te 78,6 % očeva). Višu ili visoku stručnu spremu ima 16 % majki i 9 % očeva. Ima više očeva sa završenom osnovnom školom (12,5 %) u odnosu na majke (4,3 %). Trajno zaposlenih je 39 očeva (69,6 %) i 36 majki (64,3 %). Nezaposlenih očeva je 16,1 %, a majki 26,8 %.

Kod 17,8 % obitelji mjesečni prihodi su vrlo niski – od 2.000,00 do 4.000,00 kuna. Subjektivni doživljaj, odnosno opis prihoda u kategorijama „Često ne znamo kako ćemo preživjeti“ i „Imamo samo nužno za preživjeti“ vidljiv je kod otprilike istog postotka sudionika (17,9 %). Iz navedenog se može zaključiti da gotovo 18 % sudionika istraživanja živi u siromaštvu. Ukoliko se ovim postotcima pridruži i kategorija mjesečnih prihoda od 4.001 do 6.000 kuna, ukupno 33,9 % djece dolazi iz obitelji s iznimno niskim obiteljskim primanjima (tablica 5).

Kad se promatraju rezultati Liste procjene obiteljskih okolnosti i obilježja roditelja kao čimbenika razvojnog rizika, čimbenik rizika prisutan kod najvećeg dijela roditelja (kod 37 roditelja, odnosno 66,1 %) odnosi se na „Izražene emocionalne i psihičke poteškoće roditelja kao posljedica visoke izloženosti obiteljskom ili/i roditeljskom stresu i kriznim situacijama“. Slijedi „Nerazumijevanje razvojnih/emocionalnih potreba djeteta/djece“ (55,4 % roditelja). Izostanak podrške kao značajan rizik prisutan je kod 46,4 % obitelji, a siromaštvo kod njih 37,5 %. Najmanje procijenjeni rizici koji su posljedica obiteljskih okolnosti ili obilježja roditelja su „Neprijemne reakcije na mjere, intervencije i stručnjake socijalne skrbi“ (10,7 %) i „Prethodno dokumentirane/dokazane prijave za zlostavljanje i zanemarivanje djece“ (7,1 %) (tablica 6). Izdvojeni su najčešće utvrđeni rizični čimbenici, odnosno oni koji su prisutni kod više od 20 % obitelji/roditelja. Vidljivo je da je, od 20 rizičnih čimbenika koji su procjenjivani, kod 20 %

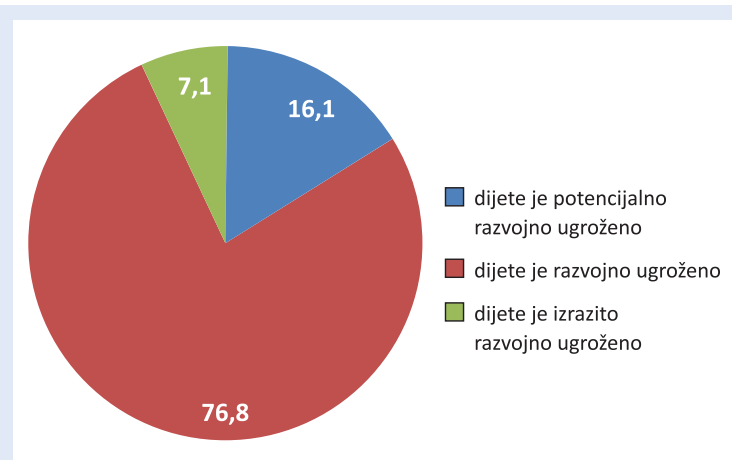


obitelji/roditelja adolescenata koji su u tretmanu u Psihijatrijskoj bolnici za djecu i mladež prisutno 15 rizičnih čimbenika koji se nalaze u obiteljskom okruženju ili ih nose roditelji (slika 2).

Kad se govori o obiteljskim okolnostima kao čimbeniku razvojnog rizika djeteta, najčešće zastupljeni rizici su siromaštvo i izostanak materijalne/

emocionalne/organizacijske podrške proširene obitelji, rodbine ili/i prijatelja. Obilježja roditelja kao čimbenika razvojnog rizika grupiraju se u poteškoće s mentalnim zdravljem roditelja uslijed stresa/križa, korištenje sredstava ovisnosti i psihičkih poremećaja te neučinkovito roditeljstvo.

Zaključno, ukupna procjena rizika adolescenata uključenih u psihijatrijski tretman napravljena je putem procjene obiteljskih okolnosti i obilježja roditelja kao čimbenika razvojnog rizika djeteta te obilježja djeteta i njegovog ponašanja (slika 3). Kad se integriraju podatci dobiveni procjenom razvojnog rizika djeteta i rizika koji se nalaze u obiteljskom okruženju, vidljivo je da je 76,8 % sudionika istraživanja razvojno ugroženo. Njih 16,1 % je potencijalno razvojno ugroženo, a 7,1 % sudionika istraživanja izrazito je razvojno ugroženo. Iz prikazanih podataka vidljivo je da su rizici mnogobrojni, i razvojni rizici i rizici u obiteljskom okruženju (okolnosti i oni koje nose roditelji), što zasigurno predstavlja neizostavnu potrebu za sveobuhvatnim intervencijama usmjerenima adolescentima, ali i njihovim obiteljima.



Slika 3. Ukupna procjena rizika adolescenata uključenih u psihijatrijski tretman (%)

Tablica 7. Razlike u percepciji obiteljskih zaštitnih i rizičnih čimbenika kod roditelja i djece u ispitanom kliničkom uzorku (N = 112)

	Djeca M (SD)	Roditelji M (SD)	t-test	p	Korelacija procjena
Obiteljska komunikacija, povezanost i nošenje s problemima	3,57 (1,08)	3,93 (0,77)	- 2,76	0,01**	0,488**
Obiteljska vjera i duhovnost	2,84 (1,35)	3,25 (1,33)	- 2,30	0,03*	0,506**
Socijalna podrška obitelji	3,72 (0,89)	3,69 (0,98)	0,14	0,22	0,131

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Tablica 8. Koeficijenti korelacije demografskih varijabli, razine rizika i obiteljske komunikacije

	Financijska primanja obitelji	Procjena obiteljske komunikacije – dijete	Procjena obiteljske komunikacije – roditelj	Ukupna razina obiteljskih razvojnih rizika	Ukupna razina dječjih razvojnih rizika
Financijska primanja obitelji	1	0,105	0,385**	- 0,226	- 0,102
Procjena obiteljske komunikacije – dijete		1	0,488*	- 0,270*	- 0,023
Procjena obiteljske komunikacije – roditelj			1	- 0,532**	- 0,025
Razina obiteljskih razvojnih rizika				1	0,146
Ukupna razina dječjih razvojnih rizika					1

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Obiteljski zaštitni i rizični čimbenici

Rezultati prikupljeni Upitnikom obiteljske otpornosti ukazuju na razlike u percepciji obiteljskih rizičnih i zaštitnih čimbenika kod ispitanih roditelja i djece sudionika ovog istraživanja. Naime, deskriptivne vrijednosti ukazuju da roditelji sve ispitivane zaštitne čimbenike u obiteljskom kontekstu procjenjuju zastupljenijima nego djeca, od komunikacije i rješavanja problema, obiteljske duhovnosti do socijalne podrške obitelji. Bez obzira na prisutne razlike u aritmetičkim sredinama, t-testom su utvrđene statistički značajne razlike na dimenziji obiteljske komunikacije i rješavanja problema te procjene obiteljske duhovnosti (tablica 7). Zanimljivo je za istaknuti da se u ovom kliničkom uzorku najvišom procjenjuje socijalna podrška obitelji, dok duhovnost najnižom procjenjuju i roditelji i djeca.

Provjerom povezanosti dječje procjene obiteljske komunikacije i roditeljske procjene obiteljske komunikacije s financijskim primanjima u obitelji te razvojnim rizicima djeteta i razvojnim rizicima same obitelji (tablica 8), potvrđeni su zanimljivi odnosi. Podatci pokazuju povezanost između boljeg financijskog statusa obitelji i pozitivnije obiteljske komunikacije iz perspektive roditelja ($r = 0,488, p < 0,05$), ali ne i djece ($r = 0,105, p = 0,426$). Očekivano, utvrđeno je da je niža percepcija kvalitete obiteljske komunikacije, i dječja ($r = -0,270, p < 0,05$) i roditeljska/skrbnička ($r = -0,532, p < 0,05$), povezana s većom razinom obiteljskih razvojnih rizika. Zanimljivo je za istaknuti da dječje i roditeljske procjene obiteljske komunikacije nisu povezane s razinom razvojnih rizika djeteta. Navedeno bi možda moglo značiti i da roditelji u obiteljskom životu ne tematiziraju neke od razvojnih rizika djeteta te je to svakako tema koju je potrebno pobliže istražiti u daljnjim istraživanjima.

RASPRAVA

Cilj ovog rada bio je istražiti obilježja obitelji te rizične i zaštitne obiteljske čimbenike kod onih obitelji čija su djeca uključena u psihijatrijski tretman zbog poteškoća mentalnog zdravlja. U istraživanju provedenom na kliničkom uzorku od 112 sudionika, odnosno 56 adolescenata i 56 roditelja/skrbnika, tj. obiteljskih parova dominantno su

bile zastupljene djevojke (71,4 %) s poteškoćama mentalnog zdravlja te njihove majke (82,1 %).

Rezultati istraživanja na kliničkom uzorku 56-ero djece ukazuju na veću zastupljenost internaliziranih problema (internalizirane probleme imalo je 87,5 % sudionika istraživanja, a kombinirane internalizirane i eksternalizirane probleme njih 12,5 %). Isključivo eksternalizirani problemi nisu utvrđeni ni kod jednog sudionika istraživanja. Rezultate je potrebno razmatrati u okviru ograničenja istraživanja s obzirom na činjenicu da je ovo bio prigodan i mali uzorak prikupljan u razdoblju od 18 mjeseci, s većom zastupljenosti djevojaka (71,4 % djevojaka naspram 28,6 % mladića). Za sudjelovanje u istraživanju bila su motiviranija djeca i adolescenti s internaliziranim problemima, kao i njihovi roditelji, dok su djeca koja imaju eksternalizirane ili kombinirane internalizirane i eksternalizirane probleme i njihovi roditelji bili slabije motivirani za sudjelovanje. Tome pridonosi i činjenica da je odnos i utjecaj roditelj-dijete dvosmjernan²⁸ te je kod djece s eksternaliziranim problemima u obitelji zasigurno povećana i stopa sukoba, nesuglasica i općeg lošijeg funkcioniranja, dijelom i zbog simptoma eksternaliziranih problema. Konflikta u obitelji su, prema istraživanjima, sveukupno povezani s problematičnim ponašanjem djece²⁹, a djecu koja dolaze iz obitelji gdje je psihički bolestan roditelj, njihovi roditelji manje prate, što se povezuje s eksternaliziranim problemima adolescenata³⁰.

Ukoliko se gledaju spolne razlike u ovom istraživanju, internalizirani, kao i kombinirani internalizirani i eksternalizirani problemi zastupljeniji su kod djevojaka. S obzirom na ograničenja ovog uzorka, ovi nalazi ne mogu se generalizirati na cijelu populaciju djece koja su uključena u psihijatrijski tretman. Dosadašnja istraživanja koja pokazuju spolne razlike relativno su konzistentna te ukazuju na to da su eksternalizirani problemi zastupljeniji kod dječaka, a internalizirani kod djevojčica⁸. Istraživanje Macuke očekivano je pokazalo više internaliziranih problema kod adolescentica uz više anksioznih i depresivnih poteškoća, dok eksternalizirani problemi nisu zastupljeniji kod mladića, iako mladići pokazuju više devijantnih ponašanja⁸. Izostanak razlika u spolu u skupini eksternaliziranih problema naveden je i u istraživanju Rudana i suradnika³¹.

S obzirom na vrstu poremećaja mentalnog zdravlja, rezultati ovog istraživanja pokazuju da su kod djevojaka najzastupljeniji anksiozno-depresivni (23,2 %), potom anksiozni (16,1 %) te depresivni poremećaji (8,9 %), a kod mladića anksiozni (10,7 %) te anksiozno-depresivni poremećaji (5,4 %). Rezultati su u skladu s ranijim istraživanjima i nalazima koji navode anksiozne poremećaje kao najzastupljenije kod djece i adolescenata te je prevalencija između 15 i 20 %³². Prevalencija depresije u adolescenata je od 4 do 8 % i dvostruko je češća kod djevojaka nego mladića³³.

Svjetske studije pokazuju da se anksiozni i depresivni poremećaji javljaju u komorbiditetu i utvrđeno je da u općoj populaciji od 25 do 50 % mladih s depresijom ispunjava kriterije za anksiozni poremećaj, dok 10 do 15 % osoba s primarnim anksioznim poremećajem ima i depresivni poremećaj³⁴. I u našem su istraživanju anksiozno-depresivni poremećaji najzastupljeniji. Emocionalni i ponašajni problemi također se javljaju zajedno, što pokazuju brojne studije^{7, 8, 35}, a na našem uzorku izražavaju se kao mješoviti poremećaj ponašanja i emocija (12,5 %).

Od 56-ero djece uključene u ovo istraživanje, 71,2 % je u prvih godinu dana potražilo pomoć te bilo uključeno u tretman. Literatura navodi brojne razloge za neuključivanje djece i mladih u tretman: nedostaje ljudskih i financijskih resursa za mentalno zdravlje djece i mladih, odrasli/skrbnici nemaju povjerenja u sustav, prisutna je velika stigma, obiteljske okolnosti znaju biti vrlo složene, dok su stavovi roditelja o psihičkim poremećajima i iskustva roditelja vezano za stručnu pomoć vrlo negativni³⁶. Unatoč tome, ukoliko se ne liječe, problemi mentalnog zdravlja imaju negativne posljedice na akademsko i socijalno funkcioniranje te kvalitetu života mlade osobe i njezine okoline³⁶.

Rezultati ove studije ukazuju na vrlo informativne podatke o obiteljskim okolnostima djece koja su uključena u psihijatrijski tretman. Iako se potvrđuju već poznati nalazi i teorije, slično istraživanje na kliničkom uzorku autorima nije poznato. Dobiveni rezultati imaju značajnu praktičnu vrijednost. Primjerice, treba istaknuti značajno prisustvo siromaštva u ispitanom uzorku. Svaka treća obitelj, odnosno njih 33,9 %, u ovom istraživanju živi s niskim primanjima. Dosadašnja istra-

živanja također su upućivala na povezanost socioekonomskih indikatora s internaliziranim i eksternaliziranim problemima te nedostatkom razvojnopoticajnih resursa^{16, 17} te da djeca i adolescenti iz obitelji niskog socioekonomskog statusa (SES) imaju 2-3 puta veću vjerojatnost razviti probleme mentalnog zdravlja nego njihovi vršnjaci visokog SES-a^{37, 38}.

Vezano za obiteljske čimbenike, u ovoj su se studiji za otežane obiteljske okolnosti značajnim pokazali izostanak materijalne, emocionalne i organizacijske podrške proširene obitelji, rodbine i/ili prijatelja, poteškoće roditelja zbog obiteljskog stresa te psihička bolest roditelja. Istaknuo se i veći broj rizika vezanih uz nedostatne vještine roditeljstva. I u ranijim istraživanjima utvrđeno je da su obitelji djece s eksternaliziranim poremećajima izvještavale o slabijoj socijalnoj podršci, obiteljskoj disfunkcionalnosti te roditeljskoj psihopatologiji³⁹. Podrška proširene obitelji, dobri obiteljski odnosi, sposobnosti obitelji u nošenju sa stresnim i kriznim obiteljskim situacijama zaštitni su čimbenici i pridonose osnaživanju obitelji^{39, 40}. U našem kliničkom uzorku roditelji i djeca procjenjuju socijalnu podršku kao najzastupljeniji zaštitni čimbenik.

Psihičke bolesti roditelja pokazale su se značajnim rizikom i u ovom istraživanju, a ranija istraživanja navode depresiju majke, grubo i kažnjavajuće roditeljstvo te obiteljske konflikte rizičnim čimbenicima za eksternalizirane i internalizirane probleme djece⁴¹⁻⁴⁴. Retrospektivno istraživanje na kliničkom uzorku 154-ero djece hospitalizirane zbog psihičkih poremećaja navodi da je u 71 % slučajeva član obitelji (roditelj, brat ili sestra) imao psihijatrijski poremećaj⁴⁵. I iskustva iz prakse govore da roditelji djece koja su uključena u psihijatrijski tretman često i sami imaju psihičke poteškoće, a veliki dio njih nije uključen u tretman te često kao jedine probleme navode probleme djece.

Vezano za viđenje financijske situacije, ukoliko je financijski status obitelji pozitivniji, roditelji pozitivnijom procjenjuju obiteljsku komunikaciju, dok isto nije utvrđeno za dječju percepciju obiteljske komunikacije. Istraživanja navode da obitelji s niskim primanjima pokazuju veću narušenost u komunikaciji od obitelji sa standardnim primanjima⁴⁶. Socioekonomski status, posebno financije i

prihodi kućanstva, utječu na roditeljsku mogućnost osiguravanja resursa i prilika za obitelj, pridonose roditeljskoj psihičkoj dobrobiti i obiteljskim odnosima, a time indirektno pridonose i dobrobiti djece. S druge strane, financijske poteškoće pridonose roditeljskom stresu, posljedicama u obiteljskom funkcioniranju i emocionalnom zdravlju djeteta/adolescenta⁴⁷.

Gledajući podatke u njihovoj ukupnosti, razvojne rizike kod adolescenata i razvojne rizike do kojih dolazi zbog okolnosti u kojoj se obitelji nalaze i/ili rizika koje nose roditelji, vidljivo je da je više rizika prisutno u obiteljskom okruženju (njih 15 do 20 u više od 20 % obitelji sudionika istraživanja). Veliki broj rizika u obiteljskom okruženju, no i znatan broj razvojnih rizika kod adolescenata, govori u prilog postojanja lanca rizičnih čimbenika koji dodatno utječu na razvojne ishode mladih. Naime, svaki rizik pojedinačno ima manju snagu utjecaja na život adolescenta nego njihov sinergijski utjecaj^{48, 49}.

Navedeno daje važne smjernice u kreiranju intervencija namijenjenih adolescentima s problemima mentalnog zdravlja u smislu jačanja napora uključivanja obitelji u tretman. Rezultati istraživanja⁵⁰⁻⁵³ jasno pokazuju koliko je važna uključenost obitelji/roditelja u intervencije namijenjene mladima. Nije dovoljno da roditelji budu samo informirani o tretmanu njihovog djeteta, već ih je potrebno aktivno uključiti u intervencije s obitelji i roditeljima jačajući njihove vještine – kako one roditeljske tako i vještine nošenja s problemima i brigom o sebi.

ZAKLJUČCI

Iako je ovo istraživanje prikupilo mali i prigodni uzorak te nedostaje usporedna skupina, ovi rezultati ipak daju značajan uvid u obiteljska obilježja kliničke populacije djece i mladih koji se liječe zbog problema mentalnog zdravlja. O navedenom ima malo domaćih studija na kliničkom uzorku te se ovi nalazi dobro poklapaju s nekim nalazima o mentalnom zdravlju adolescenata na općoj populaciji. Adolescenti uključeni u psihijatrijski tretman, prema rezultatima ovog istraživanja, najčešće pokazuju internalizirane poteškoće, pri čemu su najzastupljeniji anksiozni i anksiozno-depresivni poremećaji, uz veću zastupljenost kod

djevojaka. Značajni razvojni rizici djeteta povezani su s nerazvijenošću komunikacijskih i socijalnih vještina, a kao značajni rizici vezani za obitelj ističu se siromaštvo, izostanak podrške okoline (proširene obitelji, rodbine, prijatelja), psihičke poteškoće roditelja te neučinkovito roditeljstvo. Provedeno istraživanje naglašava potrebu kreiranja intervencija za adolescente u vidu ranog prepoznavanja poteškoća mentalnog zdravlja, ranog uključivanja u adekvatnu intervenciju i dostupnost tretmana. Čini se da se u intervencijama potrebno više usmjeriti na roditelje, i to u vidu jačanja roditeljskih vještina, stvaranja dobrih odnosa s djetetom, odnosa obilježenih poštovanjem i povjerenjem, razumijevanjem emocionalnih potreba djeteta u skladu s kronološkom i razvojnom dobi uz prikladno odgovaranje na emocionalne potrebe, usvajanja vještina učinkovite komunikacije te prepoznavanja poteškoća djeteta i pravovremenog traženja pomoći. Važno je roditelje učiti vještinama usmjerenim na nošenje sa stresom i krizama i rješavanje problema te su neophodne intervencije za roditelje koji imaju problema s mentalnim zdravljem ili ovisnostima. Poboljšanje socioekonomskog statusa važna je mjera u prevenciji mentalnih problema, i roditelja i mladih, te se čini odgovornošću cijelog društva. Potrebno je uložiti napore u kreiranje socijalnih politika, kreiranje preventivnih intervencija koje promiču socioemocionalno učenje svih (i djece i roditelja/odraslih) te kreiranje učinkovitih sveobuhvatnih intervencija za djecu i mlade ljude koji se suočavaju s problemima mentalnog zdravlja. Važno je ulagati i u kompetencije stručnjaka uključenih u rad s djecom i roditeljima kako bi kreirane znanstveno-utemeljene intervencije bile kvalitetno implementirane. Obitelj je sustav te narušeno mentalno zdravlje jednog člana obitelji utječe na cijelu obitelj. Stoga je potrebno, ukoliko je cilj pozitivan ishod (i za pojedinog člana obitelji, ali i za obitelj kao sustav), razviti sveobuhvatan i kvalitetan sustav podrške, od promocije mentalnog zdravlja, prevencije mentalnih poremećaja do tretmana, te ga sustavno implementirati kako bi bio dostupan svim obiteljima.

Izjava o sukobu interesa: Autorice izjavljuju kako ne postoji sukob interesa.

LITERATURA

1. Novak M, Bašić J. Internalizirani problemi kod djece i adolescenata: obilježja i mogućnosti prevencije. *Ljetop Soc rada* 2008;5:473-98.
2. Bornstein MH, Hahn CS, Haynes OM. Social competence, externalizing, and internalizing behavioral adjustment from early childhood through early adolescence: Developmental cascades. *Dev Psychopathol* 2010;22: 717-35
3. Međunarodna klasifikacija bolesti – 10: Klasifikacija poremećaja djece i adolescenata. Drugo izdanje. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2003;267-334.
4. Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, De Graaf R, Demeyttenaere K, Gasquet I et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry* 2007;6:168-76.
5. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62: 593-602.
6. Costello EJ. Early Detection and Prevention of Mental Health Problems: Developmental Epidemiology and Systems of Support. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2016;45: 710-17.
7. Boričević Maršanić V, Zečević I, Paradžik Lj, Karapetrić Bolfan Lj. Probir i rana detekcija psihičkih odstupanja/poremećaja kod djece u predškolskim ustanovama i adolescenata u osnovnim školama Grada Zagreba. *Soc psihijat* 2017;20:169-86.
8. Macuka I. Emocionalni i ponašajni problemi mlađih adolescenata – zastupljenost i rodne razlike. *Ljetop Soc rada* 2016;23:65-86.
9. Novak M, Parr NJ, Ferić M, Mihić J, Kranželić V. Positive youth development in Croatia: School and family factors associated with mental health of Croatian adolescents. *Front Psychol* 2021;11:3657.
10. Ferić M. Obitelj kao čimbenik rizika i zaštite za razvoj poremećaja u ponašanju djece i mladih. *Hrvat Rev Za Rehabil Istraz* 2002;38:13-24.
11. Wille N, Bettg S, Ravens-Sieberer U. Risk and protective factors for children's and adolescents' mental health: results of the BELLA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2008; 1:133-47.
12. Wiegand-Grefe S, Sell M, Filter B, Plass-Christl A. Family Functioning and Psychological Health of Children with Mentally Ill Parents. *Int J Environ Res Public Health* 2019;16:1278.
13. Bögels SM, Helleman J, van Deursen S, Roemer M, van der Meulen R. Mindful Parenting in Mental Health Care: Effects on Parental and Child Psychopathology, Parental Stress, Parenting, Coparenting, and Marital Functioning. *Mindfulness* 2014;5:536-51.
14. McLaughlin KA, Gadermann AM, Hwang I, Sampson NA, Al-Hamzawi A, Andrade LH et al. Parent psychopathology and offspring mental disorders: Results from the WHO World Mental Health Surveys. *Br J Psychiatry* 2012;200:290-9.
15. Heshmat R, Qorbani M, Ghoreishi B, Djalalinia S, Tabatabaie OR, Safiri S et al. Association of socioeconomic status with psychiatric problems and violent behaviours in a nationally representative sample of Iranian children and adolescents: the CASPIAN-IV study. *BMJ Open* 2016;6:011615.
16. Bradley RH, Corwyn RF. Socioeconomic status and child development. *Annu Rev Psychol* 2002;53:371-99.
17. Dearing E. Psychological costs of growing up poor. *Annals NY Acad of Sci* 2008;1136:324-32.
18. Ajduković M, Rajhvajn Bulat L. Doživljaj financijskog statusa obitelji i psihosocijalno funkcioniranje srednjoškola. *Rev za Soc Politiku* 2012;19:233-53.
19. Wlodarczyk O, Pawils S, Metzner F, Kriston L, Klasen F, Ravens-Sieberer U. Risk and protective factors for mental health problems in preschool-aged children: cross-sectional results of the BELLA preschool study. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2017;11:12.
20. Youngblade L, Theokas C, Schulenberg J, Curry L, Houang I-C, Novak M. Risk and protective factors in families, schools and communities: a contextual model of positive youth development in adolescents. *Pediatrics* 2007;119:47-53.
21. Elgar FJ, Craig W, Trites SJ. Family dinners, communication and mental health in Canadian adolescents. *J Adolesc Health* 2013;52:433-38.
22. Joussemet M, Mageau GA, Koestner R. Promoting Optimal Parenting and Children's Mental Health: A Preliminary Evaluation of the How-to Parenting Program. *J Child Fam Stud* 2014;23:949-64.
23. Horwitz SM, Chamberlain P, Landsverk J, Mullican C. Improving the Mental Health of Children in Child Welfare Through the Implementation of Evidence-Based Parenting Interventions. *Adm Policy Ment Health* 2010; 37:27-39.
24. Bhana A, Bachoo S. The Determinants of Family Resilience among Families in Low- and Middle-Income Contexts: A Systematic Literature Review. *S Afr J Psychol* 2011;41:131-9.
25. Ajduković M, Sladović Franc B, Laklija M. Procjenjivanje razvojnih rizika djeteta. U: Ajduković M (ur). Pomoć roditeljima u zaštiti dobrobiti djeteta – Priručnik za socijalne radnike, druge stručnjake i suradnike centra za socijalnu skrb. Zagreb: Društvo za psihološku pomoć i Ured UNICEF-a za Hrvatsku, 2015;39-51.
26. Walsh F. Family resilience: A framework for clinical practice. *Fam process* 2003;42:1-8.
27. Sixbey MT. Development of the family resilience assessment scale to identify family resilience constructs. Gainesville: University of Florida, 2005. PhD thesis.
28. Baena S, Jiménez L, Lorence B, Hidalgo MV. Family Functioning in Families of Adolescents with Mental Health Disorders: The Role of Parenting Alliance. *Children* 2021;8: 222.
29. Burt KB, Van Dulmen MHM, Carlivati J, Egeland B, Sroufe LA, Forman DR et al. Mediating links between maternal and offspring psychopathology: The importance of independent data. *J Child Psychol Psychiatry* 2005;46: 490-9.
30. Van Loon LM, Van de Ven MO, Van Doesum KT, Witteman CL, Hosman CM. The relation between parental mental illness and adolescent mental health: The role of family factors. *J Child Fam Stud* 2014;23:1201-14.
31. Rudan V, Begovac I, Szirovicza L, Filipović O, Skočić M. The child behavior checklist, teacher report form and youth self report problem scales in a normative sample

- of croatian children and adolescents aged 7–18. *Coll Antropol* 2005;29:17-26.
32. Beesdo K, Knappe S, Pine DS. Anxiety and Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Developmental Issues and Implications for DSM-V. *Psychiatr Clin North Am* 2009;32:483-524.
 33. Rudan V, Tomac A. Depresija u djece i adolescenata. *Medicus* 2009;18:173-9.
 34. Garber J, Weersin VR. Comorbidity of Anxiety and Depression in Youth: Implications for Treatment and Prevention. *Clin Psychol New York* 2010;1:293-306.
 35. Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60:37-44.
 36. O'Brien D, Harvey K, Howse J, Reardon T, Creswell C. Barriers to managing child and adolescent mental health problems: a systematic review of primary care practitioners' perceptions. *Br J Gen Pract* 2016;66:693-707.
 37. Reiss F. Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: A systematic review. *Soc Sci Med* 2013;90:24-31.
 38. Reiss F, Meyrose AK, Otto C, Lampert T, Klasen F, Ravens-Sieberer U. Socioeconomic status, stressful life situations and mental health problems in children and adolescents: Results of the German BELLA cohort-study. *PLoS one* 2019;14:1-16.
 39. Manikam R. Mental health of children and adolescents. *U: Singh NN, Ollendick TH, Singh AN (ur). International Perspectives on Child and Adolescent Mental Health.* Amsterdam: Elsevier Ltd, 2002;1-36.
 40. Herdiana I, Suryanto, Handoyo S. Family Resilience: A Conceptual Review. *U: Latipun I, Karmiyati D, Mohd Noordin N, In'am A, Hashim S, Nik Yaacob NR et al (ur). From Research to Practice: Embracing the Diversity. AC-PCH 2017: Proceedings of the 3rd ASEAN Conference on Psychology, Counselling, and Humanities; 2017 Oct 21-22; Malang, Indonesia. Amsterdam/Paris: Atlantis Press, 2018;41-8.*
 41. Aguilar B, Sroufe LA, Egeland B, Carlson E. Distinguishing the early onset/persistent and adolescence-onset/antisocial behavior types: From birth to 16 years. *Dev Psychopathol* 2000;12:109-32.
 42. Denham SA, Workman E, Cole PM, Weissbrod C, Kendziora KT, Zahn-Waxler C. Prediction of externalizing behavior problems from early to middle childhood: The role of parental socialization and emotional expression. *Dev and Psychopathol* 2000;12:23-45.
 43. Leve LD, Kim HK, Pears KC. Childhood Temperament and Family Environment as Predictors of Internalizing and Externalizing Trajectories From Ages 5 to 17. *J Abnorm Child Psychol* 2005;33:505-20.
 44. Stormshak EA, Bierman KL, McMahon RJ, Lengua LJ. Parenting practices and child disruptive behavior problems in early elementary school. *J Clin Child Psychol* 2000;29:17-29.
 45. Behere P, Basnet P, Campbell P. Effects of Family Structure on Mental Health of Children: A Preliminary Study. *Indian J Psychol Med* 2017;39:457-63.
 46. Banovcinova A, Levicka K. The Impact of the Financial Income on the Family Communication. *RREM* 2015;7: 35-46.
 47. Mistry RS, Elenbaas L. It's All in the Family: Parents' Economic Worries and Youth's Perceptions of Financial Stress and Educational Outcomes. *J Youth Adolesc* 2021;50:724-38.
 48. Hankin BL. Future Directions in Vulnerability to Depression Among Youth: Integrating Risk Factors and Processes Across Multiple Levels of Analysis. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2012;41:695-718.
 49. Evans GW, Li D, Whipple SS. Cumulative risk and child development. *Psychol Bull* 2013;139:1342-96.
 50. Hoadley B, Falkov A, Agalawatta N. The acceptability of a single session family focused approach for children/young people and their parents attending a child and youth mental health service. *Adv Men Health* 2019;17: 44-54.
 51. Yap MB, Morgan AJ, Cairns K, Jorm AF, Hetrick SE, Merry S. Parents in prevention: A meta-analysis of randomized controlled trials of parenting interventions to prevent internalizing problems in children from birth to age 18. *Clin Psychol Rev* 2016;50:138-58.
 52. Semrau M, Lempp H, Keynejad R, Evans-Lacko S, Mugisha J, Raja S et al. Service user and caregiver involvement in mental health system strengthening in low- and middle-income countries: systematic review. *BMC Health Serv Res* 2016;16:79.
 53. Haine-Schlagel R, Walsh NE. A Review of Parent Participation Engagement in Child and Family Mental Health Treatment. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2015;18:133-50.