

## MENTALNO ZDRAVLJE DJECE RANE ADOLESCENTNE DOBI

### MENTAL HEALTH OF CHILDREN IN EARLY ADOLESCENT AGE

#### **Sažetak**

*Rad opisuje istraživanje čiji su rezultati omogućili bolje razumijevanje utjecaja kvalitete relacijskog konteksta u različitim obiteljskim, školskim i društvenim dinamikama, kao interaktivnim sustavima, na mentalno zdravlje djeteta, percipirano očima djeteta rane adolescentne dobi u Kantonu Sarajevo. U okviru kvantitativnog istraživanja sudjelovalo je 734 učenika/ica viših razreda osnovne škole (V–IX razreda), koji su procjenjivali kvalitetu obiteljskog i školskog života na prilagođenim upitnicima za mjerenje obiteljskih i školskih interakcija, te svoje probleme na skali samoprocjene ponašanja mladih. Kvalitativno istraživanje provedeno je sa roditeljima/starateljima i članovima menadžmenta osnovnih škola uključenih u istraživanje (N= 31) u sadašnjem društvenom kontekstu. U ovom radu prikazan je samo dio rezultata dobivenih u provedenom istraživanju (Badurina, 2012).*

*Rezultati su analizirani s obzirom na opće i specifične aspekte kvalitete života i mentalnog zdravlja djece rane adolescentne dobi, te mogućnosti rane prevencije u okviru Bronfenbrennerovog modela ekološke integracije.*

**Ključne riječi:** *mentalno zdravlje djece adolescenata, aspekti kvalitete obiteljskog i školskog života, Bronfenbrennerov ekološki sustav, internalizirani i eksternalizirani problemi u djece adolescenata.*

#### **Summary**

*This paper contains a description of research whose results allowed better understanding of the relation context's influence on mental health of children as perceived through the eyes of early adolescents in various family, school and social dynamics as interactive systems in the Sarajevo Canton. 734 students enrolled in primary school senior classes (V–IX) were a part of this research which tried to determine the quality of family and school life, through the customized Questionnaires for weighting the family and school interactions, and self-evaluating their problems on a Youth Self Assessment Scale. The qualitative research was conducted on parents/caretakers and members of primary school*

*managements included in the research (N=31), within the present social context. Only a fraction of results obtained through the aforementioned research (Badurina 2012) has been presented in this paper.*

*The analysis of obtained results has been performed in relation to the general and specific aspects of the life quality and mental health of children in early adolescent age, and possibilities of early prevention within the Brofenbrenner's ecological integration model.*

**Key words:** *mental health of children in adolescent age, aspects of family and school life quality, Brofenbrenner's ecological system, internalized and external problems of children in adolescent age.*

## **Uvod**

*Mentalno zdravlje je osnova dječijeg socijalnog i emocionalnog razvoja, a time i blagostanja i funkcioniranja tokom cijelog života. Premda predstavlja fundamentalnu komponentu općeg zdravlja, mentalno zdravlje djece je često zanemareno širom svijeta, naročito u nerazvijenim i zemljama u razvoju (Goldney i sur., 2004.; Novak i Bašić, 2008). Ovaj nedostatak svjesnosti o problemima mentalnog zdravlja mladih rezultira time da se ova kategorija populacije često ignoriše i zaboravlja kada se kreira politika mentalnog zdravlja u mnogim zemljama. Dodatno, tu je i stigma povezana sa problemima mentalnog zdravlja djece i mladih koja utječe na njihovu kvalitetu života, ali i predstavlja barijeru za prevenciju i tretman ovih patnji (prema Marković, 2011). Mnoge teorije govore da problemi u djetinjstvu predviđaju probleme i u odrasloj dobi. Mentalni poremećaji, zbog relativno visoke prevalencije i često hroničnog toka, kao i početka u adolescenciji i mlađoj odrasloj dobi, predstavljaju jedan od prioriteta javnih zdravstvenih problema u svijetu. Oko polovine dugotrajnih mentalnih poremećaja počinje prije 14. godine, što ukazuje na važnost ulaganja u identifikaciju, prevenciju, ali i tretman poremećaja u djece i adolescenata*

*([http://www.who.int/mental\\_health/resources/Child\\_ado\\_atlas.pdf](http://www.who.int/mental_health/resources/Child_ado_atlas.pdf): 16; N.p., n.d. Web. 17 June 2011).*

Teorijski pristupi etiologiji poremećaja u ponašanju polaze, sa jedne strane, od bioloških, medicinskih i psiholoških stajališta, a s druge socioloških pristupa, dok se noviji pristupi priklanjaju integraciji jednih i drugih. Socijalno okruženje ima važno mjesto u razmatranju etiologije različitih poremećaja u ponašanju, pri čemu su obiteljsko i školsko okruženje važni konteksti unutar kojega djeca rane adolescentne dobi

kreiraju svoja uvjerenja o interpersonalnim odnosima, te u odnosu na njih razvijaju obrasce socijalnih, emocionalnih i kognitivnih akcija.

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

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

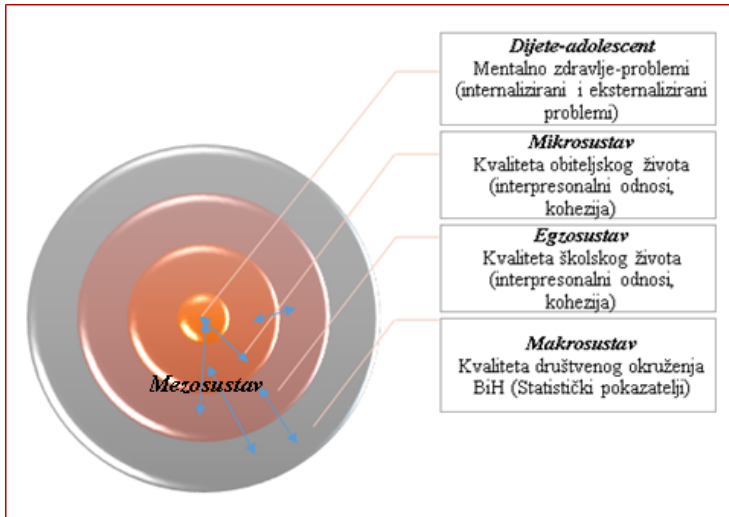
Međutim, najveća zapreka učenju ali i mentalnom zdravlju djeteta jeste strah. Procjena nepoželjnih osjećaja prema školi pokazala se u dosadašnjim istraživanjima značajnim indikatorom stresa što ga učenici doživljavaju u školi. Osjećaj nemogućnosti da se prati nastava, strah od neuspjeha i doživljaj neuspjeha, prenatrpani sadržaji nastavnih planova i programa, metodi poučavanja, loši uvjeti, loši odnosi s nastavnicima, nasilje među učenicima i niz drugih faktora u školi „povećavaju nezadovoljstvo učenika školom koje se očituje u njihovoj pasivnosti, smanjenoj motivaciji, lošijem školskom uspjehu i izostajanju iz škole“ (Leonard i sur., 2000, prema Raboteg-Šarić i sur., 2009:711). Nadalje,

tradicionalne škole usmjerene na reproduktivno znanje potiču kod djece osjećaj straha, nekompetentnosti i nesigurnosti. Dijete počinje izbjegavati takve situacije neugodnog osjećaja, ali pošto školu ne može izbjeći počinje je identifikovati sa tim osjećajem i može imati tendenciju razvoja otpora prema školi, nastavnicima i odgovarati na školski stres maladaptivnim mehanizmima.

Zbog svega navedenog investiranje u mentalno zdravlje i kvalitetu života djece adolescenata spada u najvažnija ulaganja koja zajednica može napraviti. Bosna i Hercegovina kao relativno mlada država u fazi postratnog oporavka i izgradnje demokratskih odnosa treba obratiti posebnu pažnju brizi cjelokupnog zdravlja djece i mladih.

Analogno, u našem istraživanju pošli smo od *holističkog*<sup>3</sup> gledišta i približili se konceptu Uriea Bronfenbrennera koji danas predstavlja dominantni model biopsihosocijalnog pristupa u razvoju psihopatologije i zahtijeva sagledavanje svih bitnih prediktora mentalnog zdravlja djece rane adolescentne dobi, koristeći se, za naše istraživanje, *prilagođenim Bronfenbrennerovim modelom ekološke integracije sustava* (slika 1; prema Vulić-Prtorić, 2001:15). Prema ovom modelu, dijete rane adolescentne dobi<sup>4</sup> (McConville, 1998) nalazi se u sredini, a oko njega se u koncentričnim krugovima šire slojevi okoline, počevši od onih koji su djetetu najbliži i u kojima izravno sudjeluje pa do onih koji su mu udaljeni i sa kojima je u indirektnoj interakciji. Dječiji razvoj se promatra unutar konteksta u kojemu se razvoj odvija i koji uveliko ovisi o kvaliteti interakcije između djeteta i okoline, ne zanemarujući individualne osobine djeteta. To znači „da je djetetovo ponašanje, u svakom trenutku djetetova razvoja, rezultat transakcije između njegovih osobnih karakteristika i okoline” (Vulić-Prtorić, 2002:2). Dakle, u središtu ovog prilagođenog modela (slika 1) posmatramo izloženost djeteta okolnostima koje su (ne)povoljne za njegov adekvatan razvoj putem samoprocjene djeteta (mentalno zdravlje/problemi mentalnog zdravlja). Drugi sustav, *mikrosustav* čini njegova obitelj sa svim specifičnostima (kvaliteta emocionalnog odnosa, stilovi ponašanja roditelja, doživljaj koherentnosti, pripadnosti obitelji). Slijedeću razinu čini *egzosustav* koji predstavlja kvalitetu školskog života (opću i specifičnu) i najudaljeniji, ali ne i bez utjecaja na pojedinca, čini *makrosustav* kao sustav društvene tradicije, vrijednosti, te općenito kvalitete življenja u sadašnjem društvenom okruženju (ekonomski problemi, nezaposlenost, siromaštvo, zdravstveni i obrazovni problemi). *Mezosustav* predstavlja kvalitetu odnosa između djeteta i okoline, te interakcije između sustava, tj. aktivnu/pasivnu povezanost sustava.

Prilagođeni Bronfenbrennerov model ekološke integracije sustava: slika 1



### Internalizirani i eksternalizirani problemi u djece i adolescenata

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

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

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

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

### **Metodološki okvir empirijskog dijela istraživanja**

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

### **Sudionici**

U istraživanju je sudjelovalo osam osnovnih škola u Kantonu Sarajevo i obuhvaćena je populacija učenika/ica starije osnovnoškolske dobi (10–15 godina), koja je odabrana slučajnim uzorkom odjeljenja. Anketirano je 734 učenika/ica od V–IX razreda, te roditelja/staratelja oba spola, članove menadžmenta škole (N= 31), u okviru kvantitativnog i kvalitativnog istraživanja. Nakon eliminiranja svih upitnika koji nisu bili potpuni, gdje je nedostajalo više od 10% odgovora, u konačan uzorak za dalje istraživanje ušla su 713 ispitanika/ice.

### **Metode, tehnike i mjerni instrumenti istraživanja**

U ovom istraživanju koristili smo kvantitativnu i kvalitativnu tehniku prikupljanja podataka. Ispitivanje je provedeno u više navrata grupno, po odjeljenjima, u vrijeme redovne nastave u školi, uz odobrenje menadžera škole i poštivanje Etičkog kodeksa istraživanja o djeci (Nagradić i sur. 2006) sa ciljem djelovanja u najboljem interesu djeteta, njegove obitelji, cjelokupne zajednice te kvalitete istraživanja. Djeci je u

razredu na početku sata predviđenog za popunjavanje baterije upitnika, data usmena uputa o ciljevima istraživanja, uz naglašenu anonimnost istraživanja i poštovanje dječijih prava.

Prema svrsi istraživanja koristili smo aplikativnu metodologiju istraživanja koja ima za cilj da rezultati budu izravno primijenjeni u praksi. Prema tipu istraživanja na osnovu vremenskog okvira provođenja koristili smo cross studiju. Dakle, riječ je o biopsihosocijalnom istraživanju koje ima za funkciju da se opisuju fenomeni, interakcije te značajni prediktori.

Primijenjen je softverski paket za statističku obradu podataka – SPSS 18.0. Kako bi se utvrdila pouzdanost pojedinih mjernih instrumenata, izvršena je provjera testom pouzdanosti Cronbach's Alpha. Radi lakše interpretacije podataka i interakcije među varijablama korišten je generalni linearni modul multivarijantne prilagođene binarne regresije, analize sa testom između faktora na zavisnim varijablama, te Profile Plots, Post Hoc Test i Bonfferoni test, a sve su analize provjerene i neparametrijskim testom pouzdanosti Chi square.

## Mjerni instrumenti

1. *Opći sociodemografski podaci*: spol, dob, područje škole, raseljenost/neraseljenost, vladanje u školi, akademski uspjeh, strukturalne karakteristike obitelji (potpuna/nepotpuna, proširena obitelj, hraniteljska obitelj ili neki drugi institucionalni smještaj).
2. *Skala samoprocjene ponašanja ispitanika: YRS – Youth Self Report* (Achenbach i Rescorla, 2001) namijenjena je za samoprocjenu ponašanja djeteta tijekom proteklih šest mjeseci. Skala se sastoji iz osam supskala koje ukazuju na sljedeće probleme: anksiozno-depresivna ponašanja, povučenost, somatske poteškoće, socijalni problemi, opsesivne misli, problemi sa pažnjom, buntovništvo i destruktivna agresivnost. Na osnovi faktorskih analiza izdvojene su dvije osnovne šire kategorije problema u ponašanju, internalizirani i eksternalizirani problemi, te sindrome koji ne pripadaju ni jednoj od ove dvije grupe, to su: problemi mišljenja, problemi pažnje i socijalni problemi. Skala se sastoji od 112 tvrdnji koje se procjenjuju na skali od 0-2 (0 – nije tačno, 1 – djelomično tačno, 2 – tačno je). Ukupni problemi na skali problema je zbir skorova na svim stavkama i može biti od 0 do 240. Test pouzdanosti Cronbach's Alpha iznosi alfa = od .723 do .796 i upućuje na zadovoljavajuću pouzdanost skale.

3. *Skala kvalitete obiteljskih interakcija – KOBİ* (Vulić-Prtorić, 2004) mjeri interakcije djeteta i roditelja na dvije dimenzije koje odgovaraju onim aspektima obiteljske interakcije koji se u literaturi najčešće opisuju dimenzijom prihvatanje (emocionalna toplina, intimnost, jasne granice) i odbacivanje (rigidna kontrola, emocionalno zanemarivanje). Skala se sastoji od pet supskala: zadovoljstvo vlastitom obitelji, prihvatanje od majke, prihvatanje od oca, odbacivanje od majke i odbacivanje od oca. Skala ima 55 tvrdnji: 22 koje opisuju odnos djeteta s majkom, 22 opisuju odnos djeteta s ocem i 11 tvrdnji koje se odnose na opću atmosferu u obitelji. Supskala kvalitete obiteljskog života ispituje kako se dijete osjeća u svojoj obitelji, njegov osjećaj koherentnosti. Zadatak ispitanika bio je da za svaki ajtem ili tvrdnju izabere jedan od predloženih odgovora: 1. potpuno netačno, 2. uglavnom netačno, 3. nisam siguran/a, 4. uglavnom tačno i 5. potpuno tačno. Test pouzdanosti Cronbach's Alpha za skalu zadovoljstva vlastitom obitelji iznosi  $\alpha = .782$ . Test pouzdanosti Cronbach's Alpha na skali procjene majčinog ponašanja iznosi  $\alpha = .875$ , a  $\alpha = .887$  na skali procjene očevog ponašanja.
4. *Skala kvalitete školskog života – SKŠO* (Badurina, 2012:200) namijenjena je za samoprocjenu općeg zadovoljstva školskim okruženjem, te specifičnih aspekata školskog života. Skala ima 20 tvrdnji koje se procjenjuju na skali od četiri stupnja (1 – uopće nije tačno, 2 – uglavnom je netačno, 3 – uglavnom je tačno, 4 – potpuno je tačno). Tvrdnje se odnose na opću atmosferu unutar škole na opće pozitivne i negativne osjećaje prema školi i u školi, te na specifična područja kvalitete odnosa između učenika, nastavnika i vršnjaka, osjećaj školske kompetentnosti, doživljaja učenja, te osjećaja sigurnosti unutar škole. Upitnik je kreiran za potrebe istraživanja i pilotiran prije istraživanja na učenicima starije osnovnoškolske dobi. Koeficijent unutarnje konzistencije (Cronbach's Alpha) na ukupnoj skali procjene opće kvalitete školskog života iznosi  $\alpha = .879$  i upućuje na zadovoljavajuću pouzdanost skale.
5. *Za kvalitativnu analizu* (Badurina, 2012:201–209) rezultata istraživanja dizajnirani su listovi za vođenje, analiziranje i kvalitativnu obradu podataka fokus-grupa sa roditeljima i intervju sa menadžmentom škole.
6. *Statistički pokazatelji kvalitete društvenog okruženja* (Badurina, 2012:9–12, 53–56) predstavljaju pokazatelje različitih istraživanja



i njihovih rezultata (ekonomski problemi: nezaposlenost, siromaštvo, zdravstveni i obrazovni problemi).

## **Rezultati istraživanja**

### *Sociodemografske karakteristike*

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

### *Klinički značajni problemi mentalnog zdravlja djece rane adolescentne dobi*

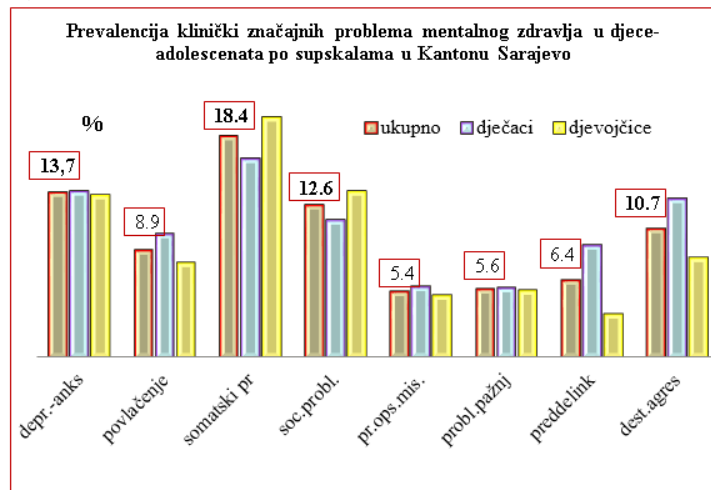
Iz *grafikona 1* uočavaju se visoke razine somatskih problema posebno kod djevojčica što je u korelaciji sa kvalitativnim istraživanjem („17883 opravdana časa u toku jednog polugodišta, a neopravdanih 719, ukupno 18602 izostanaka sa nastave u jednom polugodištu“, menadžment škole; „Moje dijete je često bolesno. Astma, stomačni problemi“, majka; „Moje dijete dolazi umorno i neraspoloženo iz škole i ja ne znam kako da mu pomognem“, otac; „Broj izostanaka po učeniku za ovo polugodište je 23,2%, najčešće zbog bolesti“, menadžment škole) (Badurina 2012:201–209).

Uočava se prevalencija anksioznih i depresivnih problema u djece adolescenata sa približno jednakom zastupljenošću u odnosu na spol, te možemo zaključiti da djeca rane adolescentne dobi predstavljaju visokorizičnu grupu kada su u pitanju somatski, depresivni i anksiozni simptomi. Socijalni problemi više su prisutni kod djevojčica, a uočavaju

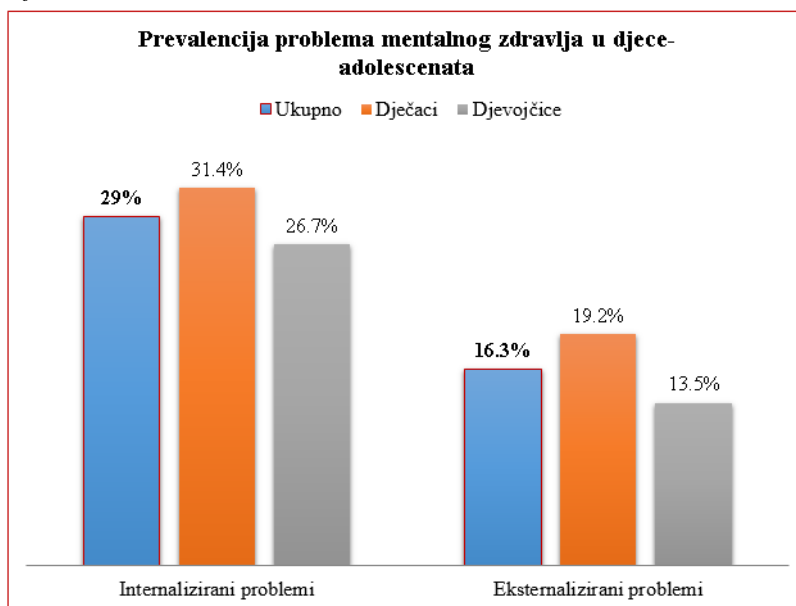
se visoke razine destruktivne agresivnosti, te preddelinkventnog buntovnog ponašanja kod dječaka (grafikona 1).

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

*Grafikon 1.*



Grafikon 2.



Kvalitativni podaci ukazuju da su roditelji/staratelji i menadžment škole skoro potpuno usaglašeni u procjeni destruktivne agresivnosti, tj. spektra eksternaliziranih problema u odnosu na spektar internaliziranih problema. Od ranije je poznato da je usaglašenost među procjenjivačima viša kada su u pitanju eksternalizirani problemi nego internalizirani (Rescorla i sur., 2007:351–358), što je potvrđeno i našim istraživanjem kroz fokus-grupe sa roditeljima/starateljima, te kroz intervju sa menadžmentom škola (Badurina, 2012:201–209). („Djeca danas imaju najviše problema sa mentalnim zdravljem, a bogami i mi roditelji. Dječaci se više bezobrazno ponašaju, agresivniji su, neposlušni, Ja ih se plašim“, otac; „Najviše problema imamo u neadekvatnom ponašanju, neodgoju sa dječacima više nego sa djevojčicama“, menadžment škole; „Potreba za rad sa djecom je velika. Primijetio sam ogromnu agresivnost i prijetnju, a ne znam kako reagovati“, menadžment škole). Dwyer i suradnici utvrdili su da roditelji tačno identificiraju samo 30 do 46% djece s internaliziranim poremećajem u ponašanju dok učitelji uspijevaju još manje od 26 do 34%. Istraživanja govore da samoprocjena djece daje najtačniju sliku problema.

*Povezanost aspekata kvalitete obiteljskog života sa mentalnim zdravljem djece adolescenata*

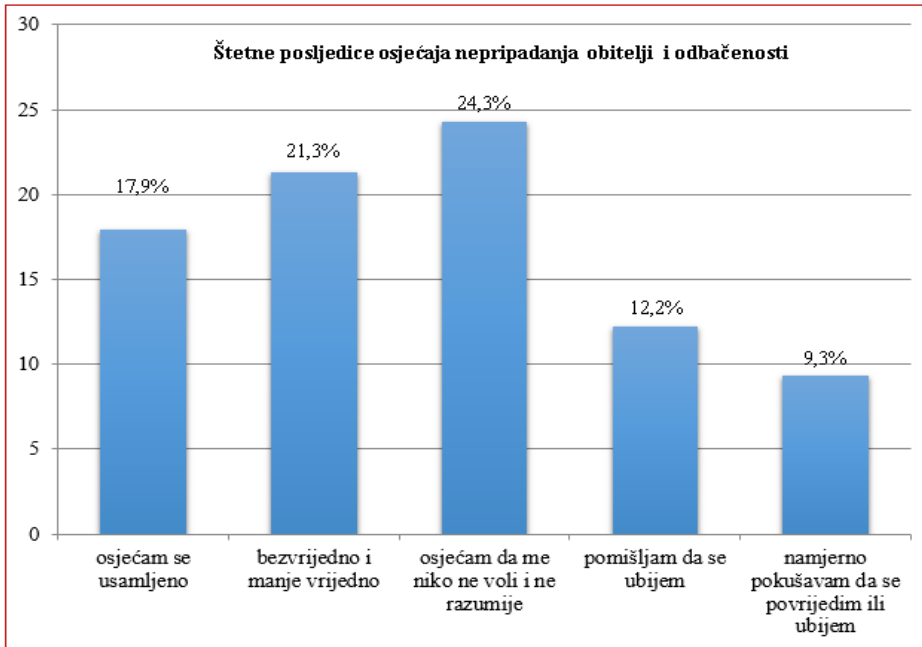
Vidljiva je povezanost varijabli percepcije roditeljskog odbacivanja sa problemima mentalnog zdravlja u odnosu na internalizirani i eksternalizirani spektar ponašanja (*tabela 1*). Možemo reći da je osjećaj odbačenosti od majke značajniji prediktor za razvoj spektra internaliziranih probleme u djece adolescenata, dok je percipiranje očevog odbacivanja značajni prediktor za razvoj spektra eksternaliziranih problema (raznim oblicima ovisničkog ponašanja).

*Tabela 1.*

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

Taj najboljniji oblik nasilja, emocionalno zanemarivanje od roditelja, u dobi kad je posebno naglašen konflikt između želje za životom i želje za smrću, može voditi želji „ne biti ovdje“, jer je realitet neprihvatljiv, a misli o smrti doživljavaju se kao privremeno ugodno stanje koje barem na neko vrijeme oslobađa nagomilanu tenziju, bol. Suicid je treći vodeći uzrok smrtnosti među mladima od 10 do 24 godine, a 90% mladih koji su izvršili suicid imali su mentalni poremećaj u vrijeme smrti (Merikangas i sur., 2010, prema Marković, 2011.; *grafikon 3*). U ukupnom uzorku uočava se visok procent djece koja osjećaju da ih niko ne voli i ne razumije (24,3%), te bezvrijedno i usamljeno osjeća se oko 20% djece, a njih 10,7% pomišlja i namjerno pokušava da se ubije. Uočava se negativna signifikantna korelacija, na prvom nivou ( $p < 0,01$ ), između suicidalnih ideja i pokušaja sa kvalitetom obiteljskog života (Badurina, 2012:141). Djeca rane adolescentne dobi koja se osjećaju odbačena i koja nisu u mogućnosti da zadovolje svoju egzistencijalnu potrebu za pripadanjem i ljubavlju u visokom su riziku za suicid.

Grafikon 3.



Sa druge strane, osjećaj *koherentnosti* kao jedan od najmoćnijih principa rezilijentnosti omogućava djetetu zadovoljenje egzistencijalne potrebe da pripada i da je voljeno onakvo kakvo jeste i kakvo postaje<sup>5</sup>, te je proces separacije u ranoj adolescentnoj dobi uspješniji i bezbolniji.

Tabela 2.

Correlations		Osjećaj prihvaćenosti od otac	Osjećaj prihvaćenosti od majka
<b>Kvaliteta obiteljskog života</b>	Pearson Corr.	<b>.507**</b>	<b>.578**</b>
	Sig. (2-tail.)	.000	.000

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

Iz *tabele 2* uočava se značajna uloga obitelji da se prilagodi novoj situaciji,<sup>6</sup> te spremnost da pomjeramo osobne granice, prihvaćajući ono što „jeste“, osvještavajući vlastite kapacitete i slabosti, redefinišući staro i kreirajući novo za radi obostranog zadovoljstva i razvoja. Možemo zaključiti da su značajni protektivni faktori djece rane adolescentne dobi

osjećaj obiteljske koherentnosti – rezilijentnosti kao emocionalne vezanosti, tj. balans između bliskosti, zajedništva i odvojenosti, kvaliteta relacijskih odnosa sa roditeljima, te subjektivni osjećaj pripadnosti i ljubavi koji obuhvata obiteljsku fleksibilnost za zajedništvo/odvojenost potrebnu za ovaj razvojni period.<sup>7</sup>

### *Povezanost aspekata kvalitete školskog života sa mentalnim zdravljem djece adolescenata*

Rezultati istraživanja govore da su djevojčice nešto zadovoljnije kvalitetom školskog života u odnosu na dječake. Srednja vrijednost na općoj skali kvalitete školskog života kod djevojčica iznosi M=2,86 (od maks. 4), a kod dječaka M= 2,79. Učenici su u prosjeku zadovoljni školskom kvalitetom života (M= 2,8 od maks. 4), te uglavnom podjednako u odnosu na spol doživljavaju kvalitetu školskog života prosječnom (Badurina, 2012:114).

Iz *tabela 3* može se uočiti da postoji pozitivna signifikantna korelacija između kvalitete školskog života sa školskim uspjehom i školskom disciplinom. Također, uočava se negativna statistička, vrlo značajna korelacija, između kvalitete školskog života i dobi ispitanika. Vidljiv je značajan trend opadanja kvalitete školskog života u odnosu na dob. Što su učenici stariji, to su manje zadovoljni kvalitetom školskog života (*grafikon 4*).

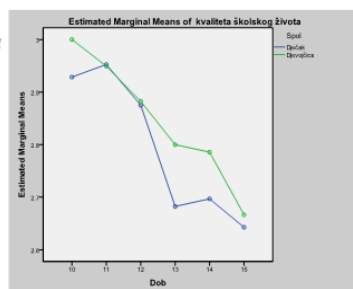
*Povezanost kvalitete školskog života i sociodemografskih karakteristika*

*Tabela 3.*

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

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

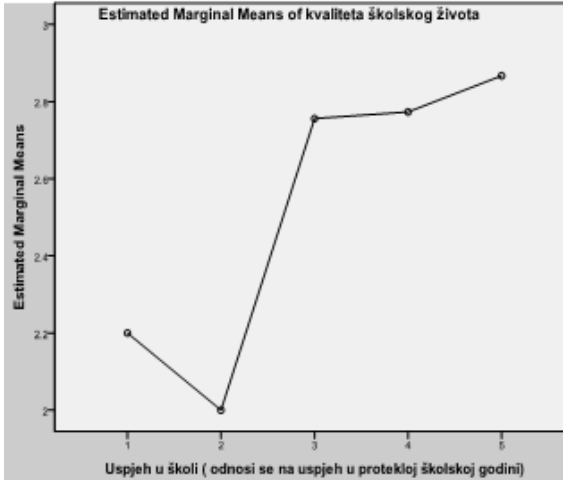
\*\*. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).



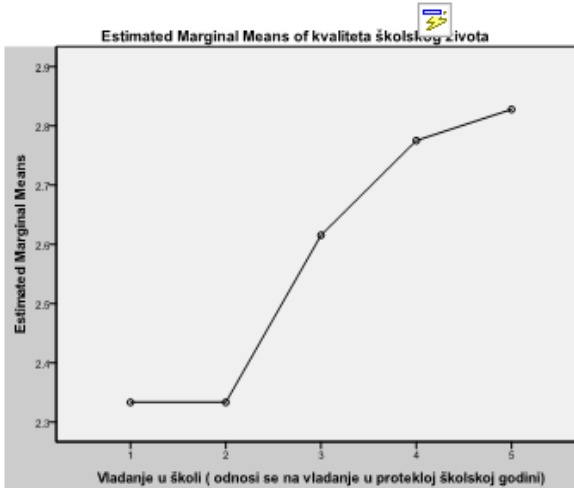
Kao što se vidi iz *grafikona 5 i 6*, statistički su značajne ( $p < 0,01$ ) pozitivne korelacije školskog uspjeha i discipline ispitanika sa općom kvalitetom školskog života. Ispitanici koji percipiraju veće zadovoljstvo kvalitetom školskog života postižu i bolji školski uspjeh i općenito postižu bolju školsku disciplinu. Školski uspjeh i disciplina u školi učenika jedna je od mjera koje su se u ovom istraživanju uzimale kao

intervenirajuće varijable, a odnosi se na opći uspjeh i vladanje u školi na kraju prethodne školske godine (od 1 do 5).

Grafikon 5.



Grafikon 6.



Iz *tabele 4* može se uočiti statistički signifikantna korelacija između čestog prisustva straha od škole i školskog uspjeha. Učenici/ice koji percipiraju više nepoželjnih osjećaja (posebno na skali straha) od škole postižu i manji akademski uspjeh.

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

*Tabela 4.*

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

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

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

*Često osjećam strah od škole - indikator akutnog stresa*

*Tabela 5.*

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

Iz *tabele 5* uočava se visok procent ispitanika koji percipiraju nepoželjna osjećanja prema i u školi. Naime, 60% ispitanika ocjenjuju da često osjećaju strah od škole, a njih 47,5% ne osjeća se sigurno u školi. Dakle, dominantan osjećaj ispitanika u školi je strah. Strah je procjena opasnosti za vlastiti život i zbog toga je vrlo značajna emocija. Nameće se pitanje: zašto djeca adolescenti procjenjuju školu kao opasno okruženje za njihov život?

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



*Povezanost indikatora akutnog stresa sa problemima mentalnog zdravlja djece*

*Tabela 6.*

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

Nadalje, iz *tabele 7* uočava se da postoji statistički značajna povezanost ( $p < 0.01$ ) doživljaja kompetentnosti (*zadovoljan/a sam postignutim rezultatima*,  $M = 3,39$ ; *u školi mogu pokazati svoje vještine, stvari koje dobro radim*,  $M = 3,44$ ), doživljaja učenja kao izazovnog i zabavnog (*nastava je zanimljiva*,  $M = 2,86$ ; *učenje je zabavno*,  $M = 2,51$ ) sa školskim uspjehom ispitanika (Badurina, 2012:155).

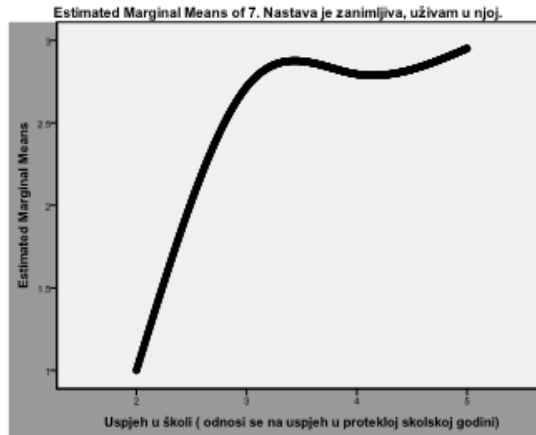
*Povezanost školskog uspjeha isitanika sa doživljajem učenja i školske kompetentnosti*

*Tabela 7.*

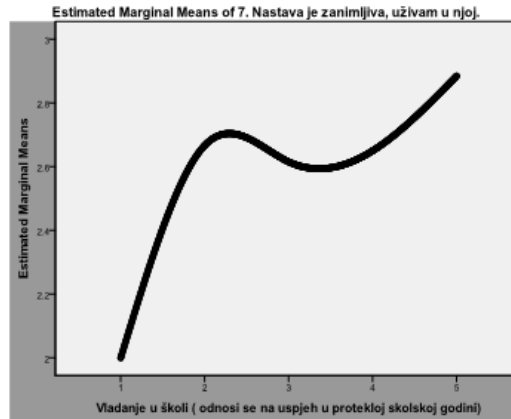
Test Statistics	Školski uspjeh	Nastava je zanimljiva, uživam u njoj.	U školi mogu pokazati svoje vještine – stvari koje dobro radim.	Zadovoljan sam postignutim rezultatima.	Učenje je zabavno.
Chi-square	789.716 <sup>a</sup>	274.930 <sup>b</sup>	612.989 <sup>c</sup>	517.421 <sup>c</sup>	13.762 <sup>c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

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

Grafikon 7.



Grafikon 8.



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

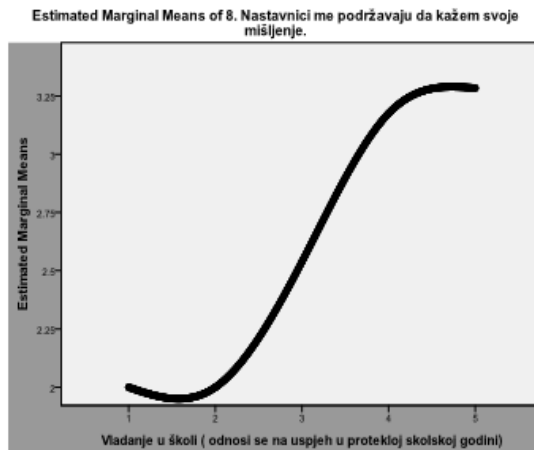
Uočava se (*tabele 8*) značajna povezanost akademskog uspjeha sa osjećajem roditeljskog ponašanja u odnosu na ispitanike. Djeca rane adolescentne dobi koja osjećaju pozitivnu potvrdu od oca i imaju bolju kvalitetu relacijskog odnosa postižu i bolji akademski uspjeh, te se može zaključiti da je za akademski uspjeh najznačajniji prediktor pozitivna

relacija sa ocem. Otac je čovjek koji dijete uvodi u veliki svijet. Zbog toga je u ovom razvojnem periodu njegova uloga vrlo značajna.

Grafikon 9.



Grafikon 10.



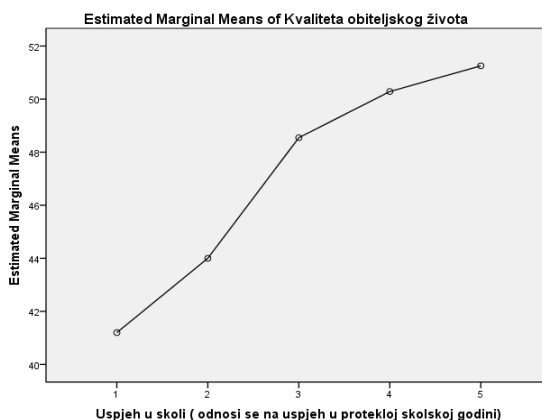
*Povezanost akademskog uspjeha sa osjećajem roditeljskog ponašanja i kvalitete obiteljskog života*

Tabela 8.

Correlations		Osjećaj odbačenosti od oca	Osjećaj odbačenosti od majke
Akademski uspjeh	Pearson Correlat	<b>-.234**</b>	-.136**
	Sig. (2-tail)	.000	.000

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

Grafikon 11.



Iz *grafikona 11* vidljiva je signifikantna pozitivna korelacija ( $p < 0,01$ ) između akademskog uspjeha i kvalitete obiteljskog života. Obiteljska kvaliteta života utječe na akademski uspjeh učenika/ice.

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

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

eksternaliziranih problema imaju veće probleme sa disciplinom i uspjehom u školi.

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

*Povezanost ekoloških sustava sa mentalnim zdravljem djece: tabela 9*

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

## Zaključak

Bronfenbrennerovi ekološki sustavi statistički su signifikantni i u međusobnoj korelaciji, te su značajni prediktori za očuvanje i poboljšanje mentalnog zdravlja djece rane adolescentne dobi.

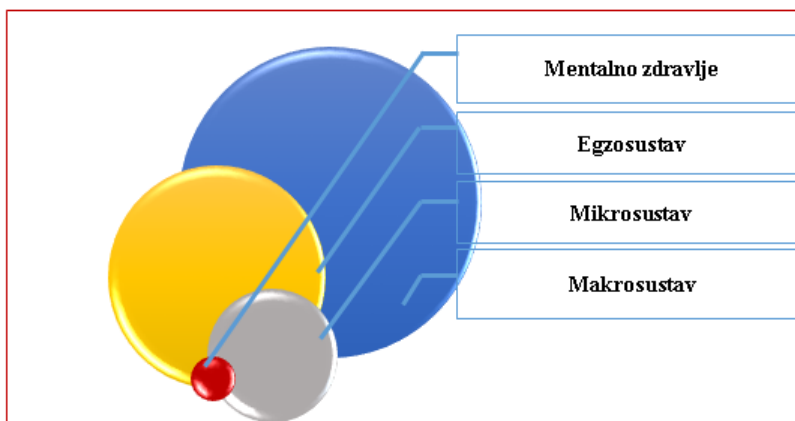
Na osnovu nalaza o osjetljivosti adolescentnog perioda i potrebi i želji za odvajanjem može se zaključiti da je uloga obitelji, roditelja, škole, nastavnika, vršnjaka i društva vrlo važna. Dominantni prediktori očuvanja i unapređenja mentalnog zdravlja djece u periodu rane adolescencije su: obiteljska koherentnost (osjećaj pripadanja obitelji te zadovoljenja egzistencijalne potrebe za pripadanjem), kvaliteta relacijske komponente (osjećaj prihvaćenosti od majke i oca) kao aspekti *mikrosustava*, te školske relacijske komponente (pozitivne reakcije na školu, kompetentnost, odnosi učenik – nastavnik i učenik – vršnjak, sigurnost, radost, intrinzična motivacija, zainteresiranost za učenje) kao aspekti *egzosustava*. Nalazom možemo govoriti i o protektivnim faktorima koji utječu na period rane adolescencije i njene dinamike, te refleksije na zdrav rast i razvoj adolescenta. Nažalost, statistički podaci i slika bh.

društva u cjelini govore da društvo ne pokazuje dovoljno interesovanje za ovu populaciju, te možemo uočiti nesigurno okruženje u svim segmentima u kojemu bh. djeca i adolescenti odrastaju.

Na osnovu nalaza možemo zaključiti da skoro svako četvrto dijete u ranoj adolescentskoj dobi u Kantonu Sarajevo pati, te je pod visokim rizikom da razvije mentalne poremećaje. Prema procjeni prevalencije, spadamo u grupu sa srednje razvijenim i nerazvijenim zemljama, sa visokim prosječnim skorovima internaliziranih i eksternaliziranih problema u djece adolescenata.<sup>8</sup>

Također, rezultati istraživanja ukazuju na jasnu potrebu za povećanjem svjesnosti javnosti o adolescenciji koja je „posebno fragilno i psihopatološkim dekompenzacijama ugroženo životno razdoblje“ (Nikolić, 2004), zbog čega je preventivna akcija u ovoj životnoj dobi vrlo važna. Nadalje, važno je osvijestiti zdravstvene posljedice internaliziranih i eksternaliziranih problema u djetinjstvu i adolescenciji na mentalno zdravlje i kvalitetu života u odraslosti, te naše pojedinačne i grupne odgovornosti za stvaranje sigurnijeg okruženja za zdrav rast i razvoj pojedinca i društva u cjelini.

*„Iščašeni“ Bronfenbrennerov model ekološke integracije sustava u trenutnom društvenom kontekstu: slika 2*



Potvrđen je ekološki model ljudskog razvoja koji polazi od vjerovanja da se sustavi ne mogu posmatrati izolovano jedni od drugih, te da je za ljudski razvoj nužna otvorenost sustava na kontakt koji je aktivan i obostran i koji zahtijeva spremnost na zajedništvo. Međutim, ono što se uočava kroz kvantitativno i kvalitativno<sup>9</sup> istraživanje jeste prisutnost

osjećaja nepripadnosti i otuđenosti, što se uočava kod djece, roditelja, škola (sa osjećajem da su svi sustavi prepušteni sami sebi). Dakle, uočava se „iščašenost“ Bronfenbrennerovom modela kao posljedica pasivne povezanosti sustava koji ima tendenciju da se zatvara, a zatvaranjem postaje dio procesa unutarnjeg raspadanja (*slika 2*).

Alarmantni rezultati su shvatljivi, te je potrebno mnogo razumijevanja, znanja, volje i strpljenja od svih odgovornih, te sistemskog pristupa rješavanju ovog problema koji uveliko ovisi o našem današnjem djelovanju sa ciljem održivog razvoja.

## Literatura

1. Achenbach, T. M., L. A. Rescorla (2001), *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profil*. Burlington, *Adolescents Prevalence and Risk Factors*. German Journal of Psychiatry.
2. Badurina, M. (2012), magistarski rad o temi „Povezanost kvalitete života i mentalnog zdravlja djece osnovnoškolske dobi u Kantonu Sarajevo“, odbranjen 28. 3. 2013. na Medicinskom fakultetu Univerziteta u Sarajevu u okviru interdisciplinarnog postdiplomskog studija „Demografske promjene, zdravlje i upravljanje ljudskim resursima u Bosni i Hercegovini“ Medicinskog fakulteta i Fakulteta političkih nauka (Odsjek za sociologiju) Univerziteta u Sarajevu.
3. Beyer, T., T. Furniss, (2007), *Child psychiatric symptoms in primary school the second wave 4 years after preschool assessment*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol: 42(9), 753–758.
4. Brajša-Žganec, A. (2003), *Dijete i obitelj, emocionalni i socijalni razvoj*, Naklada Slap, Zagreb.
5. Bronfenbrenner, U. (1996), *Ecological models of human development*, Oxford, International Encyclopedia of Education. *Administration, scoring and generic version of the assessment*, University of Vermont Department of Psychiatry Field Trial Version, Burlington, 3, 37–43.
6. Bronfenbrenner, U. (1997), *Ekologija ljudskog razvoja*, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd.
7. Cicchetti, D., S. L. Toth, (2009), *The past achievements and future promises of developmental psychopathology: the coming of age of a discipline*, J Child Psychol Psychiatry: 50 (1-2), 16-25.
8. „Child\_ado\_atlas.“. *World Health Organization*. N. p., n. d. Web. 17 June 2011. <[http://www.who.int/mental\\_health/resources/Child\\_ado\\_atlas.pdf](http://www.who.int/mental_health/resources/Child_ado_atlas.pdf)>.
9. Dwyer, S., J. Nicholson, D. Battistutta (2006), *Parent and Teacher Identification of Children at Risk of Developing Internalizing or*

*Externalizing Mental Health Problems: A Comparison of Screening Methods*, *Prevention Science*: 7 (4), 343–357.

10. Goldney, R. D., L. J. Fisher, G. Hawthorne (2004), „WHO survey of prevalence of mental health disorders“, *JAMA*, 292(20), 2467–2468; author reply 2468.
11. Heiervang, E., A. Goodman, R. Goodman (2008), *The Nordic advantage in child mental health*, *Separating Psychol Psychiatry*: 49(6), 678–685.
12. Keresteš, G. (2002), *Dječje agresivno i prosocijalno ponašanje u kontekstu rata*, Naklada Slap, Jastrebarsko.
13. Leonard, C. (2002), *Quality of school life and attendance in primary school*, University of Newcastle, Newcastle.
14. Majkić, V. (2011), *Koncept rezilijentnosti i integrativni pristup u porodičnoj terapiji*, *Medicinska revija*, UDK: 615.851. 1(470); 613.86(470).
15. Marković J. (2011), *Povezanost sociodemografskih faktora i stepena porodične funkcionalnosti sa emocionalnim problemima i problemima ponašanja dece uzrasta 4 do 11 godina*, doktorska disertacija, Novi Sad.
16. McConville, M. (1998), *Adolescence: Psychotherapy and the Emergent Self*, Taylor & Francis Gestalt institute, Cleveland.
17. Nagradić, S., M. Miković, i sur. (2006), *Etički kodeks istraživanja o djeci*, Vijeće za djecu Bosne i Hercegovine, Sarajevo.
18. Nikolić, Marangunić, i sur. (2004), *Dječja i adolescentna psihijatrija*, Školska knjiga, Zagreb.
19. Novak, M., J. Bašić, (2008), *Internalizovani problemi kod djece i adolescenata*, *Ljetopis socijalnog rada*: 15 (3), Univerzitet u Zagrebu, 473–498.
20. Raboteg-Šarić, Šakić, Žganec-Brajša (2009), *Kvaliteta života u osnovnoj školi: povezanost sa školskim uspjehom, motivacijom i ponašanjem učenika*. UDK:373.31.26(497.5), Institut društvenih znanosti, Zagreb.
21. Rescorla, L. A., T. M. Achenbach, M. Y. Ivanova, L. Dumenci, F. Almqvist, N. Bilenberg (2007), *Behavioral and emotional problems reported by parents of children ages 6 to 16 in 31 societies*. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*: 15, 130-142.
22. Rescorla, L., T. M. Achenbach, M. Y. Ivanova, L. Dumenci, F. Almqvist, N. Bilenberg, et al. (2007), *Epidemiological comparisons of problems and positive qualities reported by adolescents in 24 countries*, *J. Consult Clin Psychol*: 75(2), 351-358.
23. Vulić-Prtorić, (2002), *Obiteljske interakcije i psihopatološki simptomi u djece i adolescenata*, UDK: 159.922.2, Filozofski fakultet, Zadar.
24. Vulić-Prtorić, A. (2001), *Razvojna psihopatologija „Normalan razvoj koji je krenuo krivim putem“*, UDK/UDC:159.922:159.97, Filozofski fakultet, Zadar.



25. Vulić-Prtorić, (2004), *Skala kvalitete obiteljskih interakcija*, Zbirka psihologijskih skala i upitnika, Zadar.
26. Wagner-Jakab, A. (2008), *Obitelj-sustav dinamičkih odnosa u interakciji*, UDK: 159.913. Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja 2008, Vol 44, br.2, str. 119-128.

## Bilješke

1. *Cohaerens* (lat.) – koji se drži zajedno, povezan, spojen.
2. Rezilijentnost (nevulnerabilnost) je fenomen, koji individua ili obitelj posjeduje i koji dolazi do izražaja pri savladavanju nepovoljnih životnih okolnosti (otpornost na stres). Rezilijentnost, čak biološka, genetski uvjetovana, razvija se u relacionom kontekstu.
3. Holizam je tendencija u filozofiji koja kaže „istina“ je uvijek samo u cjelini (grčki *Holon*), istinitost pojedinačnih iskaza proizlazi iz cjeline. Holistička perspektiva je temeljni antropološki princip prema kojemu različite djelatnosti kulture treba promatrati u najširem smislu kako bi se shvatile njihove uzajamnosti i povezanosti.
4. Rana adolescencija (10–15 godina) – period redefinisanja i reorganizacije, predstavlja period razgradnje i prvih nesigurnih koraka ka egzistencijalnom sebstvu. Dominantno obilježje praćeno je povećanom potrebom za diferencijacijom sebe od drugih i razvoj vlastitog identiteta. Adolescencija uključuje nešto srodno *paradigmi promjene*, temelj promjene egzistencijalnog statusa. Ona je doslovno sabiranje iskustva djetinjstva i radikalna reorganizacija psihološkog selfa za putovanje koje predstoji.
5. Dok djetinji self predstavlja neku vrstu dozvole za rad odraslima u okolini, self adolescenta počinje da biva poduzetnički, postaje više autorski, autonoman, počinje sagledavati objektivnije i realnije, roditelje vidi kao osobu koja ima i dobre i loše strane. Dominantno obilježje praćeno je povećanom potrebom za diferencijacijom sebe od drugih i razvojem vlastitog identiteta.
6. Adolescencija se smatra krizom na osobnoj i obiteljskoj razini, pri čemu se kriza razvija oko dva procesa – intrapsihičkom i interpersonalnom, te njihovom interakcijom.
7. Wheeler to dramatično potencira, tvrdeći da „tek kada nas tretiraju kao ličnost, što znači da nas smatraju bićem sa vrijednim unutrašnjim iskustvom... mi počinjemo da cijenimo sebe... čvrsto doživljavajući to kao stvarnost“, i obrnuto, ostvarujući osjećaj „za“ i prilagođavajući se unutarnjem spektru iskustava, dijete adolescent postaje sposobno da se okrene sredini i uključi se u kontakt sa drugima, na životan, vibrantan i pozitivan način (McConville, 1998:22).

8. Grupu zemalja sa nižim prosječnim skorovima prevalencija (oko 10%) čine: Danska, Island, Norveška, Japan, Švedska, Kanada (Heiervang, Goodman, & Goodman, 2008), dok u grupi zemalja sa srednjim prosječnim skorovima spadaju: SAD, Velika Britanija, Francuska, Njemačka, Holandija, Poljska, gdje prevalencija iznosi oko 20%, (T. M. Achenbach, 2010.; prema Marković, 2011). Grupe zemalja sa visokim prosječnim skorom su: Indija (34,2%, Srinath, 2005.; prema Marković, 2011), Irak (49,2%, Al-Jawadi i Abdul-Rhman, 2007.; prema Marković, 2011) i Republika Srbija (34% na skali internaliziranih problema, Zdravlje stanovnika u Republici Srbiji, 2007).
9. Neki od odgovora dobivenih kroz fokus-grupe sa roditeljima/starateljima i intervjuje sa članovima menadžmenta škole („Sve je to fino što ti pričaš, al' nama je problem što nemamo posla”, otac; „Kad god dođem u školu, pričaju mi koliko je loš“, majka; „Mi nemamo uticaja na promjenu školskog programa to dolazi odozgo, Ministarstva i PPZ – oni sve završe i samo nam dostave“, menadžment škole; „Naša saradnja sa CMZ ne postoji, djeca moraju u Sarajevo za svaki mali problem sa zdravljem”, menadžment škole; „Školsko gradivo je postalo sve teže i meni je teško da pokazujem zadaću djetetu kada dođe iz škole nemam vremena nizašta, a kamoli da se družim sa njim“, majka; „Društvo ni o kome ne vodi računa, samo o sebi“, otac. Badurina, 2012:201–210).