

Suvremena psihologija 5 (2002), 1, 31-51

Izvorni znanstveni članak – UDK 159.922.2

OBITELJSKE INTERAKCIJE I PSIHOPATOLOŠKI SIMPTOMI U DJECE I ADOLESCENATA

Anita Vulić – Prtorić

Odsjek za psihologiju, Filozofski fakultet u Zadru
Obala kralja Petra Krešimira IV.br.2, 23000 Zadar

SAŽETAK

U radu su prikazani rezultati istraživanja koje je provedeno s ciljem utvrđivanja specifičnih oblika kvalitete obiteljskih interakcija koje su povezane s pojavom agresivnosti, depresivnosti, anksioznosti i somatizacije u djece i adolescenata. Istraživanje je provedeno na uzorku od 435 učenika od 5. do 8. razreda osnovne škole, a primijenjeno je pet skala: *Skala kvalitete obiteljskih interakcija* (Vulić-Prtorić, 2000a), *Skala agresivnosti* (Keresteš, 1999), *Skala depresivnosti za djecu i adolescente* (Vulić-Prtorić, 2002b), *Skala generalizirane anksioznosti* i *Skala somatizacije* (Vulić-Prtorić, 2002a).

Rezultati provedenog istraživanja pokazuju da su svi aspekti internaliziranih i eksternaliziranih problema koji su ispitivani u ovom istraživanju značajno povezani s percepcijom odbacivanja od strane majke i oca. Uočene su razlike s obzirom na značajnost pojedinih dimenzija obiteljske interakcije s majkom i ocem za psihološke probleme kod djevojčica, odnosno dječaka.

Dobiveni rezultati potvrđuju teorijske postavke u razvojnoj psihopatologiji o važnosti kvalitete obiteljskih interakcija, s posebnim osvrtom na teoriju roditeljskog prihvaćanja i odbacivanja Ronalda Rohnera. Razmotrene su i praktične implikacije dobivenih rezultata, posebice u planiranju tretmana djece i adolescenata koja imaju internalizirane i eksternalizirane oblike psiholoških problema.

Ključne riječi: obiteljske interakcije, depresivnost, agresivnost, anksioznost, somatizacija

UVOD

U suvremenoj kliničkoj psihologiji i razvojnoj psihopatologiji etiologija i razvoj poremećaja se promatraju kroz dinamiku djelovanja osobnih i okolinskih faktora specifičnih za kontekst u kojem dijete živi. S obzirom na veću podložnost vanjskim utjecajima poznavanje kontekstualnih uvjeta je važnije za razumijevanje psihopatologije u djetinjstvu i adolescenciji nego što je to u odrasloj dobi. Stoga dominantni teorijski modeli u ovom području naglašavaju integraciju, interakciju i transakciju različitih faktora u njihovom djelovanju na razvoj psihopatologije i pristup prema kojem se dijete promatra u okviru slojevitog socijalnog konteksta. Pri tome oni slojevi ili sustavi koji su bliže djetetu (obitelj) imaju neposredniji utjecaj, dok oni udaljeniji (ekonomske i kulturalne promjene, stresni

životni događaji, i sl.) djeluju posredno. Djetetovo ponašanje se promatra u dinamičnom odnosu s kontekstom u kojem živi, što znači da je u svakom trenutku djetetova razvoja njegovo ponašanje rezultat transakcije između njegovih osobnih karakteristika i okoline (Vulić-Prtorić, 2001b).

Rizični faktori su sva ona stanja i okolnosti koja povećavaju vjerojatnost razvoja nekog psihopatološkog procesa, dok zaštitni potiču i održavaju zdravi razvoj. **Rizični faktori** mogu stvoriti vulnerabilnost ili osjetljivost za razvoj poremećaja, mogu predstavljati «okidač» ili potaći razvoj poremećaja. To su svi oni čimbenici koji pojačavaju odgovor na neki stresni događaj. Faktori rizika u obitelji mogu biti npr. stresni događaji koji nadilaze djetetove sposobnosti suočavanja - gubici, roditeljsko zanemarivanje, odbacivanje ili zlostavljanje; ili u širem kontekstu to mogu biti stresni događaji koji pogađaju cijelu obitelj - siromaštvo, rat, i sl. S druge strane **zaštitni faktori** sprečavaju daljnje pogoršanje, potiču ili održavaju zdravi razvoj, i imaju snažne implikacije na prognozu i tretman. Rizični i zaštitni faktori ne predstavljaju dva odvojena tipa faktora, već se uglavnom radi o varijablama koje su dimenzionalne. To znači da isti faktori na jednom kraju te dimenzije (npr. dobra komunikacija s majkom) potiču duševno zdravlje, a na drugom (npr. poremećena komunikacija s majkom) psihološke probleme. Roditeljska toplina, podrška i ljubav imaju pozitivan utjecaj na emocionalnu i socijalnu stabilnost i zrelost djeteta. S druge strane ravnodušnost, pretjerana kontrola, grubost i zanemarivanje djeteta pridonose različitim problemima i teškoćama kod djece (na Slici 1. navedeni su neki rizični i zaštitni faktori obitelji značajni za razvoj psihopatologije u djetinjstvu i adolescenciji).

U odnosu na ostale kontekstualne rizične i zaštitne faktore obitelj spada u grupu **proksimalnih** faktora, tj. onih bliže djetetu. Djelovanje osobnih faktora rizika (temperament, nisko samopoštovanje, nesigurna privrženost, i sl.), te distalnih rizičnih faktora (siromaštvo, stresni događaji, rat, nezaposlenost, i sl.) moderirano je proksimalnim faktorima - djetetovom obitelji.

Tako su dosadašnji rezultati većeg broja longitudinalnih istraživanja pokazala da «teški» temperament djeteta ne mora nužno voditi u psihološke probleme i psihopatologiju ukoliko se roditelji mogu nositi s djetetovim ponašanjem ili ukoliko u tome dobiju podršku stručnjaka. Već su Stella Chess i Alexander Thomas (1991) u svojoj Njujorškoj longitudinalnoj studiji upozorili da međusobna neusklađenost i disonantnost između temperamenta djeteta i ponašanja roditelja predstavlja osnovni izvor poremećaja kod djeteta. Pokazalo se da se pravilnim intervencijama može utjecati na jačanje i izgradnju onih psiholoških faktora zaštite koji će spriječiti ili čak onemogućiti djelovanje rizičnih faktora čak i kad su oni jasno identificirani i potvrđeni.

Ove nalaze je nedavno u svojim istraživanjima potvrdio Outi Teerikangas sa svojim suradnicima (1998). Oni su utvrdili da sam «teški» temperament ne predstavlja rizični faktor već njegova kombinacija s disfunkcionalnom kontrolom ponašanja od strane roditelja. Pokazalo se da uključivanje roditelja u program psihološkog savjetovanja u ranoj dobi predstavlja snažan zaštitni faktor.

Istraživanja utjecaja distalnih faktora u razvoju psihopatologije također su pokazala da ako se roditelji dobro nose s npr. nastalim ekonomskim problemima, djelovati će na dijete kao zaštitni faktor. Ali kada se roditelji ne snalaze u toj situaciji i siromaštvo potencira njihove bračne nesuglasice, onda obitelj djeluje kao dodatni rizični faktor. Na taj način se nepovoljni utjecaji iz šireg konteksta, te negativni stresni životni događaji odražavaju na dijete na način koji je moderiran kroz reakcije njegove obitelji*. Na prilagodbu djeteta utjecat će emocionalna podrška i stabilna sredina koju mu pruža roditelj ili druga odrasla osoba s kojom dijete živi. Događaji poput separacije i gubitka sami po sebi, izolirani, ne predstavljaju faktor

* Pregled rezultata istraživanja o utjecaju stresnih životnih događaja na psihopatologiju djece i adolescenata opsežno je prikazan u knjizi *Stres u djece i adolescenata*, autorice Katice Lacković-Grgin (2000).

vulnerabilnosti, ali to postaju u kombinaciji s psihosocijalnim problemima koji slijede gubitak, posebice manjak brige za dijete i indiferentnost roditelja koji bi trebao nastaviti brinuti o djetetu nakon smrti drugog roditelja (Rutter, 2000).

Slika 1. Rizični i zaštitni faktori obitelji vezani za psihološke probleme u djetinjstvu i adolescenciji

Rizični faktori

Bolest roditelja, nisko samopoštovanje roditelja, roditelji imaju nezrele mehanizme obrane i disfunkcionalne strategije suočavanja,
 Bračna nesloga i nasilje, sukobi u obitelji
 Problemi emocionalne vezanosti i privrženosti; manjak intelektualne stimulacije; autoritativni, kažnjavajući odgoj, popustljiv odgoj, zanemarivanje; roditelji se previše i prenapadno upliću u djetetov život; roditelji su nezainteresirani ili zanemaruju dijete; nejasni komunikacijski obrasci;
 Psihološki problemi (posebno depresija), alkoholizam i ovisnosti u obitelji;
 Odvajanje djeteta od obitelji, zlostavljanje djeteta, gubici i tugovanje, socioekonomski problemi obitelji, trijangulacija;



PSIHOLOŠKI PROBLEMI



Zaštitni faktori

Dobra roditeljska prilagodba; razumijevanje djetetovih problema i s tim usklađena očekivanja; visoko samopoštovanje; jasne obiteljske komunikacije; zreli mehanizmi obrane i efikasne strategije suočavanja
 Roditelji zadovoljni brakom; dobra komunikacija s bračnim partnerom
 Odnos između djeteta i roditelja karakterizira sigurna privrženost; fleksibilna obiteljska organizacija; uključenost oba roditelja;

Obiteljski odnosi u središtu su proučavanja interakcijskih modela psihopatologije. Pri tome se teorija privrženosti Johna Bowlbija (1992) pokazala najčešće citiranom u tumačenju povezanosti poremećaja u ranoj komunikaciji roditelj – dijete i različitih internaliziranih i eksternaliziranih oblika psihopatologije.

Osim teorije privrženosti u suvremenoj razvojnoj psihopatologiji danas su aktualne mnoge tzv. **mini teorije** ili tumačenja koja se odnose na jednu ili više komponenti specifičnog oblika disfunkcionalnosti (Vulić-Prtorić, 2001b). To npr. znači da kada se istraživači ili kliničari zanimaju za doprinos obiteljskih čimbenika u razvoju agresivnosti u djece onda će koristiti znanja iz teorije obiteljske prisile Geralda Pattersona (1982) ili teorija bihevioralnih problema (*problem behavior theory*) Richarda Jessora (1998). Za razumijevanje razvoja internaliziranih poremećaja u funkciji poremećene komunikacije u obitelji istraživače i kliničare će zanimati Lewinsohnova bihevioralna teorija (1999) ili teorija osobne kompetentnosti Davida Cole-a i suradnika (1997), i sl. Svaka od ovih teorija doprinosi svojim specifičnim spoznajama o određenom poremećaju, njegovoj etiologiji i specifičnim terapijskim intervencijama.

U većini dosadašnjih studija etiopatogeneze u razvojnoj psihopatologiji mogu se prepoznati dva dominantna faktora obiteljskih interakcija (Rapee, 1997; Rohner, 1999.; Rohner i sur. 1984.). Prvi faktor je konceptualiziran u terminima negativnih i neprijateljskih osjećaja roditelja prema djetetu, a opisuje se kroz dimenziju ponašanja i stavova na čijem je jednom kraju prihvaćanje, toplina i razumijevanje, a na drugom odbacivanje i kriticizam. Drugi faktor je konceptualiziran u terminima ponašanja usmjerenih na zaštitu djeteta od moguće povrede, a opisuje se kroz roditeljsku kontrolu i zaštitu, te, s druge strane, autonomiju. Ova ponašanja obično za negativnu posljedicu imaju upravljanje djetetom i smanjenje njegove individualnosti. Konzistentan rezultat dobiven u dosadašnjim istraživanjima je da su internalizirani i eksternalizirani poremećaji značajno povezani s negativnim aspektima interakcije roditelja i djeteta, posebice odbacivanjem i kontrolom od strane roditelja. Pri tome se u zadnjih desetak godina naglašava potreba da se u istraživanjima na ovom području koriste u podjednakoj mjeri procjene koje daju roditelji i procjene koje daju sama djeca. Pokazalo se naime, da djetetova percepcija interakcija u obitelji često nije značajno povezana s izvještajima roditelja, pa čak niti objektivnih observera, ali je najbolji prediktor psiholoških problema koji mogu nastati iz poremećenih obiteljskih odnosa.

Općenito je utvrđeno da su obiteljske interakcije djece koja imaju neke psihološke probleme, karakterizirane većim brojem konflikata i problema u komunikaciji, manjim izražavanjem emocija i međusobnom podrškom, te češćim odbacivanjem, zanemarivanjem i zlostavljanjem.

U ovom istraživanju pokušalo se odgovoriti na pitanja o tome koje dimenzije obiteljskih odnosa pridonose određenim internaliziranim i eksternaliziranim psihopatološkim simptomima u djece i adolescenata (anksioznim i depresivnim simptomima, sklonosti somatizaciji i agresivnosti), te postoje li pri tome razlike između djevojčica i dječaka. Naime, u suvremenim istraživanjima na ovom području utvrđeno je da različiti aspekti interakcije s majkom i ocem imaju različite psihopatološke posljedice kod dječaka i djevojčica.

METODOLOGIJA

Ispitanici

Ispitivanje je provedeno u uzorku od 448 učenika od petog do osmog razreda osnovne škole u Zadru u sklopu projekta istraživanja psihosocijalnih aspekata psihopatoloških simptoma u djece i adolescenata. Iz statističke obrade rezultata izuzeti su oni upitnici koji nisu pravilno ispunjeni, tj. u kojima je učenik izostavio odgovore na veći broj tvrdnji, u kojima su učenici davali besmislene odgovore ili u kojima nije odgovoreno na tvrdnje na cijeloj stranici i sl. Na taj način u obradu rezultata uvršteni su rezultati **435** ispitanika koji su ispravno ispunili upitnike (**208** dječaka i **227** djevojčica).

U ovom radu prezentirani su rezultati dobiveni primjenom Skale kvalitete obiteljskih interakcija KOBI, Skale depresivnosti SDD, Skale agresivnosti AG, Skale generalizirane anksioznosti GENA i Skale somatizacije SOMA.

Instrumentarij

Kako su za sve skale u ranijim istraživanjima na uzorcima djece i adolescenata utvrđene dobre psihometrijske karakteristike, one nisu provjeravane u ovom istraživanju. Psihometrijske karakteristike korištenih skala prikazane su u Tablici 1.

Tablica 1. Psihometrijske karakteristike instrumenata korištenih u ovom istraživanju: Skala kvalitete obiteljskih interakcija (KOBİ), Skala depresivnosti (SDD), Skala agresivnosti (AG), Skala generalizirane anksioznosti (GENA) i Skala somatizacije (SOMA)

SKALA		Broj tvrdnji	Raspon	M	SD	α
KOBİ	Zadovoljstvo obitelji	11	11-55	46.29	7.92	0.892
	Prihvaćanje - otac	10	10-50	39.17	8.09	0.897
	Prihvaćanje - majka	10	10-50	42.23	7.63	0.895
	Odbacivanje - otac	12	12-60	21.45	7.79	0.855
	Odbacivanje - majka	12	12-60	21.21	7.75	0.849
AG	Agresivnost	15	15-60	27.76	8.72	0.908
DEP	Depresivnost	26	26-120	53.40	16.20	0.890
GENA	Generalizirana anksioznost	16	16-80	37.44	10.84	0.858
SOMA	Somatizacija	22	22-85	41.72	12.41	0.879

Skala kvalitete obiteljskih interakcija KOBİ (Vulić-Prtorić, 2000a) mjeri interakcije djeteta i roditelja na 2 dimenzije koje odgovaraju onim aspektima obiteljske interakcije koji se u literaturi najčešće opisuju dimenzijom **prihvaćanje** (emocionalna toplina, intimnost) i **odbacivanje** (kontrola, emocionalno zanemarivanje). Ove dvije dimenzije su konceptualizirane u skladu s teorijom roditeljskog prihvaćanja i odbacivanja (*PART - parental acceptance- rejection theory*) Ronalda Rohnera (Rohner, 1999). Tako se *Prihvaćanje* odnosi na pozitivne emocionalne aspekte odnosa roditelj-dijete, a opisuje međusobnu bliskost, pružanje podrške, povjerenje i razumijevanje, te relativnu simetričnost u međusobnim odnosima. *Odbacivanje* se odnosi na različite doživljaje postupaka roditelja koji se nalaze u rasponu od nerazumijevanja i prevelike zahtjevnosti, do zanemarivanja i kažnjavanja. Pri tome zanemarivanje karakterizira djetetov doživljaj da su roditelji nezainteresirani za njega, da mu ne posvećuju dovoljno vremena i pažnje (posebno za emocionalne potrebe). Kažnjavanje opisuju svi oni doživljaji bezrazložnog optuživanja, neprimjerenog kažnjavanja zbog počinjene pogreške ili pak neraspoloženja roditelja koje dijete doživljava kao grubost.

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. Skala se sastoji od 5 subskala: *Zadovoljstvo vlastitom obitelji*, *Prihvaćanje od strane majke*, *Prihvaćanje od strane oca*, *Odbacivanje od strane majke* i *Odbacivanje od strane oca*. Subskala *Zadovoljstvo obitelji* ispituje kako se dijete osjeća u svojoj obitelji i njegovo zadovoljstvo obiteljskim životom. Ukupan rezultat utvrđuje se za svaku subskalnu posebno, a dobiva se jednostavnim zbrajanjem bodova pri čemu veći rezultat na subskali *Prihvaćanje* ukazuje na veću međusobnu bliskost, povjerenje i razumijevanje između djeteta i majke, odnosno oca, a veći rezultat na subskali *Odbacivanje* znači da dijete doživljava više zabrana, grubosti i zanemarivanja od strane majke, odnosno oca.

Za svih 5 subskala utvrđena je visoka unutrašnja pouzdanost (Cronbach alpha se kreće od 0.85 do 0.89), a koeficijenti korelacije među subskalama kao i rezultati faktorske analize drugog reda pokazuju da se ovim skalama ispituju različite primarne dimenzije

zajedničke domene interakcije ispitanika s obitelji. Psihometrijske karakteristike skale KOB nalaze se u Tablici 1.

Skala agresivnosti AG (Keresteš, 1999) sastoji se od 15 čestica kojima se mjeri reaktivni i proaktivni aspekt agresivnosti. Uz svaku česticu ispitanik treba označiti koliko se često ponaša na opisani način od 1= nikad se tako ne ponašam, do 4= uvijek se tako ponašam. Ukupni rezultat na skali predstavlja zbroj rezultata na svim česticama. Veći rezultat ukazuje na izraženiju agresivnost. Psihometrijske karakteristike skale agresivnosti prikazane su u Tablici 1.

Skala depresivnosti za djecu i adolescente – SDD (Vulić-Prtorić, 2002b) sastoji se od 26 tvrdnji koje opisuju različite aspekte depresivnosti u djetinjstvu i adolescenciji. Tvrdnje u Skali odabrane su na osnovi popisa simptoma iz DSM-IV klasifikacije (str. 325-336, 1994.), zatim tvrdnji koje se koriste u različitim psihodijagnostičkim instrumentima za mjerenje depresivnosti i tumačenja simptomatologije depresivnosti u djetinjstvu i adolescenciji, te na temelju rezultata istraživanja na ovom području. Za svaku tvrdnju ponuđen je odgovor u obliku skale Likertova tipa od 5 stupnjeva pomoću koje ispitanik izražava svoje slaganje, tj. procjenjuje koliko je ponašanje opisano u tvrdnji relevantno za njega: od 1= uopće nije točno, do 5 = da, u potpunosti je točno.

Dosadašnjom primjenom i analizom rezultata dobivenih skalom SDD utvrđena su dobra psihometrijska svojstva ove skale (Tablica 1.): na uzorku od 489 ispitanika dobivena je unutrašnja pouzdanost tipa Cronbach alfa od 0.89 (Vulić-Prtorić, 2000a.). Ukupan rezultat na skali određuje se zbrojem rezultata na svim česticama. Veći rezultat ukazuje na izraženiju depresivnu simptomatologiju.

Skala generalizirane anksioznosti GENA i Skala somatizacije SOMA su dvije subskale iz Skale anksioznosti za djecu i adolescente SKAD-94 (Vulić-Prtorić, 2002a). Skala SKAD-94 konstruirana je na temelju rezultata istraživanja na području anksioznosti, teorijskih opisivanja i tumačenja anksioznosti, postojećih skala, upitnika i strukturiranih intervjua za mjerenje anksioznosti, opisa anksioznih simptoma, sindroma i poremećaja u DSM-IV klasifikaciji. Simptomi anksioznosti opisani tvrdnjama u skali usklađeni su s rezultatima empirijskih i kliničkih istraživanja i uglavnom čine klastere adekvatne kategorijama opisanim u DSM-IV klasifikaciji. Tvrdnje u subskalama SKAD-94 "pokrivaju" područje različitih simptoma i manifestacija anksioznosti: generalizirane, separacijske, socijalne i ispitne anksioznosti, opsesivno kompulzivne simptome, te sklonost paničnim napadima i somatizaciji. Za potrebe ovog istraživanja korištene su dvije subskale iz SKAD-94: skala generalizirane anksioznosti i skala sklonosti somatizaciji. Psihometrijske karakteristike za obje skale navedene su u Tablici 1.

Skalom generalizirane anksioznosti (GENA) ispituju se simptomi pretjerane anksioznosti, nesigurnosti i zabrinutosti koja se javlja u različitim situacijama, a koja je praćena nemirom, napetosti i somatskim simptomima.

Tvrdnje u Skali SOMA opisuju somatske reakcije koje se javljaju u različitim situacijama -socijalne evaluacije, separacije, ispitne situacije i sl. (11 tvrdnji koje pripadaju ostalim skalama anksioznosti), te anksioznu senzitivnost ili osjetljivost u obliku straha od javljanja ovih simptoma, a uslijed predimenzioniranja njihovih somatskih, psiholoških i socijalnih posljedica (11 tvrdnji) (Vulić-Prtorić, 1999, 2000b), .

Za svaku tvrdnju u skali GENA i SOMA ponuđen je odgovor u obliku skale Likertova tipa od 5 stupnjeva pomoću koje ispitanik izražava koliko je ponašanje opisano u tvrdnji relevantno za njega: od 1 = ni malo, uopće se ne slažem, do 5 = da, potpuno se slažem. Visok rezultat na ovoj skali govori o sklonosti djeteta da u različitim situacijama reagira razvijanjem specifične anksiozne simptomatologije.

Postupak

Upitnici su primijenjeni grupno u vrijeme održavanja redovite nastave. Upitnike su primijenili školski psiholog i apsolutni psihologije. Prije primjene upitnika svim je ispitanicima objašnjen cilj ispitivanja, a zatim im je pročitana uputa o načinu popunjavanja upitnika. Zadatak ispitanika bio je da nakon što pročitaju svaku tvrdnju zaokruže odgovarajući broj s desne strane ispod odgovora koji su odabrali.

REZULTATI

Prvi korak u provjeri relacija između kvalitete obiteljske interakcije i simptoma depresivnosti, agresivnosti i anksioznosti, bio je utvrđivanje veličine povezanosti između dimenzija ovih varijabli. Izračunati su Pearsonovi koeficijenti korelacije za sve ispitivane varijable, te spol. Pokazalo se da je korelacija između spola i ispitivanih varijabli uglavnom statistički značajna, a budući da su u dosadašnjim istraživanjima također utvrđene statistički značajne razlike između rezultata djevojčica i dječaka u ispitivanim varijablama, odlučeno je da se Pearsonovi koeficijenti korelacije između rezultata na skalama Kvalitete obiteljskih interakcija (KOBI) i depresivnosti (SDD), agresivnosti (AG) i anksioznosti (SKAD) izračuna odvojeno za dječake i za djevojčice. Iz Tablice 2. može se vidjeti da postoje značajne, pozitivne korelacije između agresivnosti, depresivnosti, anksioznosti, somatizacije i varijabli Odbacivanja od strane oca i majke, te negativne s rezultatima u skali zadovoljstva vlastitom obitelji. Percipirano neprihvatanje od strane oba roditelja značajno je povezano jedino s depresivnosti. Sve ispitivane dimenzije Kvalitete obiteljskih interakcija u značajnoj su i većoj korelaciji s rezultatima na skali depresivnosti, nego na skali agresivnosti i anksioznosti.

Tablica 2. Koeficijenti korelacije između rezultata na primijenjenim skalama za (1) dječake (N=208) i (2) djevojčice (N=227)

Kvaliteta obiteljske interakcije (KOBI)

SKALE		Zadovoljstvo obitelji		Prihvatanje - otac		Prihvatanje - majka		Odbacivanje - otac		Odbacivanje - majka	
		1**	2***	1	2	1	2	1	2	1	2
<i>AG</i>	<i>Agresivnost</i>	-0,11	-0,20*	-0,04	-0,12	-0,10	-0,05	0,25*	0,20*	0,30*	0,21*
<i>DEP</i>	<i>Depresivnost</i>	-0,35*	-0,49*	-0,34*	-0,22*	-0,31*	-0,30*	0,47*	0,46*	0,46*	0,48*
<i>GENA</i>	<i>Generaliz. a.</i>	-0,17*	-0,36*	-0,11	-0,08	-0,00	-0,13	0,24*	0,26*	0,21*	0,32*
<i>SOMA</i>	<i>Somatizacija</i>	-0,14*	-0,26*	-0,13	-0,03	-0,06	-0,11	0,30*	0,24*	0,23*	0,27*

Legenda: * $p < 0.05$ **1 = dječaci ***2 = djevojčice

Jednosmjernom analizom varijance je utvrđeno da se dječaci i djevojčice razlikuju s obzirom na rezultat u 7 od 10 primijenjenih skala (Tablica 3.). Djevojčice se osjećaju prihvaćenije od strane majke, ali su i anksioznije, te sklonije somatizaciji od dječaka. S druge strane, dječaci percipiraju veće odbacivanje od strane oca i majke i agresivniji su od djevojčica.

Tablica 3. Rezultati jednosmjerne analize varijance rezultata na primijenjenim skalama između djevojčica i dječaka

Zavisna varijabla		M dječaci	M djevojčice	F (1,433)	P
KOBİ	Zadovoljstvo obitelji	42.69	43.68	1.371	0.242
	Prihvaćanje - otac	38.78	39.44	0.793	0.374
	Prihvaćanje - majka	40.72	44.00	25.52	0.00*
	Odbacivanje - otac	23.06	21.13	6.650	0.01*
	Odbacivanje - majka	22.62	20.98	4.76	0.02*
AG	Agresivnost	30.60	24.21	30.06	0.00*
DEP	Depresivnost	54.10	55.38	0.648	0.420
GENA	Generalizirana aksioznost	34.33	38.48	15.042	0.00*
SOMA	Somatizacija	40.28	45.90	22.45	0.00*
		N=	208	227	

*p<0.05

Da bi se utvrdio doprinos kvalitete obiteljskih interakcija objašnjenju depresivnosti, agresivnosti, anksioznosti i somatizacije kod djece provedene su **stupnjevite regresijske analize** (Tablica 4. i 5.). U prediktorski skup varijabli uključeno je 5 dimenzija kvalitete obiteljskih interakcija predstavljenih rezultatima na subskalama upitnika KOBİ: Prihvaćanje - otac, Prihvaćanje - majka, Odbacivanje - otac, Odbacivanje - majka, Zadovoljstvo obitelji. U zavisne, kriterijske varijable uvršteni su rezultati na pojedinim skalama psihopatoloških simptoma. Analize su provedene odvojeno za dječake i za djevojčice.

Tablica 4. Rezultati završnih koraka stupnjevite regresijske analize (backward) za pojedine aspekte psihopatoloških simptoma s obiteljskim varijablama (značajni prediktori u jednadžbi) – **uzorak dječaka** (N=208)

KRITERIJ	PREDIKTORI	BETA	t	p	
<i>Agresivnost</i>	Odbacivanje - majka	0.300	3.169	0.000	R=0.30 R²=0.09 F(1,206)= 19.95 p<.000
<i>Depresivnost</i>	Odbacivanje – otac	0.291	3.604	0.000	R=0.51 R²=0.26 F(2,205)= 36.09 p<.000
	Odbacivanje - majka	0.267	3.305	0.001	
<i>Generalizirana anksioznost</i>	Odbacivanje – otac	0.240	3.552	0.000	R=0.24 R²=0.06 F(1,206)= 12.61 p<.000
<i>Somatizacija</i>	Odbacivanje – otac	0.296	4.451	0.000	R=0.30 R²=0.09 F(1,206)= 19.82 p<.000

Tablica 5. Rezultati završnih koraka stupnjevite regresijske analize (backward) za pojedine aspekte psihopatoloških simptoma s obiteljskim varijablama (značajni prediktori u jednadžbi) – **uzorak djevojčica** (N=227)

KRITERIJ	PREDIKTORI	BETA	t	p	
<i>Depresivnost</i>	Odbacivanje– majka	0.319	5.10	0.000	R=0.57 R²=0.32 F(2,224)= 53.39 p<.000
	Zadovoljstvo obitelji	-0.341	-5.46	0.000	
<i>Generalizirana anksioznost</i>	Zadovoljstvo obitelji	-0.36	-5.79	0.000	R=0.36 R²=0.13 F(1,225)= 33,54 p<.000
<i>Somatizacija</i>	Zadovoljstvo obitelji	-0.261	-4.06	0.000	R=0.26 R²=0.07 F(1,225)= 16,5 p<.000

Kao što se u Tablici 4. može vidjeti u **uzorku dječaka** kao značajni prediktori depresivnosti javljaju se varijable Odbacivanje od strane oca i majke (objašnjavaju čak 26% varijance kriterija). Odbacivanje od strane majke značajni je prediktor i agresivnosti kod dječaka. Za simptome anksioznosti i sklonost somatizaciji značajan prediktor je odbacivanje od strane oca. Ova varijabla objašnjava od 6 do 9% varijance kriterija. Prediktorske varijable Prihvatanje od strane majke i oca, te Zadovoljstvo obitelji nisu se pokazale značajne niti za jedan kriterij u uzorku dječaka.

U uzorku **djevojčica** dobiveni su značajno drugačiji rezultati (Tablica 5.). Značajni prediktori depresivnosti kod djevojčica su nezadovoljstvo obitelji i percepcija odbacivanja od strane majke. Ove dvije varijable objašnjavaju 32% varijance kriterija. Za simptome anksioznosti i somatizaciju najznačajniji prediktor je također nezadovoljstvo obitelji koje objašnjava od 7 do 13% varijance kriterija. Za agresivnost kvalitete obiteljske interakcije nisu značajni prediktori u uzorku djevojčica.

DISKUSIJA

Rezultati provedenog istraživanja pokazuju da su sa ispitivanim oblicima psihopatologije u djece i adolescenata najviše povezana dva aspekta kvalitete obiteljske interakcije: opće nezadovoljstvo vlastitom obitelji i percepcija roditeljskog odbacivanja u obliku grubosti i zanemarivanja. Pri tome se pokazalo da su simptomi depresivnosti naj snažnije povezani sa svim negativnim aspektima kvalitete obiteljske interakcije.

Veća povezanost između ispitivanih psihopatoloških simptoma i percepcije odbacivanja od strane roditelja dobivena je u većem broju istraživanja (pregled istraživanja u Rohner i Britner, 2001.). U istraživanjima provedenim u nas utvrđeno je da je očevo odbacivanje aspekt roditeljskog ponašanja koji je najviše povezan s različitim oblicima agresivnog, delikventnog i ovisničkog ponašanja (Kuterovac-Jagodić, Keresteš, 1997; Sočković, 1998; Ajduković, 1990; Glavak, 1998), depresivnosti, anksioznosti i beznadnosti (Turčinov, 2000; Radić, 1999.; Vulić-Prtorić, 2000a;), te prilagodbe u školi i među vršnjacima (Klarin, 2000.).

Različiti aspekti kvalitete obiteljskih interakcija su povezani s psihopatološkim simptomima u uzorku djevojčica u odnosu na uzorak dječaka. Percepcija odbacivanja od strane roditelja najznačajniji je prediktor svih oblika psihopatoloških simptoma u uzorku dječaka. Dječaci koji procjenjuju da su roditelji prema njima grubi (često viču bez razloga,

nazivaju dijete pogrdnim imenima, bezrazložno kažnjavaju, i sl.) ili da ih na neki način zanemaruju (nemaju vremena za druženje s djetetom, ne zanimaju se za djetetov svakodnevni život, nije im važno što dijete osjeća) imaju više simptoma depresivnosti, anksioznosti i agresivnosti. U uzorku djevojčica kvaliteta obiteljskih interakcija je manje značajan prediktor psihopatoloških simptoma, a od svih aspekata interakcije najčešći prediktor je opće nezadovoljstvo obitelji. Djevojčice kojima njihova obitelj *ide na živce*, koje nemaju povjerenja niti nalaze utjehu i razumijevanje u svojoj obitelji i koje kažu da *kada odrastu i budu imale svoju obitelj ona neće nalikovati njihovoj sadašnjoj obitelji*, imaju više anksioznih simptoma, sklonije su somatizaciji. One djevojčice koje uz ovo opće nezadovoljstvo životom u svojoj obitelji percipiraju i da ih majka odbacuje, tj. da je prema njima gruba ili da ih zanemaruje, doživljavaju i veći broj depresivnih simptoma.

Odgovori na pitanje o razlozima dobivanja značajnih razlika između dječaka i djevojčica s obzirom na kvalitetu odnosa s roditeljima uglavnom se kreću u okvirima teorija socijalizacije i usvajanja spolnih uloga. Tako Youniss i Smollar (1985) u pregledu istraživanja na ovu temu kažu kako kćeri percipiraju svoje očeve kao autoritativne figure od kojih dobivaju savjete i pravila o tome kako se treba ponašati. Odnos s majkom uključuje kombinaciju autoriteta i intimnosti i ne sadrži distancu u onoj mjeri u kojoj je prisutna u odnosu s ocem. K tome je odnos između kćeri i majke percipiran kao *uzajamna potreba*, tj. kćeri percipiraju majke kao osobe koje trebaju njihovu pomoć i mogu im tu pomoć i pružiti. Odnos između sinova i očeva je asimetričan: oni mogu diskutirati o objektivnim i praktičnim sadržajima, zajednički se baviti nekim aktivnostima. Ali taj odnos je više distanciran od odnosa s majkom i u većoj mjeri sadrži poštovanje. Kada se u ovom odnosu jave problemi onda su oni uglavnom vezani za školsko postignuće ili neuspjeh sina da nešto napravi. Kada se jave problemi između sina i majke, oni su uglavnom vezani za ulogu majke kao autoriteta koji postavlja pravila. Sinovi očekuju od majki da se brinu za njih, da s njima pričaju o vlastitim problemima i doživljajima, ali ne i da postavljaju pravila i traže poslušnost.

Milkie (1997) je također utvrdio da se djeca pri tumačenju svog odnosa s majkom, odnosno ocem fokusiraju na različita ponašanja. Oca više percipiraju kao onog koji daje financijsku podršku, koji je autoritativan i koji kontrolira. Odnos s majkom je u većoj mjeri simetričan i upućuje na jednakost sudionika. Djeca opisuju majku kao onu koja u većoj mjeri pomaže, dopušta i brine se o njima, te je općenito češće s njima u svakodnevnim aktivnostima. S njom mogu otvoreno pričati o svojim problemima, nadama i planovima, dok oca percipiraju kao osobu koja daje savjete ili s kojom se mogu zabavljati. Kritike i negativne poruke upućene od strane majke lakše se prihvaćaju nego kada ih uputi otac. Chorpita i suradnici (1996) su utvrdili da depresivna i anksiozna djeca više negativnih poruka dobivaju od oca i da općenito procjenjuju značajnijima ono što im govore očevi od poruka koje im šalju majke.

Dječacima je otac identifikacijski model i oni, za razliku od djevojčica, više očekuju od oca, te imaju veću potrebu za njegovim prihvaćanjem. Za pretpostaviti je da je upravo zbog toga njihova percepcija očevog odbacivanja značajnija od percepcije djevojčica.

U nizu istraživanja koja je provodila Lacković-Grgin osamdesetih i devedesetih godina prošlog stoljeća (pregled istraživanja u Lacković-Grgin, 2000.), utvrđeno je da djevojčice i dječaci različito vrednuju osobine majke, odnosno oca. Ove razlike izražene su i s obzirom na dob ispitanika. Djevojke svih dobi više preferiraju ekspresivnu ulogu oca (tj. njegovo razumijevanje, povjerenje, strpljivost, otvorenost), dok mladići preferiraju kombinaciju ekspresivne i instrumentalne uloge (njegovu pravednost, odlučnost).

Kvaliteta obiteljskih interakcija i agresivnost

Agresija koja se javlja u djece i adolescenata najčešće se tumači kroz specifične socijalne odnose koje dijete ima sa svojom okolinom. Pri tome se naglašava dvosmjerni

proces u kojem roditelji agresivnog djeteta svojim nasilnim i agresivnim ponašanjem predstavljaju model za djetetovo agresivno ponašanje, a s druge strane roditelji se ponašaju prema djetetu na način da ustvari izazivaju njegovo agresivno ponašanje. Kada djeca doživljavaju odbacivanje od strane roditelja i vršnjaka postaju frustrirana, ljutita, a potom i agresivna (Weiss i Catron, 1994.).

U pregledu istraživanja o povezanosti percepcije odbacivanja i eksternaliziranih problema u djece i adolescenata Ronald Rohner i Preston Britner (2001) navode da je doprinos roditelja i djece u razvoju poremećaja u ponašanju podjednaka. Odbacivanje od strane roditelja potiče dijete na neprijateljsko i agresivno ponašanje, ali ako se djeca nastave tako ponašati roditelji u odnosu s djetetom pokazuju sve manje topline i podrške. Bez obzira na recipročni odnos istraživače je zanimalo da li je moguće utvrditi dominantni smjer kauzalnosti. Pokazalo se da odbacivanje od strane roditelja prethodi razvoju poremećaja u ponašanju kod djeteta.

S obzirom na rezultate dobivene u ovom istraživanju nameće se pitanje zašto je za sve aspekte internaliziranih problema važnija percepcija odbacivanja od strane oca, a u slučaju agresivnih dječaka to je percepcija odbacivanja od strane majke. Agresivno ponašanje općenito je tipičnije za dječake i otac, kao identifikacijska figura je uglavnom tolerantniji od majke prema agresivnom, nego prema ustrašenom ponašanju sina. Dosadašnja istraživanja su pokazala da u odnosu između agresivnih dječaka i njihovih majki ima mnogo više prisile, obuzdavanja, afektivnog neslaganja, kao i pretjeranog miješanja majke u život djeteta. Ovi problemi posebno su izraženi s ulaskom dječaka u pubertet. Naime, dječaci u toj dobi obično se nalaze u konfliktnoj ulozi: njihova potreba da s majkom i dalje imaju odnos razumijevanja i povjerenja u suprotnosti je s njihovom potrebom za samostalnosti i neovisnosti. Njihovo ponašanje u takvoj situaciji obilježeno je nekonzistentnosti (istovremeno prihvaćanje i odbacivanje roditelja) na što majke često nisu spremne adekvatno reagirati.

Ove konflikte u odnosu između majke i sina većina majki također teško doživljava. Majke agresivne djece značajno su manje zadovoljne svojim odnosom s djetetom nego što su to majke depresivne djece (Edens, 1999.). U tom smislu korisni su nalazi o tri specifične podgrupe agresivne djece s obzirom na percepciju podrške i kvalitetu odnosa s drugima (Edens i sur., 1999.):

- 1) podtip neslaganja: dijete izvještava o zadovoljavajućoj podršci od strane drugih i odnosu s drugima, dok značajni drugi izvještavaju o ispodprosječnoj kvaliteti odnosa s djetetom. U ovoj grupi je oko 40% agresivne djece;
- 2) podtip pozitivnog slaganja: i dijete i značajni drugi procjenjuju nisku kvalitetu međusobnog odnosa i malo podrške. U ovoj grupi je također oko 40% agresivne djece;
- 3) podtip negativnog slaganja: dijete i značajni drugi procjenjuju zadovoljavajuću kvalitetu i podršku. U ovoj grupi je oko 20% agresivne djece.

S obzirom na opisanu podjelu pokazalo se da najviše problema imaju djeca i roditelji iz prve grupe. Majke te djece doživljavaju svoju djecu agresivnijom nego majke u ostale dvije grupe. Lochman i suradnici (1991) su utvrdili da su majke agresivnih dječaka sklonije pripisivati uzroke djetetovih nedjela samom djetetu, a manje eksternalnim okolnostima. Osim toga Edens i suradnici (1999.) smatraju da se kod ove prve grupe agresivne djece ustvari radi o «obrambenom isključivanju» ili poricanju negativnih informacija o sebi s ciljem zaštite vrlo vulnerabilnog pojma o sebi. Autori povezuju ovaj mehanizam s postojanjem nesigurne privrženosti u ranoj dobi. Pri tome se posebno pokazala značajna D varijanta nesigurne privrženosti (dezorganizirana privrženost) u kojoj dijete aktivno pokušava kontrolirati roditelja (najčešće majku) (Constantino, 1995, 1996). Ovakvo ponašanje može izazvati još više reakcija u obliku zanemarivanja i grubosti opisanih u subskali KOB1 Odbacivanje (*Moja majka često više na mene, Moja majka me ponekad kažnjava samo zato što je neraspložena,*

Moja majka je ponekad gruba prema meni, Moja majka nema dovoljno vremena za mene, i dr.).

Kvaliteta obiteljskih interakcija i depresivnost

Obiteljski odnosi u središtu su proučavanja interakcijskih modela depresije. U skladu s trendovima teorija depresivnosti kod odraslih i razvojni psihopatolozi promatraju depresivnost kod djece s obzirom na interpersonalne teškoće i poremećene odnose s roditeljima i vršnjacima (Gotlib i Hammen, 1996; Cicchetti i Toth, 1998).

Sve ispitivane dimenzije kvalitete obiteljskih interakcija u ovom istraživanju pokazale su se značajnije povezane i boljim prediktorima depresivnosti nego anksioznosti, somatizacije i agresivnosti. Dominantan oblik interakcije dijete-roditelj relevantan za depresivnost je percepcija odbacivanja od strane oca, što je u skladu s rezultatima većine istraživanja provedenih u nas i u svijetu (vidi pregled istraživanja u Vulić-Prtorić, 2002c, i Rohner i Britner, 2001.). Tako npr. depresivno dijete može biti povučeno i psihomotorno zakočeno ili pak razdražljivo i psihomotorno nemirno. Prvi oblik ponašanja kod roditelja najčešće izaziva zabrinutost i razočaranje (pogotovo kad se radi o odnosu između oca i dječaka), a drugi ljutnjom i odbacivanjem. Roditelji koji osjećaju djetetove teškoće i bespomoćnost mogu pokušati intervenirati na više direktan način - uglavnom otac u odnosu sa sinom (*Daj se malo trgni, Što si takav sav preplašen, Ponašaj se kao curica*) ili pak učiniti nešto umjesto djeteta – češće ponašanje majke bez obzira na spol djeteta. Međutim pretjerana kontrola ili pretjerano uplitanje dodatno povećavaju djetetov osjećaj bespomoćnosti i nekompetentnosti i vode ka još većem socijalnom povlačenju. U obitelji u kojoj postoje takve interakcije ne može se očekivati od djeteta da u stresnim situacijama traži podršku od roditelja. Dijete koje traži pomoć još više izaziva nepovjerenje roditelja u njegovu kompetentnost. U dosadašnjim istraživanjima u kojima je korištena skala SDD pokazalo se da su depresivna djeca u stresnim situacijama sklonija izljevima bijesa ili socijalnom povlačenju, ali ne i traženju emocionalne i instrumentalne pomoći i podrške od članova svoje obitelji (Vulić-Prtorić, 2001a.).

Kvaliteta obiteljskih interakcija i anksioznost

Premda se poremećeni obiteljski odnosi u većoj mjeri proučavaju u vezi s depresivnosti, prema rezultatima dosadašnjih istraživanja oni su također snažan prediktor i rizični faktor za javljanje anksioznosti. U ovom istraživanju također su utvrđeni slični rezultati: dimenzije kvalitete obiteljske interakcije u većoj mjeri su povezane sa simptomima depresivnosti nego anksioznosti. Za anksioznost dječaka značajniji prediktor percepcija odbacivanja od strane oca, a djevojčica opće zadovoljstvo vlastitom obitelji. Siqueland i suradnici (1996) su utvrdili da se percepcija obitelji anksioznog i depresivnog djeteta razlikuju s obzirom na psihološku kontrolu, tj. pretjerano uključivanje i pretjeranu zaštitu, koja je dominantnija u slučaju anksiozne djece. Ova kontrola može se odvijati na svim komunikacijskim razinama. Npr. dječak se ne slaže s majkom oko toga da je važno da čisti sobu svaki dan, ali nakon što primijeti njen bolan pogled, stavlja prst u usta, spušta glavu i kaže *Ma nema veze*. Ili majka kaže djetetu *Sigurno ćeš se bolje osjećati ako budeš čistio sobu svaki dan*, jasno daje do znanja da će nju usrećiti ako ju posluša, bez da pita dijete kako će se ono osjećati.

S druge strane roditelji anksiozne djece značajno potiču djetetovu opreznost i izbjegavanje rizika, daju im informacije o mogućim negativnim ishodima zbog čega djeca postaju još zabrinutija. Roditelji anksiozne djece su skloni izražavati sumnju u djetetovu kompetentnost, nagrađivati ih za izbjegavanje i povlačenje, te biti pretjerano restriktivni i dominirajući u svojim odgojnim metodama, što opet ograničava razvoj autonomije i pozitivne samoeфикаsnosti kod djeteta (Dadds i sur. 1996). Negativne poruke koje dijete dobiva od roditelja formiraju njegov kognitivni stil, povećavaju osjećaj bespomoćnosti i umanjuju

samopoštovanje. Na taj način rana komunikacija u obitelji kroz procese suočavanja pridonosi vulnerabilnosti djeteta za razvoj anksiozne simptomatologije.

Barrett i suradnici (1996) su uspoređivali anksioznu, agresivnu i kontrolnu grupu djece s obzirom na način interpretacije i reagiranja na nejasne situacije. Grupa anksiozne i agresivne djece su interpretirali situacije značajno više prijetećima u odnosu na kontrolnu skupinu. Reakcije anksiozne djece su bile dominantno anksiozne, reakcije agresivne grupe očekivano agresivne, a kontrolne prosocijalne. Ali nakon što su se roditelji uključili u eksperiment sa zadatkom da diskutiraju sa svojim djetetom o tim situacijama dogodile su se neočekivane promjene: agresivna djeca su bila još agresivnija u svojim reakcijama, a anksiozna još anksioznija. U kontrolnoj grupi nisu se dogodile značajne promjene. Opisani efekt autori su nazvali FEAR – efekt (*family enhancement of avoidant and aggressive responses*). Ovi rezultati su potvrdili model razvoja anksioznosti u djece prema kojem su roditelji anksiozne djece neskloni poticati samostalnost u mišljenju, odlučivanju i ponašanju svoje djece. Čak štoviše, uočena je tendencija roditelja da kada dijete predloži nekakav prosocijalni plan rješavanja zadatka, oni nastavljaju propitivati i upozoravati dijete sve dok ono ne predloži neki više izbjegavajući način. Kroz takve odnose dijete ne može razviti prikladne oblike samoefikasnosti i samopoštovanja, što vodi do izbjegavanja novih izazova ubuduće.

Kvaliteta obiteljskih interakcija i somatizacija

Dobiveni rezultati pokazuju da djeca koja doživljavaju veće odbacivanje od strane oba roditelja, te su općenito manje zadovoljna svojom obitelji imaju više rezultate na skali SOMA. Dosadašnja istraživanja na ovom području su pokazala da su određeni oblici interakcije s roditeljima značajno povezani sa sklonosti somatizaciji kod djece (Vulić-Prtorić, 1999., 2000b). Psihosomatski problemi su najčešće povezani s bračnim konfliktima, trijulgacijom, pretjeranim zaštićivanjem, rigidnosti i izbjegavanjem sukoba. Djeca mogu trpjeti glavobolje, vrtoglavice, bolove u stomaku, i sl. ali budući da se najčešće *dobro* ponašaju manje privlače pažnju roditelja od djece koja imaju neke eksternalizirane poremećaje.

U tumačenju povezanosti somatizacije i kvalitete obiteljske interakcije Beatrice Wood (1994, 2000) predlaže teoriju obiteljskih sustava prema kojoj određeni maladaptivni obiteljski procesi poput uplitanja, pretjeranog zaštićivanja, rigidnosti, autoritarnosti, pretjerane popustljivosti, i sl. određuju da li će djeca razviti simptome somatizacije. Autorica smatra da u tom procesu presudnu ulogu imaju obrasci privrženosti utvrđeni u djetetovoj ranoj dobi. U okviru ove teorije nastalo je nekoliko tumačenja u etiologiji simptoma somatizacije:

1) somatske tegobe nastaju kao jedan od oblika komunikacije s okolinom koju dijete koristi u situacijama kada je emocionalni dijalog s roditeljima ili drugim djetetu važnim osobama prekinut ili poremećen;

2) nesređeni obiteljski odnosi kao i specifični oblici interakcije roditelja i djeteta presudni su faktor u etiologiji razvoja somatizacije u dječjoj dobi;

3) izbor organa na kojem će se javiti somatski poremećaj određen je obiteljskom sredinom u kojoj dijete živi i u kojoj ima uzor reagiranja; i dr.

Šprajc–Bilen (1994) navodi da se radi o obiteljima koje su uglavnom potpuno neupadljive, negiraju bilo kakve probleme osim djetetove bolesti i same sebe najčešće opisuju kao idealnu obitelj. Dijete se u takvoj obitelji razboli u trenucima kada se snizi prag međusobne tolerancije i kada prijeti konflikt. Tako se izbjegava sučeljavanje s vlastitim problemima (npr. bračnom neslogom), a sukobi među članovima obitelji zamjenjuju se zabrinutošću za bolesnika.

Značajan prediktor somatizacije u uzorku dječaka u ovom istraživanju je bila percepcija odbacivanja od strane oca, a u uzorku djevojčica zadovoljstvo obitelji. Može se pretpostaviti da odgovor o razlikama dobivenim u ovom istraživanju leži u specifičnoj emocionalnoj komunikaciji koja razlikuje oca i majku u interakciji s djetetom, te o percepciji

toga odnosa od strane djeteta, o čemu je više riječi bilo na početku ove diskusije. Brojni su nalazi koji idu u prilog dobivenim rezultatima, a koji potječu iz kliničke prakse. Tako Carr (1999) iznosi podatke prema kojima se sudjelovanje oca u obiteljskoj terapiji pokazalo značajno za pozitivan ishod tretmana djece s poremećajem somatizacije. Terapijski rad pri tome je usmjeren upravo na razvijanje jasne i otvorene komunikacije kako o djetetovim somatskim teškoćama tako i o svakodnevnim problemima. Cilj takvog rada je utvrđivanje granica i autonomije svakog člana obitelji, smanjenje emocionalne napetosti u međusobnim razgovorima i poticanje zajedništva i reciprociteta u rješavanju problema. Važno je da u ovom terapijskom radu sudjeluje cijela obitelj, a posebice otac koji je često isključen iz ovakvog rada.

ZAKLJUČAK

Rezultati istraživanja prikazani u ovom radu pokazuju da različiti aspekti obiteljske interakcije značajno pridonose psihopatološkim simptomima u djece. Svi ispitivani aspekti internaliziranih (depresivnost, anksioznost, somatizacija) i eksternaliziranih (agresivnost) problema najznačajnije su povezani s percepcijom odbacivanja od strane oca i majke. Dobiveni rezultati u skladu su s postavkama Rohnerove teorije roditeljskog prihvaćanja i odbacivanja, te rezultata istraživanja na ovom području.

U uzorku **dječaka** najznačajniji prediktor internaliziranih problema je percipirano odbacivanje od strane oca, a eksternaliziranih odbacivanje od strane majke, što je protumačeno u okvirima razlika u procesima socijalizacije i spolne identifikacije dječaka i djevojčica. Za internalizirane simptome **djevojčica** najznačajniji prediktor je zadovoljstvo vlastitom obitelji. Djevojčice su u tom smislu više zaokupljene općom atmosferom u obitelji, kvalitetom komunikacije i interakcije među svim članovima obitelji, dok su dječaci više usmjereni na pojedinačne odnose s majkom, odnosno ocem.

Dobiveni rezultati imaju značajne implikacije na buduća istraživanja i klinički rad na ovom području. Istraživanja kvalitete obiteljskih interakcija i psihopatologije u djetinjstvu i adolescenciji trebaju uzimati u obzir razlike između djevojčica i dječaka, te majki i očeva, ali bi isto tako bilo neophodno voditi računa o promjenama u međudnosu ovih varijabli u funkciji dobi. U većini terapijskih intervencija u radu s djecom preporuča se aktivno uključivanje roditelja. Nedvojbeno je dokazano da su terapijski ishodi brži, povoljniji i dugotrajniji ukoliko se uključe i roditelji (vidi pregled istraživanja u Kendall, 1991.; Barrett i sur. 1996; Robbins i sur. 1998). Međutim, uvijek se upozorava da je uključivanje roditelja potrebno pažljivo planirati jer velik broj psiholoških problema u djece je povezan s poremećenim interakcijama u obitelji i mnoga djeca, posebice adolescenti nisu spremna niti voljna sudjelovati u terapijskim programima u kojima će biti i njihovi roditelji. U izrazito konfliktnim obiteljima uključivanje roditelja može dodatno otvoriti nova područja sukoba. Posebno problematično u tom smislu može biti uključivanje roditelja u rad s depresivnim djetetom, na što upozoravaju i rezultati dobiveni u ovom istraživanju. Pokazalo se da intervencije koje se usmjere na osobne probleme roditelja u takvim slučajevima mogu imati mnogo više uspjeha. Umjesto da se podučava roditelje kako se ponašati prema djetetu, može biti korisnije pomoći im da razvijaju vlastito samopoštovanje i komunikacijske vještine.

I na kraju valja napomenuti da se u analizi utjecaja obiteljskih procesa na razvoj psiholoških problema u djece i adolescenata ne smije zanemariti slijedeće: negativne interakcije nisu specifičnost samo obitelji u kojima rastu djeca s emocionalnim problemima. U svakoj obitelji mogu se naći konflikti, svađe, sukobi, prijetnje, vikanje i sl. Radi se o tome da u zdravim obiteljima postoji relativna ravnoteža između pozitivnih i negativnih odnosa koja nedostaje obiteljima u kojima raste dijete s psihološkim problemima.

LITERATURA

- Ajduković M. (1990) **Stil odgoja u obitelji kao faktor delikventnog ponašanja djece**, *Primijenjena psihologija*, Vol.11, 47-54.
- Barrett P.M., Dadds M.R., Rapee R.M. (1996) **Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial**, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol.64., No.2, 333-342.
- Bowlby J. (1992) *A Secure Base: Clinical Applications of Attachment Theory*, London: Tavistok / Routledge.
- Carr A. (1999) *The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology*, London, New York: Routledge.
- Chess S., Thomas A. (1991) **Temperament**, u Lewis M. (ED.) *Child and Adolescent Psychiatry*, Baltimore: Williams & Wilkins, 145-161.
- Cicchetti D., Toth S.L. (1998) **The development of depression in children and adolescents**, *American Psychologist*, Vol.53, No.2, 221-241.
- Cole D.A., Martin J.M., Powers B. (1997) **A competency-based model of child depression: A longitudinal study of peer, parent, teacher and self - evaluations**, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Vol.38, No.5, 505-514.
- Constantino J.N. (1995) **Early relationships and the development of aggression in children**, *Harvard Review of Psychiatry*, Vol.2, No.5, 259-273.
- Constantino J.N. (1996) **Intergenerational aspects of zhe development of aggression: A preliminary report**, *Developmental and Behavioral Pediatrics*, Vol.17, No.3, 176-181
- Dadds M.R., Barret P.M., Rapee R.M., Ryan S. (1996) **Family process and child anxiety and aggression: an observational analysis**, *Journal of Abnormal Child Psychology*, Vol.24, No.6, 715-715-734.
- Edens J.F. (1999) **Aggressive children's self systems and the quality of their relationships with significant others**, *Aggression and Violent Behavior*, Vol.4, No.2, 151-177.
- Edens J.F., Cavell T.A., Hughes J.N. (1999) **The self – systems of aggressive children: A cluster – analytic investigation**, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Vol.40, No.3, 441-453.
- Glavak R. (1998) **Percepcija roditeljskog prihvaćanja – odbijanja, obiteljski čimbenici i čimbenici socioekonomskog statusa obitelji ovisnika adolescentske dobi**, Diplomski rad, Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu.
- Gotlib I.H., Hammen C.L. (1996) *Psychological Aspects of Depression*, New York: John Wiley & Sons.
- Jessor R. (1998) *New Perspectives on Adolescent Risk Behavior*, Cambridge: University Press
- Kendall P.C. ed. (1991) *Child and Adolescent Therapy: Cognitive – Behavioral Procedures*, London, New York: The Guilford Press, 3-24..
- Keresteš G. (1999) **Agresivno i prosocijalno ponašanje školske djece u kontekstu ratnih zbivanja: Provjera posredujućeg utjecaja roditeljskog ponašanja**, Doktorska disertacija, Filozofski fakultet Sveučilišta u Zagrebu
- Klarin M. (2000) **Odnosi u obitelji i s vršnjacima kao prediktori različitih aspekata prilagodbe u školi**, Doktorska disertacija, Filozofski fakultet u Zagrebu.
- Kuterovac-Jagodić G., Keresteš G. (1997) **Perception of parental acceptance – rejection and some personality variables in young adults**, *Društvena istraživanja*, Vol.30-31, Br.4-5, 477-491.
- Lacković-Grgin, K. (2000) *Stres u djece i adolescenata*, Jastrebarsko: Naklada Slap.

- Lewinsohn P.M., Rohde P., Klein D.N., Seeley J.R., (1999) **Natural course of adolescent major depressive disorder: Continuity into young adulthood**, *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Vol.38, No.1., 56-63.
- Lochman J.E., White K.J., Wayland K.K. (1991) **Cognitive – behavioral assessment and treatment with aggressive children**, u Kendall P.C. ed. *Child and Adolescent Therapy: Cognitive – Behavioral Procedures*, London, New York: The Guilford Press, 25-66.
- Milkie MA. (1997) **Through the eyes of children: Youth's perceptions and evaluations of maternal and paternal roles**, *Social Psychology Quarterly*, Vol.60, No.3., 218-37.
- Patterson G.R. (1982) *Coercive Family Process*, Eugene, OR: Castalia
- Radić V. (1999) **Odnos beznadnosti i kvalitete obiteljske interakcije kod djece**, Diplomski rad, Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zadru
- Rapee R.M. (1997) **Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression** *Clinical Psychology Review*, Vol.17, No.1, 47-67.
- Robbins M.S., Szapocznik J., Aleksander J.F., Miller J.M. (1998) **Family systems therapy with children and adolescents**, *Coprehensive Clinical Psychology*, Elsevier Science Ltd.
- Rohner E.C., Rohner R.P., Roll S. (1984) **Perceived parental acceptance - rejection and children's reported behavioral disposition**, *Journal of Cross-Cultural Psychology*, Vol.11, No.2, 221-225.
- Rohner R.P. (1998) **Father love and child development: History and current evidence**, Vol.7, No.5, 157-161.
- Rohner R.P. (1999) **Acceptance and rejection**, u Levinson D., Ponzetti J., Jorgensen P., (Eds.) *Encyclopedia of Human Emotions*, New York:Macmillan Reference, Vol.1, 6-14.
- Rohner R.P., Britner P.A. (2001) **Worldwide mental health correlates of parental acceptance – rejection: Review of cross – cultural and intracultural evidence**, (iz osobne prepiske s prvim autorom)
- Rutter M. (2000) **Psychosocial influences: Critiques, findings and research needs**, *Development and Psychopathology*, 12, 375-405.
- Siqueland L., Kendall P.C., Steinberg L. (1996) **Anxiety in children: perceived family environments and observed family interactions**, *Journal of Clinical Child Psychology*, Vol.25, No.2, 225-237.
- Sočković J. (1998) **Odnos agresivnosti, empatije i kvalitete obiteljske interakcije kod adolescenata**, Diplomski rad, Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zadru.
- Šprajc-Bilen M. (1994) **Psihosomatski poremećaji u djece kao reakcija na stres i traum**, u Miharija Ž., Leko -Kolbah A. (ur.) *Pomozimo djeci stradaloj u ratu - priručnik za psihologe*, Ministarstvo prosvjete i kulture, Zavod za školstvo, Zagreb, str. 33-42.
- Teerikangas O.M., Aronen E.T., Martin R.P., Huttunen A.O. (1998) **Effects of infant temperament and early intervention on the psychiatric symptoms of adolescents**, *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Vol.37, No.10, 1070-1076.
- Turčinov Ž. (2000) **Depresivnost u dječjoj dobi u odnosu na kvalitetu obiteljskih interakcija**, Diplomski rad, Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zadru.
- Vulić - Prtorić A. (1999) **Somatski simptomi anksioznosti kod djece**, *Radovi FFZd* 1999; 38 (15):79-96.
- Vulić-Prtorić A. (2000a) **Struktura anksioznosti i depresivnosti u djece i adolescenata: Provjera hijerarhijskog modela**, Doktorska disertacija, Zagreb: Filozofski fakultet
- Vulić-Prtorić A. (2000b) **Somatizacija i kvaliteta obiteljskih interakcija kod djece i adolescenata**, *Medica Jadertina*, 30 (1-2) 21-31.

- Vulić-Prtorić A. (2001a) **Suočavanje sa stresom i depresivnost u djece i adolescenata**, *Suvremena psihologija*, 4, 1-2, 25-39.
- Vulić-Prtorić A. (2001b) **Razvojna psihopatologija: normalan razvoj koji je krenuo krivim putem**, *Radovi Filozofskog fakulteta u Zadru*, 40 (17)
- Vulić-Prtorić A. (2002a) **SKAD-94: Priručnik za skalu anksioznosti za djecu i adolescente**, neobjavljeni rukopis
- Vulić-Prtorić A. (2002b) **SDD: Priručnik za skalu depresivnosti za djecu i adolescente**, neobjavljeno rukopis
- Vulić-Prtorić A. (2002c) **Depresivnost u djece i adolescenata**, neobjavljeni rukopis
- Weiss B., Catron T. (1994) **Specificity of the comorbidity of aggression and depression in children**, *Journal of Abnormal Child Psychology*, Vol.22, No.3, 389-401.
- Wood B. L. (1994) **One articulation of the structural family therapy model: A bibehavioral family model of chronic illness in children**, *Journal of Family Therapy*, Vol.16, 53-72.
- Wood B.L., Klebba K.B., Miller B.D., (2000) **Evolving the biobehavioral family model: A fit of attachment**, *Family Process*, Vol.39, No.3, 319-344.
- Youniss J., Smollar J. (1985) **Adolescent relations with mothers, fathers and friends**, Chicago: University of Chicago Press.