Uloga kvalitete obiteljskih interakcija u objašnjenju anksioznosti i depresivnosti učenika

Čeko, Jelena

Master's thesis / Diplomski rad

2015

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split, Faculty of Humanities and Social Sciences, University of Split / Sveučilište u Splitu, Filozofski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:172:163081

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-28**

Repository / Repozitorij:

Repository of Faculty of humanities and social sciences

zir.nsk.hr

UNIVERSITY OF SPLIT

dabar
DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

STUDIJSKA GRUPA: Učitelji

PREDMET: Razvojna psihologija

DIPLOMSKI RAD

ULOGA KVALITETE OBITELJSKIH INTERAKCIJA U OBJAŠNJENJU ANKSIOZNOSTI I DEPRESIVNOSTI UČENIKA

STUDENT:

Jelena Čeko

MENTOR:

doc.dr.sc. Ina Reić Ercegovac

Split, srpanj 2015.

SADRŽAJ

SAŽETAK 1
I. UVOD 3
1. DEPRESIJA 3
1.1. Osnovna obilježja depresije 3
1.2. Depresija kao reakcija na gubitak 5
1.3. Terapijski rad s depresivnom djecom i adolescentima 6
2. ANKSIOZNOST 8
2.1. Osnovna obilježja anksioznosti 8
2.2. Vrste anksioznih poremećaja 9
2.3. Ispitna anksioznost 12
3. OBITELJ 13
3.1. Obitelj i roditeljski stilovi 13
3.2. Povezanost obiteljskih odnosa i depresije 14
3.3. Povezanost obiteljskih odnosa i anksioznosti 16
II. CILJ I PROBLEMI ISTRAŽIVANJA 18
III. METODA ISTRAŽIVANJA 19
1. Uzorak 19
2. Instrumenti 19
3. Postupak 21
IV. REZULTATI I RASPRAVA 22
ZAKLJUČAK 33
LITERATURA 34

Uloga kvalitete obiteljskih interakcija u objašnjenju anksioznosti i depresivnosti učenika

SAŽETAK

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati odnos između kvalitete obiteljskih interakcija te anksioznosti i depresivnosti učenika i učenica četvrtih i sedmih razreda osnovne škole. Istraživanje je provedeno na uzorku od 205 osnovnoškolaca, od čega 98 učenika i 107 učenica. Korišten je upitnik općih podataka koji se sastojao od nekoliko pitanja kojima su prikupljeni podaci o razredu, spolu, općem uspjehu te ocjenama iz Hrvatskog jezika i Matematike na kraju prošle školske godine. Pored upitnika općih podataka, primijenjeni su i: SDD – Skala depresivnosti za djecu i adolescente (Vulić-Prtorić, 2003), SKAD-62 – Podskala ispitne anksioznosti (Vulić-Prtorić, 2004) i Skala kvalitete obiteljskih interakcija – KOBI (Vulić-Prtorić, 2002). Pomoću instrumenata se mjerila depresivnost u djetinjstvu i adolescenciji, ispitna anksioznost, kvaliteta interakcija s majkom i ocem te opća procjena zadovoljstva obitelji. Što se tiče depresivnosti i ispitne anksioznosti, istraživanje je pokazalo kako su stariji učenici u prosjeku depresivniji i anksiozniji u odnosu na mlađe. Međutim, porast u depresivnosti se može pripisati jedino učenicama, dok je kod učenika depresivnost relativno stabilna, bez obzira na dob, a slično vrijedi i za ispitnu anksioznost. Rezultati su pokazali kako opće zadovoljstvo obitelji te interakciju s majkom i ocem u prosjeku većim procjenjuju učenici četvrtih razreda u odnosu na učenike sedmih razreda. Djevojčice pritom procjenjuju majku kao više prihvaćajuću, a dječaci oca. Odbacivanje majke se ne razlikuje s obzirom na spol, dok je za oca ono izraženije kod dječaka nego djevojčica. Odbacivanje majke i nisko prihvaćanje oca prediktivni su za depresivnost. Iste su varijable prediktivne i za ispitnu anksioznost uz varijablu dobi pri čemu su mlađi učenici manje ispitno anksiozni.

Ključne riječi: **obitelj, obiteljske interakcije, učenici, depresivnost, anksioznost**

The role of family interactions quality in explaining students‘ test anxiety and depression

SUMMARY

The aim of this research was to examine the relationship between the quality of family interactions and test anxiety and depression in the 4th and 7th grade primary school pupils. The research was conducted on a total of 205 pupils, 98 of which were male and 107 female. General data questionnaire was used to gather data on age, gender, GPA and grades in Croatian language and Mathematics at the end of the last academic year.

Apart from the aforementioned basic information, several questionnaires were used to assess levels of depression and test anxiety, as well as quality of interactions within the family. Those were: "SDD" – The Scale of Depression for Children and Adolescents (Vulić-Prtorić, 2003), "SKAD-62" – The Subscale for Test Anxiety (Vulić-Prtorić, 2004), and "KOBI" – Scale of Interaction Quality within the Family (Vulić-Prtorić, 2002). Results have shown that older pupils were generally more depressed and anxious compared to the younger ones. However, the increasein depression is only applicable to the female pupils, whereas in male pupils, the level of depression was generally stable, regardless of age. A similar principle applies to test anxiety. The results have shown that the overall satisfaction with family, as well as the quality of interaction with mother and father was assessed higher in fourth graders, compared to seventh graders. Furthermore, female pupils assessed the mother as more accepting, whereas male pupils assessed the father as more accepting than girls did. Maternal rejection was independent of gender, but paternal rejection was more prominent in boys, compared to girls. Finally, higher maternal rejection and lower paternal acceptance were predictive of depression. Similar results were obtained for test anxiety that could also be predicted by age with younger pupils expressing lower test anxiety.

Key concepts: family, family interaction, students, depression, anxiety

I. UVOD

1. DEPRESIJA

1.1. Osnovna obilježja depresije

Depresija je emocionalno stanje obilježeno velikom tugom i zlim slutnjama. Osoba se povlači u sebe, osjeća se potišteno, bezvrijedno, gubi zanimanje za uobičajene životne aktivnosti. Česte su promjene sna (spava nedovoljno, previše ili ima isprekidan san) i promjene teka (jede previše ili premalo). Depresivnost karakterizira i gubljenje interesa za društvene aktivnosti, a osobe koje pate od depresije ne uživaju u stvarima u kojima su nekoć uživali. Dolazi do umora, slabljenja životne energije, gubitka snage i osjećaja iscrpljenosti. Misaoni tijek je usporen, a često se javljaju i misli o samoubojstvu. Depresivni sindrom je kombinacija nekih simptoma depresije i ima ga manji broj ljudi (npr. iritabilnost, tužan izraz lica, povlačenje iz društva drugih, smanjenje teka, problemi sa spavanjem i dr.) (Živković, 2006). Depresivni sindromi se odlikuju brojnim heterogenim simptomima. Karakteristična je istodobna pojava tjelesnih i psihičkih simptoma (Hautzinger, 2009). Depresija spada u skupinu poremećaja raspoloženja. Simptomi depresije se uglavnom pojavljuju u životu svakog čovjeka, zbog stresnih situacija ili bez vanjskog povoda. Postaju klinički značajni kada osobu počinju značajno ometati u svakodnevnom funkcioniranju te se tada radi o poremećaju. Najčešći simptom depresije je tuga koju susrećemo u svakodnevnom životu. Simptomi depresivnosti mogu trajati od nekoliko dana do nekoliko godina. Prepoznavanje depresivnih poremećaja zahtijeva detaljan dijagnostički postupak (Živković, 2006). Sindrom depresije u dječjoj dobi je sličan onome u odrasloj dobi. Sadrži promjene u četiri područja: raspoloženju, motivaciji, tjelesnom funkcioniranju te kogniciji (Wenar, 2002). Do 70-ih godina prošlog stoljeća smatralo se da djeca ne mogu biti depresivna. Razvoj kliničke psihologije djetinjstva je utjecao na promjenu dotadašnjeg stajališta. Pojavio se sve veći interes za ovaj oblik emocionalnog doživljavanja. Depresivnost kod djece i adolescenata predstavlja jedan od najvećih problema u psihodijagnostici (Vulić-Prtorić, 2011). Danas se procjenjuje da oko 20-25 % odraslih osoba te 10-15 % djece u općoj populaciji ima značajno izražene simptome depresije. Pri tome su utvrđene mnoge sličnosti, ali i razlike između

manifestacija depresije kod djece i odraslih (Vulić-Prtorić, 2001). Depresivna djeca se mogu ponašati i drugačije, česti su razdražljivost i prigovaranje. Simptomi koji razlikuju depresivnost kod djece u odnosu na depresivnost odraslih sadržani su u većoj učestalosti osjećaja krivnje i učestalijim pokušajima samoubojstva kod djece i adolescenata (Davison i Neale, 1999, prema Lebedina Manzoni, 2010). Prema istraživanjima, 80 % adolescenata kada se osjećaju depresivno, istovremeno primjećuju i pojavu ljutnje (Živković, 2006). Kod djece je više izražena ljutnja u odnosu na tugu. Ljutnju najčešće usmjeravaju prema sebi ili prema nekim neadekvatnim objektima. Što su djeca depresivnija, više se ljute na sebe ili druge, iskaljuju bijes vikanjem ili često žele sve porazbijati. Djeci je teško ispuniti očekivanja društva pa se javlja nesklad između realne i idealne slike o sebi. Javlja se osjećaj krivnje što dovodi do frustracije. U adolescenciji prvi znak depresije je popuštanje u školi ili odbijanje adolescenata da idu u školu, tj. dolazi do socijalnog povlačenja. Istraživanja na odraslima pokazuju da su depresivni ljudi trpjeli depresiju i u dječjoj dobi, ali ona često nije bila prepoznata dok su bili djeca (Živković, 2006). Najviše istraživani kognitivni simptomi depresije su beznadnost i bespomoćnost pri kojima se na budućnost gleda kao na nešto loše. Tako je utvrđeno da su suicidalne ideje i pokušaji suicida češći u djece koja imaju u kliničkoj slici depresivnosti visoko izraženu beznadnost (Vulić-Prtorić, 2003). Naučena bespomoćnost je pojava gdje čovjek zaključi kako ništa ne može izmijeniti koliko se god trudio. Ponaša se bespomoćno čak i kada mu se pruži prilika da pomogne sebi. Pojedinci postaju depresivni jer se počinju percipirati bespomoćnima te ne mogu „pobjeći“ iz loše situacije (Lebedina Manzoni i Lotar, 2011). Rezultati istraživanja pokazuju kako su nove generacije u većem riziku za depresivnost od njihovih roditelja. Istraživanja provedena u Americi pokazuju da je udio depresivnih osoba rođenih od 1905. god. bio 1 %, a kod rođenih nakon 1955. je iznosio 6 %. Danas se općenito procjenjuje da oko 20-25 % odraslih osoba i čak 10-15 % djece u općoj populaciji ima značajno izražene simptome depresije (Gotlib i Hammen, 1996, prema Vulić-Prtorić, 2003). Depresivnost u usporedbi s ostalim psihičkim poremećajima ima najveći kontinuitet od djetinjstva do odrasle dobi. Istraživanja pokazuju kako samo 20-30 % depresivne djece dobiva adekvatnu psihološku pomoć (Cicchetti i Toth, 1998, prema Vulić-Protorić, 2003). Depresivnost spada u internaliziranu grupu psihičkih problema te se ne prepoznaje lako. Danas je broj identificirane depresivne djece manji, nego što ih zapravo ima. Djeci je teško opisati kako se osjećaju, a to najčešće pokazuju kroz ponašanje koje ne mora biti prepoznato kao izraz depresivnosti. Depresiju je moguće liječiti, a to se provodi

psihoterapijom i lijekovima. Kod mlađe djece najčešća je terapija igrom, a kod odraslih kognitivno-biheviоralni psihoterapijski postupci. Poželjno je koristiti i obiteljsku terapiju jer su problemi često povezani s lošim obiteljskim odnosima (Živković, 2006).

1.2. Depresija kao reakcija na gubitak

Depresija ima mnogobrojne uzroke te ne nastaje isključivo zbog gubitka, ali može nastati zbog njega. Smatra se kako postoje dvije različite vrste gubitaka, a to je gubitak voljene osobe u razdoblju dojenaštva i ranog djetinjstva te gubitak samopoštovanja kasnije. Blatt i Zuroff (1992) u svom istraživanju naglašavaju kako tijekom normalnog razvoja, postoje dvije temeljne sklonosti. Jedna je prema stvaranju odnosa, a druga prema shvaćanju samoga sebe. No, pretjerana zaokupljenost s bilo kojom od njih, može dovesti do depresije. Gubitak voljenog roditelja utječe na djetetove odnose s preživjelim roditeljem i drugim skrbnicima. Što je djetetu više potreban preživjeli skrbnik, to se više boji da će ga izgubiti. Pojava depresije u prvih nekoliko godina života se smatra reakcijom na gubitak voljene osobe, a dijete se osjeća bespomoćno i slabo (Wenar, 2002). Prve dvije godine života su važne za razvoj privrženosti, a produžena separacija od skrbnika je važan čimbenik za razvoj depresije kod djece (Zaić, 2005). Odgovarajuće majčinstvo u dojenačkoj dobi je neophodno za optimalni fiziološki i psihološki razvoj djeteta. Privrženost u prvoj godini života uključuje stvaranje duboko osjećajne i privržene veze sa skrbnikom. Odsutnost majke, nakon što se stvori veza puna ljubavi, može dovesti do izrazito devijantnog ponašanja (Wenar, 2002). Spitz (1946) i Bowlby (1960) su proveli istraživanje o utjecaju gubitka majke na psihičko funkcioniranje. Proučavali su djecu u sirotištima, bolnicama ili ustanovama za djecu bez odgovarajuće roditeljske skrbi. Djeca su bila duže odvojena od majki te se odmah mogla uočiti depresija. Fiziološke potrebe dojenčadi su bile zadovoljene, no nedostajala im je odgovarajuća zamjena za majku. Privremeni gubitak skrbnika je obilježen separacijskom anksioznošću i srdžbom (Wenar, 2002). Karakteristična se ponašanja javljaju ako se separacija dogodi nakon dobi djeteta od 6 mjeseci jer je to razdoblje kada se javlja privrženost. Ovakva se ponašanja nastavljaju javljati nakon separacije tijekom prve tri godine života. Mnogobrojni drugi čimbenici utječu na reakciju na gubitak majke, a sva dojenčad ne pokazuje iste reakcije nakon separacije. Depresivna reakcija na stres je manja ukoliko je

separacija kratkotrajna ili kada neki drugi član obitelji može biti s djetetom. Ukoliko se dijete duže nalazi u nepoznatoj okolini bez ljubavi, depresija se povećava (Wenar, 2002).

Danas se istraživači više bave gubitkom osjećaja vlastite vrijednosti. Osoba je samokritična, boji se neuspjeha i neodobravanja. Do depresije ne dovodi gubitak samopoštovanja sam za sebe, nego je pojačan idejom kako osoba ne može promijeniti stanje stvari (Wenar, 2002). Negativan stav o sebi kod djece dovodi do pristranih interpretacija koje kao da „potvrđuju" njihovo uvjerenje o vlastitoj nesposobnosti. Na gubitak samopoštovanja mogu utjecati omalovažavajuće primjedbe koje upućuju članovi obitelji, učitelji, prijatelji, negativno postavljeni ciljevi itd. Kao reakcija na gubitak samopoštovanja kod djece dolazi do izljeva bijesa, neposlušnosti, delikvencije, nemira te poteškoća u koncentriranju na školske zadatke. Prema istraživanju Hartera i Whitselija (1996, prema Vulić-Prtorić, 2001), 91.2 % djece koje je imalo izražene simptome depresivnosti sebe je procijenilo nekompetentnima u školskom postignuću i socijalnim odnosima.

1.3. Terapijski rad s depresivnom djecom i adolescentima

Terapijski rad s depresivnom djecom i adolescentima predstavlja veliki izazov jer su oni često vrlo zahtjevni, verbalno zakočeni te smatraju kako im se ne može pomoći. Teško im je dati i točne opise i samoiskaze o depresivnim simptomima, a to od kliničara zahtijeva fleksibilnost i kreativnost u radu s djetetom. Dobra komunikacija i suradnja između obitelji i kliničara je bitna za pozitivan ishod terapije (Vulić-Prtorić, 2003). Danas je na raspolaganju preko 250 različitih terapija, a izbor terapijske tehnike ovisi o dobi djeteta te njegovoj mogućnosti razumijevanja. Psihoterapijske tehnike se primjenjuju kod djece između 6 i 12 godina, a fokus terapije je na odnosima. U tom periodu često se koristi terapija igrom, a materijali koji se rabe su vrlo različiti (crtanje, igranje lutkama, životinjama, pričanje priča i sl.). Depresivna djeca često ne mogu opisati i verbalizirati ono što osjećaju. Korištenje ekspresivnih tehnika poput igre i crteža je često jedini komunikacijski kanal kojim terapeut može doprijeti do djeteta (Vulić-Prtorić, 2003). Terapija igrom se može provoditi kao individualna ili grupna terapija. Primjenjuje se posebno kod djece gdje je zbog faze razvoja smanjena verbalna komunikacija, a tehnike treba prilagoditi neverbalnoj komunikaciji (Hercigonja i Novković, 2004). S obzirom da depresivna djeca često

imaju i različita traumatska iskustva, terapeut mora biti fleksibilan i spreman tijekom terapijskog procesa mijenjati terapijske tehnike i pristupe ovisno o situaciji. Treba pratiti i djetetove mogućnosti napredovanja u terapijskom procesu (Hercigonja i Novković, 2004). Psihoterapijske tehnike mogu pomoći djeci i adolescentima u boljem razumijevanju sebe, poboljšanju samopoštovanja, mijenjanju nepoželjnih oblika ponašanja, prepoznavanju vlastitih emocija, suočavanju sa stresnim događajima te efikasnijoj komunikaciji s drugima (Birmaher i Brent, 1998). Kognitivno bihevioralna terapija je najviše znanstveno evaluirani oblik psihoterapije. Zasnovana je na činjenici da čovjekove misli uzrokuju njegova osjećanja i ponašanja, a ne vanjske stvari same po sebi. Kognitivno bihevioralna terapija pomaže djeci da otkriju koji im načini razmišljanja ne koriste. Njihova primjena u radu s depresivnom djecom se temelji na mišljenju da depresivno dijete ima iskrivljenu percepciju sebe, svijeta oko sebe i budućnosti, a nedostaju mu i socijalne vještine u komunikaciji s drugima. Kognitivne distorzije pridonose depresiji i mogu biti promijenjene i identificirane pomoću kognitivno-bihevioralnih terapija (Birmaher i Brent, 1998). Terapeut tijekom terapijskog procesa pomaže djetetu razumjeti događaje, a posebno odluke starijih koje su za dijete stresogene (npr. rastava roditelja, gubitak roditelja itd.) (Hercigonja i Novković, 2004). U nekliničkim uzorcima djece i adolescenata, istraživanja su pokazala da kognitivno-bihevioralna terapija ima značajne pozitivne učinke u smanjenju depresivnih simptoma i razvoju samopoštovanja (Vulić-Prtorić, 2003).

2. ANKSIOZNOST

2.1. Osnovna obilježja anksioznosti

Anksioznost je stanje koje karakterizira osjećaj unutarnjeg nemira te straha da će se nešto strašno dogoditi. Osoba često ima osjećaj da će „eksplodirati“ i da će izgubiti kontrolu nad sobom. Upravo zbog toga je stalno na oprezu. Osoba nije svjesna odakle dolazi ta napetost i neugodno stanje, a anksiozna reakcija je pokušaj tijela da se oslobodi napetosti. Anksiozni ljudi smatraju kako je život opasan i da se trebaju fizički zaštititi. Kad anksioznost postane dugotrajna i intenzivna te krene ometati normalno socijalno i psihičko funkcioniranje, radi se o poremećaju (Lebedina-Manzoni, 2007). Intenzivna anksioznost se javlja uz mnoge fiziološke i psihičke poremećaje te s vremenom ima tendenciju samopojačavanja. Strah i anksioznost su, kao i većina ostalih psiholoških fenomena u djetinjstvu i adolescenciji međusobno vrlo isprepleteni i teško ih je razlikovati. Pokazalo se da intenzivni i dugotrajni strahovi u vrijeme adolescencije predstavljaju najsnažniji faktor ranjivosti za anksiozne poremećaje u odrasloj dobi (Poulton i sur.,1997, prema Vulić-Prtorić, 2002). Zbog toga se strah i anksioznost najčešće istražuju paralelno. „Normalna“ anksioznost ima motivacijsku i adaptivnu funkciju, potiče promišljanje, planiranje i oprez te sprječava ponovna izlaganja neugodnim i bolnim situacijama. Ovakva anksioznost je pod kontrolom pojedinca. Patološka anksioznost se javlja izvan opasne ili prijeteće situacije, traje dugo nakon stresa ili prijeteće situacije te je izvan kontrole pojedinca (Wenar, 2002). Simptomi anksioznosti se grupiraju u četiri glavna područja koja su u interakciji: tjelesni, emocionalni, kognitivni i bihevioralni. Ovi simptomi su uglavnom prisutni i kod ostalih emocionalnih stanja, ali su kod anksioznosti prisutni na sva četiri područja. Tjelesni simptomi su znojenje, brzo lupanje srca, povišeni krvni tlak, crvenilo ili bljedilo itd. (Vulić-Prtorić, 2006). Tjelesne promjene su praćene subjektivnim doživljajima na emocionalnom planu (npr. mišićna napetost je praćena osjećajem uplašenosti, napetosti, neugode; ubrzano lupanje srca je znak da će izgubiti kontrolu i da će umrijeti). Na kognitivnom planu se obično vidi intelektualna konfuzija, a prevladavaju simptomi poput anticipacije nesreće i zabrinutosti. Osoba smatra kako će se u

budućnosti događati loše stvari ako ih ona ne uspije spriječiti. Javljaju se teškoće u koncentraciji, dolazi do zabrinutosti te zastrašujućih fantazija (Vulić-Prtorić, 2004). Od bihevioralnih simptoma uglavnom se javljaju tri dominantna oblika ponašanja: stereotipije, slaba koordinacija i izbjegavanje. Stereotipije se posebno uočavaju u opsesivno-kompulzivnom poremećaju, slaba koordinacija u obliku nespretnosti ili potpune zakočenosti u socijalnim anksioznim poremećajima, a izbjegavanje je dominantno obilježje fobija. Najčešće promjene u ponašanju koje se povezuju s anksioznosti su izljevi bijesa, plač, konfuzno ponašanje, ali može doći i do sramežljivosti ili nesigurnosti u socijalnim kontaktima (Vulić-Prtorić, 2006). Anksiozni poremećaji u dječjoj dobi povećavaju rizik od kasnijih psihijatrijskih smetnji. Waldron (1976, prema Wenar, 2002) je utvrdio da 21 % neurotične djece u odrasloj dobi ima anksiozne poremećaje, 14 % dijagnozu poremećaja ličnosti, a 5 % ima psihoze. Najčešći poremećaji dječje i adolescentne dobi su anksiozni poremećaji, a različitim istraživanjima je utvrđeno da se javljaju kod 8 do 9 % opće populacije (Bernstein i Borchardt, 1991, prema Wenar, 2002).

2.2. Vrste anksioznih poremećaja

Anksiozni poremećaji su najčešći od svih psihijatrijskih bolesti te mogu dovesti do značajnih problema u funkcioniranju. Imaju određena zajednička obilježja: prisutnost anksioznosti, simptomi su osobi neprihvatljivi i strani, a smetnja je dugotrajna. Najčešći poremećaji koje odrasli i djeca mogu imati su fobični poremećaj, opsesivno-kompulzivni poremećaj, panični poremećaj te posttraumatski stresni poremećaj.

Fobije su slične bez obzira na dob, a školska fobija je specifična za dječju dob (Wenar, 2002). Fobija se definira kao uporan i nerealan strah od nekog specifičnog predmeta, aktivnosti ili situacije. Kod osobe se javlja snažna želja za izbjegavanjem predmeta, situacije ili aktivnosti koje se osoba boji, tj. fobičnog podražaja (Hollander i Simeon, 2006). Fobije su najčešći psihijatrijski poremećaj. Razlikuju se od strahova na temelju svog intenziteta, traju duže te su intenzivnije. Nalaze se izvan voljne kontrole te se ne mogu objasniti ili razuvjeriti. Fobije se javljaju kod 2,4 % djece i 3,6 % adolescenata (Bernstein i Borchardt, 1991, prema Hollander i Simeon, 2006). Mali broj dječjih fobija kao što su fobija od životinja ili fobija od tjelesne

ozljede, mogu trajati i do odrasle dobi. Etiologija fobija ostaje nejasna. Mogu nastati zbog zastrašujućih događaja, ali to ne mora biti uvijek razlog njihovog nastanka. Kod socijalne fobije pojedinac se boji da će biti ponižen pred drugima ili da će se osramotiti. Najčešće socijalne fobije su od govorenja; upotrebe javnih zahoda; jedenja na javnom mjestu; odlazaka na socijalna okupljanja ili razgovore. Kao reakcija na socijalnu situaciju koje se bolesnici boje, može se razviti pravi panični napad. Stoga oni često izbjegavaju situacije u kojima bi se od njih očekivalo da će ući u interakciju s drugima. Glavni tjelesni simptom karakterističan za socijalnu fobiju je crvenjenje (Alden i Wallace, prema Hollander i Simeon, 2006). Osobe sa socijalnom fobijom uglavnom dobro funkcioniraju u svakodnevnom životu, dok se ne suoče s fobičnom situacijom. Tada dolazi do anksioznosti. U jednom velikom epidemiološkom istraživanju socijalne fobije, Schneier i sur. (1992, prema Hollander i Simeon, 2006) su utvrdili da su 70 % ljudi sa socijalnom fobijom žene. Novija istraživanja (Stein i Kean, 2000, prema Hollander i Simeon, 2006), pokazuju kako osobe sa socijalnom fobijom odustaju od škole te ne uživaju u aktivnostima u kojima su nekoć uživali. Školska fobija je iracionalni strah izazvan nekim aspektima školskih okolnosti (npr. strah od neuspjeha u školi, ismijavanja itd.). Dijete potpuno odbija ići u školu ili se ne može zadržati cijeli školski dan. Javlja se u 0,4 do 1,5 % djece u dobi od 5 do 17 godina (Last i Strauss, 1990, prema Wenar, 2002). Školska fobija je praćena fiziološkim simptomima anksioznosti kada polazak u školu postane neizbježan. Početak škole je često prva prilika za trajnije odvajanje djeteta od roditelja pa je anksioznost zbog separacije često glavni uzrok školske fobije (Lebedina-Manzoni, 2010). Prava školska fobija je posljedica straha od nekog aspekta školskog okružja (Last i Strauss, 1990, prema Wenar, 2002).

Opsesivno kompulzivni poremećaj je obilježen namećućim idejama (opsesijama) i porivima (kompulzijama) koje dolaze iz izvora nad kojim dijete nema kontrole, tj. ne može se oduprijeti. Opsesije su misli ili predodžbe koje se bez mogućnosti kontrole ponovljeno vraćaju. Najčešće opsesije uključuju strah od zaraze i misli o ozljeđivanju samoga sebe ili bliskih osoba (Bernstein i Borchardt, 1991, prema Wenar, 2002). Kompulzije su neodoljiv poriv za ponavljanjem neke radnje ili nekim ritualnim ponašanjem. Neki od primjera su pranje ruku, neprestano provjeravanje jesu li vrata zaključana, zaokupljenost redom, dodirivanje predmeta određeni broj puta i sl. Ovaj poremećaj pogađa 1-3 % populacije (Myers i sur., 1984; prema Davison i Neale, 1998). Najčešće započinju u ranoj odrasloj dobi, često nakon stresnih događaja kao što su trudnoća, obiteljski sukobi, problemi na radnom mjestu, porođaj (Kringlen, 1970; prema Davison

i Neale, 1998). Djeca s opsesivno-kompulzivnim poremećajem su obično natprosječne inteligencije, imaju stroga moralna načela praćena snažnim osjećajem krivnje te imaju bujnu maštu. Povećana je incidencija tjelesnih bolesti te može biti prisutna agresija prema roditeljima (Schwartz i Johnson, 1985, prema Wenar, 2002).

Panični poremećaj je napad ekstremne anksioznosti, ali bez ikakvih vanjskih podražaja koji potiču anksioznost. Dolazi do razdoblja intenzivnog, neočekivanog straha. Osobu može preplaviti osjećaj izbivanja iz vlastitoga tijela te nestvarnosti okolnoga svijeta (Goleman, 1992; prema Rathus, 2000). Simptomi su znojenje, bolovi u prsima, mučnina, vrtoglavica, kratkoća daha, strah od smrti ili strah da će poludjeti. Napadi uglavnom traju 15 do 20 minuta, a rijetko mogu trajati i do sat vremena. Ovaj poremećaj se najčešće javlja u adolescenciji, ali može se javiti i u školskoj dobi (Kearney i Silverman, 1992, prema Wenar, 2002). Psihološki ili tjelesni stresori mogu potaknuti napadaj panike kod ljudi koji imaju predispozicije za nju. To može biti u situacijama bolesti, nesreće, kod gubitka bliske veze, odvojenosti od obitelji itd. (Hollander i Simeon, 2006). Učestalost paničnog poremećaja je oko 0,7 % kod muškaraca te 1 % kod žena (Myers i sur., 1984; prema Davison i Neale, 1998).

Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) slijedi nakon iznimno stresnog iskustva. To mogu biti nasilni događaji (prisustvovanje ubojstvu), prirodne katastrofe, ozbiljne prijetnje životu. Prisutna su prisjećanja događaja, tj. traumatski događaj se može ponovno doživljavati. Trajni simptomi kod osobe su razdražljivost, izljevi bijesa, snažni osjećaji krivnje, teškoće koncentriranja, noćne more, suicidalne misli (Wenar, 2002). PTSP se može javiti 6 mjeseci nakon traumatskog događaja, a možda čak i kasnije (Rathus, 2006). Dolazi i do psihofizioloških problema kao što su probavne smetnje, glavobolje, bol u leđima (Hobfoll i sur., 1991; prema Davison i Nelae, 1998). Vrste simptoma kod djece koja su prisustvovala traumatskim događajima ovise o njihovoj dobi. Kod mlađe djece dolazi do razdražljivosti i učestalog plakanja, problema s hranjenjem, gubitka kontrole mokraćnog mjehura. Strahovi i anksioznost su glavni simptomi za djecu školske dobi. Djeca imaju glavobolje, noćne more, mokre u krevet, nepažljiva su u školi, svađaju se ili povlače od vršnjaka (Wenar, 2002).

2.3. Ispitna anksioznost

Ispitna anksioznost je stanje neugode, zabrinutosti, uzbuđenosti te napetosti, a javlja se pri iščekivanju, trajanju te završavanju ispitnih situacija (Zarevski, 2002, prema Lebedina Manzoni, 2010). Ispitna anksioznost je intenzivna te povećava broj pogrešaka u zadatcima (Vulić-Prtorić, 2004). Anksioznost se može javljati kao stanje i kao osobina. Anksioznost kao stanje je prolazna te čak može motivirati učenika. Anksioznost kao osobina predstavlja relativno stabilnu značajku osobnosti. Visoki intenzitet ometa kognitivne procese, posebno u situacijama provjere znanja (Arambašić, 1985). Učenje na emocionalnoj i kognitivnoj razini može biti ometano zbog javljanja zastrašujućih, uznemirujućih te negativnih misli (Juretić, 2008). Anksioznost može nastati i kao posljedica čestih neuspjeha. Roditelji znaju prijetiti djeci školom,a to sigurno doprinosi razvoju ili nastanku ispitne anksioznosti (Zarevski, 2008). Dvije glavne komponente ispitne anksioznosti su emocionalnost i briga. Emocionalnu komponentu predstavljaju fiziološke i afektivne reakcije. To su znojenje ruku, nervoza, kratkoća daha, ubrzan rad srca, suha usta itd. Briga označava kognitivnu preokupaciju mogućim posljedicama neuspjeha. Negativne misli otežavaju dostignuća te se dijete ne može skoncentrirati na ispitni zadatak. Smatra za sebe da neće uspjeti u ispitnom zadatku, tj. samokritično je i boji se neuspjeha (Živčić-Bećirević i Rački, 2006). Ispitna anksioznost uglavnom nastaje u predškolskoj i ranoj školskoj dobi. Najčešće je to zbog separacijskog straha ili kao posljedica mnogobrojnih neuspjeha. Ukoliko uspjeh u školi nije u skladu s očekivanjima roditelja, onda se anksioznost povećava. Kod određenog broja učenika ispitna anksioznost se može pojaviti tek u srednjoj školi ili čak na fakultetu. To se može tumačiti kao dolazak u novu sredinu koja je manje „zaštitnička“. Nastavni sadržaji su kompleksniji te su ozbiljne socijalne posljedice zbog neuspjeha veće. Istraživanja su pokazala da je ispitna anksioznost glavni ometajući čimbenik na svim akademskim razinama, od osnovne škole do fakulteta (Arambašić, 1988). Visoko ispitno anksiozne osobe se uglavnom koriste lošim i neefikasnim metodama učenja koje dalje mogu voditi do slabijeg uspjeha (Benjamin i sur., prema Arambašić, 1988).

3. OBITELJ

3.1. Obitelj i roditeljski stilovi

Obitelj je temeljno mjesto nastajanja i odgoja svake osobe, naroda te cijeloga društva. Uzrok je i posljedica socijalnog okruženja (Mijatović, 1995). U obitelji djeca stječu iskustva, usvajaju stavove koji su za dijete važni kao pozitivni ili negativni proces socijalizacije. Obitelj ima ulogu u formiranju osobe kroz djetinjstvo. Iskustva koja dijete stječe u obitelji doprinose njegovom socijalnom, emocionalnom te društvenom razvoju (Klarin, 2006). Temelj zdravog odgoja su potpora, ljubav, osjećaj pripadanja, osjećaj vlastite vrijednosti te egzistencijalne sigurnosti. Ukoliko se svi članovi prihvaćaju i poštuju, djeca će se sigurno bolje razvijati. To svakako doprinosi i razvoju osobnosti (Predrag, 2002, prema Klarin, 2006). Obitelj je organizirani sustav koji se sastoji od manjih podsustava (bračni i roditeljski sustav te sustav braće i sestara) (Klarin, 2006). Suočava se s različitim stresovima, a ovisno o strategijama nošenja sa stresom te crtama ličnosti članova obitelji, uspostavlja ravnotežu. Obitelj je promjenjivi sustav, tj. doživljava razne transformacije do kojih može doći zbog smrti članova, razvoda ili izvanbračnog rođenja. (Wagner, 2008). Postoje povoljni utjecaji na obitelj, tj. zdrava obitelj, nasuprot nepovoljnim utjecajima, tj. rizična obitelj (Čudina-Obradović i Obradović, 2006, prema Wagner, 2008). Zdrava obitelj je ona u kojoj se za dijete za vrijeme razvoja i adolescencije brine roditelj ili skrbnik te mu pruža pažnju i potporu dok se ne osamostali. Roditelj postavlja pravila, ali to je temeljeno na razumnim rješenjima. U rizičnoj obitelji postoje sukob i agresija. Odnosi među članovima su hladni i zanemarujući. Nekvalitetno roditeljstvo potiče delinkventno i agresivno ponašanje te anksioznost i agresiju kod djece (Wagner, 2008). Obitelj se prema strukturi obično dijeli na jednoroditeljsku (najčešće majka živi s djecom) i dvoroditeljsku (djeca žive s oba roditelja). Prema jednoj od najpoznatijih klasifikacija roditeljskog stila (Maccoby i Martin, 1983) moguće je razlikovati četiri roditeljska stila: autoritativni, autoritarni, popustljivi te ravnodušni roditeljski stil. Roditeljski odgojni stil je emocionalno ozračje unutar kojega se odvijaju interakcije roditelja i djeteta (Čudina-Obradović i Obradović, 2002). Stilovi roditeljstva se

razlikuju s obzirom na dvije dimenzije: roditeljsku toplinu i roditeljski nadzor. Roditeljska toplina se odnosi na potporu, brigu, ohrabrivanje i ljubav koju roditelj pruža djetetu. Roditeljski nadzor je obilježen željom roditelja da upravlja životom djeteta te kontrolira njegovo ponašanje. Autoritativan roditeljski stil kombinira čvrstu roditeljsku kontrolu i emocionalnu toplinu. Roditelji postavljaju zahtjeve i očekivanja koja su primjerena dobi djeteta, ali mu otvoreno dokazuju ljubav, pružaju potporu te ga potiču. Ovaj stil ima pozitivne učinke na razvoj djeteta. Djeca imaju samopouzdanja, razvijene socijalne vještine, visoki stupanj samokontrole i odgovornosti (Klarin, 2006). Autoritarni roditeljski stil je onaj u kojemu roditelji postavljaju velika očekivanja i zahtjeve, provode strogi nadzor i kontrolu, a ne pružaju dovoljno topline i podrške. Pokazuju dominaciju i moć u odnosu na dijete. Od djeteta očekuju poštovanje i pravila, ali bez dodatnih objašnjenja. Takva su djeca nesigurna, povučena, a mogu biti i agresivna. Neuspješna su u rješavanju problema te stalno brinu kako udovoljiti roditelju (Deković, 1991; prema Deković i Janssens, 1992; prema Klarin, 2006). Popustljivi roditeljski stil podrazumijeva emocionalnu toplinu, ali slabu kontrolu. Roditelji pružaju veliku ljubav, podršku, emocionalnu toplinu, ali imaju slabu kontrolu nad djetetovim ponašanjem. Pravila ponašanja nisu jasno definirana te su djeca takvih roditelja često nezrela i impulzivna. Roditelji zadovoljavaju sve djetetove želje i zahtjeve. Ovakav roditeljski stil onemogućuje djetetu stjecanje normi i pravila ponašanja. Takva su djeca najčešće depresivna, nesigurna i nesnalažljiva. Sklona su agresivnosti kada se susretnu s trenutačnim neispunjavanjem želja i zahtjeva (Klarin, 2006). Ravnodušni roditeljski stil je obilježen niskom razinom ljubavi i nadzora. Roditelji nemaju kontrolu nad djetetovim ponašanjem te mu ne postavljaju granice. Zaokupljeni su sami sobom, emocionalno hladni te nezainteresirani za dijete i njegove potrebe. Djeca ovakvih roditelja nemaju samopouzdanja, promjenjivog su raspoloženja, osjećaju se nesigurno te su sklona delinkventnim oblicima ponašanja (Vasta, Haith i Miller, 1998).

3.2. Povezanost obiteljskih odnosa i depresije

Obiteljsko okruženje je temeljni kontekst unutar kojega se odvija razvoj. Obitelj kao sustav djeluje neposredno, tj. izravno na dijete. Odgovarajuće majčinstvo u dojenačkoj dobi je neophodno za psihološki i fiziološki razvoj djeteta (Wenar, 2002). Udaljeniji sustavi kao što su

stresni životni događaji, ekonomske promjene, rat i sl. djeluju posredno. Djetetovo ponašanje je rezultat njegovih osobnih karakteristika te utjecaja okoline. Hammen (1997) i Paykel (1992, prema Kendall, 2002) potvrđuju kako depresivnost „prati“ obitelj, tj. proučavajući blizance i usvojenu djecu, može se govoriti o genetskim faktorima kao uzročnicima depresivnosti (Lebedina-Manzoni, 2010). 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, prema Vulić-Prtorić, 2002). Depresivne osobe često imaju nisko samopouzdanje čiji se korijeni nalaze u ranom djetinjstvu i odnosima s roditeljima. Veliki broj radova povezuje depresiju odraslih s ponižavanjem i zlostavljanjem u djetinjstvu. Analize djece depresivnih roditelja pokazuju kako djeca depresivnih roditelja imaju češće emocionalne i kognitivne probleme od djece nedepresivnih roditelja. Djeca školske dobi često traže pažnju te dolaze u sukob s vršnjacima. Kod adolescenata depresivnih roditelja može doći do usamljenosti i konflikata s autoritetima (Hercigonja i Novković, 2004). Depresivnost kod djece je povezana s dva oblika obiteljskih interakcija, odbacivanjem i kontrolom. Odbacivanje se odnosi na neprijateljske osjećaje roditelja prema djetetu. Kontrola se odnosi na roditeljsku zaštitu, tj. ograničavanje djeteta. Takvo ponašanje roditelja prema djetetu rezultira upravljanjem djeteta, tj. smanjivanjem njegove individualnosti. Ukoliko se roditelj previše upliće, povećava djetetov osjećaj bespomoćnosti i nekompetentnosti. Dolazi do još većeg socijalnog povlačenja (Vulić-Prtorić, 2001). Rizični i zaštitni faktori obitelji su vezani za psihološke probleme u djetinjstvu i adolescenciji. Rizični faktori su sva stanja ili okolnosti koja povećavaju vjerojatnost razvoja poremećaja. To su stresni događaji poput bolesti ili smrti roditelja, roditeljsko zanemarivanje, zlostavljanje ili odbacivanje, odvajanje djeteta od obitelji. Obiteljski komunikacijski obrasci imaju veliki utjecaj na razvoj depresije. Roditelji koji pretjerano ili neopravdano kažnjavaju svoju djecu te koji su više usmjereni na djetetove neuspjehe, nego uspjehe pridonose djetetovoj psihološkoj ranjivosti. Zbog takvoga odgoja djeca postaju pretjerano osjetljiva za vlastiti neuspjeh ili se brinu kako ispuniti očekivanja drugih. Problem je i popustljivi odgoj, tj. nezainteresiranost za dijete i zanemarivanje. Ukoliko se u obitelji dogodi stresna situacija, npr. gubitak roditelja, to ne mora biti rizični faktor. Postaje rizični faktor ukoliko dođe do nezainteresiranosti roditelja koji se nastavlja brinuti o djetetu. Zaštitni faktori su sva stanja i okolnosti koja potiču i održavaju zdravi razvoj djeteta. Uključena su oba roditelja, razumiju djetetove potrebe te postoji dobra komunikacija između roditelja. U takvim obiteljima postoji

siguran oblik privrženosti između djeteta i roditelja (Vulić-Protorić, 2002). Kako bi dijete bilo emocionalno stabilno i zrelo, bitna je roditeljska toplina, podrška i ljubav. Ukoliko se dijete previše kontrolira, zanemaruje ili ako su roditelji ravnodušni, to svakako pridnosi različitim problemima kod djece (Vulić-Prtorić, 2002).

3.3. Povezanost obiteljskih odnosa i anksioznosti

Poremećeni obiteljski odnosi se uglavnom proučavaju u vezi s depresivnosti, no prema rezultatima današnjih istraživanja, snažan su prediktor te rizični faktor i za javljanje anksioznosti (Vulić-Protorić, 2002). Anksiozni poremećaji se često javljaju u određenim obiteljima. Jednim istraživanjem je utvrđeno kako djeca roditelja s anksioznim poremećajem imaju sedam puta veću vjerojatnost dobiti dijagnozu anksioznog poremećaja od djece kojima roditelji nemaju problema s anksioznošću (Bernstein i Borchardt, 1991, prema Wenar, 2006). Ispitivanjem povezanosti obiteljskih odnosa i anksioznosti utvrđeno je kako se anksiozni poremećaji zbog separacije i školske fobije javljaju kod djece koja su previše ovisna o svojim roditeljima. Roditelji se ponašaju previše nametljivo, ulaze u djetetovu psihološku i fizičku privatnost (Wenar, 2002). Druga istraživanja pokazuju kako su djeca u obiteljima u kojima postoje bračni problemi, a dominira roditelj suprotnog spola, izložena riziku za razvoj anksioznih poremećaja (Wenar, 2002). Npr. ako dominirajući otac omalovažava slabu i plačljivu majku, sin nije pod rizikom za razvoj anksioznih poremećaja, ali kćer jest. Značajniji prediktor za anksioznost dječaka je percepcija odbacivanja od strane oca, a djevojčica opće zadovoljstvo obitelji. Siqueland i sur. (1996, prema Vulić Prtorić, 2002) su utvrdili da se percepcija obitelji anksioznog i depresivnog djeteta razlikuje s obzirom na psihološku kontrolu, tj. pretjerano uključivanje i zaštitu, a to je u slučaju anksiozne djece dominantnije. Roditelji anksiozne djece su pretjerano dominirajući u svojim odgojnim metodama, potiču djetetovu opreznost, izbjegavanje rizika te sumnjaju u njegovu kompetentnost. Djeca postaju još zabrinutija jer dobivaju informacije o mogućim negativnim ishodima. Takvo ponašanje ograničava razvoj autonomije i pozitivne samoefikasnosti kod djeteta jer ih roditelji nagrađuju za izbjegavanje i povlačenje (Dadds i sur., 1996, prema Vulić- Prtorić, 2002). Dobivajući negativne poruke od roditelja, kod djeteta se povećava osjećaj bespomoćnosti i smanjuje samopoštovanje. Ukoliko dijete predloži nekakav plan rješenja zadatka, roditelji nastavljaju propitivati i upozoravati dijete sve dok ne odustane.

Kroz takve odnose dijete nije u stanju razviti prikladne oblike samopoštovanja i samoefikasnosti, a to dovodi do izbjegavanja novih izazova (Vulić-Protrić, 2002).

Temeljno mjesto odgoja i formiranja ličnosti djece je obitelj. U zdravoj obitelji roditelji ili skrbnici pružaju pažnju i potporu djetetu. Djeca koju se previše kontrolira ili zanemaruje češće imaju emocionalne i kognitivne probleme. Istraživanja pokazuju kako nekvalitetno roditeljstvo može potaknuti razvoj depresivnosti i anksioznosti kod djece.

II. CILJ I PROBLEMI ISTRAŽIVANJA

Cilj ovog rada bio je istražiti odnos između kvalitete obiteljskih interakcija te anksioznosti i depresivnosti učenika i učenica četvrtih i sedmih razreda osnovne škole.

Problemi istraživanja su:

1. Ispitati dobne i spolne razlike u procjeni općeg zadovoljstva obitelji, odnosno prihvaćanja i odbacivanja majke i oca.
2. Ispitati dobne i spolne razlike u depresivnosti učenika.
3. Ispitati dobne i spolne razlike u ispitnoj anksioznosti učenika.
4. Ispitati doprinos kvalitete obiteljskih interakcija objašnjenju individualnih razlika u depresivnosti i ispitnoj anksioznosti učenika.

III. METODA ISTRAŽIVANJA

1. Uzorak

U istraživanju je sudjelovalo 205 učenika i učenica čija je struktura s obzirom na razred i spol prikazana u Tablici 1.

Tablica 1. Struktura uzorka

	4. razred OŠ	7. razred OŠ	ukupno
učenici	49	49	98
učenice	58	49	107
ukupno	107	98	205

2. Instrumenti

Upitnik općih podataka – konstruiran za potrebe ovog istraživanja sastojao se od nekoliko pitanja kojima su prikupljeni podaci o razredu, spolu, općem uspjehu te ocjenama iz Hrvatskog jezika i Matematike na kraju prošle školske godine.

Skala depresivnosti za djecu i adolescente (SDD, Vulić Prtorić, 2003) - sastoji se od 26 tvrdnji kojima se mjeri depresivnost u djetinjstvu i adolescenciji. Zadatak sudionika je na skali Likertova tipa od 5 stupnjeva (1 – uopće nije točno, do 5 – da, u potpunosti je točno) procijeniti

koliko se slaže sa svakom od tvrdnji. Ukupan rezultat formiran je kao linerana kombinacija procjena na svim tvrdnjama. U ovom istraživanju utvrđena je visoka pouzdanost skale (Cronbach α=.89) što je u skladu s ranijim istraživanjima (Vulić Prtorić, 2003). Prosječan rezultat iznosio je M=49.11 uz sd=16.80. Dobiveni raspon rezultata iznosio je od 26 do 107 (mogući raspon 26-130) pri čemu veći rezultat ukazuje na veću depresivnost.

Skala ispitne anksioznosti (SKAD-62, Vulić Prtorić, 2004) – jedna je od podskala Skale strahova za djecu i adolescente koja je namijenjena ispitivanju različitih strahova, simptoma i sindroma anksioznosti u djetinjstvu i adolescenciji. U ovom istraživanju primijenjena je samo podskala ispitne anksioznosti koja se sastoji od 11 tvrdnji, a mjeri ispitnu anksioznost povezanu sa školskim ispitivanjem znanja. Zadatak sudionika je da za svaku tvrdnju procijeni na skali Likertova tipa od pet stupnjeva koliko je svaka od tvrdnji za njega/nju točna (od 1 – uopće nije točno do 5 – da, u potpunosti je točno). Budući da u ovom istraživanju jedna čestica nije imala zadovoljavajuće zasićenje na jednom faktoru, izostavljena je iz daljnje analize. Ukupan rezultat tako je dobiven kao linearna kombinacija procjena na ostalih deset tvrdnji. Utvrđen je zadovoljavajući koeficijent pouzdanosti (Cronbach α=.87), aritmetička sredina je iznosila M=26.36 uz sd=9.33. Raspon rezultata iznosio je od 10 do 48, a prosječna korelacija među tvrdnjama r=.40. Dobiveni podaci u skladu su s podacima dobivenima na normativnom uzorku (Vulić-Prtorić, 2004).

Skala kvalitete obiteljskih interakcija (KOBI, Vulić-Prtorić, 2002) – namijenjena je ispitivanju kvalitete interakcija s majkom i ocem u vidu dvije uobičajene dimenzije – prihvaćanje i odbacivanje. Skala se ukupno sastoji od 55 tvrdnji na pet podskala (prihvaćanje majke i oca, odbacivanje majke i oca te opća procjena zadovoljstva obitelji). Zadatak sudionika je procijeniti na skali Likertova tipa od pet stupnjeva (1 – uopće ne do 5 – potpuno da) koliko je svaka od tvrdnji točna za njega/nju. Ukupno je formirano pet ukupnih rezultata za pet podskala čije su psihometrijske značajke prikazane u Tablici 2.

Tablica 2. Psihometrijske značajke Skale kvalitete obiteljskih interakcija

Podskale	Cronbach α	N	M (sd)	raspon	r među česticama
Prihvaćanje majka	.83	10	45.46 (5.79)	12-50	.38
Odbacivanje majka	.87	12	20.44 (8.60)	12-56	.38
Prihvaćanje otac	.85	10	44.13 (6.76)	16-50	.41
Odbacivanje otac	.87	12	18.99 (8.26)	12-52	.39
Zadovoljstvo obitelji	.88	11	49.46 (6.65)	22-55	.44

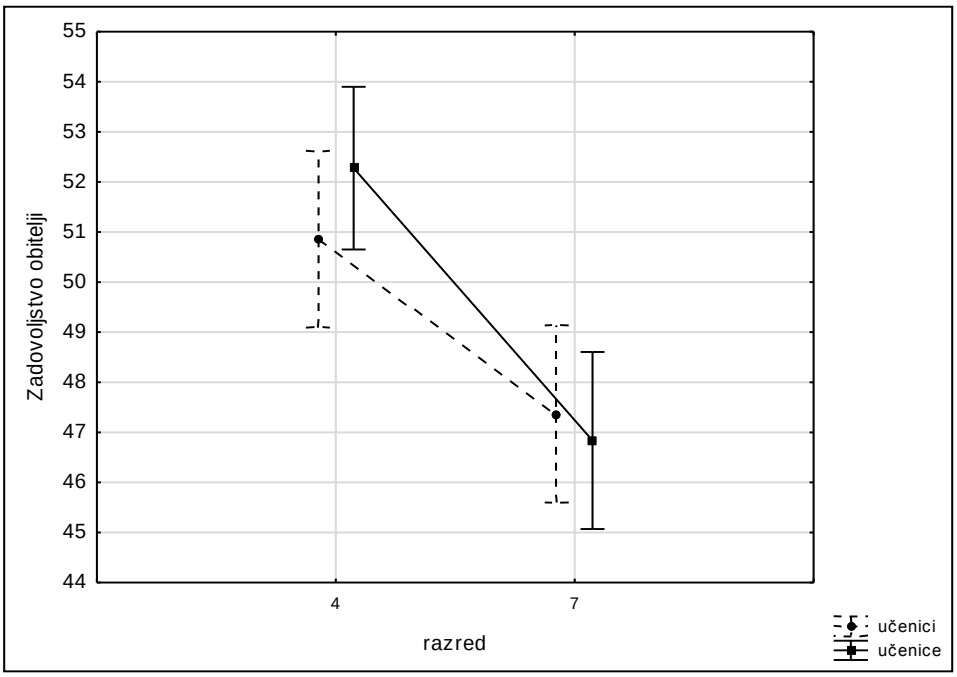
3. Postupak

Istraživanje je provedeno u veljači 2015. godine u jednoj gradskoj školi na području Splitsko-dalmatinske županije. Nakon ostvarivanja kontakta s ravnateljem škole koji je odobrio provođenje istraživanja učenicima su podijeljena pisma za roditelje u kojima im se objasnio cilj, svrha i postupak istraživanja uz napomenu da se roditelji trebaju potpisati ukoliko odobravaju da im dijete sudjeluje u istraživanju. Iz istraživanja su isključena sva djeca koja nisu donijela suglasnost roditelja. Zatim se s učiteljicama i nastavnicima dogovorilo optimalno vrijeme provođenja samog ispitivanja što je uglavnom bilo na satu razrednika. Prije ispunjavanja upitnika, djeci su dane kratke usmene upute u kojima je naglašeno da je ispitivanje potpuno anonimno i da je bitno da u odgovaranju budu iskreni te da tijekom ispunjavanja mogu odustati od daljnjeg ispunjavanja ili ne odgovoriti na neka pitanja ako ne žele. Nakon te upute im je podijeljen prvi instrument (od ukupno tri) te je dana uputa s primjerima na ploči. Kad su svi učenici u razredu bili gotovi, podijeljen je drugi, a nakon toga i treći instrument. Cjelokupni proces ispitivanja je trajao jedan školski sat.

IV. REZULTATI I RASPRAVA

Obiteljske interakcije s obzirom na spol i razred učenika

Kako bi se ispitale dobne i spolne razlike u procjeni obiteljskih interakcija, provedeno je niz dvosmjernih analiza varijance čiji su rezultati prikazani na Slikama 1-5.

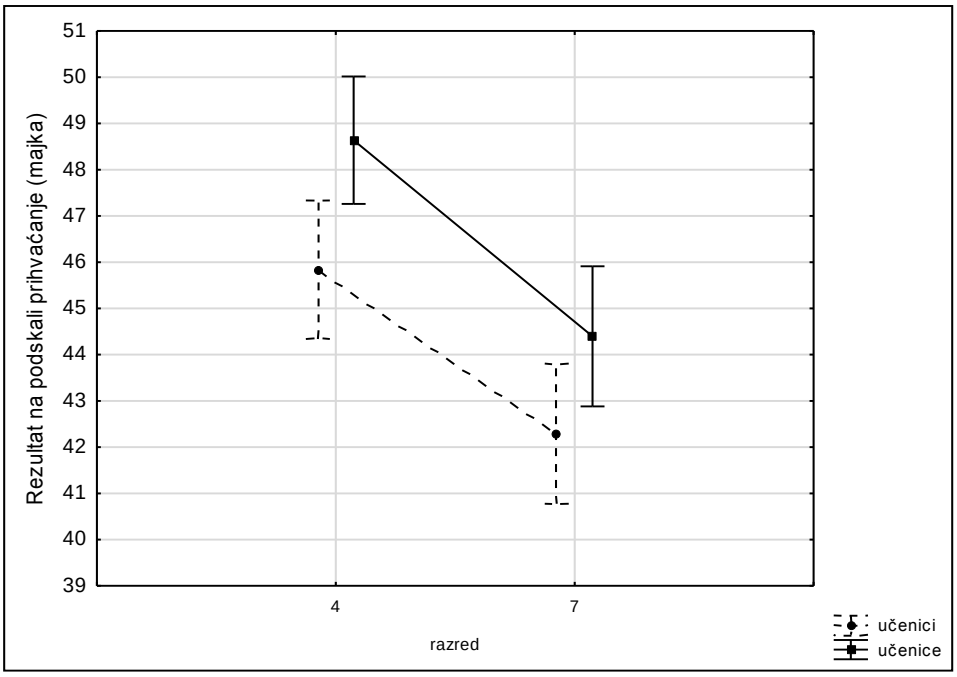


Slika 1 . Zadovoljstvo obitelji s obzirom na spol i razred koji učenici pohađaju

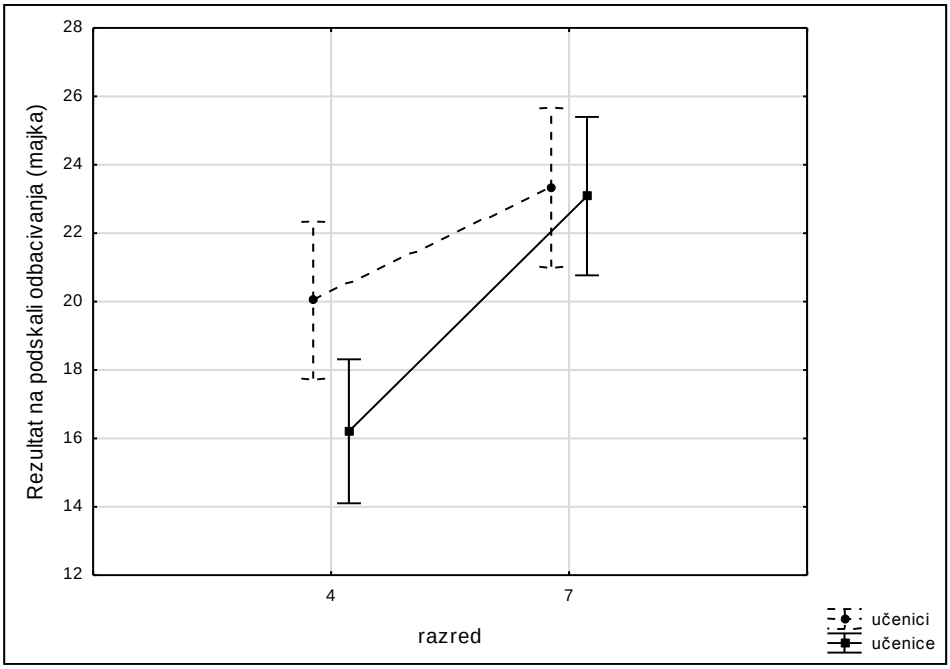
Opće zadovoljstvo obitelji značajno većim procjenjuju učenici četvrtih razreda u odnosu na učenike sedmih razreda (F=25.83; p=.000), dok za isti kriterij nisu utvrđene značajne spolne razlike (F=0.26; p=.614). To se može objasniti ulaskom u fazu adolescencije, tj. razdoblja gdje mlada osoba odbacuje autoritete, roditeljsku kontrolu te se zbližava s vršnjacima i više nego ranije suprotstavlja roditeljima. U tom razdoblju dolazi do naglih promjena raspoloženja te ne

čude sukobi s okolinom, a ponajviše s obitelji. Spolne razlike nisu utvrđene jer je razdoblje ulaska u pubertet i za djevojčice i za dječake podjednako burno. Adolescencija predstavlja vrijeme posebnog rizika za nastupanje internaliziranih problema kod djevojaka te eksternaliziranih problema kod dječaka (Macuka, 2012). Za razliku od razdoblja djetinjstva, kada djeca prvenstveno traže potvrdu i pažnju svojih roditelja, u adolescenciji raste važnost vršnjačke grupe. Osim toga, sve više se javlja potreba za privatnošću. Ranu adolescenciju karakteriziraju i promjene u kognitivnim kapacitetima. Za razliku od razdoblja djetinjstva, počinju propitkivati stvari te manje prihvaćaju činjenice kao apsolutnu istinu. Zbog toga postaju sposobniji i spremniji raspravljati i ulaziti u sukobe mišljenja sa svojim roditeljima, nego što su to mogli kao djeca.

Interakcija s majkom procijenjena je u dva aspekta – prihvaćanje (Slika 2.) i odbacivanje (Slika 3.).



Slika 2. Prihvaćanje majke s obzirom na spol i razred koji učenici pohađaju

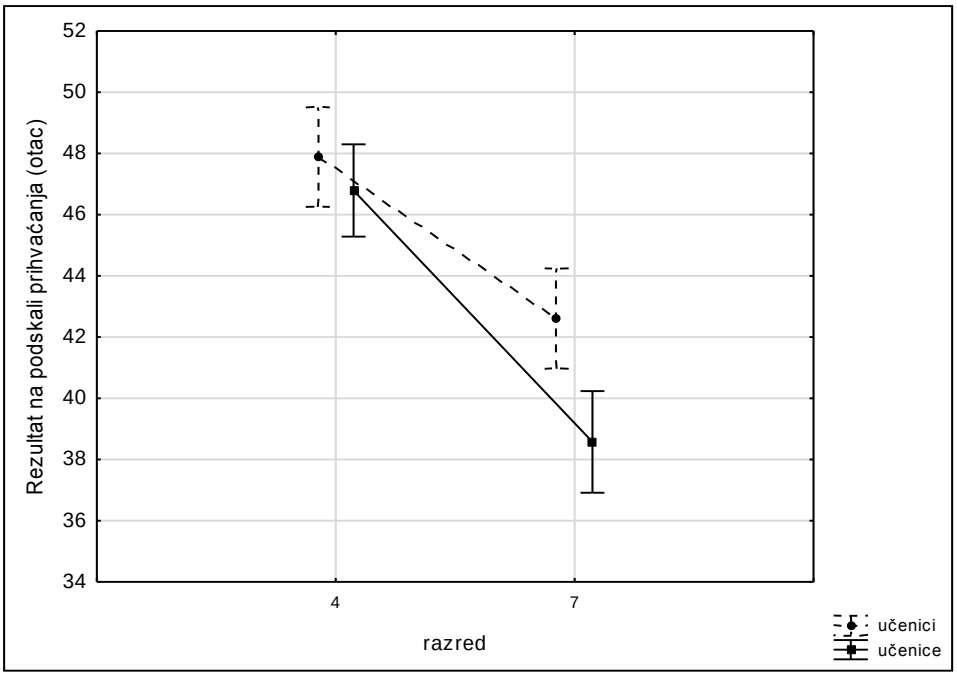


Slika 3 . Odbacivanje majke s obzirom na spol i razred koji učenici pohađaju

Rezultati analize varijance su pokazali da se prihvaćanje majke značajno razlikuje s obzirom na spol (F=10.71; p=.001) i dob učenika (F=26.99; p=.000) pri čemu učenice u odnosu na učenike, kao i mlađi učenici, u odnosu na starije, procjenjuju majku više prihvaćajućom. Dobiveni rezultat kako se djevojčice osjećaju prihvaćenije od strane majke je u skladu s rezultatom ranijeg istraživanja (Vulić-Prtorić, 2002). Odnos s majkom uključuje kombinaciju autoriteta i intimnosti. Kćeri percipiraju majku kao osobu koja treba njihovu pomoć te im one tu pomoć mogu i pružiti. Majka je općenito češće s njima u svakodnevnim aktivnostima. S druge strane, odbacivanje majke se ne razlikuje s obzirom na spol (F=3.18; p=.076), a više odbacivanja procjenjuju stariji učenici u odnosu na mlađe (F=19.71; p=.000). Neznačajna razlika u odbacivanju majke s obzirom na spol nije u skladu s očekivanjima. Naime, Vulić-Prtorić (2002) pokazuje kako dječaci percipiraju veće odbacivanje od strane majke. Problemi između sina i majke su uglavnom vezani za ulogu majke kao autoriteta koja postavlja pravila. Sinovi očekuju od majki da se brinu za njih, da s njima pričaju o vlastitim problemima i doživljajima, ali ne da postavljaju pravila i traže poslušnost (Vulić-Prtorić, 2002). U ovom istraživanju, mlađi učenici su značajno više

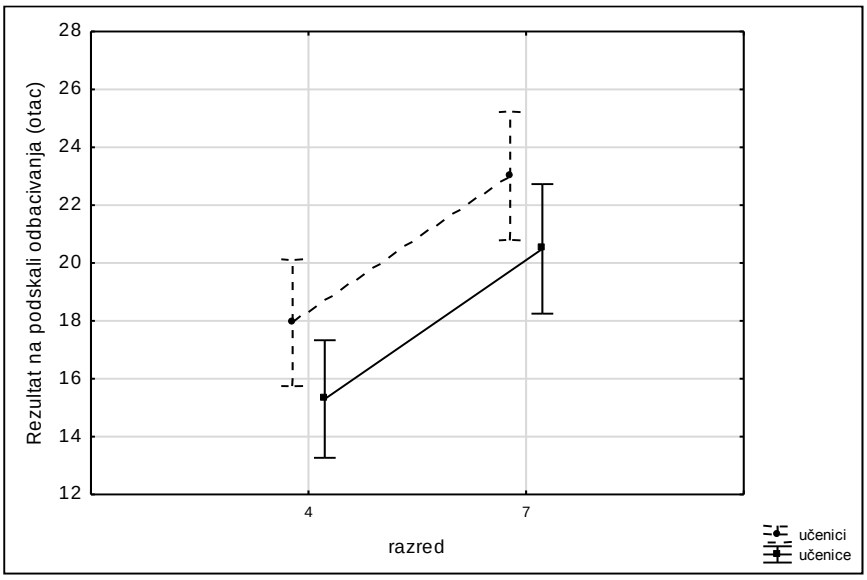
procjenjivali majku kao prihvaćajuću, a stariji učenici kao odbacujuću što je u skladu s očekivanjima. To se može objasniti ulaskom u fazu adolescencije, tj. razdoblja velikih životnih promjena. Više je kontakta s vršnjacima, a manje s majkom. Odnos mlađe djece i roditelja je prožet toplinom i emocionalnošću, dok se kod starije djece sve više javlja potreba za autonomijom.

Prihvaćanje i odbacivanje oca razlikuje se i s obzirom na spol i s obzirom na razred koji učenici pohađaju. Prihvaćanje oca (Slika 4.) značajno višim procjenjuju učenici četvrtog razreda u odnosu na učenike sedmog razreda (F=68.29; p=.000), te učenici u odnosu na učenice (F=9.83; p=.002). Prema istraživanjima, odnos kćeri i očeva je uglavnom distanciran. Kćeri ih percipiraju kao autoritativne figure od kojih dobivaju savjete o tome kako se treba ponašati. Dječacima je otac identifikacijski model te za razliku od djevojčica, oni više očekuju od oca te imaju veću potrebu za njegovim prihvaćanjem.



Slika 4 . Prihvaćanje oca s obzirom na spol i razred koji učenici pohađaju

Odbacivanje oca značajno je veće kod starijih učenika u odnosu na učenike četvrtog razreda (F=21.66; p=.000), te kod učenika u odnosu na učenice (F=5.47; p=.020), što je vidljivo iz Slike 5.



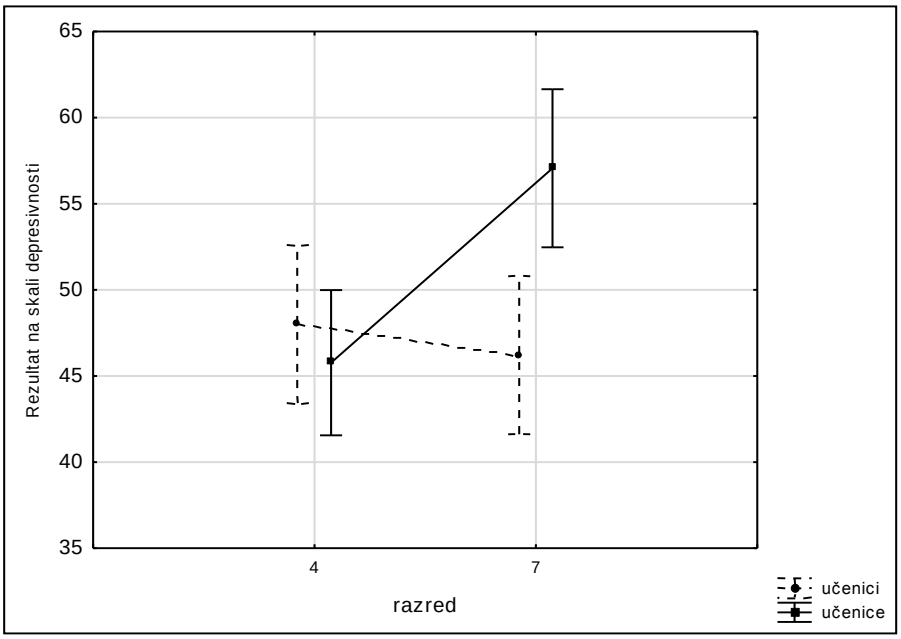
Slika 5 . Odbacivanje oca s obzirom na spol i razred koji učenici pohađaju

Moguće je da kritike i negativne poruke upućene od strane majke dječaci lakše prihvaćaju nego kada ih uputi otac. Općenito dječaci značajnijim procjenjuju ono što im govore očevi, nego majke. Očevi su skloniji biti više sa sinovima jer s njima imaju više zajedničkih interesa i aktivnosti (Vulić-Prtorić, 2002). Za očekivati je da mlađi učenici više ocjenjuju oca prihvaćajućim, a da je kod starijih učenika odbacivanje oca značajnije, što se potvrdilo i ovim istraživanjem. To se može objasniti ulaskom u fazu adolescencije, tj. razdoblja suprotstavljanja autoritetima. Stariji učenici su više u doticajima s vršnjacima te postaju kritičniji prema roditeljima u odnosu na mlađe učenike. Budući da se i roditelji mijenjaju ulaskom djeteta u adolescenciju zbog teškoća u snalaženju s djetetom adolescentom koji je razdražljiv, buntovan te odbacuje autoritete, moguće je da primjenjuju ponašanja koja adolescenti doživljavaju strogima i odbacujućima. Roditelji adolescenata se vjerojatno više sukobljavaju s djecom nego što su to činili u ranijim fazama roditeljstva, vjerojatno više viču ili kažnjavaju što adolescent može percipirati odbacujućim ponašanjima.

Depresivnost s obzirom na spol i razred učenika

Depresivnost se značajno razlikuje s obzirom na dob učenika ($F=4.307$; $p=.039$) pri čemu su stariji učenici općenito depresivniji od mlađih. Međutim, kao što je vidljivo iz Slike 6. i

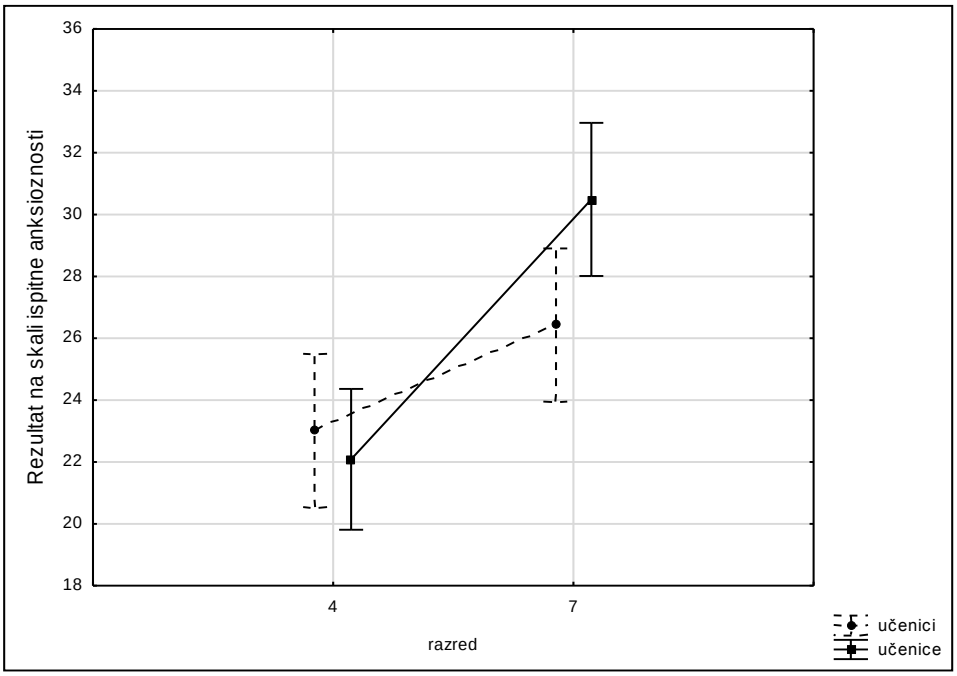
značajnog interakcijskog efekta dobi i spola (F=8.246; p=.005), porast u depresivnosti se može pripisati jedino učenicama, dok je kod učenika rezultat depresivnosti relativno stabilan bez obzira na dob. U periodu predadolescencije, dječaci izvješćuju o više depresivnih simptoma nego djevojčice. To se kasnije mijenja. Kvalitativna istraživanja pokazuju kako učestalost depresivnih simptoma općenito raste na prijelazu iz djetinjstva u adolescenciju, ali jedino u skupini djevojčica, ali ne i kod dječaka (Tweng i Nolen-Hoeksema, 2002). U razdoblju adolescencije značajno se povećava broj depresivnih simptoma i dijagnosticiranih poremećaja (Kazdin, 1998). Peterson i sur. (1991) su proveli longitudinalno istraživanje kojim su pratili 335 osoba od rane adolescencije do zrele dobi. Rezultati pokazuju kako depresivnost raste tijekom adolescencije za djevojčice, dok je kod dječaka stabilna (Compas, 1997). Postoje i teorijska objašnjenja zašto djevojčice pokazuju porast depresivnih simptoma u adolescenciji. Nekoliko teorija objašnjava kako psihičke promjene u pubertetu povećavaju rizik za depresiju kod djevojčica koje doživljavaju više stresa povezanog sa sazrijevanjem i svojom socijalnom ulogom žene. Djevojčice se počinju brinuti o tome što drugi misle o njima te kako one izgledaju. Opterećene su i time je li njihovo ponašanje prihvatljivo ili nije (Pippher, 1994, prema Hetherington i Stoppard, 2000). Ranija pojava menstruacije je povezana s većim brojem depresivnih simptoma kod djevojčica (Vulić-Prtorić, 2003).



Slika 6. Depresivnost s obzirom na dob i spol učenika

Spolne i dobne razlike u ispitnoj anksioznosti

S ciljem ispitivanja dobnih i spolnih razlika u ispitnoj anksioznosti provedena je dvosmjerna analiza varijance čiji su rezultati prikazani na Slici 7.



Slika 7 . Ispitna anksioznost s obzirom na spol i razred koji učenici pohađaju

Rezultati su pokazali da postoji značajan glavni efekt dobi, odnosno razreda kojega učenici pohađaju (F=23.01; p=.000), te značajan interakcijski efekt (F=4.12; p=.044) dobi i spola. Iz Slike 7. je vidljivo da stariji učenici iskazuju veći stupanj ispitne anksioznosti u odnosu na učenike četvrtog razreda, što je posebno izraženo kod učenica. Tako u četvrtom razredu učenice imaju sličan rezultat kao i učenici dok je ta razlika izraženija u sedmom razredu kada učenice postižu veći rezultat od učenika. I druga istraživanja pokazuju kako postoje spolne razlike u anksioznosti. Kod djevojčica se početkom puberteta broj strahova udvostručuje, za razliku od

dječaka kod kojih nije zapažena ova promjena (Vulić-Prtorić, 2002). U komparativnom istraživanju, Orton (1982) navodi kako djevojčice, u odnosu na dječake, izvještavaju o znatno većem broju simptoma vezanih uz strah i brige. To se može objasniti razlikama, kako u psihičkom, tako i u fizičkom sazrijevanju. Pubertet uglavnom ima pozitivno značenje za dječake jer se osjećaju veće i jače. Djevojčice uglavnom doživljavaju više negativnih aspekata toga razvoja poput problema sa slikom o vlastitom tijelu, smanjenim samopoštovanjem i slično (Vulić-Prtorić, 2003). One doživljavaju više stresa povezanog sa sazrijevanjem. Za razliku od dječaka, više ih se potiče na izražavanje svojih emocija, ali i strahova. Na taj način počinju i više obraćati pažnju na anksioznost. Ovisnije su o pozitivnim socijalnim odnosima te osjetljivije na gubitke prijateljstva te drugih socijalnih interakcija. Dječake se uglavnom odgaja da budu neustrašivi i jaki, a to dovodi do zanemarivanja moguće anksioznosti. Može se dogoditi da tijekom ispitivanja ne žele priznati svoje strahove, ukoliko ih imaju. U skladu je s očekivanjima da su stariji učenici anksiozniji od mlađih jer povećanje akademskih obaveza općenito djeluje stresnije na starije učenike.

Tablica 3. Matrica korelacija svih varijabli u istraživanju

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
1. spol	1.00								
2. razred	-.043	1.00							
3. zadovoljstvo obitelji	.049	-.35**	1.00						
4. prihvaćanje majka	.22**	-.35**	.72**	1.00					
5. odbacivanje majka	-.13	.31**	-.73**	-.73**	1.00				
6. prihvaćanje otac	-.16*	-.49**	.54**	.50**	-.49**	1.00			
7. odbacivanje otac	-.17*	.32**	-.54**	-.50**	.70**	-.58**	1.00		
8. depresivnost	.12	.14	-.44**	-.33**	.52**	-.41**	.40**	1.00	
9. ispitna anksioznost	.07	.33**	-.34**	-.28**	.43**	-.41**	.32**	.60**	1.00

*p<.05; **p<.01

Matrica korelacija (Tablica 3.) pokazuje međusobnu povezanost svih varijabli u istraživanju.

Postoji značajna negativna povezanost između zadovoljstva obitelji i razreda, odnosno dobi (r=-.35**). Što je učenik mlađi, to većim procjenjuje zadovoljstvo obitelji i obrnuto. Adolescenti traže više autonomije te češće provode vrijeme odvojeno od roditelja, tj. prolaze kroz više emocionalno izazovnih situacija samostalno. Povećana je učestalost i intenzitet negativnih emocija te udaljavanja od obitelji u ovoj fazi razvoja (Macuka, 2012). Depresivnost učenika i zadovoljstvo obitelji su u negativnoj korelaciji, što je u skladu s očekivanjima (r=-.44**). Djeca koja odrastaju uz roditelje koji im pružaju emocionalnu podršku sigurno imaju manje problema te su zadovoljnija. Period rane adolescencije obilježava traganje za identitetom, a za uspješnu prilagodbu mlađih adolescenata, podrška je jako važna (Cummings i sur., 2000, prema Macuka, 2012). Ispitna anksioznost i majčino odbacivanje su u pozitivnoj korelaciji (r=.43**), isto kao i ispitna anksioznost te odbacivanje oca (r=.32**). To je potvrdilo i istraživanje Vulić-Prtorić (2002) na uzorku od 330 djece, uzrasta od petog do osmog razreda osnovne škole. Djeca koja su postigla viši rezultat na skali somatskih simptoma anksioznosti, ujedno su doživljavala većim i odbacivanje oba roditelja. Majčino prihvaćanje i očevo prihvaćanje su također u pozitivnoj korelaciji (r=.50**), što je u skladu sa sustavnim pristupom proučavanja obitelji prema kojem podsustavi obitelji utječu jedan na drugoga pa s vremenom roditeljski stilovi obaju roditelja postaju međusobno sličnijima kao i uobičajeni obrasci ponašanja unutar obitelji. Djevojčice više ocjenjuju majku kao prihvaćajuću, a dječaci oca. To je u skladu s rezultatima istraživanja u kojem su dječaci oca procijenili kao model identifikacije zbog čega dječaci imaju veću potrebu za njegovim prihvaćanjem. S druge strane, djevojčicama je on autoritativna figura, dok veću intimnost ostvaruju s majkom (Vulić-Prtorić, 2002).

U tablici 4. prikazani su rezultati hijerarhijske regresijske analize s depresivnošću kao kriterijskom varijablom. U prvom koraku analize uvedene su varijable spola i dobi koje objašnjavaju svega 3 % varijance kriterija. Pri tome je jedino dob imala značajan prediktorski koeficijent. U drugom su koraku uvedene varijable obiteljskih interakcija koje su udio objašnjene varijance povećale za značajnih 31 %. Kao značajni prediktori depresivnosti izdvojili su se odbacivanje majke te kao negativan prediktor prihvaćanje oca. Drugim riječima, odbacivanje od strane majke značajno pridonosi razini depresivnosti kao i nisko prihvaćanje od strane oca. Moguće je zaključiti kako visoko prihvaćanje oca i nisko odbacivanje majke predstavljaju

svojevrsne zaštitne čimbenike za depresivnost u ranoj adolescenciji. Vulić-Prtorić je u svome istraživanju (2002) također pokazala kako su djeca koja percipiraju neprihvaćanje od strane oba roditelja značajno depresivnija.

Tablica 4. Rezultati hijerarhijske regresijske analize s depresivnošću kao kriterijem

	R	R^2	ΔR	F (df)	β	(β)
1.korak	.19	.03		3.59* (2,198)		
Spol					.13	
Razred					.14*	
2.korak – obiteljske interakcije	.59	.34	.31**	14.31** (7,193)		
Zadovoljstvo obitelji					-.14	
Majka – prihvaćanje					.18	
Majka – odbacivanje					.49**	(.49**)
Otac – prihvaćanje					-.20*	(-.20*)
Otac - odbacivanje					.01	

*p<.05; **p<.01; β – u koraku u kojem je varijabla uvedena; (β) – u zadnjem koraku

U tablici 5. prikazani su rezultati hijerarhijske regresijske analize s ispitnom anksioznošću kao kriterijem. Varijable dobi i spola, uvedene u prvom koraku analize objašnjavaju značajnih 11 % varijance kriterija. Dob je zadržala značajan prediktorski koeficjent i u zadnjem koraku pa je moguće zaključiti da je dob značajan prediktor ispitne anksioznosti pri čemu stariji učenici imaju veću ispitnu anksioznost. Obiteljske varijable također značajno doprinose objašnjenju individualnih razlika u ispitnoj anksioznosti pri čemu, slično kako i kod kriterija depresivnosti, majčino odbacivanje i nisko prihvaćanje od strane oca značajno doprinose ispitnoj anksioznosti te se mogu smatrati rizičnim čimbenicima za ispitnu anksioznost.

Tablica 5. Rezultati hijerarhijske regresijske analize s ispitnom anksioznošću kao kriterijem

	R	R^2	ΔR	F (df)	β	(β)
1.korak	.33	.11		12.45** (2,198)		
Spol					.09	
Razred					.33**	(.15*)
2.korak – obiteljske interakcije	.52	.27	.16**	10.17** (7,193)		
Zadovoljstvo obitelji					-.01	
Majka – prihvaćanje					.18	
Majka – odbacivanje					.46**	(.46**)
Otac – prihvaćanje					-.24*	(-.24*)
Otac - odbacivanje					-.10	

*p<.05; **p<.01; β – u koraku u kojem je varijabla uvedena; (β) – u zadnjem koraku

ZAKLJUČAK

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati odnos između kvalitete obiteljskih interakcija te anksioznosti i depresivnosti učenika i učenica četvrtih i sedmih razreda osnovne škole. Pokazalo se kako su mlađi učenici u prosjeku zadovoljniji kvalitetom obiteljskih odnosa u odnosu na starije učenike. Dobiveni rezultati upućuju na to kako se mlađi učenici u odnosu na starije u prosjeku osjećaju prihvaćenije od majke i oca, dok više odbacivanja procjenjuju stariji učenici. Djevojčice više procjenjuju majku kao prihvaćajuću, a dječaci oca što je u skladu s ranijim istraživanjima. Depresivnost učenika se značajno razlikuje s obzirom na dob, pri čemu su stariji učenici, u odnosu na mlađe, u značajno većoj mjeri afirmirali simptome depresivnosti. Zbog značajnog interakcijskog efekta dobi i spola, porast u depresivnosti se može pripisati jedino učenicama, dok je kod učenika rezultat depresivnosti relativno stabilan bez obzira na dob. S ciljem ispitivanja dobnih i spolnih razlika u ispitnoj anksioznosti, također je provedena dvosmjerna analiza varijance. Rezultati su pokazali kako postoji glavni efekt dobi, odnosno razreda kojega učenici pohađaju te značajan interakcijski efekt dobi i spola. Stariji učenici u prosjeku iskazuju veći stupanj ispitne anksioznosti u odnosu na mlađe učenike, a to je posebno izraženo kod učenica. U četvrtom razredu učenice imaju sličan rezultat kao i učenici, a ta razlika je izraženija u sedmom razredu kada učenice u prosjeku pokazuju veći stupanj ispitne anksioznosti. Konačno, kada se kontroliraju efekti dobi i spola, kao značajni prediktori depresivnosti pokazali su se majčino odbacivanje i nisko prihvaćanje oca, slično kao i za ispitnu anksioznost pri čemu je i dob relevantan čimbenik na način da su stariji učenici izloženiji ispitnoj anksioznosti u odnosu na mlađe učenike.

LITERATURA

1. Arambašić, I. (1988). Anksioznost u ispitnim situacijama – pregled istraživanja. *Revija za psihologiju,* 18, 91-113.
2. Birmaher B. i Brent D. (1998). Practice parameter for assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,* 37, 10, 635-835.
3. Collins, W.A. i Russell, G. (1991). Mother-child and father-child relationship in middle childhood and adolescence: A development analysis. *Developmental Review, 11,* 99-136.
4. Compas, B.C. (1997). Depression in children and adolescents. In: E.J. Mash & L.G. Terdal (Eds.). *Assessment of Childhood Disorders.* New York, London: The Guildford Press, pp. 197-229.
5. Čudina-Obradović, M. i Obradović, J. (2002). Potpora roditeljstvu: izazovi i mogućnosti. *Revija za socijalnu politiku,* 1, 45-68.
6. Davison, G.C. iNeale, J.M. (1998). *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja.* Jastrebarsko: Naklada Slap.
7. Hautzinger, M. (2009). *Depresija: <modeli, dijagnosticiranje, psihoterapije, liječenje>.* Jastrebarsko: Naklada Slap.
8. Hercigonja Novković, V. Kocijan Hercigonja, D. (2004). Depresija kod djece. *Medicus,* 1, 89-93.
9. Hetherington, J.A. i Stoppard, J.M. (2002). The theme of disconnection in adolescent girls understanding of depression. *Jorunal od Adolescence, 25,* 616-629.
10. Hollander, E. i Simeon, D. (2006). *Anksiozni poremećaji.* Jastrebarsko: Naklada Slap.
11. Juretić, J. (2008). Socijalna i ispitna anksioznost te percepcija samoefikasnosti kao prediktori ishoda ispitne situacije. *Psihologijske teme,* 17, 15-36.
12. Kazdin, E.A. (1998). Childhood depression. In: E.J. Mash & R.A. Barkley (EDS). *Treatment of childhood disorders.* New York, NY: Guilford Press, pp. 135-166.
13. Klarin, M. (2006). *Razvoj djece u socijalnom kontekstu.* Jastrebarsko: Naklada Slap.

14. Lebedina Manzoni, M. (2010). *Psihološke osnove poremećaja u ponašanju.* Jastrebarsko: Naklada Slap.
15. Lebedina Manzoni, M. iLotar, M. (2011). Simptomi depresivnosti i samoorijentirane kognicije. *Psihologijske teme,* 1, 27-45.
16. Maccoby, E.E. i Martin, J.A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. *Handbook of Child psychology, 4, 1-101.*
17. Macuka, I. (2012). Osobni i obiteljski čimbenici prilagodbe mlađih adolescenata. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja,* 48, 1, 27-43.
18. Mijatović, A. (1995). Obitelj i poremećaji socijalnog konteksta. *Institut za primijenjena društvena istraživanja.* 4, 4-5, 18-19.
19. Orton, G.L. (1982). A comparative study of children worries. *The Journal of psychology*, 110, 153-162.
20. Rathus, A. S. (2001). *Temelji psihologije.* Jastrebarsko: Naklada Slap.
21. Twenge, J.M. i Nolen-Hoeksema, S. (2002). Age, Gender, Race, Socioeconomic Status and Birth Cohort Differences on the Childrens Depression Inventory: A Meta- Analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(4), 578-588.
22. Vasta, R., Haith, M.A. i Miller, S.A. (1998). *Dječja psihologija.* Jastrebarsko: Naklada Slap.
23. Vulić-Prtorić, A. (2008). Anksiozna osjetljivost i psihosomatski simptomi u djece i adolescenata. *Klinička psihologija,* 1-2, 7-26.
24. Vulić-Prtorić, A. (2003). *Depresivnost u djece i adolescenata.* Jastrebarsko: Naklada Slap.
25. Vulić-Prtorić, A. (2002). Obiteljske interakcije i psihopatološki simptomi u djece i adolescenata: *Suvremena psihologija,* 5, 1, 31-51.
26. Vulić-Prtorić, A. (2002). Strahovi u djetinjstvu i adolescenciji:*Suvremena psihologija*, 2, 271-293.
27. Vulić-Prtorić, A. (2001). Suočavanje sa stresom i depresivnost u djece i adolescenata: *Suvremena psihologija,* 4(1/2), 25-39.
28. Vulić-Prtorić, A. i Sorić, I. (2001). Taksonomija depresivnosti u djetinjstvu i adolescenciji: razlike i sličnosti s obzirom na dob i spol ispitanika. *Medica Jadertina, 31,* 3-4.

29. Wagner, A. (2008). Obitelj – sustav dinamičkih odnosa u interakciji. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja,* 44, 119-128.
30. Wenar, C. (2002). *Razvojna psihopatologija i psihijatrija: od dojenačke dobi do adolescencije.* Jastrebarsko: Naklada Slap.
31. Zaić, A. (2005). *Odnos simptoma anskioznosti, depresivnosti i somatizacije u dječjoj dobi.* Diplomski rad. Zagreb: Filozofski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
32. Zarevski, P. i Mamula, M. (2008). *Pobijedite sramežljivost.* Jastrebarsko: Naklada Slap.
33. Živčić-Bećirević, I. i Rački, Ž. (2006). Uloga automatskih misli, navika učenja i ispitne anksioznosti u objašnjenju školskog uspjeha i zadovoljstva učenika. *Društvena istraživanja.* 15, 6(86), 987-1004.
34. Živković, Ž. (2006). *Depresija kod djece i mladih.* Đakovo: Tempo d.o.o.