

# Podatci o postojanju psihičkih poremećaja u užoj ili široj obitelji kod mladih u tretmanu na Odjelu za dječju i adolescentnu psihijatriju

---

Čavčić, Denis

Undergraduate thesis / Završni rad

2017

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Medicine / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:152:747416>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-26**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the Faculty of Medicine Osijek](#)



**SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU**

**MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK**

**Sveučilišni preddiplomski studij Sestrinstvo**

**Denis Čavčić**

**PODACI O POSTOJANJU  
PSIHIČKIH POREMEĆAJA  
U UŽOJ ILI ŠIROJ  
OBITELJI KOD MLADIH U  
TRETMANU NA ZAVODU  
ZA DJEČJU I  
ADOLESCENTNU  
PSIHIJATRIJU**

**Završni rad**

**Osijek, 2016.**

Rad je ostvaren na Zavodu za dječju i adolescentnu psihijatriju Kliničkog bolničkog centra Osijek.

Mentor rada: doc.dr.sc. Katarina Dodig-Ćurković, dr. med

Rad sadrži 36 listova i 13 tablica.

## **Zahvala**

Veliku zahvalnost, u prvom redu, dugujem svojoj mentorici doc.dr.sc.dr.med. Katarini Dodig-Ćurković koja mi je omogućila sve što mi je bilo potrebno u radu i pomogla svojim savjetima pri izradi ovog diplomskog rada, te što je uvijek imala strpljenja i vremena za moje brojne upite. Također bih se želio zahvaliti glavnoj sestri psihijatrije mag.med.techn. Zdenki Rade koja mi je svojom susretljivošću i dostupnošću uvelike pomogla pri izradi ovog rada.

Zahvaljujem se svim svojim kolegama i kolegicama, koji su uvijek bili uz mene i bez kojih cijeli ovaj tijek mog studiranja ne bi prošao tako lako i zabavno.

I na kraju, najveću zaslugu za ono što sam postigao pripisujem svojim roditeljima koji su bili tu za mene tijekom cijelog mog studiranja, te prolazili sa mnom sretne i teške trenutke i bez kojih sve ovo što sam dosad postigao ne bi bilo moguće, a posebnu zahvalnost za sve ovo dajem svojoj majci koja je bila moja zvijezda vodilja, moj stup i najveća podrška, koja je sa mnom učila, ponavljala gradivo za ispite, ispitivala me kad sam imao usmene, tješila kad sam bio uplašen, usmjeravala kad sam bio izgubljen i naravno veselila se kad sam bio uspješan.

Veliko HVALA svima!

# SADRŽAJ

1.	Uvod .....	1
1.1.	Obitelj i obiteljske strukture .....	1
1.2.	Promjene unutar obitelji .....	2
1.3.	Elementi roditeljstva .....	3
1.4.	Utjecaj strukture obitelji i socioekonomskog statusa .....	4
1.5.	Partnerski odnosi i dijete s poteškoćama.....	6
1.6.	Utjecaj depresivnih roditelja na dijete .....	7
1.6.1.	Etiologija .....	7
1.6.2.	Odnos depresivnog roditelja i djeteta .....	7
1.6.3.	Razvoj privrženosti .....	8
1.6.4.	Posljedice odrastanja uz depresivne roditelje.....	9
1.7.	Obitelj i psihotrauma.....	11
1.7.1.	Briga obitelji za oboljeloga od PTSP-a .....	11
1.7.2.	Utjecaj PTSP-a na roditeljstvo .....	12
1.8.	Nasilje u obitelji .....	12
2.	Cilj.....	14
3.	Ispitanici i metode .....	15
3.1.	Ustroj studije .....	15
3.2.	Ispitanici .....	15
3.3.	Metode .....	15
3.4.	Statističke metode.....	16
4.	Rezultati.....	17
5.	Rasprava .....	22
6.	Zaključak.....	26
7.	Sažetak.....	27
8.	Summary.....	28
9.	Literatura .....	29
10.	Životopis .....	35
11.	Prilozi .....	36

## **1. Uvod**

Obitelj je najsnažniji zaštitni čimbenik za sve oblike poremećaja mladih. Loši obiteljski odnosi u isto vrijeme su i najčešći čimbenici rizika za psihopatologiju u djetinjstvu. Psihijatrijski poremećaji roditelja mogu biti povezani s povećanim rizikom od autodestruktivnog ponašanja kod djece (1). Obitelj je najznačajniji faktor socijalizacije u ranom djetetovu životu, kad se stječu prva iskustva i stavovi, stoga je odnos između roditelja i djeteta temelj za razvoj zdrave ličnosti. Djeci treba ponuditi pravila koja će se dosljedno primjenjivati i ograničenja da bi se zadovoljila ravnoteža i formirale zdrave osobnosti. Djeca u najranijoj dobi uče oponašanjem koje je ključno za njihov razvoj te roditelji moraju biti svjesni svoje uloge u odgoju (2).

### **1.1. Obitelj i obiteljske strukture**

Danas je vrlo teško odnosno nemoguće definirati obitelj upravo zbog različitih tipova obitelji koji se pojavljuju u društvu (3). Klasične definicije obitelji koje uzimaju brak i krvno srodstvo kao njezina bitna određenja više ne pokrivaju sve tipove obitelji. Bernardes ističe da je za ozbiljne znanstvene studije važnije voditi računa o tome koliko su obitelji međusobno različite, a ne ih sve pokušati staviti pod istu definiciju u nastojanju izjednačavanja, pri čemu se zanemaruju specifičnosti pojedinih tipova obiteljske strukture (4). Različitost obiteljskih struktura može se promatrati uzimajući u obzir različite kriterije: kroz odnos roditelja i djece (npr. biološka i usvojena djeca), kroz bračni status roditelja (razvedeni, odvojeni, ponovno oženjeni), s obzirom na broj roditelja u obitelji (jednoroditeljske i dvoroditeljske obitelji) i roditeljsku seksualnu orijentaciju (heteroseksualni i homoseksualni parovi) (5). Tako u svakodnevnom životu postoje – osim obitelji u kojoj subiolški otac i majka i njihovo dijete/djeca – posvojiteljske obitelji, obitelji u kojima je samo jedan roditelj biološki, rekonstruirane obitelji, tj. novi brak nakon razvoda, jednoroditeljske obitelji (kao posljedica razvoda braka, smrti, izvanbračne zajednice, vlastite odluke da se ima dijete, ali ne i partner), udomiteljske obitelji, višegeneracijske obitelji, slobodne izvanbračne obitelji, samačka kućanstva, istospolne i surogat obitelji, obitelji u kojima jedan roditelj zbog prirode posla duže vrijeme boravi izvan mjesta stanovanja (pomorci i sl.), a poseban izazov za stručnjake su tzv. kalendarske obitelji, gdje dijete živi jedan dio godine s jednim, a drugi dio godine s

drugim roditeljem. Može se reći da suvremeni trenutak življenja obilježavaju nastojanja pripadnika različitih obiteljskih struktura za legalnim prihvaćanjem i ostvarivanjem jednakopravnosti u odnosu na tradicionalnu nuklearnu obitelj. Koliko su različiti tipovi obitelji priznati i prihvaćeni, ovisi o sredini u kojoj članovi obitelji žive, ali i o razlikama u društvenoj prihvaćenosti od države do države (6).

## **1.2. Promjene unutar obitelji**

Gospodarski, socijalni i moralni kontekst suvremenog zapadnog društva proizveo je značajne promjene unutar obitelji. Liberalizam koji se pojavio kao dominirajuća vrijednost u posljednjih nekoliko desetljeća imao je za posljedicu jačanje filozofije individualizma i veće mogućnosti slobode izbora načina života. Mijenjaju se uloge muškarca, žene i djece, a što je rezultiralo pojavom nepreglednih promjena u partnerskim i obiteljskim oblicima života (7). Navedene promjene u postmodernim obiteljima odrazile su se na odgojne mogućnosti obitelji, kao i na samu prirodu obiteljskog odgoja. U postmodernoj obitelji, za razliku od tradicionalne nuklearne obitelji, uočljiva je tendencija prema dominaciji osobnih interesa, dok je opće dobro u drugom planu. I muškarci i žene teže profesionalnom napredovanju i materijalnom blagostanju, dok se tradicionalne obiteljske vrijednosti zanemaruju. Kultura individualizma u suprotnosti je s vrijednostima i zahtjevima koje traži život u zajednici pa je čestim uzrokom sukoba među partnerima i raspada obitelji. Naime, zasnivanje obitelji temelji se na svjesnom stupanju u zajednicu u kojoj se zajednički realiziraju životni ciljevi i ostvaruju temeljne vrijednosti slobode. Međutim, težnja za slobodom i nezavisnošću ponekad može dovesti do sebičnosti, slabljenja društvenih veza i sukoba s potrebom pripadanja drugome i suradnjom (3). Ovi trendovi u međuljudskim odnosima djelomično su uzrokom stvaranja različitih partnerskih i obiteljskih struktura. Jačanje interesa za vlastito dobro dovelo je do toga da se članovi obitelji sve češće nalaze u procjepu između zadovoljavanja vlastitih individualnih potreba i želja i onih obiteljskih; između zahtjeva posla i obitelji; između privlačnosti uspona u vlastitoj karijeri i ljepote podizanja djece; između obiteljskih obaveza i odricanja od mnogih drugih zadovoljstava i sl. (8).

Novo znanstvene spoznaje o djetetu, s jedne strane, a individualizam i demokratizacija odnosa u društvu, s druge strane, doveli su do promjena u shvaćanju djeteta, u odgojnim ciljevima i postupcima. Dijete se danas prihvaća kao subjekt s pravima, a država je ona koja treba jamčiti uživanje tih prava. Takva pozicija djeteta utjecala je na roditeljsku ulogu na

način da obiteljski odgoj čini pomak od privatne u javnu sferu te postaje predmetom javne politike. Roditelj je pred zakonom odgovoran za svoje postupke prema djetetu i svako ugrožavanje prava djeteta nosi određene sankcije. Dok je nekad u odgoju prevladavalo nastojanje da se mlade pripremi za život u zajednici, suradnju, dijeljenje s drugima, da se razvije odgovornost prema drugima, da se njeguju veze s članovima proširene obitelji, obiteljsko jedinstvo i solidarnost, a manje natjecanje i osobno postignuće, danas je naglasak na razvoju dječje nezavisnosti (3). Od roditelja se očekuje da naprave pomak od odgoja za poslušnost prema odgoju za odgovornost, kreativnost i kritičko mišljenje. Da bi to mogao, roditelj mora sliku djeteta kao ovisnog i pasivnog primatelja utjecaja odraslih zamijeniti slikom djeteta kao aktivnog, kompetentnog i sposobnog bića. Nova pozicija djeteta kao subjekta s pravima te promjena cilja odgoja nametnuli su zahtjeve za drukčijim odgojnim postupcima. Ako dijete ima pravo na iznošenje mišljenja, pravo da ga se sasluša i, kad je moguće, uzme u obzir, onda odgoj temeljen na tjelesnom kažnjavanju više ne dolazi u obzir (6).

### **1.3. Elementi roditeljstva**

Četiri ključna elementa koja moraju biti zastupljena u roditeljstvu, a to su njega, strukturiranost roditeljstva (postavljanje granica), prepoznavanje djetetovih potreba i osnaživanje djeteta (9). Juul u svoj koncept roditeljskog vođenja uključuje roditeljski autoritet, međusobni dijalog, zanimanje za dijete, uključenost u njegov život i prepoznavanje djetetovih potreba (10). Bez obzira na moguće razlike u određivanju roditeljske uloge, većina se suvremenih autora slaže da je zadatak roditelja da postavlja jasne granice djetetu te da mu osigura okruženje u kojem će stjecati životno važne vještine. Dijete kompetenciju razvija kroz aktivnost pa dobar odgoj pretpostavlja pružanje prilike djetetu da u svakodnevnim situacijama donosi odluke, rješava probleme i uči se odgovornosti. Za mnoge je roditelje ova nova situacija zbunjujuća. Jedni smatraju da su zabranom tjelesnog kažnjavanja izgubili roditeljski autoritet, a drugi su demokratske odnose zamijenili pretjeranom popustljivošću i dječjom anarhijom. Postoje i oni koji su uzeli sudbinu djeteta u svoje ruke te im organiziraju dan, ispunjavaju ga obvezama, uz stalno nadgledanje i nedavanje mogućnosti razvijanja samostalnosti, ali uz stalno inzistiranje na uspješnosti. Očito je da je današnji odgoj postao vrlo zahtjevan i, osim što traži od roditelja odricanje, vrijeme, strpljenje i razumijevanje djeteta, traži određena znanja i vještine. Teško je udovoljiti zahtjevima suvremenog odgoja



ako se roditeljska znanja i vještine temelje na nasljeđu vlastitih roditelja. Kompetentan roditelj poznaje razvojne potrebe djeteta, pruža kvalitetan odgoj, zna odabrati, za svoje dijete, odgovarajuće izvanobiteljske utjecaje, shvaća važnost i sposoban je za razvijanje partnerstva s onima koji izvan obitelji skrbe o njegovu djetetu, odgajaju ga i obrazuju. Promjene koje se događaju u obitelji nameću potrebu veće i raznovrsnije društvene potpore obiteljima. Roditelji su odgovorni za odgoj djeteta, ali jednako tako postoji i odgovornost države koja treba roditeljima pružati podršku u obavljanju roditeljske uloge, odnosno stvoriti uvjete za kvalitetno roditeljstvo.

Promjene u strukturama obitelji nameću potrebu da se u radu s djecom sve vrste obitelji tretiraju kao jednakopravne, da se ne preferira ni jedna struktura obitelji kao najbolja ili najpoželjnija, dok se osobita pozornost treba usmjeriti na to da sva djeca, bez obzira iz kakve obiteljske strukture dolaze, trebaju imati osjećaj pripadanja i dobrodošlice u ustanovi u kojoj borave. U razgovoru s djecom važno je naglasak stavljati na različitosti koje postoje među nama i iste te različitosti tumačiti kao bogatstvo. Poželjno je u suradnju obitelji i ustanove uključivati sve članove obitelji (6).

#### **1.4. Utjecaj strukture obitelji i socioekonomskog statusa**

Prema podacima od 2006. godine 498 mladih se u Hrvatskoj nalazilo u domovima za djecu i mlade s poremećajima u ponašanju, dok ih je oko 2000 živjelo u specijaliziranim odgojnim institucijama i koja teško ili nikako ne mogu računati na podršku obitelji (11). Wenz navodi da je loš socioekonomski status često uzrok samoozljeđivanja među mladima. Hawton i suradnici su također uzeli u obzir utjecaj socioekonomskih okolnosti i pokazali da imaju direktan negativan učinak na autodetraktivna ponašanja u mladima (12). Garisson i McKeowen još 1997. godine naglašavaju da obiteljski odnosi su važniji čimbenik rizika od strukture obitelji, a slično potvrđuju i drugi istraživači (13, 14,15).

Centar za kontrolu bolesti i prevenciju (CDC) je prepoznao šest rizičnih oblika ponašanja koji mogu biti posljedica narušenog odnosa između roditelja i djeteta: 1. pušenje 2. uporaba i zlouporaba alkohola 3. samoozljeđivanje i nasilje prema sebi 4. seksualno ponašanje koje uzrokuje neželjene trudnoće i spolno prenosive bolesti 5. nezdrave prehrambene navike i 6. fizička neaktivnost. Roditeljska ponašanja koja mogu utjecati na zdravlje djeteta i na razvijanje modela rizičnog ponašanja su: način kako provode i održavaju disciplinu, razina

roditeljske angažiranosti, razina roditeljske pažnje i nadzora, način komuniciranja sa adolescentom, roditeljski način života, roditeljska toplina u odnosu na hladnoću, strukturiranost u odnosu na zbrku, strogost u odnosu na popuštanje, stalnost u donošenju odluka u odnosu na nedosljednost u odlukama i sl. (16).

Slaba emocionalna podrška i slabije intelektualno poticanje od roditelja često utječe na hiperaktivnost i agresivnost i kod djece, a kasnije i kod adolescenata. Učestali sukobi i razmirice s roditeljima, slaba povezanost unutar obiteljskog okruženja pridonosi pojavi poremećaja ponašanja, zlouporabi alkohola i psihoaktivnih tvari (17).

Sa stajališta obiteljskih interakcija djeteta i obitelji, najznačajnije su sljedeće dimenzije: emocionalna atmosfera, pripremljenost roditelja za složenu ulogu koju trebaju ostvariti u podizanju djece, motiviranost za roditeljstvo i rađanje djece, zdravstveno stanje roditelja, socioekonomski status obitelji, broj članova obitelji i vrijednosni sustav obiteljske egzistencije. Izolacija u ranim razdobljima razvoja, zlostavljanje od strane roditelja ili najbližih rođaka, emocionalna zanemarenost udruženi su s ranom pojavom agresije kod djece. Kao osnovni faktori koji se odnose na obitelj, a vezani su za pojavu poremećaja u ponašanju djece, navode se slaba roditeljska briga ili praćenje razvoja i potreba djeteta, nestalna ili kruta obiteljska stega, bračna nestabilnost, roditeljsko zanemarivanje djeteta, antisocijalni poremećaj ličnosti roditelja i veliki broj članova obitelji. Kriminalci, roditelji s dijagnosticiranim antisocijalnim poremećajem ličnosti, alkoholičari, ovisnici o psihoaktivnim supstancijama imaju češće delikvente sinove u odnosu na normalnu populaciju. Agresivnost roditelja prema djetetu (od krutih stegovnih stavova do zlostavljanja djeteta) kao i agresivni partnerski sukobi, prediktori su nasilničkog ponašanja djeteta usmjerenog prema ljudima i životinjama, ali ne i prema stvarima i vlasništvu. Obitelji s jednim roditeljem (najčešće obitelji samohranih majki) češće imaju problema s poremećajima u ponašanju djeteta. Poremećeni stavovi majke prema djetetu (pasivni ili odbijajući stav) mogu se povezati s pojavom ponašanja kod djeteta više usmjerenog na narušavanju materijalnog vlasništva žrtava. Majke sa sadašnjim ili prijašnjim depresivnim poremećajem, samohrane majke, brojni stresogeni trenuci u obiteljskom životu također spadaju u faktore rizika za pojavu poremećaja u ponašanju kod djeteta iz takve obitelji. Kada djeca u svojim roditeljima ne nađu adekvatne modele za identifikaciju, što se događa u slučaju da obitelj i roditelji ne raspoložu neophodnim strpljenjem u odgajanju djeteta, poremećaji u ponašanju mogu evoluirati do antisocijalnog poremećaja ličnosti (18).

## 1.5. Partnerski odnosi i dijete s poteškoćama

Partnerski i bračni odnosi bez obzira na poteškoće u razvoju djeteta imaju svoju određenu dinamiku i nailaze na određene probleme, poteškoće i nesuglasice, uzrokovane raznim unutarnjim i vanjskim faktorima. Prirodno je za očekivati kako svaki roditelj očekuje rođenje djeteta određenog izgleda i karakteristika ličnosti. Neki roditelji vide nerođeno dijete u ostvarivanju određenih ambicija koje sami nisu mogli ostvariti. Imaginarna beba je želja majke za trudnoćom, koja predstavlja suživot majke s fetusom. Imaginarna beba je beba određenog zamišljenog spola, a predviđeno je i ime za nju. Zbog svega toga, beba je nosilac vrijednosti prenesenih s jedne generacije na drugu i sve što je bilo rečeno ili skriveno u tom pogledu, događaji smatrani važnim, datum rođenja, biva uvedeno u majčine skrivene misli i modelira sudbinu tog imaginarnog djeteta (19). Tijekom trudnoće obično je najveća želja roditelja da se rodi zdravo dijete, a najdublji, često nesvjesni strahovi potječu od fantazija da bi se moglo roditi dijete s nekim poteškoćama (20).

Očekivanja roditelja od nerođenog djeteta mogu biti različita i često ovise o društvenom statusu obitelji, tako npr. viši društveni slojevi imaju veća očekivanja kako u fizičkom, tako i u intelektualnom i zdravstvenom području. Što su veća očekivanja roditelja, to je veće njihovo razočaranje u slučaju da na svijet dođe dijete s mentalnom retardacijom. Reakcije roditelja na dijagnozu djeteta su individualne i vrlo različite te praćene emocionalnim šokom, što je sasvim razumljivo jer pozitivni i optimistični planovi za budućnost djeteta i obitelji postaju upitni (21,22).

Iz dosad navedenih podataka za pretpostaviti je da rođenje djeteta s poteškoćama u razvoju unosi mnoge promjene u život njegove uže i šire obitelji, pa stoga vjerojatno utječe i na partnerske odnose svojih roditelja. Dijagnoza mentalne retardacije djeteta je potencijalno koban stresor za članove obitelji jer je to obično jedan neočekivani događaj za koji nema vremena za pripremu, i članovi obitelji imaju malo ili nedovoljno iskustva za suočavanje s njim (23).

Samooptuživanje i krivnja kod roditelja djece s poteškoćama u razvoju povezuju se s depresijom, bespomoćnosti, beznadnosti i niskim samopoštovanjem. Smatra se da krivnja i samooptuživanje narušavaju roditeljsku povezanost s djetetom, uspješan odgoj, zdrav obiteljski život, seksualni odnos roditelja i sposobnost roditelja da se brinu za svoje potrebe (24).

## **1.6. Utjecaj depresivnih roditelja na dijete**

Poremećaji raspoloženja najčešći su psihijatrijski entiteti. Glavni su simptomi tih poremećaja, uz promjenu raspoloženja, poremećaj nagona, energije i kognicije. Depresivni poremećaj osim sniženog raspoloženja uključuje oskudnu emocionalnu reakciju, gubitak volje, energije, interesa, osjećaj krivnje i smetnje nagona. Često se kod osoba koje boluju od depresivnog poremećaja javljaju suicidalna razmišljanja i/ili pokušaji suicida. Depresivni poremećaj pojavljuje se u dva oblika, kao depresivna epizoda i kao povratni depresivni poremećaj. Depresivni je poremećaj najčešći entitet ne samo unutar poremećaja raspoloženja nego i unutar svih psihijatrijskih poremećaja općenito (25). Incidencija depresivnog poremećaja u stalnom je porastu još od 1915. godine i prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji do 2020. godine po učestalosti će biti na drugom mjestu svih bolesti. Rizik za obolijevanje od depresije za žene je 10 do 25 %, a za muškarce 5 do 12 % (26).

### **1.6.1. Etiologija**

Mnoga su tumačenja o etiologiji depresivnog poremećaja. Biološka tumačenja spominju naslijeđe kao bitan čimbenik, jer depresivni bolesnik među svojim rođacima ima više osoba oboljelih od depresivnog poremećaja nego zdrava osoba (27). Kognitivne teorije smatraju da depresivne misli, afekti i ponašanje mogu nastati zbog pogrešnog mišljenja i procesuiranja informacija, bihevioralne pokazuju da oboljeli imaju manjak socijalnih vještina (28,29). Teorija osobina ličnosti tumači da su pasivnost, povučенost i nisko samopoštovanje put ka depresivnom poremećaju. Stresni životni događaji također su često povezani s pojavom depresivnog poremećaja. Pojavljivanje svih bolesti i poremećaja slijedi isti put: prisutnost uzročnih čimbenika i njihov utjecaj na pojedinca dovodi do pogoršanja funkcioniranja izloženog pojedinca i osoba u njegovoj neposrednoj blizini, ovisno o postojanju rizičnih i protektivnih čimbenika (30).

### **1.6.2. Odnos depresivnog roditelja i djeteta**

Težina i kompliciranost poremećaja nameće pitanje kakav odgoj mogu pružiti depresivni roditelji, kojima je i samima često potrebna medicinska skrb ili barem nadzor, i kakve to posljedice ostavlja u razvoju djeteta i u njegovoj transformaciji u odraslog čovjeka (31).

Postavlja se pitanje kakav odgoj s obzirom na svoje mogućnosti pruža depresivan roditelj i kakve su dalekosežne posljedice. Za nastanak poteškoća u razvoju djece od veće su važnosti obiteljski odnosi nego vrsta bolesti roditelja (32). Jedna od dvije dimenzije roditeljskog ponašanja, emocionalnost, odnosi se na emocije koje roditelj proživljava i iskazuje u odnosu s djetetom. Na jednom je kraju emocionalna toplina, a na drugom hladnoća. Dokazano je da toplina kao aspekt obiteljskog okruženja najviše utječe na dječji razvoj jer takvi roditelji podržavaju svoju djecu, ohrabruju, motiviraju i hvale, dok emocionalno hladni zanemaruju i odbacuju, kritiziraju i kažnjavaju. Druga je dimenzija kontrola, koja može biti prečvrsta te dovesti do ovisnosti, smanjene motivacije ili potisnute hostilnosti ili slaba s malo pravila, što može dovesti do pojave agresivnosti kod djeteta. Većina studija koja proučava odnos ličnosti roditelja i kvalitete roditeljstva usmjerena je na vezu između poremećaja u psihološkom funkcioniranju i roditeljskog ponašanja. Depresivne majke stvaraju razorno, hostilno i odbacujuće okruženje svojoj djeci koje nepovoljno utječe na dječje funkcioniranje i na psihološku adaptaciju djeteta, manje su responsivne te se slabije prilagođavaju dječjim potrebama, pokazuju više ljutnje i tuge te manje pozitivnih emocija nego nedeprativne majke (33). Primijećen je utjecaj na stanje afekta kod djeteta, i to bez obzira na jačinu simptoma (34). Roditelji koji imaju simptome depresivnog poremećaja pokazuju i manje prihvaćanja, podrške ili emocija u odnosu s djetetom (33). Smanjena je usmjerenost ka djeci i transfer pozitivnih emocija (35). Općenito su značajke odnosa depresivne djece i njihovih roditelja smanjena komunikacija, povećana hostilnost te manjak zajedničkih aktivnosti (31).

### **1.6.3. Razvoj privrženosti**

Dijete uspostavlja vezu s najbližom osobom. Najčešće su to roditelji, koji će mu svojom blizinom i dostupnošću osigurati zaštitu. U situacijama koje doživi kao nesigurne i prijeteće dijete traži zaštitu roditelja kroz privrženo ponašanje. Većina djece, oko dvije trećine, uspostavlja siguran tip privrženosti. Roditelj takvog djeteta emocionalno je dostupan, tj. u pravo vrijeme i na pravi način odgovara na djetetove razvojne i emocionalne potrebe. Djeca čiji roditelji nisu uspjeli na zadovoljavajući način odgovarati na njihove potrebe svijet doživljavaju kao nesigurno mjesto, uskraćeni su za iskustva koja im omogućuju razvoj samopouzdanja i povjerenja u druge te razvijaju nesiguran tip privrženosti koja se u odrasloj dobi može očitovati kroz uspostavljanje površnih odnosa, nekritično uspostavljanje emocionalnih odnosa, nepovjerenje, autodestruktivnost ili heterodestruktivnost, nedostatak morala i samokontrole, agresiju i dr. Vulnerabilnost djeteta stanje je najmanje otpornosti na

oštećenja i agresiju, a rezultat je interakcije genskih i okolinskih čimbenika. Očituje se kao predispozicija za somatsko ili psihičko disfunkcioniranje (32). Jedan su od rizičnih čimbenika za razvoj nesigurne privrženosti i depresivni poremećaji roditelja, bilo jednog ili oba, gdje je dokazano da oni kao takvi pokazuju manje prihvaćanja, topline, spontanosti i strpljivosti te su skloniji učestalijem kažnjavanju djece. Bolesni član obitelji mijenja ustaljene odnose i rituale, ovisno o tome koju poziciju zauzima u obitelji. U slučaju bolesti majke obitelj kratkoročno uglavnom uspijeva kompenzirati novonastalu situaciju, dok kod dugotrajnih procesa dolazi do trajnih promjena unutar obitelji i često ženska djeca mogu biti zakočena u svojem razvoju zbog poremećenog procesa identifikacije. Kod bolesti oca, koji u strahu od narcističke povrede da više ne može adekvatno skrbiti o obitelji može prihvatiti ili odbiti pažnju obitelji, u svakom slučaju briga i odgovornost prelaze na ostale članove obitelji, među njima i djecu (30).

#### **1.6.4. Posljedice odrastanja uz depresivne roditelje**

Djeca čiji roditelji nisu adekvatno odgovorili na njihove emocionalne potrebe donose zaključke da su loši, neželjeni, bezvrijedni te da ne mogu imati povjerenja u roditelje i na tim temeljima grade svoje buduće odnose. Ta negativna temeljna uvjerenja potiču osjećaj emocionalne otuđenosti i izolacije od obitelji i društva. Prema Beckovoj kognitivnoj teoriji, depresivne se osobe osjećaju tako zato što je njihovo razmišljanje pristrano usmjereno na negativna tumačenja. Prema Becku, u djetinjstvu i adolescenciji depresivne osobe stječu negativnu shemu, između ostalog i zbog depresivnog stava roditelja. Lewinsohn objašnjava nastanak depresivnog poremećaja u djece kao posljedicu nezadovoljavajućeg pozitivnog potkrepljivanja, što stvara osjećaj bespomoćnosti i uvjerenje kako se ne može utjecati na okolinu, dok ga Seligman definira kao naučenu bespomoćnost (36). Budući da takvoj djeci roditelji nisu uspjeli osigurati zadovoljenje potreba, osjećaju se nevidljivo i bespomoćno, što postaje uobičajeni način mišljenja i osjećanja u budućnosti. Ako dijete povjeruje da ne dobiva zadovoljenje osnovnih potreba kad to treba i traži, agresivno ponašanje i neprimjereni ispadi bijesa mogu mu se učiniti kao jedino rješenje. Takvo ponašanje može biti kratkoročno učinkovito i održati povezanost s roditeljem, makar samo konfliktnu, ali pridonijeti i razvoju odbijajućih roditeljskih reakcija, čime se dodatno prekida mogućnost uspostave zdrave veze. Drugim riječima, ako dijete jedino neprimjerenim reakcijama dobiva pažnju roditelja, to postaje ustaljeni obrazac ponašanja. Regulacija emocija i ponašanja ključna je u zdravom ranom razvoju djece, gdje ono u interakciji s okolinom uči prilagođavati emocije, nositi se s

frustracijom i stresom. Roditelji koji su depresivni te nisu usklađeni s djetetovim potrebama i emocijama ostavljaju ga bez potpore da upravlja svojom ljutnjom, tugom i strahovima te će biti prepušteno vlastitom nezrelom repertoaru ponašanja. Bolesna majka ne može adekvatno odgovoriti na djetetove potrebe te će ona majku koja ne ispunjava njegova očekivanja doživjeti kao i da nije prisutna (30). Takvo zanemarivanje dovodi do nesposobnosti djece da prepoznaju svoje emocije i ponašanje i njima upravljaju. Budući da dijete roditeljske vrijednosti i ponašanja usvaja kao vlastita, tako se može očekivati da transgeneracijskim prijenosom usvoji neosjetljivost za zadovoljenje potreba vlastite djece u budućnosti (37).

Svakodnevni se obiteljski život mijenja i postaje kompliciraniji kada roditelj pati od depresivnog poremećaja. Nesigurnost povezana s neizvjesnošću i tijekom bolesti utječe na svakodnevni život ukućana. Takav poremećaj mijenja vezu između roditelja i djece jer dolazi do otežane komunikacije. Depresivni se roditelj povlači u sebe, a djeca imaju osjećaj da su prepuštena sama sebi. Odgoj i naslijeđe osnovni su čimbenici koji formiraju ličnost. Dok je genetsko „opterećenje“ depresivnim poremećajem 30 % nešto što je konstanta, odgoj je ono na što se može utjecati jer su roditelji najvažniji modeli u ranom razvoju te njihove metode odgoja postavljaju temelj buduće ličnosti u koje će dijete izrasti. Zdravstveni djelatnici koji skrbe o oboljelom zapravo neizravno pozitivno utječu i sudjeluju i u odgoju njegove djece. S obzirom na to da depresivni poremećaj ima kompliciran utjecaj na već izgrađenu ličnost oboljelog roditelja i njegovu okolinu, postavlja se pitanje kakav je utjecaj na vulnerabilnu ličnost djeteta oboljeloga. Depresivni poremećaj utječe na sve članove obitelji, stoga je kod odraslih osoba koje imaju malodobnu djecu što ranija detekcija i primjereno liječenje pomoć ne samo njima, oboljelima, nego još i značajnije, njihovoj djeci. Dječji poremećaji traže rane, sveobuhvatne i dugotrajne intervencije s ciljem da budu proaktivne, a ne reaktivne, kad se problem već dogodi. Osim roditeljske patologije, na nastanak poremećaja utječu i drugi faktori, poput ekonomskih ili socijalnih koji su čest pratitelj obiteljske disfunkcionalnosti, pa bi intervencije, da bi bile učinkovitije, morale djelovati na više tih faktora. Jedne su od učinkovitijih kognitivno-bihevioralne, koje se primjenjuju ne samo kod dječje anksioznosti i depresivnosti već impulzivnosti i hiperaktivnosti, tj. onih poremećaja koji uglavnom i prate djecu koja odrastaju u depresivnom okruženju, kojima ih se podučava kako da svoje neprikladno ponašanje racionalno kontroliraju (38).

## **1.7. Obitelj i psihotrauma**

Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) je kronični, onesposobljavajući poremećaj koji je obilježen nizom dugotrajnih simptoma otpornih na liječenje. Mnogi od njih imaju direktan utjecaj na ponašanje oboljelog, a osobito su relevantni simptomi koji interferiraju sa socijalnim odnosima (39). Simptomi izbjegavanja, psihičko otupljenje, povlačenje, distanciranje, suzdržani afekt i gubitak interesa za aktivnosti u kojima se prije uživalo simptomi su koji ugrožavaju sposobnost održanja intimnosti obiteljskog života (40). Simptomi hiperpobuđenosti koji uključuju pojačanu iritirabilnost i hostilnost mogu rezultirati značajnim problemima u kontroli agresije, što vodi ka gnjevnim ispadima, bijesu, neprijateljstvu pa čak i obiteljskom nasilju ili fizičkom zlostavljanju. Mnogi imaju poteškoća u funkcioniranju izvan doma, i društveno i na radnom mjestu, što rezultira velikom stopom nezaposlenosti (41).

### **1.7.1. Briga obitelji za oboljeloga od PTSP-a**

S obzirom na očekivanja supružnika, ali i socijalnog okruženja, kada je jedan supružnik u poteškoćama, drugi se osjeća obveznim pružiti mu potporu. Imati supružnika koji pati od PTSP-a potresno je i razorno. S obzirom na to da supružnici egzistiraju unutar interaktivnog, međusobno ovisnog sustava, ako jedan supružnik mora neprestano pružati potporu, a da zauzvrat istu ne dobiva, u konačnici može postati bespomoćan (42). Kronični osjećaji bespomoćnosti i nesigurnost upravo i jesu osnovni emocionalni doživljaj supruga partnera oboljelih od PTSP-a. One često preuzimaju na sebe obavezu zaštite supruga od svih vanjskih čimbenika koji ga mogu razdražiti, ali isto tako od očevih "loših faza" nerijetko štite i djecu. Često se sve u kući podređuje potrebama supruga, npr. nema glasne glazbe, ne posjećuju ih prijatelji i slično. Kao reakcija na traumatizaciju jednog člana obitelji mijenja se funkcioniranje obiteljskog sustava.

Uzorak pretjeranog šticeanja često se javlja i u obitelji žrtve silovanja (43). Ovo može biti posljedica obrambene reakcije oca/muža jer nije bio sposoban obraniti voljenu osobu ali i sredstvo izbjegavanja osjećaja ljutnje i bijesa na napadača i žrtvu što ga je primorala da se nosi s ovim bolnim događajem. Uz gore navedeno, Mio i Foster navode da obitelj žrtve silovanja može doživjeti iste "osjećaje bespomoćnosti, šoka, bijesa ili fizičkog gađenja koje doživljava sama žrtva", ali ih i usmjeriti prema samoj žrtvi (44).



Kad jedan partner ima PTSP, njegovi zahtjevi u odnosu na drugog partnera iznimno su visoki. Supružničko nasilje ili prijetnja nasiljem često su prisutni u takvim vezama (45). Nasilje je češće usmjereno na suprugu, ali nerijetko i na djecu. Kada oboljeli uz PTSP ima i značajke poremećaja ličnosti, obiteljsko nasilje još je češće (46). Zloupotreba droga i alkohola kod jednog ili oba partnera također je čest problem, kao što su i ostala ovisnička i kompulzivna ponašanja (45).

### **1.7.2. Utjecaj PTSP-a na roditeljstvo**

Osobe koje pate od PTSP-a zbog svojih emocionalnih teškoća i obrazaca ponašanja mogu imati znatne teškoće u odnosima sa svojom djecom. Premda veterani s PTSP-om često navode da su im djeca jedina poveznica i smisao života, oni nemaju dovoljno strpljenja niti volje da se njima bave na pravi način. Veterani mogu imati poteškoće u prepoznavanju dječje agresivnosti koja je prikladna određenoj dobi djeteta ili u podnošenju takvog ponašanja djece. Ovo može rezultirati izbjegavanjem interakcija s djetetom, pretjeranim reakcijama ili prevelikom zaštitom (47). Harkness je utvrdio da je roditeljstvo kod veterana okarakterizirano kontroliranjem, pretjeranom zaštitom i zahtjevnim vezama s djecom (39).

Traumatizirane obitelji bore se s manifestacijom posttraumatskih simptoma svog traumatiziranog člana unutar obiteljske dinamike, s posljedičnim sekundarnim traumatskim stresom ili pregorijevanjem i zamorom suosjećanja. Uz to, PTSP jednog člana obitelji može se prenijeti i na sljedeće naraštaje, interferirajući s psihološkim razvojem djece.

### **1.8. Nasilje u obitelji**

Obitelj u kojoj dijete odrasta ima znatan utjecaj na njegovo ponašanje, a to znači i agresivno i nasilno ponašanje. Koliki je općenito udio obitelji i posebno kojih aspekata obiteljskog života u genezi agresivnog i nasilnog ponašanja? Među raznim nepovoljnim činiteljima često se navode sukobi roditelja. Konflikti roditelja su učestali u obitelji agresivne djece koja su potencijalni nasilni prijestupnici u kasnijoj dobi. Na činjenicu da agresivna djeca žive u obiteljima u kojima postoje učestali sukobi roditelja upozorilo je više autora (48). Da su odnosi u obitelji temeljna varijabla za pravilan razvoj djece naglasili su mnogi autori, a neki posebno ističu poremećenost odnosa unutar obitelji kao bitan činitelj u genezi agresivnog ponašanja djece (49). Obitelj je složeni sustav u kojem dijete ima ulogu "žrtve", ali i ulogu

arhitekta u agresivnom ponašanju u obitelji. Uz izraženije konflikte roditelja, zanemarivanje i loše postupanje prema djeci, postoji veća vjerojatnost agresivnosti djece. Kada su obiteljske okolnosti izrazito loše, postoji visoka vjerojatnost da će ta djeca u odrasloj dobi postati ozbiljni prijestupnici (50). Ako se usporede djeca koja su bila voljena od svojih roditelja s djecom koju su roditelji zlostavljali, zanemarivali i odbacili, može se zaključiti da postoje značajne razlike u obiteljskim okolnostima na štetu potonje djece, a kao posebna nepovoljnost ističe se agresivnost roditelja. Ta djeca u usporedbi s voljenom djecom kasnije, u odrasloj dobi učestalije vrše kaznena djela (51). U obiteljima u kojima ima više agresivnosti, sukoba i nasilja između bračnih partnera, veća je učestalost fizičkog kažnjavanja djece. Djeca koja su u djetinjstvu bila često izložena fizičkoj kazni, kao odrasle osobe sklone su nasilnom ponašanju (52).

## 2. Cilj

Cilj rada je bio ispitati postoje li psihički poremećaji u užoj ili široj obitelji kod mladih u tretmanu.

Specifični ciljevi su bili:

- Ispitati koji su najčešći psihički poremećaji u užoj ili široj obitelji
- Ispitati utječu li odnosi unutar obitelji na pojavnost psihičkih poremećaja kod mladih u tretmanu
- Ispitati javljaju li se češće psihički poremećaji mladih u tretmanu u obiteljima u kojima su jedan ili oba roditelja u psihijatrijskom tretmanu

### **3. Ispitanici i metode**

#### **3.1. Ustroj studije**

Studija je bila presječna.

#### **3.2. Ispitanici**

Analizirali su se dostupni podaci iz povijesti bolesti hospitalizirane djece na Zavodu za dječju i adolescentnu psihijatriju KBC Osijek u razdoblju od 2010. do 2016. godine. Detaljno su se pregledale povijesti bolesti u navedenom razdoblju i kroz analizu upitnika koji služi u svrhu prikupljanja anamnestičkih podataka o obitelji i obiteljskim odnosima stekao se uvid u postojanje psihičkih poremećaja u užoj ili široj obitelji. Uključeno je 457 ispitanika, odnosno, analizirano je toliko povijesti bolesti.

#### **3.3. Metode**

Uz pomoć nestrukturiranog sociodemografskog upitnika koji služi u svrhu prikupljanja sociodemografskih podataka tijekom prvog pregleda djeteta i adolescenta na Odjelu za dječju i adolescentnu psihijatriju KBC Osijek u razdoblju od 2010. do 2016. godine analizirali su se podatci o postojanju psihičkih poremećaja unutar uže odnosno šire obitelji. Podatci su se prikupljali putem upitnika koji je sadržavao 10 pitanja. Pitanja su obuhvaćala: datum pregleda, godinu rođenja djeteta, godinu rođenja oca i majke, zanimanje oca i majke, cjelovitost obitelji (potpuna ili nepotpuna), žive li roditelji zajedno ili su rastavljeni, razlog rastave roditelja (ako su rastavljeni), ukupan broj djece u obitelji, obiteljsku anamnezu (postojanje psihičkih poremećaja u užoj ili široj obitelji), te podatke o postojanju sljedećih poremećaja: schizofrenia, depresija, alkoholizam, narkomanija, epilepsija, mentalna retardacija, boravak u zatvoru, suicid, nasilje u obitelji, posttraumatski stresni poremećaj.

### **3.4. Statističke metode**

Srednje vrijednosti kontinuiranih varijabli izražene su aritmetičkom sredinom i standardnom devijacijom. Nominalni pokazatelji prikazani su raspodjelom učestalosti po skupinama i udjelom.. Za utvrđivanje razlika među proporcijama koristio se Hi-kvadrat test. Sve P vrijednosti bile su dvostrane. Razina značajnosti je postavljena na  $\alpha=0,05$ . Za statističku analizu korišten je statistički program SPSS (inačica 16.0, SPSS Inc., Chicago, IL, SAD).

## 4. Rezultati

U ispitivanje je bilo uključeno ukupno 457 ispitanika koji su bolnički liječeni na Zavodu za dječju i adolescentnu psihijatriju KBC Osijek u razdoblju od 2010. do 2016. godine.

Prosječna dob djece koja su sudjelovala u istraživanju je bila 12,6 godina uz standardnu devijaciju 3.65, a uz to je minimum bio 2 godine a maksimum 22 godine.

**Tablica 1:** Dob djece

		Broj	Postotak
Dob po kategorijama	2-6 godina	32	7,0%
	7-11 godina	119	26,0%
	12 - 16 godina	239	52,3%
	17 – 22 godine	67	14,7%
	Ukupno	457	100,0%

**Tablica 2:** Spol djeteta

		Broj	Postotak
Spol djeteta	Bez odgovora	15	3,3%
	Muško	207	45,3%
	Žensko	235	51,4%
	Ukupno	457	100,0%

Prosječna dob roditelja zajedno je iznosila 40,6 godina uz standardnu devijaciju 6,9. Prosječna dob majki je 38,9 godina (standardna devijacija 6,1), a oca 42,3 (standardna devijacija 7,2).

**Tablica 3: Dob roditelja**

		Majka		Otac		Ukupno	
		Broj	Postotak	Broj	Postotak	Broj	Postotak
Dob roditelja po kategorijama	22-32 godine	54	11,8%	24	5,3%	78	8,5%
	33-42 godine	272	59,5%	222	48,6%	494	54,0%
	43 - 52 godine	114	24,9%	155	33,9%	269	29,4%
	53 – 60 godina	13	2,9%	44	9,6%	57	6,3%
	Preminuli	4	0,9%	12	2,6%	16	1,8%
	Ukupno	457	100,0%	457	100,0%	914	100,0%

Prosječan broj djece u obiteljima koje su sudjelovale u istraživanju je 2,51 (standardna devijacija 1,19).

**Tablica 4: Broj djece**

		Broj	Postotak
Broj djece	1	76	16,6%
	2	192	42,0%
	3	114	24,9%
	4	45	9,8%
	5 i više	30	6,7%
	Ukupno	457	100,0%

Od ukupnog broja od 457 obitelji, 420 (91,9%) obitelji je potpuno, što znači da dijete ima oba roditelja, a 37 (8,1%) obitelji je nepotpuno.

**Tablica 5: Samohrani**

		Broj	Postotak
Samohrani:	Otac	9	24,3%
	Majka	28	75,7%
	Ukupno	37	100,0%

Ukupno je 113 (24,7%) obitelji u kojima su roditelji rastavljeni, a 344 (75,3%) obitelji u kojima roditelji žive zajedno.

**Tablica 6: Razlog rastave**

		Broj	Postotak
Razlog rastave	Neslaganje	79	69,9%
	Alkoholizam	11	9,7%
	Nasilje	23	20,4%
	Druga psihička bolest	0	0,0%
	Loši uvjeti	0	0,0%
	Ukupno	113	100,0%

Od 457 ispitanih obitelji u 262 (57,3%) obitelji nije bilo navedenih bolesti, dok je u 195 (42,7%) obitelji bilo prisutno jedna ili više bolesti. Od 195 obitelji, bilo je obitelji u kojima je bilo prisutno dvije ili više bolesti, što je na kraju rezultiralo brojem od 344 bolesti.

**Tablica 7: Bolesti**

		Broj	Postotak
Bolesti	Shizofrenija	13	3,8%
	Depresija	68	19,8%
	Alkoholizam	54	15,7%
	Narkomanija	14	4,1%
	Epilepsija	28	8,1%
	Ment. Retard.	15	4,4%
	Boravak u zatvoru	30	8,7%
	Suicidi	19	5,5%
	Nasilje u obitelji	48	13,9%



	PTSP	55	16,0%
	Ukupno	344	100,0%

**Tablica 8: Tko je bolovao**

		Broj	Postotak
Roditelj:	Otac	51	26,2%
	Majka	10	5,1%
	Oboje	10	5,1%
	Bez odgovora	124	63,6%
	Ukupno	195	100,0%

**Tablica 9: Broj djece s obzirom na bračni status**

	<b>Broj djece</b> Aritmetička sredina (Standardna devijacija)	p
Zajedno	2,54 (1,2)	0,62
Rastavljeni	2,44 (1,16)	

\* $\chi^2$  test

**Tablica 10: Dob djece s obzirom na bračni status**

	<b>Dob djece</b> Aritmetička sredina (Standardna devijacija)	p
Zajedno	12,71 (3,93)	0,51
Rastavljeni	12,29 (3,93)	

\* $\chi^2$  test

**Tablica 11:** Broj djece s obzirom na potpune i nepotpune obitelji

	<b>Broj djece</b> Aritmetička sredina (Standardna devijacija)	p
Potpuna obitelj	2,52 (1,18)	0,29
Nepotpuna obitelj	2,42 (1,28)	

\* $\chi^2$  test

**Tablica 12:** Dob djece s obzirom na potpune i nepotpune obitelji

	<b>Dob djece</b> Aritmetička sredina (Standardna devijacija)	p
Potpuna obitelj	12,59 (3,63)	0,44
Nepotpuna obitelj	12,76 (3,88)	

\* $\chi^2$  test

**Tablica 13:** Razina značajnosti za dob djece kod neslaganja i agresije,alkohola

	<b>Dob djece</b> Aritmetička sredina (Standardna devijacija)	p
Neslaganje	12,21 (4,08)	<b>&lt;0,05</b>
Agresivnost i alkohol	12,45 (3,62)	

\* $\chi^2$  test

## 5. Rasprava

Iako se u Hrvatskoj još uvijek približno 90 posto djece rađa u braku, uočljivo je da naša zemlja polako prati trendove razvijenih zemalja svijeta. U obiteljskoj slici stanovništva Hrvatske najvećim dijelom su bračni parovi s djecom (57,9%), potom slijede jednoroditeljske obitelji koje čine majke s djecom (12,5%) i očevi s djecom (2,6%) (53). U ovom istraživanju je čak 91,9% obitelji potpuno. Preostalih 8,1% čine nepotpune obitelji, te je od tog broja 75% samohranih majki i 24,3% samohranih očeva. Iz tih podataka vidi se kako je najveći broj obitelji potpuno, što je pozitivan primjer djetetu jer ima obitelj na koju se može osloniti. Iz rezultata istraživanja se vidi kako je manje od trećine roditelja rastavljeno, što je također dobar pokazatelj. Iako su oba pokazatelja (potpuna obitelj i roditelji koji žive zajedno) pozitivna, sva su djeca koja su sudjelovala u istraživanju imala dijagnozu, pa možemo pretpostaviti da cijela obitelj nije preduvjet za psihičko (mentalno) zdravlje.

Gabel, McDowell i Cerreto izvještavaju da je povećanje bračnih problema jedan od češćih prilagodbenih problema na poteškoće u razvoju djeteta. Njihovo istraživanje pokazuje da bračni problemi uključuju sve češće svađe, osjećaj bračnog nezadovoljstva, seksualne probleme, privremeno odvajanje i razvod (54). Međutim, s obzirom da istraživanja daju različite rezultate, nailazimo i na oprečne stavove; neke obitelji djece s poteškoćama u razvoju ne pokazuju više problema od ostalih obitelji (55).

Međutim nemaju svi autori i stručnjaci koji rade s takvim obiteljima isto mišljenje. Kako Seligman navodi, mnogi se stručnjaci prepiru o tome da su negativni utjecaji pretjerani dok se pozitivni zanemaruju (23). Stoga navodi da su neka istraživanja primijetila koristi stvorene prisutnošću takvog djeteta u kući (56). Neki od pozitivnih faktora su slijedeći: povećano obiteljsko jedinstvo, povećana prisutnost, osobni rast. Leutar i Raić također u svom radu spominju istraživanja koja ukazuju na to da dijete s mentalnom retardacijom u obitelji ne donosi samo krize nego i da roditeljima pruža povoljne šanse za emocionalnu privrženost, jačanje roditeljstva i otvorene komunikacije unutar obitelji (21).

Istraživanja potvrđuju da psihijatrijski poremećaji roditelja mogu biti povezani sa povećanim rizikom od autodestruktivnog ponašanja kod djece. Prema nekim istraživanjima adolescenti su rizičnija i ranjivija skupina nego adolescentice, a psihijatrijska bolest oca značajno više nego majke utječe na povišeni rizik od poremećaju u ponašanju kod adolescenata muškog spola (57). U ispitanim obiteljima, u 42,6% obitelji postoje psihijatrijske

bolesti, gdje peterostruko češće boluje otac, nego majka. Dobar je pokazatelj što je vrlo mali broj majki imao psihijatrijsku bolest.

Tully i suradnici su istraživali povezanost depresije kod roditelja sa učestalosti pojave depresije kod adolescenata i zaključili su da depresivna majka, a ne otac, utječe na pojavu depresije i poremećaja ponašanja kod adolescenata. Posebno osjetljivu grupu čine udomljena i posvojena djeca (58).

Kao psihičku bolest majke najčešće se navodi anksiozno-depresivna simptomatologija, od kojih je veći broj majki ženskih ispitanika, u odnosu na majke ispitanika muškog spola. Kod očeva je značajan udio onih koji imaju dijagnosticiran posttraumatski stresni poremećaj, anksiozno-depresivni poremećaj i alkoholizam. Većina očeva kojima je dijagnosticirana psihička bolest fizički zlostavlja adolescente, odnosno skloniji su nasilju unutar obitelji. Najčešći psihički problemi u užoj obitelji su kod braće ili sestara(1).

Činjenice potvrđuju da zdravlje majke ima značajan utjecaj na zdravlje i razvoj djeteta. Rizičnu skupinu čine majke koje boluju od depresije, u djetinjstvu su bile zlostavljane ili su iz siromašnijih društvenih slojeva (59). Majka koja boluje od depresije i otac koji ispoljava antisocijalno ponašanje značajno utječu na pojavnost poremećaja u ponašanju i depresije kod adolescenata (60,61). Slično kao i u navedenom istraživanju, i u ovom istraživanju najveći je broj oboljelih očeva pokazuje antisocijalno ponašanje (PTSP, alkoholizam, nasilje u obitelji), a kod majki je najčešće prisutna depresija. S obzirom na rezultate prethodnih istraživanja, može se zaključiti da i u ovom istraživanju takva ponašanja roditelja utječu na pojavnost poremećaja u ponašanju i depresije kod djece. Ukoliko se dijete s tim susreće svaki dan, može misliti kako je pretjerana konzumacija alkohola i nasilno ponašanje normalna pojava.

Rosenheck je ispitala odraslu djecu veterana II. svjetskog rata s PTSP-om (62). Nitko od ispitanika do svoje adolescencije nije znao da im je otac patio od posljedica rata. Ipak, procijenili su da je obiteljski život bio usredotočen na očevu razdražljivost, agresivnost, depresiju i povlačenje. Odrasla djeca sjećala su se očevih noćnih mora, emocionalnih ispada, razdoblja plača i nepredvidivog ponašanja. Ovi simptomi nisu im bili objašnjeni u vrijeme djetinjstva i pridonosili su obiteljskoj atmosferi straha, opreza i osjećaja krivnje. Članovi obitelji osjećali su se kao da hodaju po rubu. Njihovi opisi emocionalne veze s ocem rangirani su od zamršenih i intenzivno emocionalnih, do rezerviranih i distanciranih. U studiji Davidsona i Mellora pokazalo se da su djeca veterana s PTSP-om ocijenila svoje obitelji na kliničkoj razini disfunkcionalnosti, što nije bio slučaj kod veterana koji nisu imali PTSP (63). U studiji o vijetnamskim veteranima s PTSP-om Ruscio i suradnici utvrdili su da simptomi

emocionalne otupjelosti, odvajanje i izbjegavanje umanjuju veteranovu sposobnost uključivanja u normalnu interakciju s djecom koja je neophodna za razvijanje značajne veze (64). Rezultati potvrđuju da simptomi PTSP-a izravno utječu na sposobnost veterana u ostvarenju roditeljske uloge, a to svakako ima utjecaj na razvojne procese djece (65).

Istraživanja su utvrdila da djeca veterana s PTSP-om u usporedbi s djecom veterana koji nemaju PTSP imaju probleme u ponašanju, no specifični problemi nisu nađeni. Nalazi studije Bechkama i suradnika pokazuju da djeca veterana s PTSP-om imaju češće problema s autoritetom, depresijom, ljutnjom, hiperaktivnošću, emocionalnom boli i osobnim vezama (66). Ova su djeca nasilnija, imaju više smetnji u ponašanju i češće koriste droge. Prema Davidsonu i suradnicima djeca veterana s PTSP-om (23 %) primila su više psihijatrijskih tretmana nego djeca kontrolne grupe (0 %) (67). Harkness je utvrdio da djeca ratnih veterana često manifestiraju poteškoće u akademskoj karijeri, dijadnim vezama i emocionalnoj regulaciji (68). Autor je, međutim, istakao da se uzrokom depresije, tjeskobe, hiperaktivnosti, delikvencije, slabe socijalizacije i akademskih poteškoća kod većine djece veterana s PTSP-om prije može smatrati obiteljsko nasilje nego sam PTSP. Rosenheck i Nathan usporedili su funkcioniranje djece vijetnamskih veterana s djecom osoba koje su preživjele Holokaust i otkrili mnoge zajedničke karakteristike (69). Istraživanja su potvrdila da se PTSP-om roditelja može objasniti trećina varijance maladaptivnih psihosocijalnih poteškoća djece i da PTSP roditelja pouzdano predviđa navedene manifestacije (70).

Adolescenti iz obitelji čiji roditelji imaju probleme sa alkoholom ili drogama pokazivali su u dobi od 16 godina lošije mentalno zdravlje, negativno samopoštovanje, negativnu sliku o sebi sa velikim brojem proživljenih traumatskih životnih iskustava. Adolescentice iz takvih obitelji su češće pušile, češće su pokazivali suicidalno ponašanje ili su pokušale suicid u odnosu na adolescente iz tzv. normalnih obitelji. Posebno se naglašava mentalno zdravlje majke koje može imati snažan utjecaj na psihosocijalni razvoj muških adolescenata (71,72).

Navike roditelja i njihove ovisničke sklonosti utječu na ponašanje njihove djece. Prema podacima istraživanja u Francuskoj, adolescenti s majkama u mlađoj životnoj dobi češće su ranije počeli pušiti, a adolescenti sa mlađim očevima češće su razvili ovisnost o pušenju. Uzimanje ostalih psihoaktivnih tvari je češće bila kod onih muških adolescenata čiji su roditelji bili ovisnici o pušenju. Adolescenti sa „autorativnim“ roditeljima su rjeđe bili ovisni o pušenju i psihoaktivnim tvarima. Što je zanemarivanje i odbacivanje od strane majke bilo ranije, to je raniji bio početak za stvaranje ovisničkog ponašanja kod muških adolescenata (73).

Alkoholizam majki češće nego alkoholizam očeva i genetska predispozicija pozitivno utječu na uporabu alkohola kod adolescenata kasnije faze, naročito ako imaju podršku i vršnjačke skupine. Djeca i adolescenti roditelja alkoholičara češće konzumiraju alkohol i češće razvijaju ovisnost o alkoholu nego djeca čiji roditelji ne konzumiraju alkohol (74).

Mnogobrojna proučavanja pokazuju negativne posljedice invaliditeta na članove obitelji. Roditelji djece s poteškoćama u razvoju imaju više zdravstvenih i psiholoških problema i smanjene mogućnosti vladanja. Nadalje, majke su ranjivije kada upijaju obiteljski stres nastojeći zaštititi ostatak obitelji od stresa (75). Iako je broj razvoda obitelji djece s poteškoćama u razvoju usporediv s brojem kod drugih obitelji, čini se da je bračno nezadovoljstvo kod obitelji djece s poteškoćama u razvoju češće (23).

Nakon provedenog istraživanja u ispitanim obiteljima, prisutno je 344 bolesti. Očekivano su najčešće psihijatrijske bolesti kod roditelja depresija (19,8%), PTSP (16,0%), alkoholizam (15,7%) i nasilje u obitelji (13,9%).

## 6. Zaključak

Temeljem provedenog istraživanja i dobivenih rezultata mogu se izvesti sljedeći zaključci:

- postoje psihički poremećaji u užoj obitelji kod mladih u tretmanu
- najčešći psihijatrijski poremećaji u užoj i široj obitelji su depresija, PTSP, alkoholizam i nasilje u obitelji
- odnosi unutar obitelji ne utječu na pojavnost psihičkih poremećaja kod mladih u tretmanu
- prema rezultatima ovog istraživanja, psihički poremećaji mladih u tretmanu češće se javljaju u obiteljima u kojima nema roditelja u psihijatrijskom tretmanu, nego u obiteljima u kojima su jedan ili oba roditelja u psihijatrijskom tretmanu

## 7. Sažetak

**Cilj istraživanja.** Ispitati postoje li psihički poremećaji u užoj ili široj obitelji kod mladih u tretmanu.

**Nacrt studije.** Presječna studija.

**Ispitanici i metode.** Analizirali su se podaci iz povijesti bolesti na Zavodu za dječju i adolescentnu psihijatriju KBC Osijek u razdoblju od 2010. do 2016. godine. Uključeno je 457 ispitanika uz pomoć sociodemografskog upitnika.

**Rezultati.** Prosječna dob djece koja su sudjelovala u istraživanju je bila 12,6 godina, minimum je bio 2 godine a maksimum 22 godine. Prosječna dob roditelja zajedno je iznosila 40,6 godina. Prosječna dob majki je 38,9 godina, a oca 42,3. Prosječan broj djece u obiteljima koje su sudjelovale u istraživanju je 2,51. Ukupno je 113 (24,7%) obitelji u kojima su roditelji rastavljeni, a 344 (75,3%) obitelji u kojima roditelji žive zajedno. Od 457 ispitanih obitelji u 262 (57,3%) obitelji nije bilo navedenih bolesti, dok je u 195 (42,7%) obitelji bilo prisutno jedna ili više bolesti. Od 195 obitelji, bilo je obitelji u kojima je bilo prisutno dvije ili više bolesti, što je na kraju rezultiralo brojem od 344 bolesti.

**Zaključak.** Mogu se izvesti sljedeći zaključci: najčešći psihijatrijski poremećaji u užoj i široj obitelji su depresija, PTSP, alkoholizam i nasilje u obitelji, odnosi unutar obitelji ne utječu na pojavnost psihičkih poremećaja kod mladih u tretmanu, psihički poremećaji mladih u tretmanu češće se javljaju u obiteljima u kojima nema roditelja u psihijatrijskom tretmanu, nego u obiteljima u kojima su jedan ili oba roditelja u psihijatrijskom tretmanu

**Ključne riječi.** Psihički poremećaj kod mladih, psihički poremećaji, odnosi unutar obitelji.



## 8. Summary

### **The appearance of psychiatric disorder within family members among youth treated in Department of Child and Adolescent Psychiatry**

**Study goal.** To examine whether there are mental disorders in the immediate or extended families among youth in treatment.

**Study design.** A cross-sectional study.

**Methods and participants.** Analysis of the data from the medical history at the Department of Child and Adolescent Psychiatry, KBC Osijek for the period from 2010. to 2016. There were 457 respondents who answered questions in the sociodemographic questionnaire.

**Results.** The average age of the children participating in the study was 12.6 years, the minimum was two years and a maximum 22 years. The average age of the parents was 40.6 years. The mothers' average age was 38.9 years, and fathers' 42.3 years. The average number of children in families that participated in the study was 2.51. There were 113 (24.7%) families in which parents are divorced and 344 (75.3%) families where parents live together. Of 457 surveyed families, there were 262 (57.3%) families without diseases, while in 195 (42.7%) families one or more diseases were present.

**Conclusion.** From the study results, the following conclusions can be drawn: the most common psychiatric disorders in the immediate and extended family are depression, PTSD, alcoholism and domestic violence, relationships within the family do not affect the incidence of mental disorders among young adults in treatment. Mental disorders among young adults in treatment are more common in families where parents are not in psychiatric treatment than in families in which one or both parents are in psychiatric treatment.

**Keywords.** Mental disorder in young adults, mental disorders, relationships within the family.

## 9. Literatura

1. Dodig-Ćurković K. Učestalost raznih oblika autodestruktivnog i heterodestruktivnog ponašanja kod adolescenata i njihova karakteristična obilježja. Zagreb;2010.
2. Vučić B, Ekić S, Utjecaj depresivnog roditelja na razvoj djeteta. JAHS. 2015;1:139-143.
3. Raboteg-Šarić Z, Pećnik, N, Josipović V. Jednoroditeljske obitelji: osobni doživljaj i stavovi okoline. Zagreb: Državni zavod za zaštitu obitelji, materinstva i mladeži; 2003.
4. Bernardes, J. FamilyStudies. An Introduction. London:Routledge;1997.
5. Wise S. Family structure, child outcomes and enviromental mediators: an overview of the Development in Diverse Families Study. Australian Institute of Family Studies; 2003.
6. Maleš D. Obitelj i obiteljski odgoj u suvremenim uvjetima. Djeca, vrtić i obitelj. 2012;67:13-15
7. Wilk L. Familien form als Determinante kindlicher Entwicklung und kindlichen Glucks? In: Heim, R.; Posch, C. Familien-pädagogik. Innsbruck: Studienverlag. 2003:13-35.
8. Pašalić-Kreso A. Koordinate obiteljskog odgoja. Sarajevo: JEŽ;2004.
9. Pećnik N. Prema viziji roditeljstva u najboljem interesu djeteta. Roditeljstvo u suvremenoj Europi: pozitivan pristup. Zagreb: Ministarstvo obitelji, branitelja i međugeneracijske solidarnosti. 2008;15-38.
10. Jull J. Život u obitelji: Najvažnije vrijednosti u zajedničkom životu i odgoju djece. Zagreb: Naklada Pelago; 2008.
11. Nacionalni program za mlade od 2009. do 2013. godine, Narodne novine; Klasa: 552-01/09-02/09;2009.
12. Hawton K, Harriss L, Hodder K, Simkin S, Gunnell D. The influence of the economic and social environment on deliberateself-harmand suicide: anecological and person-based study. Psychol Med 2001;31: 827-836.
13. McKeown, Cuffe RE, Schulz SP. US Suicide Ratesby Age Group, 1970-2002: An Examination of Recent Trends. Am J Public Health 2006;96:1774-1551.
14. Spirito, A. &Esposito-Smythers, C. Enhancing adaptive family factors in the treatment of adolescent suicide attempers. Italian Journal of Childhood and Adolescence psychophatology and Psychiatry 2004;1:73-88.

15. Esposito, C. & Clum, G. The relative importance of diagnostic and psychosocial factors in the prediction of adolescent suicide ideation. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 2003;32:386-395.
16. Newman K, Harrison L, Dashiff C, Davies S. Relationship between parenting styles and risk behaviors in adolescent health: an integrative literature review. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2008;16.
17. Jester MJ, Nigg JT, Adams K, Fitzgerald HE, Puttler LI, Wong MA, Zucker RA. Inattention/hyperactivity and aggression from early childhood to adolescence: Heterogeneity of trajectories and differential influence of family environment characteristics. *Dev Psychopathol* 2005;17:99-125.
18. Pejović Milovančević M, Popović S, Aleksić O. Definiranje poremećaja u ponašanju u okviru dječje psihijatrije. *Kriminologija i socijalna integracija*. 2002;10:139-152.
19. Terzić Đ. Oblici reagiranja roditelja na rođenje mentalno retardiranog djeteta. *Naš prijatelj*. 1995; 1/2: 53-59.
20. Leutar Z, Starčić T. Partnerski odnosi i dijete s poteškoćama u razvoju. *Ljetopis socijalnog rada*. 2007;14:27-58.
21. Leutar Z, Raić I. Dijete s mentalnom retardacijom u obitelji. *Ljetopis Studijskog centra socijalnog rada*. 2002; 9: 29-47.
22. Dulčić A. Neki aspekti života s djetetom sa smetnjama u razvoju. *Dijete i društvo*. 2001; 3: 251-260.
23. Seligman M. *Ordinary Families, Special Children: A Systems Approach to Childhood Disability*. New York: The Guilford Press; 1997.
24. Nixon CD. *Reducing self-blame and guilt in parents of children with severe disabilities*. Families, Disability and Empowerment, Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co; 1993.
25. Jakovljević M. *Depresivni poremećaji: Od ranog prepoznavanja do uspješnog liječenja*. Zagreb: Pro Mente; 2004.
26. Davey G. *Psychopathology: research, assessment and treatment in clinical psychology*. Chichester: Blackwell; 2008.
27. Akiskal HS. New insights in to the nature and heterogeneity of mood disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1989;50 Suppl.: 6-10.
28. Beck AT. *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 1967.

29. Lewinsohn PM. A behavioral approach to depression. U: Friedman RJ, Katz MM, ur. The psychology of depression: Contemporary theory and research. Washington DC: Winston-Wiley; 1974.
30. Klain E i sur. Psihološka medicina. Zagreb: Golden marketing; 1999.
31. Lebedina Manzoni M. Psihološke osnove poremećaja u ponašanju. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2007.
32. Nikolić S, Marangunić M i sur. Dječja i adolescentna psihijatrija. Zagreb: Školska knjiga; 2004.
33. Macuka I. Osobine i kontekstualne odrednice roditeljskog ponašanja. Suvremena psihologija. 2010;13:63-81.
34. Tronick E, Reck C. Infants of depressed mothers. Harvard review of psychiatry. 2009;17:147-156.
35. Dix T, Meunier LN. Depressive symptoms and parenting competence: An analysis of thirteen regulatory processes. Developmental Review. 2009;29:45-68.
36. Berger J, Biro M, Hrnjica S. Klinička psihologija – individualna i socijalna. Beograd: Naučna knjiga; 1990.
37. Vučić B, Ekić S, Utjecaj depresivnog roditelja na razvoj djeteta. JAHS. 2015;1:139-143.
38. Nietzel MT, Bernstein DA, Milich R. Uvod u kliničku psihologiju. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2002.
39. Harkness L, Zador N. Treatment of PTSD in families and couples. In: Wilson JP, Friedman MJ, Lindy JD Treating psychological trauma and PTSD. New York: Guilford; 2001. p.335-53.
40. Riggs DS, Byrne CA, Weathers FW, Litz BT. The quality of the intimate relationships of male Vietnam veterans: Problem associated with posttraumatic stress disorder. J Trauma Stress 1998;11:87-101.
41. Solomon, Z. Combat Stress Reaction: The Enduring Toll of War. New York: Plenum Press; 1993.
42. Goff BS, Smith DB. Systemic traumatic stress: the couple adaptation to traumatic stress model. J Marital Fam Ther 2005;31:145-57.
43. Remer R, Ferguson RA. Treating Traumatized Partners: Producing Secondary Survivors of PTSD. In: Figley CR (ed.) Burnout in Families: The Systematic Costs of Caring. New York: CRC Press; 1998, p.139-170.

44. Mio JS, Foster JD. The effects of rape upon victims and families: Implications for a comprehensive family therapy. *Am J Fam Ther* 1991;19:147-59.
45. Mason PHC. Recovering from the war: A woman's guide to helping your Vietnam veteran, your family, and yourself. New York: Viking Penguin; 1990.
46. Galovski T, Lyons JA. Psychological sequelae of combat violence: a review of the impact of PTSD on the veteran's family and possible interventions. *Aggress Violent Behav* 2004;9:477-501.
47. Haley S. The Vietnam veteran and his pre-school child: Childbearing as a delayed stress in combat veterans. *J Contemp Psychother* 1984;14:114-21.
48. Farrington DP. Childhood aggression and adult violence: early precursors and later life outcomes. *The development and treatment of childhood aggression*. 1991:5-29.
49. Bjorkvist K, Oserman K. Parental influence on children's self-estimated aggressiveness. *Aggressive behavior*. 1992;18:411-423.
50. Farrington DP. Childhood aggression and adult violence: early precursors and later life outcomes. *The development and treatment of childhood aggression*. 1991:5-29.
51. McCord J. A forty year perspective on effects of child abuse and neglect. *Child abuse and neglect*. 1983;7:265-270.
52. Mejovšek M. Odnosi u obitelji i druga obilježja obitelji nasilnih i nenasilnih delikvenata. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*. 1996;32:1-12.
53. Živić D. Demografski okvir i razvoj obiteljske strukture stanovništva Hrvatske 1971. – 2001. *Revija za sociologiju*. 2003;34:57-73.
54. Gabel H, McDowell J, Cerreto MC. Family adaptation to the handicapped infants. Rockville MD: Aspen. 1983; 455-493.
55. Bernard AW. A comparative study of marital integration and sibling role tension differences between families who have a severely mentally retarded child and families of non-handicapped. (Doctoral dissertation, University Cincinnati). *Dissertation Abstract International* 35. 1974;2800-2801.
56. Singer GHS, Irvin LK, Irvin B, Hawkins NE, Hegreeness J, Jackson R. Helping families adapt positively to disability. *Families, Disability and Empowerment*, Baltimore, Paul H. Brookes Publishing Co. 1993; 67-82.
57. Ramchandani P, Psychogiou L. Paternal psychiatric disorders and children's psychosocial development. *Lancet* 2009;374(9690):643-53.

58. Tully EC, Iacono WG, McGue M, An adoption study of parental depression as an environmental liability for adolescent depression and childhood disruptive disorder. *Am J Psychiatry* 2008;165:1145-1154.
59. Tought SC, Siever JE, Leew S, Johnson DW, Benzies K, Clark D. Maternal mental health predicts risk of developmental problems at 3 years of age: follow up a community based trial. *MBC Pregnancy Childbirth* 2008;8:16.
60. Kopp LM, Beauchaine TP. Patterns of psychopathology in the families of children with conduct problems, depression and both psychiatric condition. *J Abnorm Child Psychol* 2007;35:301-12.
61. Jaffe SR, Moffit TE, Caspi A, Taylor A. Life with (or without) father: the benefits of living with two biological parents depend on the father's antisocial behavior. *Child Dev* 2003;74:109-26.
62. Rosenheck R, Thomson J. "Detoxification" of Vietnam War trauma: A combined family-individual approach. *Fam Process* 1986;25:559-70.
63. Davidson AC, Mellor DJ. The adjustment of children of Australian Vietnam veterans: Is there evidence for the transgenerational transmission of war-related trauma? *Aust N Z J Psychiatry* 2001;35:345-51.
64. Ruscio AM, Weathers FW, King LA, King DW. Male war zone veterans' perceived relationships with their children: The importance of emotional numbing. *J TraumaStress*. 2002;15:351-7.
65. Klarić M, Frančišković T, Salčin Satriano A. Obitelj i psihotrauma. *Medicina Fluminensis*. 2010;46:309-317.
66. Beckham JC, Feldman ME, Kirby AC, Hertzberg MA, Moore SD. Interpersonal violence and its correlates in Vietnam veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychol* 1997;53:859-69.
67. Davidson J, Smith R, Kudler H. Familial psychiatric illness in chronic posttraumatic stress disorder. *Compr Psychiatry* 1989;30:339-45.
68. Harkness LL. The effect of combat-related PTSD on children. *National Center for PTSD Clinical Newsletter* 1991;2:12-13.
69. Rosenheck R, Nathan P. Secondary traumatization in children of Vietnam veterans. *Hospital and Community Psychiatry* 1985;36:538-39.
70. Caselli LT, Motta RW. The effect of PTSD and combat level on Vietnam veterans' perceptions of child behavior and marital adjustment. *J Clin Psychol* 1995;51:4-12.

71. Wadsby M, Svedin CG, Sydsjö G. Children of mothers at psychosocial risk growing up: a follow up at the age of 16. *J Adolesc* 2007;30:147-64.
72. Arendt M, Sher L, Fjördbäck L, Brandholdt J, Munk-Jørgensen P. Parent alcoholism predicts suicidal behavior in adolescents and young adults with cannabis dependence. *Int J Adolesc Med Health* 2007;19:67-77.
73. Courtois R, Caudrelier N, Legay E, Lalande G, Halimi A, Jonas C. Influence of parental tobacco dependence and parenting styles on adolescents tobacco use. *Press Med* 2007;36:1341-9.
74. Hill SY, Shen S, Lowers L, Locke J. Factors predicting the onset of adolescent drinking in families at high risk for developing alcoholism. *Biological Psychiatry* 2000; 48:265-275.
75. Patterson JM. A family systems perspective for working with youth with disability. *Pediatrician*. 1991;18:129-141.

## **10. Životopis**

Rođen sam 25.08.1994. godine u Slavanskom Brodu, Republika Hrvatska. Odrastao sam i živim u Donjim Andrijevcima sa svojim roditeljima: očuhom Mladenom i majkom Mirjanom.

Školovanje sam započeo 2001. godine u osnovnoj školi "Viktor Car Emin" u Donjim Andrijevcima. Kroz sve razrede osnovne škole bio sam odličan učenik.

Godine 2009. upisao sam Srednju medicinsku školu u Slavanskom Brodu, smjer medicinska sestra/tehničar. Sve razrede srednje škole sam prošao s odličnim uspjehom te stekao srednju školsku spremu, profil: medicinski tehničar 2013. godine.

Na medicinski fakultet Sveučilišta Josip Juraj Strossmayer upisao sam se 2013. godine te s vrlo dobrim uspjehom završio 3 godine preddiplomskog studija sestrinstva.



## **11.Prilozi**

Prilog 1.: Suglasnost voditelja ustanove za provođenje istraživanja na Klinici za psihijatriju  
Kliničkog bolničkog centra Osijek

## **Dokument o suglasnosti voditelja ustanove**

Suglasan sam da Denis Čavčić, student 3. godine studija sestrištva u Osijeku analizira dostupne podatke iz povijesti bolesti hospitalizirane djece na Odjelu za dječju i adolescentnu psihijatriju KBC Osijek u razdoblju od 2010. do 2016. godine u svrhu izrade završnog rada pod nazivom Podatci o postojanju psihičkih poremećaja u užoj ili široj obitelji kod mladih u tretmanu na Odjelu za dječju i adolescentnu psihijatriju.

U Osijeku, 11.07.2016. g

*Potpis:* \_\_\_\_\_

Prilog 2.: Dopuštenje povjerenstva za etička i staleška pitanja medicinskih sestara i tehničara  
za provođenje istraživanja na Klinici za psihijatriju Kliničkog bolničkog centra Osijek

## KLINIČKI BOLNIČKI CENTAR OSIJEK

J.Huttlera 4, 31000 Osijek

[www.kbo.hr](http://www.kbo.hr)

Povjerenstvo za etička i staleška

mob:091 46 00 347

pitanja medicinskih sestara i tehničara

e-mail: ratic.dalibor@kbo.hr

Osijek, 22. srpanj 2016.

Np/

**Denis Čavčić, med.techn.**

Donji Andrijevc

Radničko Naselje 18

Naslov projekta:

"Podaci o postojanju psihičkih poremećaja u užoj i široj obitelji kod mladih u tretmanu na Odjelu za dječju i adolescentnu psihijatriju"

Poštovani!

Na sastanku Povjerenstva za etička i staleška pitanja medicinskih sestara i tehničara, održanog 22. srpnja 2016. godine obavještavamo Vas da je navedeni projekt odobren bez dodatne revizije.

Želimo vam uspjeh u vašem radu.

S poštovanjem,

Predsjednik povjerenstva

Dalibor Ratić, mag.med.techn.

Prilog 3.: Opći obrazac

**Upitnik kod prvog pregleda djeteta/adolescenta na KODAP-u:**

1. Datum pregleda: \_\_\_\_\_

2. Godina rođenja djeteta: \_\_\_\_\_

3. Spol djeteta \_\_\_\_\_

4. Godina rođenja oca, zanimanje oca: \_\_\_\_\_

5. Godina rođenja majke, zanimanje majke: \_\_\_\_\_

**6. Obitelj:**

1. potpuna

2. nepotpuna

a) samohrani otac

b) samohrana majka

**7. Roditelji:**

1. žive zajedno (ako da navesti koliko dugo) \_\_\_\_\_

2. rastavljeni (ako da navesti koliko dugo) \_\_\_\_\_

**8. Razlog rastave roditelja:**

1. neslaganje karaktera

2. alkoholizam

3. nasilje u obitelji

4. druga psihijatrijska bolest

5. loši socioekonomski uvjeti

6. ostalo

**9. Ukupan broj djece u obitelji:**

1. jedno

2. dvoje

3. troje

4. četvero

5. više od četvero

**10. Obiteljska anamneza:**

Je li u obitelji bilo sljedećih bolesti:

1. Shizofrenia

2. Depresia

3. Alkoholizam

4. Narkomanija (uporaba droga)

5. Epilepsia

6. Mentalna retardacija

7. Boravak u zatvoru

8. Suicidi (samoubojstva)

9. Nasilje u obitelji

10. PTSP- posttraumatski stresni poremećaj

**11. Navesti tko je u obitelji bolovao od tih bolesti:**

---

**12. Opisati odnos prema roditeljima ili skrbnicima ( navesti s kim se bolje slaže, tko je autoritet u obitelji, ako postoje poteškoće navesti koji su razlozi sukoba s roditeljima.)**

---

---