

Povezanost depresije, vršnjačkog nasilja i fizičkih obračuna u ranoj adolescenciji

Vojković, Tina

Master's thesis / Diplomski rad

2014

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split, School of Medicine / Sveučilište u Splitu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:171:081384>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-29**



Repository / Repozitorij:

[MEFST Repository](#)



**SVEUČILIŠTE U SPLITU
MEDICINSKI FAKULTET**

Tina Vojković

**POVEZANOST DEPRESIJE, VRŠNJAČKOG NASILJA I FIZIČKIH OBRAČUNA U
RANOJ ADOLESCENCIJI**

Diplomski rad

Akadska godina: 2013./2014.

Mentor:

Doc. dr. sc. Tomislav Franić, dr. med

Split, rujan 2014.

**SVEUČILIŠTE U SPLITU
MEDICINSKI FAKULTET**

Tina Vojković

**POVEZANOST DEPRESIJE, VRŠNJAČKOG NASILJA I FIZIČKIH OBRAČUNA U
RANOJ ADOLESCENCIJI**

Diplomski rad

Akadska godina: 2013./2014.

Mentor:

Doc. dr. sc. Tomislav Franić, dr. med

Split, rujan 2014.

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1 Depresivnost	1
1.1.1 Etiologija depresivnosti	1
1.1.2 Klinička slika: simptomi depresivnosti	3
1.1.3 Simptomatologija s obzirom na dob i spol	4
1.1.4 Klasifikacija	5
1.1.5 Komorbiditet	6
1.2 Adolescencija	6
1.3 Vršnjačko nasilje	7
1.3.1 Obilježja tipičnih nasilnika i društveni odnos prema nasilničkom ponašanju i društvene posljedice	10
1.4 Fizički obračuni	12
2. CILJ ISTRAŽIVANJA	13
2.1 Problemi i hipoteze	13
3. ISPITANICI I METODE	14
3.1 Postupak	14
3.2 Mjerni instrumenti	14
3.2.1 Agresivna ponašanja	14
3.2.1.1 Fizički obračuni u posljednjih 12 mjeseci	15
3.2.1.2 Sudjelovanje u vršnjačkom nasilju u proteklih šest mjeseci	15
3.2.2 Depresivnost	16
3.3 Statistička obrada podataka	16
4. REZULTATI	17
4.1 Depresivnost i spolne razlike	17
4.2 Vršnjačko nasilje i spolne razlike	19
4.3 Fizički obračuni i spolne razlike	20
4.4 Povezanost fizičkih obračuna sa simptomima depresivnosti	20
4.5 Povezanost vršnjačkog nasilja sa simptomima depresije	22
5. RASPRAVA	25
6. ZAKLJUČAK	29
7. LITERATURA	30
8. SAŽETAK	33

9. SUMMARY	34
10. ŽIVOTOPIS	35

34
35

1.1 Depresivnost

Depresija je jedan od najčešćih psihijatrijski poremećaja. Depresija je emocionalno stanje koje karakterizira osjećaj žalosti, neraspoloženja, tuge i utučenosti. Duboko pogađa misli, ponašanja, međuljudske odnose, fizičko funkcioniranje, produktivnost rada i ukupno zadovoljstvo životom.¹ Prema DSM-IV klasifikaciji spada u poremećaje raspoloženja.² Danas se procjenjuje da od 20 do 25% odraslih i čak od 10 do 15% djece u općoj populaciji ima depresivne simptome.² Do 60-ih godina prošlog stoljeća smatralo se da je depresija u djece izuzetno rijetka, a kada se i pojavi da se manifestira na zamaskirani način tada je dio normalnog razvojnog procesa. Ovakva vjerovanja na izvjestan su način usporila empirijski način proučavanja ovog fenomena. Danas depresivnost u djece i adolescenata predstavlja veliki izazov u psihodijagnostici. Broj identificirane depresivne djece mnogo je manji, nego broj onih koji će biti pogrešno identificirani ili neće biti prepoznati kao djeca depresivnim smetnjama.² Razlozi jesu u tome što većina djece nema sposobnost samoopažanja i izražavanja da opišu kako se osjećaju te većinu svojih problema pokazuju kroz ponašanja koja ne moraju, od strane odraslih, biti pravilno prepoznata. Procjenjuje se da od 10 do 20% djece školske dobi ima simptome anksioznosti i depresivnosti, a učitelji i roditelji ih teško prepoznaju.² Nadalje, simptomi depresivnosti iako isti, pojavljuju se u različitim kombinacijama nego kod odraslih te su poremećajima raspoloženja često pridruženi drugi komorbidni poremećaji koji mogu otežati ili zamaskirati depresivne simptome. Procjenjuje se da od 40 do 70% depresivne djece ima još jedan komorbidni poremećaj, a od 20 do 50% djece iz depresivne simptome imaju još 2 ili 3 komorbidna poremećaja²

1.1.1 Etiologija depresivnosti

Uzroci depresivnosti su mnogobrojni, vrlo raznoliki i međusobno isprepleteni, što otežava njihovo poznavanje. Depresija je heterogeni i polivalentni konstrukt i nemoguće je razumjeti njenu etiologiju u okvirima samo jednog teorijskog pristupa. Radi se o višestrukim uzrocima i interakciji više čimbenika.

Biološke teorije ukazuju na to da se vulnerabilnost za poremećaje raspoloženja u obliku disfunkcije neurofiziološkog ili endokrinog sustava nasljeđuju poligeniski. Genetske hipoteze

zasnivaju se na nalazima prema kojima djeca depresivnih roditelja pokazuju sklonost istom psihijatrijskom poremećaju te su studije obitelji ukazale na to da djeca čiji su roditelji bolovali od velikog depresivnog poremećaja imaju 14 puta veći rizik razvoja istih simptoma. Uočeno je da je u obiteljima depresivnih adolescenata 47% majki bilo depresivno za razliku od 18% u obiteljima nedeprativnih što ne vrijedi i za depresiju kod očeva (13% naspram 14%).^{2,3} U okvirima biokemijskih teorija istraživanja ukazuju na povezanost poremećaja u regulaciji amina, tj. smanjenoj koncentraciji serotonina i noradrenalina, padu razine tiroksina te povišenoj razini kortizola depresije i agresije u djece.^{2,4} Neke studije sugeriraju da povećanje hormona estradiola kod djevojčica u pubertetu povećava senzibilnost prema stresorima iz okoliša.⁵

Mnogi psihoanalitičari proučavali su fenomen depresije. Prema Freudu nastanak depresije u djece usko je povezan s **autoagresijom i ljutnjom**.² Dolazi do poistovjećivanja ega s uključenim voljenim objektom koji je napušten ili izgubljen. Zbog osjećaja napuštenosti javlja se agresija prema tom unutarnjem izgubljenom objektu koja se usmjerava prema sebi u obliku samoagresije i samomržnje.² Bibrig uvodi 1953. koncept niskog samopoštovanja i nemoći kao ključ za kasniju depresivnost te opisuje depresiju kao afektivno stanje ega koji gleda sebe kao nemoćnog i preslabog, a za razvoj takve nerealne slike o sebi odgovorna je internalizacija strogih i kritizirajućih roditelja u djetinjstvu.² Kognitivni model razvoja depresije Aarona Becka ukazuje da se depresija javlja kada negativni životni događaji aktiviraju negativne kognitivne sheme nastale ranije u djetinjstvu kao rezultat ranih doživljaja gubitka.² Negativne sheme aktiviraju negativizam i kognitivne distorzije kojima se depresivnost podržava.²

Još u okvirima psihoanalitičke teorije nastala je spoznaja o depresivnosti koja se u djece manifestira kao maskirana depresija ili pak kao ekvivalenti depresije poput neposlušnosti, ispada bijesa, nemira, agresivnog ponašanja, razdražljivosti, tjelesnih simptoma, enureze i školskog neuspjeha. **Upravo zbog činjenice da se internalizirani poremećaji poput depresivnosti kod djece manifestiraju u obliku eksternaliziranih simptoma, postalo je jasno da se depresivnost kod djece ne može gledati iz perspektive depresivnosti odraslih.**²

Iako postoje vrlo različiti teoretski modeli, koji su se samostalno pokazali nedostatnim u tumačenju depresivnosti, u suvremenoj se razvojnoj psihopatologiji integriraju znanja iz postojećih teoretskih modela u tzv. integrirani pristup „dijateza-stres“ model tumačenja depresije.² On obuhvaća biološke, psihološke i socijalne faktore, a u središtu je interakcija između bioloških predispozicija (dijateze) i okolnih stresora (stres) za razvoj depresije.² Još jedan integrirani model jest model ekološke integracije koji je po mnogima najprimjereniji pristup jer se

na okolinu gleda kao na međusobno povezane slojeve od kojih, oni koji su najbliže, a to je komunikacija roditelj - dijete, privrženost te razvoj samopoimanja, imaju najneposredniji utjecaj, a oni udaljeniji utječu na posredan način.²

1.1.2 Klinička slika: simptomi depresivnosti

Simptom označava emocionalne, kognitivne i ponašajne karakteristike, bez pretpostavke o etiologiji ili uzročnim faktorima koji leže u pozadini. Od 15 do 40% djece razvije neki simptom depresivnosti, a oni se dijele u četiri osnovne skupine: emocionalnu, tjelesnu, kognitivnu i bihevioralnu skupinu simptoma. Najčešći emocionalni simptomi depresije jesu disforija ili negativno raspoloženje, koje je povezano s osjećajem manje vrijednosti i gubitkom povjerenja u vlastite sposobnosti, anhedonija, tj. gubitak ugođe i uživanja u aktivnostima koje su do tada bile privlačne, tužno raspoloženje, obeshrabrenost, utučenost, osjećaj krivnje. Međutim, u djece i adolescenata loše raspoloženje može imati i suprotna ispoljavanja kao što su **razdražljivost i ispadi bijesa**. Tako je utvrđeno da 80% adolescenata u situacijama kada su depresivni osjećaju istovremeno osjećaj ljutnje i žalosti.² Iako su simptomi iritabilnosti i ljutnje sastavni dio depresivnog sindroma djece i adolescenata on je uglavnom specifičan za skupinu poremećaja ponašanja, a kako ljutnja može potaknuti agresivno ponašanje često se događa da depresivno dijete bude dijagnosticirano kao dijete s eksternaliziranim poremećajem ponašanja.² Razlika leži u tome što su depresivna djeca sklonija usmjeravati svoju ljutnju prema sebi ili prema nekim neprikladnim objektima, dok nedepresivna djeca lakše izražavaju svoju ljutnju prema van ili prikladnim objektima. Posljedično što su djeca depresivnija, to se više ljute na sebe, ali i viču i iskaljuju svoj bijes na drugima.²

S obzirom na to da se depresivno raspoloženje javlja u kombinaciji s drugim negativnim emocijama, vrlo je česta pojava da djeca prolaze istovremeno kroz stanja depresivnog raspoloženja, iritabilnosti i anksioznosti.²

Tjelesni simptomi karakteristični za depresivnosti u djece i adolescenata su promjene u apetitu i smetnje spavanja, glavobolje, trbobilje i umor.

Na kognitivnom planu primjećuju se poteškoće u koncentraciji i ispunjavanju školskih obveza, samo-okrivljavanje, nisko samopoštovanje, nemoći te beznadnost.² Rezultati brojnih istraživanja ukazuju na da je nisko samopoštovanje glavni i najčešći simptom depresije u

djetinjstvu koji se javlja nakon osme godine života, a opisuje ga se uglavnom sljedećim tvrdnjama:

Druga djeca mi se često rugaju.

Često se sramim samog sebe.

Imam loše mišljenje o sebi.

Depresivna djeca doživljavaju sebe manje vrijednim, nevoljenim i odbačenim od drugih, a nisko samopoštovanje se razvija zbog loših obiteljskih interakcija, osjećaja gubitka te pritiska na dijete da postigne neke nerealne ciljeve.²

Na planu ponašanja uočavamo psihomotoričke promjene poput nemira ili **agitacije** (nesposobnost da se mirno sjedi, trljanje kože ili odjeće, čupkanje itd.) i psihomotiričke retardacije (usporeni pokreti tijela, usporeni govor, pridružene stanke u govoru).² Uočava se također i gubitak zanimanja za hobije, dijete se doima stalno umornim. Promjene u ponašanju snažno utječu na djetetovo postignuće u školi i općenito na njegovo kognitivno funkcioniranje. Roditelji i nastavnici obično primijete da se dijete povlači iz socijalnih kontakata te da imaju deficite u socijalnim vještinama, a njihovi vršnjaci ih znaju opisivati kao **agresivnu djecu**.²

1.1.3 Simptomatologija s obzirom na dob i spol

Kada se usporede simptomi depresivne djece sa simptomima odraslih, primjećuje se da se dnevne promjene raspoloženja, anhedonija, psihomotorična retardacija i moguće sumanutosti povećavaju s dobi, dok se depresivni izgled, nisko samopoštovanje i tjelesne pritužbe smanjuju s dobi.² Manifestacije kao što su umor, agitacija i slab apetit češći su kod predškolaca i odraslih nego kod djece i adolescenata.² Klinička slika depresivnosti manje je jasna što je dijete mlađe, a isto tako je i broj komorbidnih poremećaja veći u ranijoj dobi kao i njihova učestalost.² Razlike u depresivnosti između dječaka i djevojčica postaje uočljive nakon 13. do 15. godine. Dok u predpubertetskom razdoblju nema spolnih razlika u razvoju depresivnih poremećaja, nakon puberteta češći su među djevojčicama.^{2,5} Kako se u predpubertetnom razdoblju dijagnoza depresije postavlja rijetko, može se činiti da djeca te dobi imaju malo depresivnih simptoma te se u istraživanjima pojavljuje podatak da svega 1.5% do 2% djece zadovoljava kriterije depresivnog poremećaja.² Razlog leži u tome što su djeca te dobi uglavnom nesposobna da svoje internalizirane probleme verbaliziraju i opišu, a odrasli su loši procjenjivači kad se radi o skupini

internalizirajućih smetnji. Drugi razlog leži u tome što je u ovoj dobi visoka komorbidnost između simptoma depresivnosti i drugih poremećaja te je depresivnost u ovoj dobi maskirana nizom drugih psihopatoloških stanja fobijama, „delikventnim“ ponašanjima, somatizacijama ili enurezom ili se sama depresija izražava kroz ekvivalente depresije kao što su izljevi bijesa, hiperaktivnost, neposlušnost, razdražljivost, pesimizam, bježanje od kuće, teškoće u školi te problemi u ponašanju. Roditelji često navode da ništa ne zadovoljava dijete, da mrzi sebe i sve oko sebe te da je izgubilo interes za dosadašnje aktivnosti.²

Depresija kod adolescenata više nalikuje depresiji odraslih te u razdoblju adolescencije postoji manje poteškoća u prepoznavanju depresivne kliničke slike. U adolescenciji djeca osjećaju povećane **osjećaje krivnje, nemoći i beznadnosti**. Česti su poremećaji sna i apetita. Javlja se osjećaj beznadnosti i velika okupiranost vlastitim izgledom. Prisutne su suicidalne misli i ponašanje.² Javlja se potreba da se ode od kuće, nemir povlačenje iz socijalnih kontakata, problemi u školi, **konfrontabilnost i agresivnost**. Primjećuje se znatno povećanje u broju dijagnosticiranih depresivnih poremećaja, koje može biti čak četverostruko u usporedbi s ranim djetinjstvom.² Dolazi do pojave spolnih razlika u depresivnim simptomima pri čemu djevojčice imaju veći i češće depresivne simptome od dječaka.²

1.1.4 Klasifikacija

Prema DSM-IV klasifikaciji depresivni poremećaji opisani su u poglavlju *Poremećaji raspoloženja*, a dijele se na:²

1) **Veliki povratni depresivni poremećaj** ranije poznat po nazivu unipolarna depresija a radi se o teškom akutnom obliku depresije kojeg karakterizira jedna ili više depresivnih epizoda u trajanju od najmanje 2 uzastopna mjeseca, a tipični simptomi su disforično ili iritabilno ponašanje te gubitak ugođe ili interesa u svim ili gotovo svim aktivnostima.

2) **Bipolarni poremećaj** poznat pod nazivom manično-depresivni, a obilježava ganajmanje jedna manična ili hipomanična epizoda s jednom ili više depresivnih epizoda. Prva manifestacija je najčešće depresivna epizoda, a prva hipomanična/manična se može javiti mjesecima ili godinama poslije. **Smatra se da oko jedne trećine depresivne djece zapravo pati od ranog javljanja bipolarnog poremećaja koje je najčešće pogrešno dijagnosticirano kao ADHD ili neki drugi poremećaj raspoloženja.** Karakteristični simptomi ovog poremećaja jesu

depresivno raspoloženje, beznadnost, manije i hiperaktivnost, poremećaji spavanja, promjene raspoloženja te ljutna i iritabilnost.

3) **Distimični poremećaj koji predstavlja** kronični, manje težak, ali dugotrajan oblik depresije u trajanju najmanje godinu dana za djecu i adolescente, a češći je kod osoba s anamnezom dugotrajnog stresa i gubitka.

1.1.5 Komorbiditet

Depresivni poremećaji često dolaze udruženi s drugim poremećajima, a postoji pravilo da je broj komorbidnih poremećaja veći kao i njihova učestalosti kod što mlađe djece.² Rizik od ponovne pojave depresije se povećava ako je adolescent već imao jednu depresivnu epizodu ili anksiozni poremećaj. Depresija se u adolescenciji često pojavljuje s drugim poremećajima od kojih su najčešći anksiozni poremećaji, ADHD, opsesivno–kompulzivni poremećaj te poremećaji ponašanja.^{6,7}

1.2 Adolescencija

Adolescencija je prijelazno razdoblje između djetinjstva i odraslosti, a predstavlja razdoblje socijalnog sazrijevanja osobe te uključuje biološke, kognitivne i socioemocionalne promjene u životu svakog pojedinca.⁸ To je vrijeme nejasnoća i neodlučnosti gdje dosadašnja slika o sebi postaje neprimjerena, a nova još nije uobličena. Adolescenti počinju eksperimentirati s novim socijalnim ulogama, pritiscima da se prilagode ili da se suprotstave novim izazovima.² Najveći izazov adolescencije je činjenica da adolescenti puno prije dosegnu spolnu i tjelesnu od kognitivne i emocionalne zrelosti.⁹ Brojne promjene koje se događaju u razdoblju adolescencije imaju za cilj postizanje apstraktnog mišljenja, samostalnosti, neovisnosti o roditeljima, razvoja seksualnih funkcija, prihvaćanje sebe, svojih tjelesnih promjena, stvaranje novih socijalnih odnosa. Uobičajena je podjela na ranu, srednju i kasnu adolescenciju. Rani adolescent ima od 11 do 14 godina, srednji od 15 do 17 godina, a odrasli od 18 do 20 godina.⁹ Razvoj novije neuroznanost daje nam uvid u to da se osim fizičkih i kognitivnih promjena, u adolescenciji događaju i burne promjene u mozgu, riječ je o razdoblju reorganizacije mozga.

Subkortikalni dijelovi mozga koji su odgovorni za osjećaj ugone i zadovoljstva, žele sve „sada i odmah“ pokazuju znatno veću aktivnost u adolescenciji od prefrontalnog korteksa, koji je zaslužan za obradu podataka i procjenu rizika određene situacije. Po završetku adolescencije taj odnos aktivnosti će se izjednačiti.¹⁰ U ranoj adolescenciji postoji značajan razvojni jaz između intenziviranja emocionalnih stanja i ponašanja koja prate hormonalne promjene puberteta i ovladavanja kognitivnim i emocionalnim vještinama koje se razvijaju s kortikalnim razvojem tijekom kasne adolescencije i rane mladosti.¹⁰

Iz svega ovoga proizlazi razlog zašto su adolescenti skloni rizičnom ponašanju, mozak koji ih na to tjera puno je razvijeniji od onoga koji je odgovoran za racionalno promišljanje. Impulzivnost, neracionalnost, hormonalne promjene, želja za novim iskustvima dovode do upuštanja u situacije koje završavaju neželjenim zdravstvenim ishodima uključujući i nenamjerne ozljede pa čak i smrti.^{11,12}

1.3 Vršnjačko nasilje

Osoba čije ime se najviše vezuje uz početak sustavnog istraživanja problema nasilja među djecom u školi te osvještavanja ovog problema u stručnim krugovima javnosti je **Dan Olweus**, profesor psihologije iz Norveške. Olweus se 70-ih godina počeo sustavno baviti ovom problematikom i to definiranjem problema nasilja među djecom u školi te utvrđivanjem raširenosti ove pojave.¹³ Uskoro su se i druge zemlje zainteresirale za problematiku nasilja među djecom. Tako se problematika nasilja među djecom pomaknula s pozicije predmeta interesa uglavnom osamljenih znanstvenih radova na širi društveni problem koji zahtijeva sustavni interdisciplinarni pristup i poseban program integriran u sustav školstva. Nakon kojeg su osmišljeni i preventivni školski programi dok je u Hrvatskoj problem nasilja među djecom u školi tek u začetku istraživanja, odnosno u fazi utvrđivanja raširenosti pojave.¹³ Međutim u posljednjih nekoliko godina svjedoci smo slučajeva ekstremnoga nasilja u koje su uključeni učenici hrvatskih škola. Prilikom razmatranja precipitirajućih faktora ovom ekstremnom porastu nasilja, često se otkrije da je jedan od faktora bilo i vršnjačko nasilje, nasilje među djecom koje traje dulje vrijeme.¹⁴

Važno je znati razliku između nasilja i zlostavljanja. Nasilje je oblik agresivnog ponašanja prema drugoj osobi, sebi ili imovini, a zlostavljanje je nasilje (ili oblik agresivnog ponašanja) koje traje duže vrijeme, opetovano je usmjereno na istog učenika (uglavnom slabijeg) od strane

jednog učenika ili skupine (najčešće 2 ili 3 učenika zlostavljaju jednog). Agresivno ponašanje je namjerno zadavanje ili nastojanje da se zada ozljeda, bol ili neugodnost drugom biću. Neovisno o tome radi li se o fizičkoj ili psihičkoj boli.

Jednu od definicija vršnjačkog nasilja dao je Farrington (prema Baldry, 2003.), koji bullying definira kao "bilo koji oblik fizičkog ili psihičkog učestalog nanošenja štete od strane moćnijeg i snažnijeg učenika (ili skupine učenika) prema slabijem učeniku".¹⁵ Olweus bullying je definirao na vrlo sličan način (prema Olweus, 1998., str. 19) smatra da je učenik zlostavljan ili viktimiziran kada su ona ili on opetovano i trajnoizloženi negativnim postupcima od strane jednog ili više učenika".¹⁶ Prema tome, o bullyingu se radi samo ako su uključena tri bitna elementa: **Negativni postupci** koji su zapravo agresivni postupci koje netko namjerno zadaje ili nastoji zadati drugome kako bi ga ozlijedio ili nanio neugodnost, nasilje se **ponavlja opetovano i dugo traje**, te je prisutan **asimetričan odnos snaga** između nasilnika i žrtve što znači da se dijete koje je izloženo nasilju teško brani i nemoćno je u odnosu prema onome tko se nasilno ponaša

14,17

Vršnjačko nasilje se ne odnosi na konflikt između djece koja su podjednake fizičke i mentalne snage. Vršnjačko nasilje može se podijeliti na verbalno nasilništvo (poput vrijeđanja, širenja glasina, stalnog zadirivanja, ismijavanja, prijetnji) i tjelesno nasilništvo koje je najuočljivije (poput udaranja, guranja, štipanja, lupanja). Unutar navedena dva oblika mogu se izdvojiti dodatne četiri podvrste nasilnog ponašanja: *seksualno nasilništvo* koje podrazumijeva neželjeni fizički kontakt po intimnim dijelovima tijela i uvredljive komentare, *kulturalno nasilništvo* koje podrazumijeva vrijeđanje na nacionalnoj, religijskoj i rasnoj osnovi, *ekonomsko nasilništvo* koje uključuje ponašanja poput krađe i iznuđivanja novaca, *emocionalno nasilništvo* koje uključuje namjernog isključivanja žrtve iz zajedničkih aktivnosti razreda ili skupine i ignoriranje, te *cyberbulling*.¹⁸

Istraživanja su pokazala da djeca sklona nasilju imaju slabo razvijene socijalne vještine te druge simptome socijalne nekompetentnosti. Vršnjačko nasilje je potkategorija agresivnog ponašanja.¹⁹ Agresivno ponašanje je namjerno zadavanje ili nastojanje da se zada ozljeda, bol ili neugodnost drugom biću neovisno radi li se o fizičkoj ili psihičkoj boli.²⁰

U svijetu je proveden niz istraživanja o raširenosti školskog nasilništva koja pokazuju da je postotak školske djece koja su žrtve nasilništva u školi u većini zemalja sličan: u Australiji 17%, u Engleskoj 19%, Japanu 15%, Norveškoj 14%, Španjolskoj 17%, SAD-u 16%. Najčešće se događa u razdoblju od 4. do 8. razreda osnovne škole, a čak 71% profesora i nastavnika ne

obazire se i ne poduzima ništa po pitanju nasilničkog ponašanja i zastrašivanja u školi.¹⁸ Poliklinika za zaštitu djece grada Zagreba provela je 2003. godine istraživanje u 25 osnovnih škola o školskom nasilju među djecom. Upitnike su ispunjavali učenici od 4. do 8. razreda, u 13 gradova Hrvatske, te su rezultati pokazali da svako četvrto dijete, tj. 27% ispitanih učenika doživljava barem jedan od oblika nasilja u školi svakodnevno, pri čemu su 19% djece pasivne žrtve (samo doživljavaju nasilje), a 8% djece su „provokativne žrtve“ (doživljavaju nasilje, ali ga i čine). **Istraživanje je pokazalo da je 8% djece svakodnevno nasilno prema drugoj djeci, a sama ne doživljavaju nasilje (tj. ukupno 16 % ispitanih učenika se svakodnevno ponaša nasilno prema drugoj djeci).** Djeca koja češće doživljavaju nasilje, češće su i sama nasilna prema drugoj djeci. U istom istraživanju 33% dječaka i 17 % djevojčica pokazalo se nasilnima prema drugima.¹⁸

Dosadašnja istraživanja pokazuju da dječaci dvostruko više sudjeluju u vršnjačkom nasilju od djevojčica te da su dječaci skloniji izravnoj fizičkoj agresiji dok su djevojčice sklonije neizravnoj agresiji.^{21,22} Prema istraživanju, HBSC WHO-a, za područje Hrvatske za 2005. i 2006., u nasilju prema drugima u posljednjih nekoliko mjeseci sudjelovalo je: jednom ili dvaput 20% dječaka i 11% djevojčica, dva do tri puta 3% dječaka i 2% djevojčica, otprilike jednom tjedno 2% dječaka i 1% djevojčica, nekoliko puta tjedno 4% dječaka i 2% djevojčica, dok je 70% dječaka i 86% djevojčica izjavilo da u posljednjih nekoliko mjeseci nisu sudjelovali u nasilju prema drugima.²³ Svaki treći dječak i svaka šesta djevojčica bili su nasilni prema svojim vršnjacima u školi.²³ Ovi podaci rangiraju Hrvatsku prema prevalenciji djece koja zlostavljaju svoje vršnjake u donju trećinu, dok je u Latviji, Rumunjskoj, Grenlandu i Ukrajini najviše nasilnih prema svojim vršnjacima.²³ Isto istraživanje provedeno za 2009./2010. bilježi pad udjela djece koja su nasilna prema vršnjacima.²⁴ U nasilju prema drugima u posljednjih nekoliko mjeseci sudjelovalo je: jednom ili dvaput 19% dječaka i 11% djevojčica, dva do tri puta 2% dječaka i 1% djevojčica, otprilike jednom tjedno 3% dječaka i 1% djevojčica, nekoliko puta tjedno 4% dječaka i 1% djevojčica, dok je 72% dječaka i 86% djevojčica izjavilo da u posljednjih nekoliko mjeseci nisu sudjelovali u nasilju prema drugima.²⁴ Svaki četvrti dječak i svaka sedma djevojčica bili su nasilni prema vršnjacima u školi.²⁴ Uspoređujući podatke iz 2002., 2006., 2010. primjećen je pad udjela djece zlostavljača (26% 2002; 22% 2006; 21% 2010.).²⁴ Studije također pokazuju da se broj žrtava smanjuje s dobi te je kod starijih dobnih skupina manje prisutno fizičko nasilje, a češće je verbalno nasilje.²⁵ Nasilništvo prema drugima dosiže vrhunac u sedmom razredu, kada je i pubertetsko razdoblje najburnije.²³

Ne postoji jedinstven odgovor zašto dijete postaje agresivno, ali postoje osobine djeteta i obitelji koje utječu na razvitak kao i na sprečavanje agresivnog ponašanja. Postoje brojna istraživanja prema kojima roditeljski odgoj i uvjeti odrastanja imaju utjecaj na stvaranje nasilnika. Djeca roditelja koji nisu emocionalno osjetljivi na djetetove potrebe, koji pružaju malo emocionalne pažnje i zanimanja za dijete, češće su agresivna i pokazuju probleme u ponašanju kao i djeca kod kojih roditelji ne uspostavljaju jasne granice nasilnog ponašanja prema braći i vršnjacima. Ovakvi odgojni stilovi povećat će djetetovu agresivnost, a i povećati opasnost od kasnijeg nasilnog ponašanja.¹⁸ Treći uvjet odrastanja koji povećava rizik od kasnijeg nasilnog ponašanja jest fizičko i emocionalno zlostavljanje od strane skrbnika ili roditelja. Mnoga istraživanja su pokazala kako djeca koja svjedoče nasilju u obitelji u većem broju zlostavljaju svoje vršnjake kako izravnim tako i neizravnim nasiljem.^{13,26} Pokazalo se da je i školsko okruženje vrlo važno za pojavu nasilnog ponašanja. Nedostatak bliskosti, osjećaja prihvaćenosti od strane učenika te nedostatak međusobnog poštovanja između nastavnika i učenika, dovode do nasilničkog ponašanja u školi.¹⁸ Nereagiranje nastavnika i stručnih suradnika na agresivna ponašanja učenika i loš nadzor u školi, samo olakšavaju nasilnim učenicima da budu agresivni.¹⁸ Također i neke individualne osobine utječu na razvoj agresivnog ponašanja pa tako djeca koja su živahna, impulzivna, koja nemaju strpljenja te traumatizirana djeca, podložnija su nasilničkom ponašanju. Okolina takvu djecu doživljava zločestima te se oni s vremenom počinju ponašati u skladu s tim.¹⁸

1.3.1 Obilježja tipičnih nasilnika i društveni odnos prema nasilničkom ponašanju i društvene posljedice

Mnoga istraživanja pokazuju kako nasilje među djecom u školi ima mnogo negativnih posljedica na živote djece koja su žrtve agresivnog ponašanja, ali jednako je važno razmotriti kako nasilništvo utječe na fizičku, psihološku i socijalnu dobrobit nasilničke djece.

Neka istraživanja pokazuju da kao i žrtve vršnjačkog nasilja i počinitelji pate od depresivnih simptoma, suicidalnih ideja, imaju dijagnosticirane psihijatrijske poremećaje češće u odnosu na djecu koja ne sudjeluju u vršnjačkom nasilju.^{21,25,27,28,29} Najviše depresivnih simptoma nađeno je među djecom koja su nasilnici, ali i žrtve vršnjačkog nasilja.^{21,25,27} Studija iz 2007. pokazuje da djeca koja često vrše nasilje nad vršnjacima imaju tri puta veću šansu da pate od

depresivnih simptoma.³⁰ Također su pokazane i spolne razlike pa tako dječaci koji su često nasilni prema vršnjacima mnogo češće razviju depresiju te imaju suicidalne primisli, od dječaka koji ponekad ili nikad ne sudjeluju u vršnjačkom nasilju.³¹ Kod djevojčica pak svako sudjelovanje u vršnjačkom nasilju u ulozi počinitelj bilo često ili tek ponekad, nosi visok rizik za razvitak depresivnih simptoma za razliku od djevojčica koje nikad ne sudjeluju u vršnjačkom nasilju.³⁰ Brojna istraživanja pokazuju da su problemi u ponašanju karakteristični za dijagnozu poremećaja u ponašanju bitan dio kliničkih manifestacija depresivnosti u adolescenciji. Sličnost između depresivnosti i poremećaja u ponašanju najviše se događa na planu emocija razdražljivosti i ljutnje, u manjku socijalnih vještina i problemima u obiteljskim odnosima.² Djeca s poremećajem u ponašanju njih 60% ima lošu prognozu i za daljnje odrastanje kada ovi problemi prerastaju u maloljetnički kriminal ili antisocijalne poremećaje ličnosti.² U takvim slučajevima prisutna su odstupanja u obliku kršenja zakona, upadanja u tučnjave, krađe, vandalizam, ali i autodestruktivna ponašanja poput alkoholizma te drugih oblika ovisnosti.²

Gledajući njihov status u vršnjačkoj skupini agresivna djeca su često izbjegavana. Pronađeno je također da su neomiljena i odbačena djeca natprosječno agresivna te imaju manjak socijalnih i kognitivnih vještina te tendenciju manipulaciji, agresiji, manjku empatije za druge te općenito pozitivan stav prema nasilju.²⁷ Unatoč tome, nasilna djeca nisu socijalno izolirana, nego pronalaze prijatelje jednakih osobina i ponašanja, od kojih dobivaju potporu za svoje ponašanje.¹⁴

Istraživanja koja su se bavila samopoštovanjem agresivne djece nalaze da ona imaju niže samopoštovanje od drugih, a jako agresivni predadolescenti, koji imaju nizak socijalni status u skupini vršnjaka, imaju najniže samopoštovanje koje predstavlja jedan od bitnih simptoma depresije u adolescenata.¹⁴ Međutim, neka novija istraživanja pokazuju kako nema poveznice između nasilnog ponašanja i samopoštovanja te da je agresivno ponašanje povezano s visokim samopoštovanjem.²⁷

1.4 Fizički obračuni

Za razliku od vršnjačkog nasilja, fizički obračun je agresivno ponašanje u kojem su sudionici sličnih godina i otprilike podjednako snažni.²⁴ Fizički obračuni su najčešći oblik interpersonalnog nasilja među adolescentima.²⁴ Takvo ponašanje najviše dovodi u vezu s nasiljem među mladima i namjernim ozljeđivanjem. Postoji jaka povezanost fizičkih obračuna, ozljeda koje zahtjevaju hospitalizaciju i medicinsku skrb.²⁴ Tučnjava je povezana i s nošenjem oružja, smanjenim zadovoljstvom životom, lošijim odnosima u obitelji i među vršnjacima te sa zlouporabom sredstava ovisnosti. Kako je takvo ponašanje lako uočljivo i rezultira kontaktom s medicinskim djelatnicima, tučnjava se smatra najpouzdanijom naznakom rizičnog ponašanja i ostalih problema ponašanja.²⁴ Uspoređujući rezultate istraživanja provedenom od strane HBSC-a za područje Hrvatske od 2002. do 2010., 2006. primjećen je porast udjela djece koja sudjeluju u fizičkim obračunima s obzirom na 2002., dok je 2010. primjećen pad istih (38% 2002; 43% 2006; 39% 2010). Primjećeno je da dječaci češće stupaju u fizičke obračune. Pad udjela djece koja stupaju u fizičke obračune primjećen je i po spolu tako je 2006. godine u fizičkim obračunima sudjelovalo 62% dječaka i 24% djevojčica, dok je 2010. godine 57% dječaka i 22% djevojčica sudjelovalo u fizičkim obračunima.²⁴

2. CILJ ISTRAŽIVANJA

Cilj ovog istraživanja jest utvrditi postoji li veza između vršnjačkog nasilja i fizičkih obračuna kao mjere agresivnosti s depresivnim simptomima djece u ranoj adolescenciji u široj okolini grada Splita.

2.1 Problemi i hipoteze:

U skladu s ciljem istraživanja i u svrhu ispitivanja točnosti postavljenih hipoteza formulirali smo sljedeće probleme:

1. Ispitati postoji li razlika između dječaka i djevojčica u ranoj adolescenciji s obzirom na sudjelovanje u vršnjačkom nasilju i fizičkim obračunima.

S obzirom na ranija istraživanja postavili smo hipotezu prema kojoj dječaci češće stupaju u vršnjačko nasilje i fizičke obračune od djevojčica.

2. Ispitati je li adolescenti, koji češće sudjeluju u fizičkim obračunima i vršnjačkom nasilju kao mjerama agresivnosti, češće pate od depresivnih simptoma.

S obzirom na dosadašnja istraživanja iz strane literature formulirali smo hipotezu da adolescenti koji, češće sudjeluju u fizičkim obračunima i vršnjačkom nasilju kao mjerama agresivnosti, češće pate od depresivnih simptoma.

3. ISPITANICI I METODE

3.1 Postupak

Istraživanje je organizirano kao presječna epidemiološka studija. U rad je uključeno 800 djece u dobi od 11 do 14 godina. Istraživanje je obuhvatilo 26% svih učenika šestih razreda s područja gradova Splita, Solina i Kaštela za vrijeme akademske 2005./2006. Podatci su prikupljeni u šestim razredima osnovnih škola na području gradova Splita, Solina i Kaštela.

Istraživanje je započelo dva mjeseca nakon početka školske godine i nije se provodilo unutar tri tjedna do kraja polugodišta ili školske godine. Ovaj vremenski okvir uzet je kako bi ispitanici popunjavali upitnike u vremenu kada već jesu izloženi školskim zahtjevima, ali ne u prevelikoj mjeri. Upitnik je dio veće baterije upitnika iz većeg istraživanja suicidalnih promišljanja, ali za potrebe ovog rada opisan će se samo dio upitnika.¹¹ Ispitivanje je provedeno u školskim učionicama, skupno, pri čemu nijedna skupina nije brojila više od 25 članova. Upitnici su popunjavani uz prisutnost najmanje jednog člana istraživačkog tima i školskog osoblja. Predviđeno vrijeme ispunjavanja bilo je 45 minuta. Na početku ispunjavanja učenicima su objašnjeni općeniti ciljevi istraživanja i način ispunjavanja upitnika. Sami upitnici imali su upute na početku odgovarajućih odjeljaka. Upitnici su sakupljeni tek kad su ih svi učenici ispunili.

3.2 Mjerni instrumenti

3.2.1 Agresivna ponašanja

Dva tipa agresivnog ponašanja procjenjivana su s pomoću pitanja iz *Istraživanja o zdravstvenom ponašanju djece školske dobi (engl. Health behaviour in school-aged children HBSC) Svjetske zdravstvene organizacije:*³¹

- Fizički obračuni u posljednjih 12 mjeseci
- Sudjelovanje u vršnjačkom nasilju kao zlostavljač u proteklih šest mjeseci

3.2.1.1 Fizički obračuni u posljednjih 12 mjeseci

Fizičke obračune mjerili smo ovom česticom:³¹

Tijekom proteklih 12 mjeseci koliko puta si se potukao/potukla?

1. „Niti jedan put“
2. „Jedan put“
3. „Dva puta“
4. „Tri puta“
5. „Četiri i više puta“

3.2.1.2 Sudjelovanje u vršnjačkom nasilju u proteklih šest mjeseci

Vršnjačko nasilje mjerili smo ovom česticom:³¹

„U školama se događa da stariji i jači učenik ili skupina učenika čine i govore drugom učeniku ružne i neugodne stvari ili mu čine nešto što on ne želi ili ga stalno zadirkuju iako to njemu smeta ili mu otmaju stvari.“

Ovo ne uključuje ako se sukobe ili posvađaju 2 učenika otprilike iste snage

Koliko se često tebi to događa u posljednjih nekoliko mjeseci?“ te „Koliko često su ti sudjelovao čineći ti drugima?“

Ponuđeno je pet odgovora:

1. „Nikad“
2. „1 ili 2 puta“
3. „2 do 3 puta mjesečno“
4. „Približno jedan put tjedno“
5. „Nekoliko puta tjedno“

Kasnijom obradom podatci su zbog male frekvencije pojedinih odgovora udruženi u tri skupine:

1. „Nikad“
2. „Ponekad“
3. „Često“

3.2.2 Depresivnost

Depresivnost je mjerena pomoću Inventara dječje depresivnosti (engl. Children's Depression Inventory - CDI). Inventar je namjenjen djeci i adolescentima u dobi od 7 do 17 godina. Riječ je o instrumentu samoprocjene koji je razvijen na temelju Beckova inventara depresivnosti. Sastoji se od 27 tvrdnji od kojih je svaka ponuđena u tri oblika (npr. „ Nikad nisam tužna”; „ Ponekad sam tužna”; „ Često sam tužna”) koji se ocjenjuju na ljestvici od 0 do 2 odražavajući intenzitet simptoma (0= odsutnost simptoma; 1= umjeren simptom; 2= intenzivan simptom). Ukupan rezultat dobije se zbrajanjem svih odgovora i kreće se u rasponu od 0 do 54.

Osim ukupne vrijednosti, rezultati se mogu intepretirati podjelom na pet podljestvica koje koreliraju s pet domena depresivnog sindroma: negativno raspoloženje, interpersonalni problemi, neučinkovitost, anhedonija i negativna slika o sebi.^{32,33}

3.3 Statistička obrada podataka

Prikupljeni podatci uneseni su u Microsoft Office Excel program za Windowse, te obrađeni pomoću MedCalc programa za statističku obradu. Rezultati deskriptivne statistike prikazani su kao prosjek \pm standardna devijacija [M(\pm SD)]. Razlike među kategorijskim varijablama testirane su hi kvadrat testom, dok je za usporedbu među kontinuiranim varijablama korišten t-test za nezavisne uzorke. Statističke vrijednosti su smatrane značajnim na razini rizika $p < 0.05$.

4. REZULTATI

Od ukupno 840 učenika u obradu rezultata su na koncu uključena 795, od čega 396 (49,8 %) dječaka i 399 (50,2 %) djevojčica. Srednja dob ispitanik je bila 146,07 ($\pm 3,968$) mjeseci. Dio djece nije bio prisutan za vrijeme istraživanja, a dio je isključen jer nisu odgovorili na sva pitanja o suicidalnosti ili nisu u potpunosti ispunili CDI upitnik.

Uzorak je sačinjavalo 375 (47,2%) adolescenata koji u posljednjih 12 mjeseci nisu nikada sudjelovala u fizičkim obračunima, 228 (28,7%) adolescenata koji ponekad sudjeluju u fizičkim obračunima te 192 (24,2%) adolescenata koji često sudjeluju u fizičkim obračunima. Njih 515 (64,8%) u posljednjih 6 mjeseci nije nikad sudjelovalo u vršnjačkom nasilju, 236 (19,7%) je onih koji ponekad sudjeluju u vršnjačkom nasilju, onih koji često sudjeluju u vršnjačkom nasilju bilo je 44 (5,5%) uzorka.

4.1 Depresivnost i spolne razlike

Obradom su pronađene značajne razlike po spolu u rezultatima na području interpersonalnih problema $p < 0,000$ i neefikasnosti $p < 0,049$ (tablica 2).

Tablica 1 pokazuje da **dječaci** 1,739 ($\pm 1,34$) imaju statistički značajno **veći rezultat** na mjeri **interpersonalnih problema** nego djevojčice 1,367 ($\pm 0,93$). Također **dječaci** 1,761 ($\pm 1,51$) imaju **veće probleme s efikasnošću** nego djevojčice 1,620 ($\pm 1,27$).

Tablica 1 CDI rezultati prema spolu

	Spol	N	Prosjek	SD
Ukupni rezultat	1*	396	8,67	8,574
	2 [†]	399	7,96	8,729
Loše raspoloženje	1	396	1,96	2,166
	2	399	2,02	2,311
Interpersonalni problem	1	396	1,34	1,739
	2	399	,93	1,367
Neefikasnost	1	396	1,51	1,761
	2	399	1,27	1,620
Anhedonia	1	396	2,69	2,883
	2	399	2,51	2,822
Negativno raspoloženje	1	396	1,18	1,747
	2	399	1,23	2,007

*1 muško; [†]2 žensko

Tablica 2 Spolne razlike u rezultatima CDI upitnika

	t*	df[†]	p[±]
Ukupni rezultat	1,168	793	,243
Loše raspoloženje	,349	793	,727
Interpersonalni problemi	3,684	793	,000
Neefikasnost	1,974	793	,049
Anhedonia	,868	793	,386
Negativno samopoštovanje	,365	793	,715

*t t-test; [†]df stupanj slobode; [±]p < 0,05

4.2 Vršnjačko nasilje i spolne razlike

S obzirom na značajnost hi kvadrata ($p=0,000$), možemo zaključiti da **se spolovi razlikuju po učestalosti** vršnjačkog nasilja pa tako **dječaci izjavljuju o češćem sudjelovanju** u vršnjačkom nasilju od djevojčica, Tablica 3.

Tablica 3 Vršnjačko nasilje po spolu u posljednjih 6 mjeseci

		Vršnjačko nasilje u posljednjih 6 mjeseci						
		A [±]	B [§]	C	Ukupno	· χ^2 [¶]	df ^{**}	p ^{††}
Spol	1*	226	145	25	396	20,870	2	,000
	2 [†]	289	91	19	399			
	Ukupno	515	236	44	795			

*1 muško; [†]2 žensko; [±]A nikad ; [§]B ponekad; ^{||}C često sudjelovanje u vršnjačkom nasilju; [¶] χ^2 hi kvadrat test, ^{**} df stupanj slobode, ^{††} $p < 0,05$

4.3 Fizički obračuni i spolne razlike

Dječaci izjavljuju o češćim sudjelovanjima u fizičkim obračunima od djevojčica, Tablica 4.

Tablica 4 Fizički obračuni po spolu u posljednjih 12 mjeseci

		Fizički obračuni u posljednjih 12 mjeseci						
		A [±]	B [§]	C	Ukupno	$\cdot\lambda^{2¶}$	df ^{**}	p ^{††}
Spol	1*	120	147	129	396	20,870	2	,000
	2 [†]	255	81	63	399			
	Ukupno	375	228	192	795			

*1 muško; [†]2 žensko; [±]A nikad ; [§]B ponekad; ^{||}C često sudjelovanje u vršnjačkom nasilju; [¶] λ^2 hi kvadrat test, ^{**}df stupanj slobode, ^{††}p < 0,05

4.4 Povezanost fizičkih obračuna sa simptomima depresivnosti

Adolescenti koji su ulazili u fizičke obračune u posljednjih 12 mjeseci također i ostvarili veće rezultate kako na ukupnom tako i na svim pod-skalam depresivnosti.

Postoji statistički značajna razlika u depresivnosti (p<0,00) s obzirom na učestalost fizičkih obračuna i to tako da adolescenti, koji **su često** (M=10,295, SD=11,62) upadali u fizičke obračune u posljednjih 12 mjeseci, imali su **veću ukupnu depresivnost** od adolescenata koji **ponekad** (M=7,833, SD=8,35) ulaze u fizičke obračune, a oni su ostvarili **veći rezultat na upitniku depresivnosti** od adolescenata koji **nikad** (M=7,686, SD= 6,60) ne stupaju u fizičke obračune. Također je uočeno da adolescenti koji češće stupaju u fizičke obračune imaju **veće rezultate** kako na ukupnom upitniku depresivnosti tako i na svim njenim **pod skalama**, Tablica

Tablica 5 Depresivni simptomi s obzirom na učestalost fizičkih obračuna

		N	Prosjek	SD
CDI	1*	375	6,60	7,686
ukupni rezultat	2 [†]	228	8,35	7,833
	3 [‡]	192	11,62	10,295
	Ukupno	795	8,31	8,654
CDI	1	375	1,65	2,086
loše raspoloženje	2	228	1,99	2,200
	3	192	2,66	2,847
	Ukupno	795	1,99	2,239
CDI	1	375	,77	1,500
interpersonalni problemi	2	228	1,10	1,438
	3	192	1,88	2,148
	Ukupno	795	1,13	1,576
CDI neefikasnost	1	375	1,04	1,562
	2	228	1,49	1,646
	3	192	1,95	2,203
	Ukupno	795	1,39	1,695
CDI anhedonia	1	375	2,20	2,617
	2	228	2,55	2,792
	3	192	3,43	3,777
	Ukupno	795	2,60	2,852
CDI negativno samopoštovanje	1	375	,94	1,675
	2	228	1,22	1,855
	3	192	1,79	2,637
	Ukupno	795	1,20	1,881

*1 nikad; [†]2 ponekad; [‡]3 često sudjeluju u fizičkim obračunima

Tablica 6 Razlike u depresivnosti s obzirom na učestalost fizičkih obračuna

	df*	F [†]	p [±]
CDI ukupni rezultat	2	22,498	,000
CDI loše raspoloženje	2	13,272	,000
CDI interpersonalni problemi	2	34,178	,000
CDI neefikasnost	2	19,866	,000
CDI anhedonia	2	12,071	,000
CDI negativno samopoštovanje	2	10,685	,000

*df stupanj slobode; [†]F omjer; [±]p <0,0

4.5 Povezanost vršnjačkog nasilja sa simptomima depresije

Postoji statistički značajna razlika ($p < 0,000$) s obzirom na učestalost vršnjačkog nasilja i to tako da što je češće vršnjačko nasilje u životu pojedinca, to je ukupna depresivnost veća. Tako da adolescenti, koji **često** ($M=13,274$, $SD=16,11$) stupaju u vršnjačko nasilje ukazuju **na veću ukupnu depresivnost** od onih koji **ponekad** ($M=7,833$, $SD=9,40$) stupaju u vršnjačko nasilje, a oni imaju **više rezultate na ukupnom testu depresivnosti** od adolescenata koji **nikad** ($M=7,686$, $SD=7,15$) ne sudjeluju u vršnjačkom nasilju. Kod adolescenata koji češće sudjeluju u vršnjačkom nasilju osim ukupne depresivnosti pokazuju i **veće rezultate u svim pod-skalama depresivnosti**, Tablica 7.

Tablica 7 Depresivni simptomi s obzirom na učestalost vršnjačkog nasilja

		N	Prosjek	SD
CDI	1*	515	7,15	7,686
ukupni rezultat	2 [†]	236	9,40	7,833
	3 [±]	44	16,11	13,274
	Ukupno	795	8,31	8,654
CDI	1	515	1,69	2,015
loše raspoloženje	2	236	2,34	2,247
	3	44	3,70	3,414
	Ukupno	795	1,99	2,239
CDI	1	515	,91	1,396
interpersonalni problemi	2	236	1,31	1,493
	3	44	2,82	2,590
	Ukupno	795	1,13	1,576
CDI neefikasnost	1	515	1,18	1,558
	2	236	1,58	1,708
	3	44	2,82	2,295
	Ukupno	795	1,39	1,695
CDI	1	515	2,34	2,719
anhedonia	2	236	2,89	2,882
	3	44	4,40	4,07
	Ukupno	795	2,60	2,852
CDI	1	515	1,03	1,737
negativno samopoštovanje	2	236	1,29	1,753
	3	44	2,70	3,130
	Ukupno	795	1,20	1,881

*1 nikad; [†]2 ponekad; [±]3 često sudjeluju u vršnjačkom nasilju

Tablica 8 Razlike u depresivnosti s obzirom na učestalost vršnjačkog nasilja

	df*	F[†]	p[±]
CDI ukupni rezultat	2	25,899	,000
CDI loše raspoloženje	2	21,532	,000
CDI interpersonalni problemi	2	34,351	,000
CDI neefikasnost	2	22,246	,000
CDI anhedonia	2	9,315	,000
CDI negativno samopoštovanje	2	17,021	,000

*df stupanj slobode; [†]F omjer; [±]p <0,05

5. RASPRAVA

Rezultati ovog istraživanja potvrđuju hipotezu da je i depresivnost kao internalizirajući poremećaj povezana s agresivnim ponašanjima bilo da su to fizički obračuni bilo ispoljavanje vršnjaškog zlostavljanja. Mogući pretpostavljeni mehanizam je činjenica da je jedini dijagnostički kriterij za depresivni poremećaj koji razlikuje djecu i odrasle razdražljivost ili iritabilnost. Djeca, za razliku od odraslih, imaju slabiju mogućnost psihologizacije i shvaćanja svog stanja. Nadalje, vrlo česta pogreška u pristupu depresivnom djetetu, koje već ima razvijen osjećaj krivnje, je onaj u kojemu verbalno potičemo dijete na nešto misleći da je ono jače od depresivnih osjećaja i smetnji koje ga preplavljaju. To je velika pogreška, dijete je zasigurno u niz navrata to samo sebi reklo i nije uspjelo nadvladati teškoće. Slične primjedbe sa strane mogu ga dublje baciti u osjećaj krivnje i ljutnje prema sebi, ali i prema drugima. Dominatno je riječ o obitelji, ali može biti riječ i o širem društvenom okružju. Drugi mogući kauzalni faktor između nasilnog ponašanja i depresivnih smetnji su moguće stalne i učestale depresivne ruminacije koje preplavljaju razmišljanje adolescenta i funkcionalno ometaju njegovu pažnju i koncentraciju, te čitanje socijalnih ključeva. Rezultat je da se može dogoditi da neka benigna pa čak i dobronamjerna gesta, poput osmijeha bude protumačena kao provokacija.

Objašnjenje koje nudimo je nasilno ponašanje kao ekvivalent paracuicidalnosti. U depresiji jedan od simptoma je često i promišljanje o smrti i želja da se ubije ili da se ne postoji. Takve misli mogu biti dobar temelj za nekritični i nepromišljeni ulazak u opasna ponašanja poput nasilja. U toj situaciji depresivno dijete možda u biti želi biti žrtva.

Dobiveni rezultati, u našem uzorku, potvrđuju i neke poznate navode iz strane literature poput činjenice da dječaci češće ulaze u fizičke obračune te više sudjeluju u vršnjačkom nasilju nego djevojčice. Mnoga istraživanja govore o češćem nasilju među dječacima nego među djevojčicama. Ova spolna razlika u agresiji može se objasniti mnogim biološkim i socijalnim čimbenicima. Tako je poznato da su hormoni odgovorni, kako za tjelesne razlike tako i za razlike u ponašanju između spolova. Tako je nađena povezanost između razine muškog spolnog testosterona i vršnjačkih procjena verbalne i tjelesne agresije.¹⁵ Također moguća razlika leži uz tome što agresivniju igru dječaka okolina smatra normalnim ponašanjem te dječaci za agresivno ponašanje očekuju manje neodobravanja i negativnih posljedica, dok se kod djevojčica grubost osuđuje. Tu do izražaja dolazi i društvena uloga i posebnosti u odgoju odnosno razlici u muško ženskoj socijalizaciji koja iz odgoja proizlazi. Dječaci su odgajani da istražuju, da budu

avanturisti, podržava ih se u eksternalizirajućim i istraživajućim ponašanjima, na rješavanje problema. Djevojčice se s druge strane odgaja da više brinu o drugima, da mogu ispoljavati osjećaje, da je njihova dužnost skrb i briga o odnosima. Najbolja ilustracija ovakvih razlika se ispoljava kroz jednu jedinu rečenicu: „Muškarci ne plaču“. Spolne razlike u nasilnom ponašanju djece mogu se objasniti i spolnom identifikacijom unutar obitelji gdje alkoholizam i antisocijalna ličnost oca povećavaju vjerojatnost istog ponašanja sinova, dok je nasilno ponašanje majke prema ocu prediktor nasilničkog ponašanja djevojčica.¹⁴

Osim što rezultati ovog istraživanja pokazuju spolne razlike u nasilju među djecom, nisu nađene spolne razlike u ukupnoj depresivnosti što je u skladu s navodima iz literature da se spolna razlika u depresivnosti javlja oko 14 godine što je starije uzorka u ovom istraživanju tek prijelazom u srednju adolescenciju djevojčice pokazuju više simptoma depresivnosti nego dječaci. Razlog leži u tome što djevojčice u adolescenciji doživljavaju općenito više stresa povezanog s tijelesnom maturacijom i socijalnom ulogom žene, više se oslanjaju na potporu okoline te ponavljano razmišljaju, ruminiraju događaje vezane za stresne situacije. Dječaci, s druge strane, uglavnom pokušavaju potisnuti ili omesti misli vezane za stresni događaj pa su njihove depresivne epizode kraće, ali praćene s više eksternaliziranih simptoma, a čemu idu u prilog i rezultati ove studije prema kojima dječaci češće sudjeluju u fizičkim obračunima i vršnjačkom nasilju od djevojčica. Jedine uočene razlike na subskalama depresivnosti su te da dječaci koji stupaju u nasilne oblike ponašanja imaju slabiju interpersonalne odnose i veću neefektivnost odnosno slabije strategije suočavanja s depresivnošću u odnosu na djevojčice koje također stupaju u nasilna ponašanja.

Postoje detaljna istraživanja koja govore o povezanosti između bivanja žrtvom vršnjačkog nasilja i razvoja depresivnih simptoma, dok su detaljne studije o povezanosti počinitelja vršnjačkog nasilja i depresivnih simptoma oskudna. Važno je naglasiti kako se fizički obračuni, nasilje i agresija dijagnosticiraju eksternalizirajućim poremećajima kao što su poremećaj ophođenja ili ponašanja. Ova studija je pronašla povezanost ovih ponašanja i s internalizirajućim poremećajima i to na način da djeca koja češće vrše nasilje nad vršnjacima te češće ulaze u fizičke obračune, više pate od depresije.

U javno zdravstvenom smislu rezultati ovog istraživanja mogu imati značajne implikacije. Postojeći epidemiološki podatci ukazuju da se ni vršnjačko nasilje ni fizički obračuni ne mogu zanemariti kao javno zdravstveni problem. Na žalost postojeća istraživanja ovih fenomena puno su više bila usmjerena na moguću povezanost s eksternalizirajućim ponašanjima ili samo

epidemiološki utvrđuju pojavnost ovih problema bez pokušaja etiološkog ili kauzalnog istraživanja. Ovo se osobito odnosi na internalizirajuće smetnje u koje spada i depresivnost. Takvih istraživanja je na svjetskoj pa tako i hrvatskoj razini znatno manje.

Ekstremno je važno za kliničku praksu osvijestiti da nasilno ponašanje može proizlaziti i iz depresivnosti. To je vrlo važno za kliničku praksu, stoga što pristup djetetu s depresivnosti i nasilnim ponašanje razlikuje se u odnosu na djecu s eksternalizirajućim ponašanjim.¹⁰ Smetnje ponašanja u tretmanu zahtjevaju vanjsko postavljanje granica i struktura što takvoj djeci nedostaje dok depresivna djeca imaju prečvrsto postavljene strukture i granice što je i jedan od mogućih uzroka depresivnosti. S obzirom na navedeno, tretiranje djeteta s depresijom kao djeteta sa smetnjama ponašanja bila bi ozbiljna klinička pogreška.¹¹ Često je i obrazovani sustav te okolina prema djeci koja su agresivna i sudjeluju u vršnjačkom nasilju orijentirana kazneno te takve pogreške u pristupu mogu ostaviti dalekosežne posljedice na depresivnog adolescenta.¹ Stoga je iznimno važno individualno pristupiti svakom slučaju nasilnog ponašanja te provesti individualnu procjenu i plan pristupa.

U tom dijelu izuzetno važnu ulogu igraju stručne školske službe koje su „gate-keperi“ u općoj populaciji ranih adolescenta, te služba školske medicine i liječnici opće prakse.

Ovo istraživanje ima svoje prednosti. Među prvima je ove vrste. Ima vrlo homogenu opću populaciju ranih adolescenata što je rijetkost i u svjetskim razmjerima.

Postoje na žalost i nedostaci istraživanja. To je presječna narav istraživanja koja ne može uputiti na uzročno posljedičnu povezanost, što bi se moglo utvrditi tek višegodišnjim studijama praćenja. Također riječ je o samoprocjenskim upitnicima bez heteroanamnestičke dopune. Ovo se doduše može promatrati i kao prednost jer je za internalizirajuća ponašanja puno senzitivnija samoprocjena od vanjske procjene promatrača.

Zaključno riječ je o dvije potpuno različite skupine poremećaja s potpuno različitim pristupom u tretmanu.

Smetnje ponašanja	Depresivni adolescent
bježanje od kuće,	značajan gubitak težine bez poduzimanja
zlouporaba odnosno konzumiranje psihoaktivnih tvari, lijekova, alkohola i sl.	dijete ili dobitak težine (tj. promjena u tjelesnoj težini više od 5% u mjesec dana) ili smanjenje ili povećanje apetita (u djece treba razmotriti neuspjeh u dobivanju očekivane težine)
agresivnim ili neagresivnim ponašanjem protiv ljudi, životinja ili imovine.	nesanica ili previše spavanja
Nema osjećaja empatije ili krivnje	psihomotorna ubrzanost ili usporenost (koje primjećuju drugi, a ne samo subjektivni osjećaji nemira ili usporenosti)
Bez uvida u loše posljedice svog ponašanja	umor ili gubitak energije
Poremećaj ponašanja model je ponašanja, a ne izolirani incident kojim se krše osnovna prava drugih i društvene norme.	osjećaj bezvrijednosti ili jaka ili neodgovarajuća krivnja (koja može biti sumanuta), a ne samo predbacivanje ili krivnja zbog bolesti
Orijentiranost prema drugima samo u smislu ostvarivanja vlastitih ciljeva	smanjena mogućnost razmišljanja ili koncentracije ili neodlučnost (bilo iz subjektivnog izvješća ili zapažanja drugih)
Promišljeno djelovanje i prokativna agresija s ciljem ostvarenje nekog cilja	povratne misli o smrti (ne samo strah od umiranja) specifičnog plana ili specifični plan za izvršenje samoubojstva ili njegov pokušaj
	radražljivost nasilno ponašanje

6. ZAKLJUČAK

Rezultati istraživanja potvrđuju cilj istraživanja:

1. Potvrđena je spolna razlika u prevalenciji fizičkih obračuna i vršnjačkog nasilja u adolescenciji. Dječaci izjavljuju o češćem sudjelovanju u fizičkim obračunima i vršnjačkom nasilju.
2. Rani adolescenti koji češće stupaju u fizičke obračune tijekom godine imaju veći rezultat na ljestvici depresivnosti
3. Rani adolescenti koji češće sudjeluju u vršnjačkom nasilju tijekom godine imaju veći rezultat na ljestvici depresivnosti

7. LITERATURA

1. Hankin BL. Adolescent depression: Description, causes, and interventions. *Epilepsy Behav.* 2006;8(1):102 – 14.
2. Vulić Prtorić A. Depresivnost u djece i adolescenata. 2. Izdanje. Zagreb: Naklada Slap, 2004. str. 30 – 109.
3. Tan S, Rey J. Depression in the young, parental depression and parenting stress. *Australas Psyc.* 2005;13(1):76 – 9.
4. Reinecke M. Vulnerability to Depression Among Adolescents: Implications for Cognitive-Behavioral Treatment. *Cogn Behav Pract.* 2005;12:166 – 76.
5. Angold A, Erkanli A, Silberg J, Eaves L, Costelli J. Depression scale scores in 8–17-year-olds: effects of age and gender. *J Child Psychol Psyc.* 2002;43(8):1052 – 63.
6. Marković J, Mitrović D, Ivanović-Kovačević S, Vasić V. Depresivni poremećaj u adolescenciji. *Aktuelnosti iz neurologije, psihijatrije i graničnih područja.* 2009;3(4):64 – 71.
7. Essau CA. Course and outcome of major depressive disorder in non-referred adolescent. *J Affect Disord.* 2007;99(1-3):191 – 201.
8. Santrock W. *Adolescence.* 5th ed. New York: McGraw-Hill Education. 2014. str. 15 – 20.
9. Franić T. Psihosocijalne odrednice samoubilačkih promišljanja u ranoj adolescenciji [dissertation]. Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu; 2012. 124 p.
10. Hidalgo JJHM. Brain structural and functional changes in adolescents with psychiatric disorders. *Int J Adolesc Med Health.* 2013;25(3):245 – 56.
11. Konrad K, Firk C, Uhlhaas PJ. Brain Development During Adolescence. *Dtsch Arztebl Int.* 2013;110(25):425 – 31.
12. Mendle J, Turkheimer E, Emery RE. Detrimental Psychological Outcomes Associated with Early Pubertal Timing in adolescent Girls. *Dev Rev.* 2007;27(2):151 – 71.
13. Šimić N. Doprinos istraživanju pojavnost nasilja među djecom u školi [Diplomski rad]. Filozofski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 2004. 72 p.
14. Buljan-Flander G. Pojava nasilja među djecom s obzirom na spol, dob i prihvaćenost/odbačenost u školi. *Društvena istraživanja.* 2007;16(87-88):157 – 74.
15. Baldry AC. Bullying in schools and exposure to domestic violence. *Child Abuse Negl.* 2003;27(7):713 – 32.
16. Olweus D. *Nasilje među djecom u školi: Što znamo i što možemo učiniti.* Zagreb: Školska knjiga. 1998.

17. Sesar K. Obilježja vršnjačkog nasilja. *Ljetopis socijalnog rada*. 2011;18(3):497 – 526
18. Buljan Flander G, Šostar Z. Nasilje među djecom [Internet]. Zagreb. Poliklinika za zaštitu djece grada Zagreba. 2003. Available from www.poliklinika-djeca.hr
19. Kaltiala-Heino R, Fröjd S. Correlation between bullying and clinical depression in adolescent patients. *Adolesc Health Med Ther*. 2011;2:37 – 44
20. Vuković A, Milašin A, Buljubašić-Kuzmanović V. Učestalost vršnjačkog nasilja osvećivanjem kao nasilne strategije sučeljavanja među učenicima osnovne škole. *Časopis za teoriju i praksu odgoja i obrazovanja*. 2009;22:78 – 96.
21. Seals D, Young J. Bullying and victimization: Prevalence and relationship to gender, grade level, ethnicity, self esteem, and depression. *Adolesc*. 2003;38(152):735 – 47.
22. Kyriakides L, Kaloyirou C, Lindsay G. An analysis of the Revised Olweus Bully/Victim Questionnaire using the Rasch measurement Model. *Brit J Educ Psychol*. 2006;76:781–801.
23. Kuzman M, Pavić Šimetin I, Pejnović Franelić I. Ponašanje u vezi sa zdravljem u djece školske dobi 2005/2006. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo. 2008. Available from www.hzjz.hr
24. Kuzman M, Pavić Šimetin I, Pejnović Franelić I. Ponašanje u vezi sa zdravljem u djece školske dobi 2009./2010. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo. 2012. Available from www.hzjz.hr
25. Kumpulainen K. Children involved in bullying: Psychological disturbance and the Persistence of the involvement. *Child Abuse Negl*. 1999;23(12):1253 – 62.
26. Puhovski S. Validacija upitnika o emocionalnom zlostavljanju [Diplomski rad]. Filozofski fakultet Sveučilišta u Zagrebu. 2002.
27. Kaltiala-Heino R, Rimpela M, Rantanen P, Rimpela A. Bullying at school - an indicator of adolescents at risk for mental disorders. *J Adolesc*. 2000;23:661 – 74.
28. Wang J, Nansel TR, Iannotti RJ. Cyber and Traditional Bullying: Differential Association With Depression. *J Adolesc Health*. 2011;48:415 – 7.
29. Brunstein-Klomek A, Sourander A, Kumpulainen K, Piha J, Tamminen T, Moilanen I, et al. Childhood bullying as a risk for later depression and suicidal ideation among Finnish males. *J Affect Disord*. 2009;109(1 – 2):47 – 55.
30. Brunstein - Klomek A, Kleinman M, Altschuler, Marrocco, Amakawa L, Gould M. High school Bullying as a Risk for Later Depression and Suicidality. *Suicide Life Threat Behav*. 2011;41(5):501 – 16.
31. Currie C, Hurrelmann, K, Settertobulte W, Smith R, Todd J. Health and Health Behaviour Among Young People (International Report From the HBSC 1997/98 Survey). Geneva: World Health Organization; 2000.

32. Kovacs M. The Children's Depression, Inventory (CDI). *Psychopharmacol Bull.* 1985;21(4):995 - 8.
33. Kovacs M. The Children's Depression, Inventory (CDI). Manual. Toronto: Multi-Health Systems, Inc.1992.

8. SAŽETAK

Cilj: Istraživali smo učestalost sudjelovanja u fizičkim obračunima i vršnjačkom nasilju kod ranih adolescenata i njihovu povezanost s razvojem depresivnih simptoma. Tragali smo i za specifičnim spolnim razlikama.

Metode: Presječna epidemiološka studija provedena je na 800 djece u dobi od 11 do 14 godina na području gradova Splita, Solina i Kaštela. Fizički obračuni te sudjelovanje u vršnjačkom zlostavljanju je procjenjivano korištenjem pitanja iz upitnika SZO Zdravstveno ponašanje u djece školske dobi (WHO-HBSC). Depresivnost je mjerena pomoću Inventara dječje depresivnosti (CDI).

Rezultati: Pronađeno je 24,2% adolescenata koji često sudjeluju u fizičkim obračunima te 5,5% koji često sudjeluju u vršnjačkom nasilju. Hi-kvadrat test pokazuje da dječaci češće sudjeluju u fizičkim obračunima i vršnjačkom nasilju od djevojčica. Adolescenti koji često sudjeluju u fizičkim obračunima i vršnjačkom nasilju, pokazuju višu razinu depresivnih simptoma od adolescenata koji nikad nisu sudjelovali u fizičkim obračunima i vršnjačkom nasilju.

Zaključak: Nasilje među djecom česta je pojava i u mnogim slučajevima traje godinama. Sada prepoznajemo da djeca koja često sudjeluju u fizičkim obračunima i vršnjačkom nasilju pod rizikom su razvoja depresivnih poremećaja. Nalazi ovog istraživanja mogu imati potencijalno važne kliničke i preventivne implikacije.

9. SUMMARY

Objective: The current study examined prevalence of physical fighting and involvement in bullying behaviour among early adolescents and its association with depression. We were looking for possible gender differences as well.

Methods: A cross-sectional, questionnaire study was performed on 800 adolescents between ages 11 and 14 in the area of Split, Solin and Kaštela. Physical fighting and involvement in bullying behaviour were assessed using questions from the World Health Organization survey Health Behaviour in School-aged Children. Depression was measured using Children Depression Inventory.

Results: Twenty four point two percent adolescent reported involvement in physical fighting and five point five percent reports involvement in bullying behaviour. Chi-square test indicates more male than female physical fighting and involvement in bullying behaviour. Adolescents who are frequently involved in physical fighting and bullying behaviour manifest higher levels of depressive symptoms than students who were never involved in physical fighting and bullying behaviour.

Conclusion: Bullying is common among children, and in many cases lasts for years. We now recognized that physical fighting and involvement in bullying behaviour are at risk of developing depressive disorders. These findings may have potentially important clinical and preventive implications.

10. ŽIVOTOPIS

Osobni podaci:

Ime i prezime: Tina Vojković

Datum rođenja: 27.9.1988.

Mjesto rođenja: Trogir, Hrvatska

Državljanstvo: hrvatsko

Adresa: Starčevićeva 12, 21000 Split

Kontakt: tina.vojkovic@yahoo.com

Obrazovanje

1995. – 2003. OŠ Bijaći, Kaštel-Novi

2003. – 2004. SŠ Ivana Lucića, Opća gimnazija, Trogir

2004. – 2007. SŠ Vladimir Nazor, Opća gimnazija, Split

2007. – 2014. Medicinski fakultet Split