

Odnos traume u djetinjstvu, osjećaja koherentnosti i tjelesnih simptoma u odrasloj dobi.

Pačar, Ana

Master's thesis / Diplomski rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Humanities and Social Sciences / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Filozofski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:142:576592>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-12**



Repository / Repozitorij:

[FFOS-repository - Repository of the Faculty of Humanities and Social Sciences Osijek](#)



Sveučilište J. J. Strossmayera Osijek

Filozofski fakultet

Odsjek za psihologiju

**ODNOS TRAUME U DJETINJSTVU, OSJEĆAJA KOHERENTNOSTI I
TJELESNIH SIMPTOMA U ODRASLOJ DOBI**

Diplomski rad

Ana Pačar

Mentor: doc. dr. sc. Ivana Marčinko

Osijek, 2020.

Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku

Filozofski fakultet

Odsjek za psihologiju

Studij: Diplomski studij psihologije

Ana Pačar

**ODNOS TRAUME U DJETINJSTVU, OSJEĆAJA KOHERENTNOSTI I
TJELESNIH SIMPTOMA U ODRASLOJ DOBI**

Diplomski rad

Područje: Društvene znanosti, polje psihologija, grana klinička i zdravstvena
psihologija

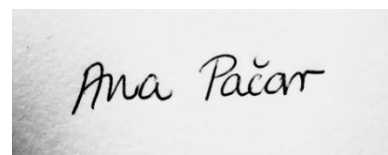
Mentor: doc. dr. sc. Ivana Marčinko

Osijek, 2020.

IZJAVA

Izjavljujem s punom materijalnom i moralnom odgovornošću da sam ovaj rad samostalno napravila te da u njemu nema kopiranih ili prepisanih dijelova teksta tuđih radova, a da nisu označeni kao citati s napisanim izvorom odakle su preneseni. Svojim vlastoručnim potpisom potvrđujem da sam suglasna da Filozofski fakultet Osijek trajno pohrani i javno objavi ovaj moj rad u internetskoj bazi završnih i diplomskih radova knjižnice Filozofskog fakulteta Osijek, knjižnice Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku i Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu.

U Osijeku, 29. listopada 2020.

A rectangular box containing a handwritten signature in black ink that reads "Ana Pačar".

Ana Pačar, 0122218074

Sadržaj

| | |
|--|--|
| 1. Uvod | Pogreška! Knjižna oznaka nije definirana. |
| 1.1. <i>Trauma u djetinjstvu</i> | Pogreška! Knjižna oznaka nije definirana. |
| 1.2. <i>Tjelesni simptomi u kontekstu traume u djetinjstvu</i> | Pogreška! Knjižna oznaka nije definirana. |
| 1.2.1. <i>Zlostavljanje i tjelesni simptomi</i> | Pogreška! Knjižna oznaka nije definirana. |
| 1.2.2. <i>Fizičko zlostavljanje i tjelesni simptomi</i> | Pogreška! Knjižna oznaka nije definirana. |
| 1.2.3. <i>Emocionalno zlostavljanje, zanemarivanje i tjelesni simptomi ...</i> | Pogreška! Knjižna oznaka nije definirana. |
| 2. Osjećaj koherentnosti | Pogreška! Knjižna oznaka nije definirana. |
| 2.1. <i>Osjećaj koherentnosti i suočavanje sa stresnim situacijama ...</i> | Pogreška! Knjižna oznaka nije definirana. |
| 2.2. <i>Osjećaj koherentnosti i tjelesni simptomi</i> | Pogreška! Knjižna oznaka nije definirana. |
| 2. Cilj, problemi i hipoteze istraživanja | Pogreška! Knjižna oznaka nije definirana. |
| 2.1. Cilj | Pogreška! Knjižna oznaka nije definirana. |
| 2.2. Problemi | Pogreška! Knjižna oznaka nije definirana. |
| 2.3. Hipoteze | Pogreška! Knjižna oznaka nije definirana. |
| 3. Metoda | Pogreška! Knjižna oznaka nije definirana. |
| 3.1. Sudionici i postupak | Pogreška! Knjižna oznaka nije definirana. |
| 3.2. Instrumenti | Pogreška! Knjižna oznaka nije definirana. |
| 4. Rezultati | Pogreška! Knjižna oznaka nije definirana. |
| 5. Rasprava | Pogreška! Knjižna oznaka nije definirana. |
| 6. Ograničenja i implikacije istraživanja | Pogreška! Knjižna oznaka nije definirana. |
| 7. Zaključak | Pogreška! Knjižna oznaka nije definirana. |
| Literatura | Pogreška! Knjižna oznaka nije definirana. |

Sažetak

Brojna istraživanja ukazuju na povećanu prevalenciju traume u djetinjstvu čije su posljedice sveobuhvatne, uključujući javljanje tjelesnih simptoma u odrasloj dobi. Jedan od zaštitnih čimbenika koji može ublažiti djelovanje traume je osjećaj koherentnosti. Stoga je cilj ovog istraživanja bio ispitati odnos traume u djetinjstvu, osjećaja koherentnosti i tjelesnih simptoma u odrasloj dobi. U istraživanju je sudjelovalo ukupno 362 sudionika (296 ženskog i 66 muškog spola), u rasponu dobi od 18 do 71 godine. Za ispitivanje traume u djetinjstvu korišten je Upitnik zlostavljanja u djetinjstvu, za ispitivanje osjećaja koherentnosti korišten je Upitnik životne orijentacije, te je za ispitivanje tjelesnih simptoma u odrasloj dobi korišten Pennebakerov upitnik limbičke iscrpljenosti. Regresijskom analizom utvrđeno je kako ukupno zlostavljanje u djetinjstvu doprinosi javljanju tjelesnih simptoma u odrasloj dobi. Od svih oblika zlostavljanja u djetinjstvu, utvrđeno je kako jedino zanemarivanje doprinosi javljanju tjelesnih simptoma u odrasloj dobi. Osjećaj koherentnosti nije se pokazao kao statistički značajan moderator odnosa ukupnog zlostavljanja u djetinjstvu i tjelesnih simptoma u odrasloj dobi. Od svih dimenzija osjećaja koherentnosti, pokazalo se kako dimenzija razumljivosti ima statistički značajan moderatorski efekt na odnos traume u djetinjstvu i tjelesnih simptoma u odrasloj dobi.

Ključne riječi: trauma u djetinjstvu, osjećaj koherentnosti, tjelesni simptomi, dimenzija razumljivosti

The relationship between childhood trauma, sense of coherence and physical symptoms in adulthood

Numerous studies indicate an increased prevalence of childhood trauma which consequences are pervasive, including the onset of physical symptoms in adulthood. One of the protective factors that can alleviate the effects of trauma is sense of coherence. Therefore, the aim of the present study was to investigate the relationship between childhood trauma, sense of coherence and physical symptoms in adulthood. A total of 362 participants (296 female and 66 male), aged from 18 to 71 years, were included in the study. The Childhood Abuse Questionnaire was used to examine childhood trauma, Orientation to Life Questionnaire was used to examine sense of coherence and the Pennabaker Inventory of Limbic Languidness was used to examine physical symptoms in adulthood. Regression analysis showed that childhood abuse contributes to the onset of physical symptoms in adulthood. Childhood neglect was found to significantly contribute to the onset of physical symptoms in adulthood. However, sense of coherence did not shown to be a statistically significant moderator of the relationship between childhood abuse and physical symptoms in adulthood. Of all the dimensions of sense of coherence, the comprehensibility was shown to have a statistically significant moderating effect on the relationship between childhood trauma and physical symptoms in adulthood.

Keywords: childhood trauma, sense of coherence, physical symptoms, the comprehensibility

1. Uvod

Posljednjih desetljeća, istraživači i kliničari pokazali su kako je traumatizacija itekako zastupljena u dječjoj dobi, usprkos idealističkom pogledu javnosti kada je riječ o ovom razdoblju života. Naime, prvi klinički izvještaji s kraja 19. stoljeća opisuju iskustva djece u sirotištima. Ovakva opažanja, premda nesustavna, istaknula su da psihološki činitelji mogu djelovati na tjelesni i kognitivni razvoj djeteta (Putnam, 1997). Kasnije su se pratila iskustva velikog broja napuštene djece nakon 2. svjetskog rata i opažale su se reakcije djece koja su doživjela nasilje i bila izložena teškim životnim uvjetima. Pri tome je uočeno kako su roditeljske reakcije, kao i vršnjačka podrška, ključni u oblikovanju reakcija djece na traumatske događaje.

Međutim, mehanizmi u podlozi reakcija djece na traumatska iskustva još uvijek nisu dovoljno istraženi. S obzirom na to, Dyregrov i sur. (2002) pojašnjavaju kako ovakav manjak interesa od strane odraslih može biti posljedica negiranja vlastitih negativnih iskustava s kojima se bolno suočiti, no može biti i šire društvene prirode – samozaštita stručnjaka od kolektivne krivnje u situacijama kada su bespomoćni zaštititi djecu od globalne traumatizacije (npr. rat). Ipak, u novije vrijeme prisutan je sve veći interes javnosti i stručnjaka za ovu problematiku, što je velikim dijelom odraz suvremenih društvenih promjena; od emancipacije žena, preko sve većeg broja stručnjaka koji se bave pitanjem djece i obitelji, do olakšanog postupka razvoda i javne svijesti koja promiče otvoreni razgovor o problemima obiteljskog života.

U tom kontekstu, neosporiva je činjenica kako je raspon utjecaja traumatskih iskustava sveprožimajući; od tjelesnog i mentalnog zdravlja do psihosocijalnog funkcioniranja. Naime, istraživanja pokazuju kako je rana pojava traumatskih iskustava povezana sa somatizacijom – javljanjem perzistirajućih tjelesnih simptoma bez organske osnove, a koji predstavljaju ozbiljan zdravstveni problem za osobu koja ih doživljava. Naime, Caldirola i sur. (1980) navode kako je u uzorku žena hospitaliziranih zbog kroničnih bolova, polovina izvijestila o nekom obliku doživljenog traumatskog iskustva tijekom života. Štoviše, zabilježeno je povećanje tjelesnih simptoma ukoliko je bila prisutna opetovana traumatizacija. Upravo iz tog razloga je važno identificirati zaštitne čimbenike koji mogu ublažiti utjecaj traume u djetinjstvu i samim time prevenirati, ili barem ublažiti, javljanje tjelesnih simptoma u odrasloj dobi.

Jedan od spomenutih zaštitnih čimbenika je osjećaj koherentnosti, opća orijentacija pojedinca koja odražava sposobnost percipiranja životnih događaja kao smislenih,

predvidljivih i kontrolabilnih. Kao takav osjećaj koherentnosti može se promatrati kao resurs za suočavanje sa stresnim situacijama. S obzirom na to, istraživanja pokazuju kako osobe većeg osjećaja koherentnosti koriste konstruktivnije strategije suočavanja sa stresom te imaju manji broj subjektivnih zdravstvenih problema (Hudek-Knežević i Kardum, 2012).

Pregledom literature, vidljivo je kako se osjećaj koherentnosti većinom ispitivao na mlađim populacijama s naglaskom na kvaliteti života. S druge strane, manje je onih istraživanja koja se bave ispitivanjem posredujućeg doprinosa osjećaja koherentnosti između životnih nedaća i posljedica istih tijekom života, za različite dobne skupine. Stoga je cilj ovog rada ispitati odnos traume u djetinjstvu, osjećaja koherentnosti i tjelesnih simptoma u odrasloj dobi.

1.1. Trauma u djetinjstvu

Traumatsko iskustvo u djetinjstvu podrazumijeva svaki stresni događaj izvan granica uobičajenog ljudskog iskustva koji je istovremeno iznimno neugodan za osobu te narušava uobičajen osjećaj kontrole nad životom (Profaca, 2016). Prema dosadašnjim teorijskim i empirijskim spoznajama, smatra se kako djelovanje traume pogađa više područja razvoja, uključujući razvoj mozga, posebno dijelova povezanih s emocijama, pamćenjem i učenjem (Goenjian i sur., 1996). Također, kod djece izložene traumatskom iskustvu dolazi do poremećaja u funkcioniranju hormonalnih sustava, kao što je hipotalamičko područje, koje ima ključnu ulogu u stresnim situacijama. Osim što može pogoditi razvoj bioloških sustava, posljedice traume mogu se snažno odraziti na psihosocijalni razvoj, odnosno na osjećaj vlastitog integriteta, što uključuje sliku o sebi, reprezentaciju sebe i percepciju vlastitih sposobnosti, te na unutarobiteljske i druge interpersonalne odnose.

1.2. Tjelesni simptomi u kontekstu traume u djetinjstvu

Prethodno je spomenuto kako trauma u ranoj dobi značajno remeti regulaciju osnovnih bioloških sustava. Točnije, McFarlane i van der Kolk (1996) ističu kako je ometanje rada ovih sustava povezano s javljanjem subjektivnih tjelesnih simptoma – somatizacijom.

Somatizacija se odnosi na razvoj i održavanje neobjašnjivih tjelesnih simptoma, a pacijenti doživljene simptome shvaćaju kao ozbiljne zdravstvene probleme (Ahern i sur.,

2006). Procijenjeno je da između 30% i 60% pacijenata u zdravstvenoj skrbi ima tjelesne simptome koji nemaju fizičku osnovu, a radi se o simptomima kao što su: kronična bol, glavobolja te ginekološke, gastrointestinalne i muskulaturne smetnje. Prema empirijskim istraživanjima, nekoliko je modela važnih za postavljanje vodećih hipoteza i objašnjenja o podrijetlu subjektivnih tjelesnih simptoma. Prema jednom od tih modela, rana izloženost štetnim životnim iskustvima može predisponirati osobu za razvoj tjelesnih simptoma u odrasloj dobi.

1.2.1. Zlostavljanje i tjelesni simptomi

Rana štetna životna iskustva uključuju traumatska iskustva u djetinjstvu i najčešće se odnose na različite oblike zlostavljanja od strane roditelja ili drugih odraslih, to jest, na fizičko, emocionalno i seksualno zlostavljanje te zanemarivanje. Dvije su temeljne odrednice prilikom definiranja zlostavljanja i zanemarivanja kod djece i odnose se na: 1) postupanje roditelja/skrbnika te 2) posljedice za dijete. Međutim, ne postoji jednoznačna definicija za navedene oblike traumatizacije. Razlog tome je prvenstveno nepostojanje jasnog društvenog konsenzusa oko neprihvatljivih oblika roditeljskog ponašanja, ali i nepostojanje preciznih kriterija za zlostavljajuća ponašanja.

Za potrebe ovog rada, koristit će se definicija zlostavljanja Svjetske zdravstvene organizacije prema kojoj ono predstavlja svaki oblik tjelesnog i/ili emocionalnog zlostavljanja, seksualnog zlostavljanja, zanemarivanja i nemarnog postupanja ili iskorištavanja djece, što rezultira stvarnom ili potencijalnom opasnosti za djetetovo zdravlje, preživljavanje, razvoj ili dostojanstvo u kontekstu odnosa odgovornosti, povjerenja i moći.

Osoba čije se ime u znanstvenoj zajednici najčešće povezuje s problematikom zlostavljanja je C. H. Kempe, pedijatar koji je 1962. godine objavio rad o „sindromu pretučenog djeteta“ (*eng. battered child syndrome*). Točnije, bavio se fizičkim zlostavljanjem koje je definirao kao nanošenje ozbiljnih ozljeda djeci od strane roditelja ili skrbnika koje nerijetko rezultiraju trajnim oštećenjima ili smrću. Međutim, treba napomenuti kako fizičko zlostavljanje često nije izolirano od preostalih oblika zlostavljanja. Drugim riječima, svi navedeni oblici zlostavljanja te zanemarivanje u životu djeteta često se pojavljuju zajedno, a stvarnost dječjeg iskustva je kompleksnija od postojeće klasifikacije oblika zlostavljanja (Briere i sur., 1996).

U svrhu dobivanja šire slike o kompleksnosti traumatskih iskustava i njihovih dalekosežnih posljedica, Flowe-Valencia i sur. (2001) su ispitali odnos između zlostavljanja u djetinjstvu, ponovljenog zlostavljanja i tjelesnih simptoma u odrasloj dobi na način da su prikupili cjeloživotnu povijest sudionica koje su bile zlostavljane i imale kronične bolove. Rezultati istraživanja pokazali su veću zastupljenost tjelesnih simptoma kod žena koje su zlostavljane u djetinjstvu te dodatno povećanje simptoma kod istih žena koje su opetovano zlostavljane u odrasloj dobi.

Zbog osjetljivosti teme i ograničenja ovog istraživanja, u nastavku će detaljnije biti opisano fizičko i emocionalno zlostavljanje te zanemarivanje, s obzirom na javljanje tjelesnih simptoma u odrasloj dobi.

1.2.2. Fizičko zlostavljanje i tjelesni simptomi

S obzirom na to da postoje velike razlike u definiciji, oblicima, težini i metodama mjerenja zlostavljanja, vrlo je teško povući jasnu granicu između roditeljskog kažnjavanja (npr. pljuske ili udarca) i fizičkog zlostavljanja. Stoga nadležne institucije kao kriterij fizičkog zlostavljanja uglavnom uzimaju one situacije kada je ponašanje roditelja ili skrbnika dovelo do teških tjelesnih povreda ili smrti djeteta.

Djelovanje fizičkog zlostavljanja može se odraziti na različite aspekte tjelesnog zdravlja kao što je javljanje neobjašnjivih tjelesnih simptoma. Istraživanje Browna i sur. (2005) pokazuje kako su osobe s neobjašnjivim tjelesnim simptomima bile izložene većem broju oblika fizičkog nasilja te su više svjedočile ekstremnijim oblicima nasilja u odnosu na osobe koje nemaju neobjašnjive tjelesne simptome.

Neki od rizičnih faktora za pojavu fizičkog zlostavljanja su osobine djeteta, osobine roditelja, odnosi u obitelji te određeni kontekstualni faktori. Osobine djeteta koje mogu pridonijeti pojavi zlostavljanja odnose se na različite zdravstvene probleme poput invaliditeta, razvojnih teškoća i/ili sniženog kvocijenta inteligencije, te sami temperament pri čemu se "teškom" djecom smatraju ona djeca koja puno plaču, agresivna su, hiperaktivna i imaju teškoće u socijalnom funkcioniranju. U interakciji s nedovoljno strpljivim i stabilnim roditeljima, postoji veća vjerojatnost da roditelji reagiraju agresivno na ponašanje djeteta.

Osobine roditelja koje mogu pridonijeti zlostavljanju djeteta su određene osobine ličnosti poput agresivnosti, impulzivnosti i iritabilnosti te neprikladne roditeljske strategije. Osim toga, zlostavljajući roditelji često su i sami bili žrtve zlostavljanja u djetinjstvu što se još naziva pojava transgeneracijskog prenošenja nasilja (Chilamkurti i Milner, 1991).

Odnosi u obitelji koji pogoduju pojavi zlostavljanja odnose se na hladne i distancirane interpersonalne odnose te postojanje nasilja među partnerima, dok je od kontekstualnih faktora naglasak na siromaštvu, samohranosti roditelja, malodobnosti roditelja i izostanku socijalne podrške (Attia i sur., 1998).

1.2.3. Emocionalno zlostavljanje, zanemarivanje i tjelesni simptomi

Emocionalno zlostavljanje najčešće je sastavni dio svih drugih oblika zlostavljanja i odnosi se na sklop ponašanja koja djetetu šalju poruku kako nije voljeno ni željeno, da ne vrijedi osim da zadovolji potrebe drugih ljudi te da mu prijeti fizičko ili psihološko zlostavljanje. Slično tome, zanemarivanje djeteta od strane roditelja odnosi se na pasivno ili pasivno – agresivno neodgovaranje na djetetove emocionalne i fizičke potrebe i dobrobit, te propuštanje da se dijete njeguje (Briere i sur., 1996).

Teorijski model kojim se može objasniti relevantnost utjecaja emocionalnog zlostavljanja i zanemarivanja na razvoj djeteta je Maslowljeva (1970) teorija osnovnih ljudskih potreba prema kojoj roditelj/skrbnik ne zadovoljava djetetove osnovne potrebe za sigurnošću, ljubavlju i poštovanjem, a ponekad čak niti fiziološke potrebe. Dakle, radi se o onim ponašanjima koja mogu biti psihološki pogubna za dijete jer ugrožavaju njegov kognitivni i afektivni razvoj (Kaplan i Thompson, 1999). Konkretno, kada je riječ o emocionalnom zlostavljanju, šest je širokih kategorija neprikladnog i neprihvatljivog ponašanja: ponižavanje, teroriziranje i prijetnja nasiljem, izdvajanje i ograničavanje slobode i socijalnih interakcija, iskorištavanje i narušavanje osobnih granica djeteta, emocionalna nedostupnost (ignoriranje) te nebriga za djetetovo fizičko i mentalno zdravlje i prikladno obrazovanje. Kao što je uočljivo, kategorije emocionalnog zlostavljanja preklapaju se s ponašanjima vezanim uz zanemarivanje odnosno, teško je povući jasnu granicu između ovih dvaju oblika zlostavljanja. Štoviše, kada se ne pojave u kombinaciji s nekim drugim oblicima zlostavljanja, najčešće prolaze neopaženo. Ipak, treba napomenuti da to hoće li će se neko ponašanje smatrati zlostavljanjem ovisi o djetetovoj dobi (primjerice, emocionalna nedostupnost imat će najveći negativan utjecaj na

bebe), o tome je li roditelj osim emocionalnog zlostavljanja i zanemarivanja pokazivao i pozitivne emocije i ponašanja, te o samoj prisutnosti dostupne i tople osobe kojoj je dijete privrženo.

Poput fizičkog zlostavljanja, djelovanje emocionalnog zlostavljanja i zanemarivanja može se manifestirati u obliku neobjašnjivih tjelesnih simptoma koje osobi predstavljaju ozbiljne zdravstvene probleme. Postoje empirijski nalazi o povezanosti emocionalnog zlostavljanja i zanemarivanja u djetinjstvu i tjelesnih simptoma u odrasloj dobi (Halligan i sur., 2003). Naime, pacijenti sa izraženim tjelesnim simptomima češće izjavljuju o zanemarivanju od strane roditelja, točnije o selektivnoj brizi. Drugim riječima, roditelji su im pružili fizičku njegu, no ne i emocionalnu brigu i podršku. U prilog tome govore i rezultati istraživanja Brown i sur. (2005) koji navode kako su osobe s neobjašnjivim tjelesnim simptomima bile izložene većim razinama emocionalnog zlostavljanja, većoj razini konflikta unutar obitelji te smanjenoj obiteljskoj koheziji. Pri tome, emocionalno zlostavljanje uključivalo je vikanje, oštre kritike i snažno vrijeđanje koje se odvijalo tijekom više godina, najčešće od strane oba ili jednog roditelja te brata ili sestre. Drugim riječima, osobe s neobjašnjivim tjelesnim simptomima su odrastale u hladnom interpersonalnom okruženju gdje su bile prisutne učestale svađe, emocionalna udaljenost i smanjena podrška.

Nadalje, istraživanja pokazuju kako postoje osobine roditelja, obitelji i okoline koji doprinose pojavi i održavanju emocionalnog zlostavljanja i zanemarivanja. Kada je u pitanju emocionalno zlostavljanje to su najčešće roditelji u procesu razvoda i separacije koji pri tome manipuliraju djecom i iskorištavaju ih za vlastite potrebe (npr. kritiziraju partnera pred djetetom); malodobni i samohrani roditelji bez adekvatne socijalne podrške; psihički oboljeli roditelji; roditelji alkoholičari i ovisnici o drogama; nasilje u obitelji, te religiozno fanatični roditelji. Kada je riječ o zanemarivanju, roditelji djeteta često nemaju dovoljno razumijevanja za složenost interpersonalnih emocionalnih odnosa, posebno kada je riječ o odnosu roditelj – djece. Kada pristupaju djetetu, ne uzimaju u obzir njegovu razvojnu razinu i nisu u stanju sagledati situaciju iz djetetove perspektive. Faktori okoline koji doprinose pojavi zanemarivanja i zlostavljanja su: nasilje među partnerima, nezaposlenost roditelja ili skrbnika, siromaštvo i izostanak socijalne podrške.

2. Osjećaj koherentnosti

Prethodno opisana traumatska iskustva u djetinjstvu mogu oblikovati individualnu sposobnost samoregulacije u suočavanju sa stresnim događajima. Ovisno o tome, može se, ali i ne mora razviti psihopatologija povezana s traumatskim iskustvom. U tom kontekstu, Antonovsky (1991) je razvio koncept „osjećaja koherentnosti“ (engl. “sense of coherence“), resurs suočavanja sa stresom, radeći s osobama koje su doživjele traumu u djetinjstvu ili kasnije u životu, a različito su reagirale na takve događaje; na kontinuumu zdravlje – bolesti, neki su bili bliže zdravlju, dok su drugi bili bliže bolesti. Prema tome, osjećaj koherentnosti predstavlja opću orijentaciju koja odražava sposobnost pojedinca da podražaje iz okoline sagleda kao strukturirane, predvidljive i objašnjive, da se može nositi s njima i da su vrijedni ulaganja truda. Samim time osjećaj koherentnosti predstavlja mjeru otpornosti i čine ga tri međusobno povezane dimenzije, odnosno, psihološke karakteristike, a to su: 1) razumljivost; 2) sposobnost upravljanja i 3) smislenost. *Razumljivost* je kognitivna komponenta koja se odnosi na percipiranje životnih događaja u cijelini, kao jasnih i strukturiranih pojava. *Sposobnost upravljanja* je ponašajna komponenta koja se odnosi na korištenje dostupnih resursa za suočavanje sa životnim zahtjevima, dok je *smislenost* motivacijsko-emocionalna komponenta koja se odnosi na percepciju pojedinca da život ima smisla i shvaćanje životnih problema kao svakodnevnih izazova vrijednih ulaganja truda.

Osjećaj koherentnosti se mijenja tijekom cijelog života; razvija tijekom djetinjstva i adolescencije, a stabilizira oko tridesete godine života (Antonovsky, 1991). Situacijski je uvjetovan i kao takav razlikuje se od trajnih osobina ličnosti, no predstavlja svojevrsno obilježje ličnosti. Također je kulturološki univerzalan i prisutan kod obaju spolova (Strumpfer, 1990).

2.1. Osjećaj koherentnosti i suočavanje sa stresnim situacijama

Dosadašnja istraživanja pokazuju kako osobe s visokim osjećajem koherentnosti češće koriste konstruktivne i adaptivne strategije suočavanja sa stresom, u odnosu na osobe s niskim osjećajem koherentnosti (Amirkhan i Greaves, 2003). Primjerice, u stresnim situacijama na poslu, osobe s višim osjećajem koherentnosti primarno upotrebljavaju aktivne, problemu usmjerene strategije suočavanja sa stresom (Kalimo i Vuori, 1990).

Nadalje, Cohen i Dekel (2000) su na uzorku razvedenih majki našli kako je viši osjećaj koherentnosti povezan s većim sudjelovanjem u socijalnim aktivnostima te rjeđim korištenjem strategija izbjegavanja, traženjem stručne pomoći i mogućnosti obraćanja zajednici ili vjerskim organizacijama. Također, kod ispitanica s višim osjećajem koherentnosti traženje savjeta ili podrške od prijatelja i obitelji znatno više pridonosi životnom zadovoljstvu nego kod onih s nižim osjećajem koherentnosti. S druge strane, istraživanje provedeno na mlađim muškarcima pokazuje da oni s niskim osjećajem koherentnosti i neadekvatnim vještinama suočavanja češće i intenzivnije doživljavaju stres te češće imaju određeni psihički poremećaj i skloniji su samoubojstvu (Helenius i sur., 2005).

2.2. Osjećaj koherentnosti i tjelesni simptomi

Velik broj istraživanja pokazuje povezanost između osjećaja koherentnosti i subjektivnih tjelesnih simptoma. Točnije, niži osjećaj koherentnosti povezan je s većim brojem subjektivnih zdravstvenih problema kod adolescenata koji su doživjeli višu razinu stresa (Hansson i Nielsen, 2007), zdravih ispitanika mlađe i srednje dobi (Johnson, 2004), starijih ispitanika (Aunola i sur., 2005), te kod djece čije majke imaju niži osjećaj koherentnosti (Berntsson i Gustafsson, 2000). U tom kontekstu, žene s niskim osjećajem koherentnosti češće posjećuju liječnika zbog perzistirajućih tjelesnih simptoma i onda kada nije moguće detektirati objektivne znakove bolesti. U skladu s time su i rezultati istraživanja koji pokazuju kako je nizak osjećaj koherentnosti povezan s višom razinom kortizola, hormona stresa (Hudek-Knežević i Kardum, 2012).

Nadalje, skorija istraživanja ispitivala su prediktivnost pojedinih komponenata osjećaja koherentnosti za različite subjektivne zdravstvene ishode. Naime, kada osoba ima izraženu komponentu smislenosti, dolazi do smanjenja opće zabrinutosti za zdravlje i, u skladu s time, do povećanja zadovoljstva životom, dok dimenzija razumljivosti ima ulogu u prihvaćanju teških, nepromjenjivih situacija (Carstens i Spangenberg, 1997).

2. Cilj, problemi i hipoteze istraživanja

2.1. Cilj

Cilj istraživanja je ispitati odnos traume u djetinjstvu (fizičkog i emocionalnog zlostavljanja te zanemarivanja), osjećaja koherentnosti (razumljivosti, sposobnosti upravljanja, smislenosti) i tjelesnih simptoma u odrasloj dobi.

2.2. Problemi

1. Ispitati mogućnosti predviđanja tjelesnih simptoma u odrasloj dobi temeljem traume u djetinjstvu (fizičko i emocionalno zlostavljanja te zanemarivanje), nakon kontrole sociodemografskih varijabli i efekata neuroticizma.

2. Ispitati moderatorsku ulogu osjećaja koherentnosti i njegovih dimenzija u odnosu između traume u djetinjstvu i tjelesnih simptoma u odrasloj dobi.

2.3. Hipoteze

1a. Očekuje se kako će trauma u djetinjstvu, nakon kontrole efekata sociodemografskih varijabli i neuroticizma, imati značajan doprinos javljanju tjelesnih simptoma u odrasloj dobi.

1b. Očekuje se kako će fizičko i emocionalno zlostavljanja te zanemarivanje u djetinjstvu imati značajan doprinos javljanju tjelesnih simptoma u odrasloj dobi.

2a. Očekuje se da osjećaj koherentnosti moderira odnos između traume u djetinjstvu i tjelesnih simptoma u odrasloj dobi. Osobe visokog osjećaja koherentnosti te visoko zastupljenom traumom u djetinjstvu imat će manji broj tjelesnih simptoma u odnosu na osobe visoko zastupljene traume u djetinjstvu, ali niskog osjećaja koherentnosti.

2b. Očekuje se da dimenzije osjećaja koherentnosti moderiraju odnos između traume u djetinjstvu i tjelesnih simptoma u odrasloj dobi na način da će osobe s visoko zastupljenom traumom u djetinjstvu i visoko zastupljenim dimenzijama razumljivosti, sposobnosti upravljanja i smislenosti imati manji broj tjelesnih simptoma u odnosu na osobe visoko zastupljene traume, ali niskih dimenzija razumljivosti, sposobnosti upravljanja i smislenosti.

3. Metoda

3.1. Sudionici i postupak

U istraživanju je sudjelovalo 362 sudionika, 296 (81.8%) ženskog spola i 66 (18.2%) muškog spola, u rasponu dobi od 18 do 71 godine ($M_{dob} = 34.23$, $SD_{dob} = 11.68$). Pri tome, njih troje (0.8%) ima završenu osnovnu školu, njih 121 (33.4%) ima završenu srednju školu, dok njih 238 (65.7%) ima stečeno visoko obrazovanje. Ukupno 256 (70.7%) sudionika je zaposleno, dok njih 106 (29.3%) ne radi. U vezi je 249 (68.8%) sudionika, a njih 113 (31.2%) nije u vezi. S obzirom na zdravstveni status sudionika, njih 70 (19.3%) boluje od neke kronične bolesti, dok njih 25 (6.9%) boluje od nekog oblika psihičke bolesti. Nadalje, 61 (16.9%) sudionik je izvijestio kako su mu roditelji bolovali od određene psihičke bolesti. Točnije, 22 (36.1%) sudionika je izvijestilo kako je majka bolovala od psihičke bolesti te se najčešće radilo o depresivnom poremećaju, dok je njih 29 (47.5%) izvijestilo kako je od psihičke bolesti bolovao otac te se u tom slučaju najčešće radilo o posttraumatskom stresnom poremećaju. Također, njih 96 (26.5%) je izvijestilo o problemu zloupotrebe alkohola od strane roditelja, najčešće oca.

Sudionici su se prikupljali putem interneta, odnosno putem Facebook-a i Instagram-a, gdje je bio objavljen poziv za sudjelovanje i poveznica koja je sudionike preusmjerila na istraživanje. Sudionicima je prvo dana informacija o cilju istraživanja i opća uputa u okviru koje im se dalo na znanje kako je sudjelovanje u istraživanju anonimno i dobrovoljno te da mogu odustati u bilo kojem trenutku. Na samom početku im je navedeno kako je tema istraživanja vrlo osjetljiva i da može izazvati uznemirenost i neugodne emocije te su im ponuđeni kontakti psiholoških službi prije i nakon svih upitnika. Osim toga, opća uputa je uključivala smjernice kako rješavati upitnike dok su specifične upute za pojedini instrument bile navedene neposredno prije njih. Redoslijed rješavanja upitnika bio je sljedeći: Sociodemografski upitnik, Skala neuroticizma, Upitnik životne orijentacije, PILL te Upitnik zlostavljanja u djetinjstvu. Razlog ovakvog redoslijeda rješavanja upitnika bio je to što odgovaranje na iskustva o zlostavljanju može izazvati nemir i negativne emocije te izazvati jači doživljaj somatskih simptoma kod sudionika. Ispunjavanje upitnika trajalo je u prosjeku 15 minuta. Sudionicima se na kraju zahvalilo na sudjelovanju i osobnom doprinosu

istraživanju, te im je, osim kontakata psiholoških službi za pomoć, ponuđen e-mail istraživačice ukoliko imaju bilo kakva dodatna pitanja o istraživanju.

3.2. Instrumenti

U ovom istraživanju korišteni su slijedeći instrumenti: Sociodemografski upitnik, Skala neuroticizma iz Petofaktorskog upitnika ličnosti (Benet-Martinez i John, 1998), Upitnik životne orijentacije (Antonovsky, 1987), Pennebakerov inventar limbičke iscrpljenosti (Pennebaker, 1982) i Upitnik zlostavljanja u djetinjstvu (Karlović, 2001).

Sociodemografski upitnik konstruiran je za potrebe ovog istraživanja i sadržava pitanja o dobi, spolu, stupnju obrazovanja sudionika i njihovih roditelja, radnom statusu, statusu veze, broju ljudi s kojima sudionik živi te fizičkom i mentalnom zdravlju sudionika i njihovih roditelja.

Skala neuroticizma iz Petofaktorskog upitnika ličnosti BFI (engl. Big Five Inventory; Benet-Martinez i John, 1998) sadržava osam čestica koje opisuju određena ponašanja (primjer čestice: *Sebe vidim kao osobu koja je depresivna, tužna*), u odnosu na koja sudionik bilježi koliko su ona istinita za njega birajući odgovor na skali Likertovog tipa od pet stupnjeva (1 - uopće se ne slažem; 5 - u potpunosti se slažem). Ukupan rezultat formira se kao zbroj sudionikovih odgovora pri čemu veći rezultat upućuje na veću zastupljenost neuroticizma. Petofaktorski upitnik ličnosti preveden je i korišten u hrvatskim istraživanjima gdje se pokazalo da je koeficijent unutarnje pouzdanosti za skalu neuroticizma $\alpha = .72$ (Gračanin i sur., 2006). Dobivena unutarnja pouzdanost na uzorku ovog istraživanja iznosi $\alpha = .81$.

Upitnik životne orijentacije (engl. Orientation to Life Questionnaire, OLQ; Antonovsky, 1987) koristio se za mjerenje osjećaja koherentnosti. Sastoji se od 29 čestica koje su raspodijeljene u tri komponente: razumljivost (primjer čestice: *Koliko ste često bili iznenađeni ponašanjem ljudi za koje ste mislili da ih dobro poznajete?*), sposobnost upravljanja (primjer čestice: *Koliko često imate osjećaj da niste sigurni da možete kontrolirati događaje u svom životu?*) i smislenost (primjer čestice: *Koliko vam se često čini da u stvarima koje svakodnevno činite ima malo smisla?*). U ovom istraživanju ispitivat će se efekti općeg osjećaja koherentnosti ali i njegovi komponenta. Za odgovoranje sudionika korišten je semantički diferencijal s bipolarnim skalama procjene od sedam stupnjeva. Za potrebe ovog istraživanja, odgovori na pojedine čestice (2., 4., 7., 11. i 16.) su prilagođeni i preformulirani u svrhu veće jasnoće. Primjerice, mogući odgovor na 16. čestici “*pojesti se zbog toga*” preformuliran je u “*sklon*

pretjerano brinuti o tome”. Ukupni rezultat formira se kao zbroj odgovora svih supskala pri čemu veći rezultat ukazuje na veću zastupljenost osjećaja koherentnosti odnosno, pojedine komponente. Upitnik je preveden i korišten u hrvatskim istraživanjima (Hudek-Knežević i Kardum, 2012) gdje se pokazalo kako koeficijent unutarnje pouzdanosti za cijeli upitnik iznosi $\alpha = .83$, dok je za subskalu razumljivosti $\alpha = .74$, za subskalu sposobnost upravljanja $\alpha = .75$ te za subskalu smislenosti $\alpha = .78$. Dobivena unutarnja pouzdanost cijelog upitnika u ovom istraživanju iznosi $\alpha = .90$, dok je za dimenziju razumljivosti $\alpha = .77$, za dimenziju sposobnosti upravljanja je $\alpha = .81$ te je za dimenziju smislenosti Cronbach $\alpha = .77$.

Pennebakerov inventar limbičke iscrpljenosti (engl. The Pennebaker inventory of limbic languidness, The PILL; Pennebaker, 1982) predstavlja mjeru samoprocjene za ispitivanje učestalosti 54 tjelesna simptoma koji se mogu podijeliti na respiratorne (primjer čestica: *osjećaj gušenja, gubitak daha* i slično.) i nerespiratorne (primjer čestica: *glavobolje, pritisak u glavi, naleti vrućine u lice* i slično.) simptome. Odgovori sudionika bilježe se na skali Likertovog tipa od šest stupnjeva (od 0 – nikada, do 5 – vrlo često). Za potrebe ovog istraživanja koristit će se ukupni rezultat ostvaren na upitniku koji se dobije zbrajanjem svih dobivenih odgovora, pri čemu veći rezultat upućuje na veću zastupljenost tjelesnih simptoma. Upitnik je već preveden i korišten u istraživanjima na hrvatskim uzorcima gdje se navodi kako je koeficijent unutarnje pouzdanosti za ovaj upitnik $\alpha = .94$ (Marčinko, 2011). Dobivena unutarnja pouzdanost cijelog upitnika u ovom istraživanju iznosi $\alpha = .95$.

Upitnik zlostavljanja u djetinjstvu (Karlović, 2001) ispituje fizičko (primjer čestica: *udaranje šakom, udaranje predmetom* i slično), seksualno (primjer čestica: *poljubio/la vas je u usta, masturbirao/la je pred vama*) i emocionalno (primjer čestica: *vikanje, ismijavanje, ruganje* i slično) zlostavljanje, zanemarivanje (primjer čestica: *ignoriranje, neobaziranje* i slično) te svjedočenje zlostavljanju u obitelji (primjeri čestica su jednaki kao za prethodno navedene oblike zlostavljanja, pri čemu sudionik bilježi koliko je često svjedočio takvom ponašanju prema drugima). U ovome istraživanju koristit će se dimenzije fizičkog i emocionalnog zlostavljanja te zanemarivanja, pri čemu će se navedeni oblici zlostavljanja ispitivati zasebno za roditelje sudionika te za druge osobe u bližoj okolini sudionika (skrbnike, očuha, maćehu, rođake, obiteljske prijatelje, učitelje i sl.). Sudionik bilježi odgovore na skali Likertovog tipa od tri stupnja (od 1 – nikad, do 3 – često). Rezultati se formiraju kao zbroj sudionikovih odgovora zasebno za fizičko i emocionalno zlostavljanje i zanemarivanje, te na razini cijelog instrumenta, pri čemu veći rezultat ukazuje na veću zastupljenost pojedinih oblika zlostavljanja, odnosno veću zastupljenost traume u djetinjstvu. Koeficijent unutarnje

pouzdanosti cijelog upitnika na hrvatskom uzorku iznosi $\alpha=.77$, dok je za skalu fizičkog zlostavljanja Cronbach α iznosi .64, za skalu emocionalnog zlostavljanja $\alpha=.88$, te za skalu zanemarivanja $\alpha=.67$ (Karlović, 2001). Dobivena pouzdanost cijelog upitnika u ovom istraživanju iznosi $\alpha = .91$, dok je za skalu fizičko zlostavljanje $\alpha=.61$, za skalu emocionalno zlostavljanje $\alpha=.89$ te za skalu zanemarivanje $\alpha=.77$.

4. Rezultati

Na početku obrade rezultata provjeren je normalitet distribucija varijabli uključenih u istraživanje kako bi se ispitala opravdanost korištenja parametrijskih statističkih postupaka u obradi podataka. Normalitet distribucije rezultata na pojedinim varijablama testiran je Kolmogorov-Smirnovljevim testom kojim je utvrđeno statistički značajno odstupanje distribucije rezultata od normalne distribucije svih varijabli od interesa (K-S vrijednosti kreću se od .053 do .354; $p < .05$). Zatim je normalitet distribucija provjeren pregledom indeksa asimetričnosti i zakrivljenosti. Naime, Kline (1998) navodi ako je indeks asimetričnosti manji od 3, a indeks zakrivljenosti manji od 10, opravdano je koristiti parametrijske metode. Utvrđeni indeksi za korištene varijable nalaze se u okvirima prihvatljivih vrijednosti, osim indeksa zakrivljenosti za varijablu zanemarivanja koji iznosi 10.947 i blago odstupa od preporučenog. S obzirom na to, normalitet distribucija dodatno je provjeren vizualnom inspekcijom Q-Q dijagrama i histograma korištenih varijabli te je vidljivo kako distribucije rezultata imaju tendenciju ka normalnoj. Stoga se pretpostavlja kako prethodno navedeno odstupanje varijable zanemarivanja neće značajno utjecati na obradu podataka i da je opravdano koristiti parametrijske metode u analizi rezultata.

Obrada rezultata sastojala se od dva dijela. U prvom dijelu ispitalo se pridonosi li zastupljenost traume u djetinjstvu, odnosno zastupljenost pojedinih oblika traume u djetinjstvu, javljanju tjelesnih simptoma u odrasloj dobi, dok se u drugom dijelu ispitalo posreduje li osjećaj koherentnost, odnosno pojedine dimenzije osjećaja koherentnosti, u odnosu između traume u djetinjstvu i tjelesnih simptoma u odrasloj dobi.

Prvo je napravljena deskriptivna analiza rezultata i izračunate su aritmetička sredina, standardna devijacija te ostvarene i teorijske minimalne i maksimalne vrijednosti za ispitivane varijable. Dobivene vrijednosti nalaze se u Tablici 1.

Tablica 1 Aritmetička sredina, standardna devijacija te ostvarene i teorijske minimalne i maksimalne vrijednosti ispitivanih varijabli (N = 362).

| Varijabla | M | SD | Min | Max | Teorijski Min | Teorijski max. |
|-----------------------------|--------|-------|-----|-----|---------------|----------------|
| Neuroticizam | 21.17 | 5.86 | 8 | 38 | 8 | 40 |
| Zlostavljanje u djetinjstvu | 11.51 | 7.73 | 2 | 49 | 0 | 54 |
| Fizičko zlostavljanje | 3.46 | 1.66 | 2 | 12 | 0 | 16 |
| Emocionalno zlostavljanje | 7.27 | 5.52 | 0 | 28 | 0 | 28 |
| Zanemarivanje | 0.78 | 1.49 | 0 | 10 | 0 | 10 |
| Osjećaj koherentnosti | 135.86 | 23.33 | 61 | 184 | 29 | 203 |
| Razumljivost | 46.80 | 9.52 | 18 | 67 | 11 | 77 |
| Sposobnost upravljanja | 47.40 | 9.51 | 19 | 69 | 10 | 70 |
| Smislenost | 41.66 | 7.66 | 17 | 55 | 8 | 56 |
| Tjelesni simptomi | 66.91 | 32.43 | 0 | 173 | 0 | 216 |

Napomena. M – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; Min – postignuti minimum; Max – postignuti maksimum; Teorijski min – teorijski minimum; Teorijski max – teorijski maksimum

U Tablici 1 vidljivo je kako je kod sudionika prisutna blaga zastupljenost ukupnog zlostavljanja u djetinjstvu, kao i pojedinih oblika zlostavljanja, pri čemu su za emocionalno zlostavljanje dobivene nešto više vrijednosti u odnosu na preostale oblike zlostavljanja. Također, može se uočiti kako postoje sudionici koji su ostvarili maksimalne vrijednosti za varijable emocionalnog zlostavljanja te zanemarivanja. Osim toga, vidljivo je kako sudionici imaju umjereno zastupljen osjećaj koherentnosti, kao i pojedine dimenzije istoga. Isto tako, rezultati ukazuju na blagu do umjerenu prisutnost tjelesnih simptoma. Dimenzija neuroticizma također je umjereno prisutna što je očekivano s obzirom na rezultate prethodnih istraživanja prema kojima dimenzija neuroticizma pozitivno korelira s izvještavanjem o prisutnosti tjelesnih simptoma (Gans i sur., 2007).

Nakon toga, izračunate su interkorelacije korištenih varijabli, što je prikazano u Tablici 2. U tu svrhu, sljedeće varijable binarno su kodirane: radni status (0 – nezaposlen, 1 – zaposlen), status veze (0 – nije u vezi, 1 – u vezi), kronična bolest sudionika (0 – boluju od kronične bolesti, 1 – ne boluju od kronične bolesti), psihička bolest sudionika (0 – boluju od psihičke bolesti, 1 – ne boluju od psihičke bolesti), zloupotreba alkohola od strane roditelja (0 – nisu zloupotrebljavali alkohol, 1 – jesu zloupotrebljavali alkohol), te psihička bolest roditelja (0 – ne boluju od psihičke bolesti, 1 – boluju od psihičke bolesti).

Tablica 2 Interkorelacije i koeficijenti unutarnje konzistencije ispitivanih varijabli (N = 362).

| Varijable | 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. | 8. | 9. | 10. | 11. | 12. | 13. | 14. | 15. | 16. | 17. | 18. | 19. | 20. | 21. | 22. | |
|-------------------------------|--------|-------|--------|--------|--------|--------|-------|--------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|--|
| 1. Dob sudionika | - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Spol sudionika | .11* | - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Obrazovanje | -.01 | .13* | - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Obrazovanje oca | .16* | .02 | .26** | - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Obrazovanje majke | .35** | -.01 | .31** | .58** | - | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. Radni status | .37** | .01 | .10* | -.04 | .01 | - | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. Status veze | .13* | .15** | .02 | -.06 | -.01 | .11* | - | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. Ukućani | -.06 | -.02 | -.14** | -.04 | -.02 | -.13* | .06 | - | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9. Kronična bolest | .10 | -.004 | -.09 | -.004 | -.06 | .02 | -.10 | -.01 | - | | | | | | | | | | | | | | |
| 10. Psihička bolest | .11* | -.01 | .03 | .05 | -.003 | .03 | -.11* | -.13* | .09 | - | | | | | | | | | | | | | |
| 11. Zlouptreba alkohola | .12* | -.09 | -.07 | -.20** | -.20** | .002 | -.01 | -.07 | -.04 | .13* | - | | | | | | | | | | | | |
| 12. Psihička bolest roditelja | -.14** | -.02 | .01 | -.06 | -.03 | -.05 | .003 | -.03 | .02 | .26** | .25** | - | | | | | | | | | | | |
| 13. Neuroticizam | -.15** | .05 | .01 | -.12* | -.02 | -.18** | -.08 | -.07 | .11* | .24** | .17* | .18** | (.81) | | | | | | | | | | |
| 14. Zlostavljanje | .04 | -.06 | -.09 | -.20** | -.20** | .03 | -.09 | -.14** | .10 | .29** | .26** | .27** | .26** | (.91) | | | | | | | | | |
| 15. Fizičko zlostavljanje | .17** | -.10 | -.17** | -.19** | -.20** | .11* | -.07 | -.04 | .08 | .22** | .24** | .16** | .16** | .79** | (.61) | | | | | | | | |
| 16. Emocionalno zlostavljanje | .02 | -.06 | -.05 | -.20** | -.20** | -.002 | -.10 | -.15** | .09 | .28** | -.24** | .25** | .24** | .97** | .66* | (.89) | | | | | | | |
| 17. Zanimanje | -.03 | -.01 | -.08 | -.11* | -.09 | .02 | -.03 | -.09 | .07 | .25** | .22** | .29** | .29** | .72** | .54** | .58** | (.77) | | | | | | |
| 18. Koherentnost | .14** | .002 | .09 | .09 | .07 | .16** | .17** | .06 | -.05 | -.24** | -.11* | -.15** | -.71** | -.36** | -.25** | -.34** | -.33** | (.90) | | | | | |
| 19. Razumljivost | .21** | -.01 | .11* | .04 | .06 | .21** | .16** | .03 | .01 | -.19** | -.12* | -.16** | -.62** | -.32** | -.20** | -.31** | -.29** | .89** | (.77) | | | | |
| 20. Sposobnost upravljanja | .10 | -.04 | .06 | .11* | .06 | .14* | .09 | .01 | -.06 | -.25** | -.12* | -.16** | -.73** | -.33* | -.24** | -.31** | -.30** | .91** | .71** | (.81) | | | |
| 21. Smislenost | .05 | .07 | .06 | .09 | .07 | .06 | .19** | .12** | -.08 | -.19** | -.03 | -.07 | -.50** | -.29** | -.20** | -.27** | -.27** | .82** | .57** | .64** | (.77) | | |
| 22. Tjelesni simptomi | -.09 | .14** | .01 | .04 | .01 | -.07 | -.02 | -.01 | .17** | .17** | .10 | .19** | .43** | .31** | .19** | .28** | .34** | -.45** | -.40** | -.44** | -.31** | (.95) | |

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

U Tablici 2 vidljivo je kako varijable od interesa statistički značajno koreliraju s većinom sociodemografskih varijabli. Dobiveni koeficijenti korelacija uglavnom se kreću u rasponu niskih i srednjih vrijednosti. Naime, tjelesni simptomi statistički značajno pozitivno koreliraju sa spolom sudionika ($r = .14$), prisutnosti kronične ($r = .17$) i psihičke bolesti kod sudionika ($r = .17$), prisutnosti psihičke bolesti kod roditelja ($r = .19$) te neuroticizmom ($r = .43$).

Nadalje, ukupna zastupljenost zlostavljanja u djetinjstvu statistički značajno pozitivno korelira sa prisutnosti psihičke bolesti kod sudionika ($r = .29$), zloupotrebom alkohola od strane roditelja ($r = .26$), prisutnosti psihičke bolesti kod roditelja ($r = .27$) te neuroticizmom ($r = .26$), dok statistički značajno negativno korelira sa stupnjem obrazovanja oca ili skrbnika ($r = -.20$), stupnjem obrazovanja majke ili skrbnice ($r = -.20$) i brojem ukućana ($r = -.14$). Točnije, fizičko zlostavljanje statistički značajno pozitivno korelira s dobi ($r = .17$), radnim statusom ($r = .11$), prisutnosti psihičke bolesti sudionika ($r = .22$), zloupotrebom alkohola od strane roditelja ($r = .24$) i psihičkom bolesti roditelja ($r = .16$) te neuroticizmom ($r = .16$), dok statistički značajno negativno korelira sa stupnjem obrazovanja sudionika ($r = -.17$) te stupnjem obrazovanja oca ili skrbnika ($r = -.19$) i majke ili skrbnice ($r = -.20$). Emocionalno zlostavljanje statistički značajno pozitivno korelira s prisutnosti psihičke bolesti kod sudionika ($r = .28$), zloupotrebom alkohola od strane roditelja ($r = .24$) i psihičkom bolesti roditelja ($r = .25$) te neuroticizmom ($r = .24$), dok statistički značajno negativno korelira sa stupnjem obrazovanja oca ili skrbnika ($r = -.20$) i majke ili skrbnice ($r = -.20$) te brojem ukućana ($r = -.15$). Zanimarivanje statistički značajno pozitivno korelira s prisutnosti psihičke bolesti sudionika ($r = .25$), zloupotrebom alkohola od strane roditelja ($r = .22$) i psihičkom bolesti roditelja ($r = .29$) te neuroticizmom ($r = .29$), dok statistički značajno negativno korelira sa stupnjem obrazovanja oca ili skrbnika ($r = -.11$).

Nadalje, osjećaj koherentnosti statistički značajno pozitivno korelira s dobi ($r = 0.14$), radnim statusom ($r = .16$) i statusom veze ($r = .17$), dok statistički značajno negativno korelira s prisutnosti psihičke bolesti kod sudionika ($r = -.24$), zloupotrebom alkohola od strane roditelja ($r = -.11$) i psihičkom bolesti roditelja ($r = -.15$) te visoko negativno korelira s dimenzijom neuroticizma ($r = -.71$). Dimenzija razumljivosti također statistički značajno korelira s prethodno navedenim sociodemografskim varijablama pri čemu je dobivena najviša povezanost s neuroticizmom ($r = -.62$). Dimenzija sposobnosti upravljanja statistički značajno pozitivno korelira sa stupnjem obrazovanja oca ili skrbnika ($r = .11$) i radnim statusom ($r = .14$), dok statistički značajno negativno korelira s prisutnosti psihičke bolesti kod sudionika ($r = -.25$), zloupotrebom alkohola od strane roditelja ($r = -.12$) i prisutnosti psihičke bolesti kod

roditelja ($r = -.16$) te neuroticizmom ($r = -.73$). Dimenzija smislenosti statistički značajno pozitivno korelira sa statusom veze sudionika ($r = .19$) i brojem ukućana ($r = .12$), dok statistički značajno negativno korelira s prisutnosti psihičke bolesti kod sudionika ($r = -.19$) te neuroticizmom ($r = -.50$).

U Tablici 2 također je vidljivo kako je koeficijent korelacije između ukupnog zlostavljanja u djetinjstvu i tjelesnih simptoma u odrasloj dobi statistički značajan, pozitivan i srednje vrijednosti ($r = .31$). Pojedini oblici zlostavljanja također su statistički značajno pozitivno povezani s tjelesnim simptomima u odrasloj dobi te se dobiveni koeficijenti korelacija kreću u rasponu srednjih vrijednosti, pri čemu najveću pozitivnu povezanost s kriterijem ima zanemarivanje ($r = .34$).

Osim toga, dobiveni su statistički značajni negativni koeficijenti korelacije između osjećaja koherentnosti i tjelesnih simptoma ($r = -.45$) te pojedinih dimenzija osjećaja koherentnosti i tjelesnih simptoma u odrasloj dobi, koji se kreću u rasponu srednjih vrijednosti pri čemu najveću negativnu povezanost s kriterijem ima dimenzija sposobnost upravljanja ($r = -.44$).

Nadalje, dobivene su statistički značajne negativne korelacije između ukupnog zlostavljanja u djetinjstvu i osjećaja koherentnosti ($r = -.36$) te između pojedinih oblika zlostavljanja u djetinjstvu i dimenzija osjećaja koherentnosti koje su približno jednake i u rasponu srednjih vrijednosti, pri čemu je najveća povezanost između emocionalnog zlostavljanja i sposobnosti upravljanja ($r = -.31$) te emocionalnog zlostavljanja i smislenosti ($r = -.27$).

S obzirom na dobivene rezultate i postavljene hipoteze istraživanja, sljedeće se ispitaio izravan doprinos zlostavljanja u djetinjstvu javljanju tjelesnih simptoma u odrasloj dobi, primjenom hijerarhijske regresijske analize. Pri tome, kontrolirali su se efekti onih sociodemografskih varijabli koje statistički značajno koreliraju s varijablama od interesa te neuroticizma. Stoga suprediktori bili spomenute sociodemografske varijable, neuroticizam i ukupno zlostavljanje u djetinjstvu, a tjelesni simptomi kriterij. U prvom koraku uvrštene su sociodemografske varijable, u drugom koraku neuroticizam, a u trećem zlostavljanje u djetinjstvu. Prije prikaza rezultata, potrebno je napomenuti kako je provjerom modela utvrđena nezavisnost reziduala, odnosno, vrijednost Durbin-Watson testa iznosi 2.150 te je u okvirima preporučenih (Ivanec i sur., 2012). Rezultati hijerarhijske regresijske analize prikazani su u Tablici 3.

Tablica 3 Rezultati hijerarhijske regresijske analize kod ispitivanja izravnog doprinosa ukupnog zlostavljanja javljanju tjelesnih simptoma u odrasloj dobi (N = 362).

| Prediktori | Tjelesni simptomi u odrasloj dobi | | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|-----------------|---------|-------|
| | R ² | ΔR ² | ΔF | B |
| 1. korak | .11 | | 5.17** | |
| Spol | | | | .14** |
| Obrazovanje oca | | | | .13* |
| Obrazovanje majke | | | | .01 |
| Broj ukućana | | | | .06 |
| Kronična bolest | | | | .11* |
| Psihička bolest | | | | -.01 |
| Zloupotreba alkohola roditelja | | | | .02 |
| Psihička bolest roditelja | | | | .07 |
| 2. korak | .24 | .13 | 63.02** | |
| Neuroticizam | | | | .36** |
| 3. korak | .28 | .04 | 19.12** | |
| Zlostavljanje | | | | .27** |

Legenda: R² = ukupni doprinos objašnjennoj varijanci; ΔR² =doprinos pojedine grupe prediktora objašnjennoj varijanci; ΔF = vrijednost F-omjera za dodanu grupu prediktora; β = vrijednost standardiziranog regresijskog koeficijenta; **p*<.05; ***p*<.01.

Uvidom u Tablicu 3 vidljivo je kako su sociodemografske varijable značajno objasnile ukupno 11% varijance kriterija. Uvođenjem varijable neuroticizma u drugom koraku, dodatno je objašnjeno 13% varijance kriterijske varijable, dok je uvođenjem varijable ukupnog zlostavljanja u djetinjstvu, postotak ukupno objašnjene varijance tjelesni simptoma porastao za 4%. Postotak ukupno objašnjene varijance kriterija iznosi 28%. Na temelju vrijednosti beta koeficijenata sociodemografskih varijabli, vidljivo je kako su spol, obrazovanje oca i prisutnost kronične bolesti kod sudionika značajni pozitivni prediktori javljanja tjelesnih simptoma u odrasloj dobi, kao i dimenzija neuroticizma. Drugim riječima, žene izjavljuju o većoj zastupljenosti tjelesnih simptoma. Osim toga, veće obrazovanje oca, prisutnost kronične bolesti kod sudionika te viši rezultat na dimenziji neuroticizma doprinose javljanju tjelesnih simptoma u odrasloj dobi. Ukupno zlostavljanje u djetinjstvu također je značajan pozitivan prediktor javljanja tjelesnih simptoma u odrasloj dobi to jest, sudionici kod kojih je prisutna veća zastupljenost ukupnog zlostavljanja u djetinjstvu izvještavaju o većem broju tjelesnih simptoma u odrasloj dobi. S obzirom na to, prva hipoteza ovog istraživanja je potvrđena.

Zatim se ispitivao doprinos pojedinih oblika zlostavljanja u djetinjstvu javljanju tjelesnih simptoma u odrasloj dobi kako bi se utvrdilo koji oblik zlostavljanja ima značajan

efekt na javljanje tjelesnih simptoma. U tu svrhu također je korištena korištena hijerarhijska regresijska analiza u kojoj su prediktori bili sociodemografske varijable, neuroticizam te pojedini oblici zlostavljanja, a kriterij tjelesni simptomi. U prvom koraku uvrštene su sociodemografske varijable, u drugom neuroticizam, a u trećem fizičko i emocionalno zlostavljanje te zanemarivanje. Provjerom modela utvrđena je nezavisnost reziduala – vrijednost Durbin-Watson testa iznosi 2.137 te je u okvirima preporučenih (Ivanec i sur., 2012). Dobiveni rezultati prikazani su u Tablici 4.

Tablica 4 Rezultati hijerarhijske regresijske analize kod ispitivanja izravnog doprinosa pojedinih oblika zlostavljanja javljanju tjelesnih simptoma u odrasloj dobi (N = 362).

| Prediktori | Tjelesni simptomi u odrasloj dobi | | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|-----------------|---------|-------|
| | R ² | ΔR ² | ΔF | B |
| 1. korak | .12 | | 4.39** | |
| Dob | | | | -.05 |
| Spol | | | | .14** |
| Obrazovanje | | | | -.001 |
| Obrazovanje oca | | | | .13* |
| Obrazovanje majke | | | | -.02 |
| Radni status | | | | .02 |
| Broj ukućana | | | | .06 |
| Kronična bolest | | | | .12* |
| Psihička bolest | | | | -.001 |
| Zloupotreba alkohola roditelja | | | | .02 |
| Psihička bolest roditelja | | | | .04 |
| 2.korak | .24 | .12 | 56.86** | |
| Neuroticizam | | | | .34** |
| 3. korak | .29 | .05 | 7.89** | |
| Fizičko zlostavljanje | | | | -.02 |
| Emocionalno zlostavljanje | | | | .13 |
| Zanemarivanje | | | | .17** |

Legenda: R² = ukupni doprinos objašnjenjivosti varijanci; ΔR² =doprinos pojedine grupe prediktora objašnjenjivosti varijanci; ΔF = vrijednost F-omjera za dodanu grupu prediktora; β = vrijednost standardiziranog regresijskog koeficijenta; **p*<.05; ***p*<.01.

Iz Tablice 4 vidljivo je kako su sociodemografske varijable u prvom koraku objasnile 12% varijance, dok je uvođenjem varijable neuroticizma u drugom koraku dodatno objašnjeno 12% varijance kriterija. Uvođenjem pojedinih oblika zlostavljanja u djetinjstvu u trećem koraku, postotak ukupno objašnjene varijance porastao je za 5%. Postotak ukupno objašnjene varijance kriterija iznosi 29%. Kao u prethodnoj hijerarhijskoj regresijskoj analizi, vidljivo je kako su spol, obrazovanje oca i prisutnost kronične bolesti kod sudionika značajni pozitivni

prediktori javljanja tjelesnih simptoma u odrasloj dobi. Neuroticizam je također značajan pozitivan prediktor javljanja tjelesnih simptoma. Od svih oblika zlostavljanja u djetinjstvu, pokazalo se kako je jedino zanemarivanje značajan pozitivan prediktor javljanja tjelesnih simptoma. Drugim riječima, sudionici kod kojih je veća zastupljenost zanemarivanja u djetinjstvu izvijestili su o većem broju tjelesnih simptoma u odrasloj dobi. Time je druga hipoteza ovog istraživanja djelomično potvrđena.

U nastavku obrade cilj je bio ispitati moderatorski efekt osjećaja koherentnosti na odnos između zlostavljanja u djetinjstvu i tjelesnih simptoma u odrasloj dobi. U tu se svrhu primjenila višestruka regresijska analiza. Prije provedbe potrebnih analiza, sve prediktorske varijable bile su centrirane kako bi se smanjio rizik od multikolinearnosti (Field, 2009). U prvom koraku analize uvrštene su sociodemografske varijable, u drugom neuroticizam, u trećem ukupno zlostavljanje u djetinjstvu, u četvrtom osjećaj koherentnosti, te u petom interakcija između ukupnog zlostavljanja u djetinjstvu i osjećaja koherentnosti. Rezultati ove analize prikazani su u Tablici 5.

Tablica 5 Rezultati višestruke regresijske analize kod ispitivanja moderatorskog efekta osjećaja koherentnosti na odnos između ukupnog zlostavljanja u djetinjstvu i tjelesnih simptoma u odrasloj dobi (N = 362).

| Prediktori | Tjelesni simptomi u odrasloj dobi | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------|---------|--------|
| | R ² | ΔR ² | ΔF | B |
| 1. korak | .12 | | 4.39** | |
| Dob | | | | -.06 |
| Spol | | | | .14** |
| Obrazovanje oca | | | | -.11 |
| Obrazovanje majke | | | | .12* |
| Radni status | | | | .00 |
| Status veze | | | | .02 |
| Broj ukućana | | | | .04 |
| Kronična bolest | | | | .14** |
| Psihička bolest | | | | -.02 |
| Zloupotreba alkohola roditelja | | | | .05 |
| Psihička bolest roditelja | | | | .06 |
| 2.korak | .24 | .12 | 56.92** | |
| Neuroticizam | | | | .20** |
| 3. korak | .28 | .04 | 18.84** | |
| Zlostavljanje | | | | .16** |
| 4. korak | .31 | .03 | 13.90** | |
| Osjećaj koherentnosti | | | | -.24** |
| 5. korak | .32 | .004 | 2.20 | |
| Zlostavljanje x osjećaj koherentnosti | | | | -.07 |

Legenda: R² = ukupni doprinos objašnjenjivosti varijanci; ΔR² =doprinos pojedine grupe prediktora objašnjenjivosti varijanci; ΔF = vrijednost F-omjera za dodanu grupu prediktora; β = vrijednost standardiziranog regresijskog koeficijenta; **p*<.05; ***p*<.01.

Iz Tablice 5 vidljivo je kako su sociodemografske varijable objasnile 12% ukupne varijance kriterije, dok je uvođenjem dimenzije neuroticizma postotak ukupno objašnjene varijance porastao za 12%. Uvođenjem ukupnog zlostavljanja u trećem koraku, dodatno je objašnjeno 4% ukupne varijance kriterija. Varijabla osjećaja koherentnosti objasnila dodatnih 3% ukupne varijance kriterija te je statistički značajan negativan prediktor javljanja tjelesnih simptoma u odrasloj dobi. Drugim riječima, sudionici kod kojih je manje zastupljen osjećaj koherentnosti izvijestili su o većem broju tjelesnih simptoma u odrasloj dobi. Međutim, efekti interakcije između ukupnog zlostavljanja u djetinjstvu i osjećaja koherentnosti, uvršteni u posljednji korak analize, nisu se pokazali značajnima što govori kako osjećaj koherentnosti nije

moderator odnosa između zlostavljanja u djetinjstvu i tjelesnih simptoma u odrasloj dobi. S obzirom na dobivene rezultate, treća hipoteza ovog istraživanja nije potvrđena.

Zatim su se ispitivali moderatorski efekti dimenzija osjećaja koherentnosti na odnos između ukupnog zlostavljanja u djetinjstvu i tjelesnih simptoma u odrasloj dobi. U ovoj su analizi također sve varijable prethodno centrirane. U prvom koraku uvrštene su sociodemografske varijable, u drugom neuroticizam, u trećem ukupno zlostavljanje u djetinjstvu, u četvrtom pojedine dimenzije osjećaja koherentnosti, te u petom interakcije između ukupnog zlostavljanja u djetinjstvu i pojedinih dimenzija osjećaja koherentnosti. Rezultati su prikazani u Tablici 6.

Tablica 6. Rezultati regresijske analize u kojoj su se ispitivali moderatorski efekti dimenzija osjećaja koherentnosti na odnos između ukupnog zlostavljanja u djetinjstvu i tjelesnih simptoma u odrasloj dobi (N = 362).

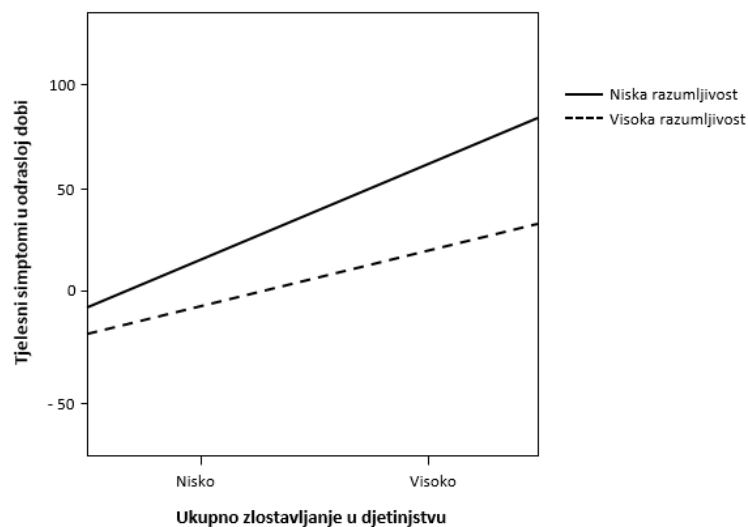
| Tjelesni simptomi u odrasloj dobi | | | | |
|--|----------------|-----------------|---------|--------|
| Prediktori | R ² | ΔR ² | ΔF | B |
| 1. korak | .12 | | 4.01** | |
| Dob | | | | -.07 |
| Spol | | | | .13** |
| Obrazovanje | | | | .02 |
| Obrazovanje oca | | | | .11* |
| Obrazovanje majke | | | | .003 |
| Radni status | | | | .008 |
| Status veze | | | | .04 |
| Broj ukućana | | | | .02 |
| Kronična bolest | | | | .15** |
| Psihička bolest | | | | .00 |
| Zloupotreba alkohola roditelja | | | | .04 |
| Psihička bolest roditelja | | | | .04 |
| 2.korak | .24 | .12 | 56.80** | |
| Neuroticizam | | | | .17* |
| 3. korak | .28 | .04 | 18.84** | |
| Zlostavljanje | | | | .17** |
| 4. korak | .31 | .03 | 5.03** | |
| Razumljivost | | | | -.11 |
| Sposobnost upravljanja | | | | -.16 |
| Smislenost | | | | -.02 |
| 5. korak | .33 | .02 | 2.78* | |
| Zlostavljanje x razumljivost | | | | -.22** |
| Zlostostavljanje x sposobnost upravlj. | | | | .12 |
| Zlostavljanje x smislenost | | | | .02 |

Legenda: R² = ukupni doprinos objašnjenjanoj varijanci; ΔR² =doprinos pojedine grupe prediktora objašnjenjanoj varijanci; ΔF = vrijednost F-omjera za dodanu grupu prediktora; β = vrijednost standardiziranog regresijskog koeficijenta; **p*<.05; ***p*<.01.

Iz Tablice 6 vidljivo je kako sociodemografske varijable u prvom koraku objašnjavaju 12% ukupne varijance kriterija, dok je uvođenjem neuroticizma u drugom koraku postotak ukupno objašnjene varijance porastao za 12%. Uvođenjem zlostavljanja u djetinjstvu, dodatno je objašnjeno 4% varijance, dok pojedine dimenzije osjećaja koherentnosti objašnjavaju dodatnih 3% ukupne varijance kriterija. Od svih ispitivanih interakcijskih efekata, jedino se interakcija između dimenzije razumljivosti i ukupnog zlostavljanja u djetinjstvu pokazala značajnom. To ukazuje kako je dimenzija razumljivosti značajan moderator odnosa između

traume u djetinjstvu i tjelesnih simptoma u odrasloj dobi. S obzirom na to, može se reći kako je posljednja hipoteza djelomično potvrđena.

U svrhu većeg razumijevanja dobivenog moderatorskog efekta, statistički značajna interakcija između ukupnog zlostavljanja u djetinjstvu i dimenzije razumljivosti na javljanje tjelesnih simptoma grafički je prikazana na Slici 1.



Slika 1. Efekti interakcije ukupnog zlostavljanja u djetinjstvu i dimenzije razumljivosti na javljanje tjelesnih simptoma u odrasloj dobi.

Na Slici 1 je vidljivo kako je broj tjelesnih simptoma najveći kod osoba kod kojih je ukupno zlostavljanje u djetinjstvu visoko zastupljeno i koje imaju nisko razvijenu dimenziju razumljivosti. U odnosu na to, najmanji broj tjelesnih simptoma prisutan je kod osoba kod kojih je ukupno zlostavljanje nisko zastupljeno i koje imaju visoko razvijenu dimenziju razumljivosti. Također je uočljiva razlika u broju tjelesnih simptoma kod osoba visoko zastupljenog ukupnog zlostavljanja u djetinjstvu, ovisno o zastupljenosti dimenzije razumljivosti, to jest, manji je broj tjelesnih simptoma kod osoba visokog zlostavljanja u djetinjstvu i visoke dimenzije razumljivosti, nego kod osoba visokog zlostavljanja u djetinjstvu, ali niske razumljivosti.

5. Rasprava

Brojna su se istraživanja bavila odnosom između traume u djetinjstvu i tjelesnih simptoma u odrasloj dobi. Rezultati ovakvih istraživanja uglavnom su suglasni i upućuju na pozitivan odnos ovih konstrukata. S obzirom na to, sve je veći fokus na ispitivanju i utvrđivanju zaštitnih faktora koji bi mogli ublažiti djelovanje traume u djetinjstvu na fizičko i mentalno zdravlje pojedinca. Jedan od takvih faktora je osjećaj koherentnosti i stoga je cilj ovog rada bio ispitati odnos traume u djetinjstvu, osjećaja koherentnosti i tjelesnih simptoma u odrasloj dobi.

Prvim problemom istraživanja nastojala se ispitati mogućnost predviđanja tjelesnih simptoma u odrasloj dobi temeljem zastupljenosti traume u djetinjstvu (fizičkog i emocionalnog zlostavljanja te zanemarivanja), nakon kontrole sociodemografskih varijabli i efekata neuroticizma. Hipotezom je pretpostavljeno kako će trauma u djetinjstvu, nakon kontrole sociodemografskih varijabli i efekata neuroticizma, imati značajan doprinos javljanju tjelesnih simptoma u odrasloj dobi. Pri tome, konstrukt traume u djetinjstvu operacionaliziran je, prvo, kao ukupno zlostavljanje doživljeno u djetinjstvu i, drugo, kao pojedini oblici zlostavljanja odnosno, fizičko i emocionalno zlostavljanje te zanemarivanje. Prva hipoteza je potvrđena budući da se ukupno zlostavljanje u djetinjstvu pokazalo kao statistički značajan pozitivni prediktor javljanja tjelesnih simptoma u odrasloj dobi, odnosno, osobe kod kojih je prisutna veća zastupljenost ukupnog zlostavljanja u djetinjstvu izvijestile su o većem broju tjelesnih simptoma u odrasloj dobi. Dobiveni rezultati u skladu su s istraživanjem Bachmann, Moeller i Moeller (1993) koje pokazuje kako osobe koje su doživjele traumu u djetinjstvu imaju izražene tjelesne simptome poput gastrointestinalnih smetnji i ponavljajućih glavobolja. Također, istraživanje Halligana i suradnika (2003), provedeno na nekliničkom uzorku žena, ukazuje kako je zlostavljanje u djetinjstvu snažan prediktor tjelesnih simptoma u odrasloj dobi.

Kao jedno od objašnjenja tome, autori navode psihološke teorije razvoja koje naglašavaju važnost pozitivnih i podržavajućih ranih iskustava u svrhu ostvarivanja razvojnih zadataka i optimalnog funkcioniranja. Suprotno tome, zlostavljanje može značajno narušiti zdravi tijek razvoja i dovesti do psiholoških teškoća i slabije brige o sebi te povećanog repertoara neadaptivnih ponašanja, posljedica čega može biti, dugoročno gledano, javljanje tjelesnih simptoma u odrasloj dobi. Također, jedna od spomenutih psiholoških teškoća može biti povećana anksioznost za koju je karakteristična usmjerenost na tjelesne senzacije i doživljavanje tjelesnih simptoma koji ne moraju nužno imati organsku osnovu.

Nadalje, kognitivno poimanje sebe kod djece je vrlo konkretno, to jest, osjećaj pojma o sebi, “*self*”, temelji se na tjelesnom integritetu. Prema tome, zlostavljano dijete će psihološke posljedice zlostavljanja, posebno emocionalne posljedice (npr. anksioznost i/ili depresivnost), najčešće interpretirati kao tjelesnu manifestaciju (npr. glavobolja, mučnina i sl.), jer nije na razvojnom stadiju kada može jasno definirati kako se osjeća (Friedrich i Schafer, 1995). Takvo rano iskustvo može postati temelj za potiskivanje neugodnih emocija, što u kombinaciji s prethodno spomenutim neadaptivnim ponašanjima i slabijom brigom o sebi, može rezultirati javljanjem različitih tjelesnih simptoma u odrasloj dobi. Ipak, potiskivanje ne mora biti uvijek prisutno. Osoba koja je doživjela zlostavljanje može kroz vrijeme početi osjećati snažne i jasne emocije vezane uz taj događaj, točnije krivnju i sram. Naime, Kealy i sur. (2018) navode kako se nakon doživljene traume u djetinjstvu javljaju intenzivna afektivna stanja poput srama i krivnje pri čemu osoba sebe vidi kao neadekvatnu, nemoćnu i nevoljenu. Posljedica toga je afektivna preplavljenost što onemogućava osobu da procesira svoje emocije koje potom mogu “isplivati” u obliku tjelesnih simptoma.

Prvim problemom se također ispitala mogućnost predviđanja tjelesnih simptoma temeljem zastupljenosti fizičkog i emocionalnog zlostavljanja te zanemarivanja u djetinjstvu, nakon kontrole sociodemografski varijabli i efekata neuroticizma. Očekivalo se kako će visoka zastupljenost fizičkog i emocionalnog zlostavljanja te zanemarivanja u djetinjstvu, nakon kontrole sociodemografskih varijabli i efekata neuroticizma, doprinijeti visokoj zastupljenosti tjelesnih simptoma u odrasloj dobi. Ova hipoteza je djelomično potvrđena, odnosno, dobiveno je da jedino zanemarivanje u djetinjstvu statistički značajno doprinosi javljanju tjelesnih simptoma u odrasloj dobi, što je u skladu s istraživanjem Halligana i suradnika (2003) gdje je dobiveno kako pacijenti s izraženim tjelesnim simptomima češće izjavljuju o zanemarivanju od strane roditelja točnije, o selektivnoj brizi. Drugim riječima, roditelji su im pružili fizičku njegu, no ne i emocionalnu brigu i podršku te su odrastali u hladnom interpersonalnom okruženju. U takvom obiteljskom okruženju, veća je vjerojatnost da roditelji nisu dijete poučili razumijevanju emocija i strategijama suočavanja sa stresom zbog čega zanemareno dijete može odrasti u emocionalno inhibiranu osobu i, kao posljedica toga, može se javiti izbjegavanje i potiskivanje neugodnih emocija vezanih uz doživljeno zanemarivanje, što se poslije može manifestirati u obliku različitih tjelesnih simptoma. To potvrđuju novija istraživanja koja su se bavila mehanizmima u podlozi traume u djetinjstvu na javljanje tjelesnih simptoma u odrasloj dobi (Abbass i sur., 2014). Naime, uočena je prisutnost aleksitimije, kognitivnog deficita kojeg karakterizira nemogućnost prepoznavanja i razumijevanja vlastitih i tuđih emocija, kod

pojedinaца koji su doživjeli zanemarivanje u djetinjstvu. Također je uočeno kako su se takvi pojedinci skloni fokusirati na tjelesne senzacije vezane uz emociju koju doživljavaju, a ne na samu emociju budući da je ne znaju identificirati i verbalno objasniti.

Nadalje, iznenađujući su rezultati koji pokazuju da fizičko i emocionalno zlostavljanje u djetinjstvu pojedinačno ne doprinose javljanju tjelesnih simptoma u odrasloj dob. Jedno od objašnjenja tome može biti kompleksna priroda zlostavljanja, odnosno, nemogućnost odvajanja ovih oblika zlostavljanja kao zasebnih pojava (Briere i sur., 1996). Naime, zanemarivanje često nije izolirano od preostalih oblika zlostavljanja. Točnije, svi navedeni oblici zlostavljanje te zanemarivanje u životu djeteta često se pojavljuju zajedno, a dječje iskustvo je složenije od postojeće klasifikacije. Također, Briere i sur. (1996) ističu kako je emocionalno zlostavljanje prisutno kod svih oblika zlostavljanja i zanemarivanja. Konkretno, jedno od ponašanja za zanemarivanje u korištenom Upitniku zlostavljanja u djetinjstvu glasi “zatvarali su me nasamo na duže vrijeme” i kao takvo kod djeteta može proizvesti slična ili ista afektivna stanja kao emocionalno zlostavljanje (npr. da je nevoljeno, neželjeno, bezvrijedno). Nadalje, razlog zašto fizičko zlostavljanje ne doprinosi značajno javljanju tjelesnih simptoma također se može pripisati karakteristikama korištenog Upitnika. Naime, čestice za skalu fizičkog zlostavljanja mjere relativno rijetka ponašanja (npr. guranje niz stepenice, teško fizičko ozljeđivanje tako da je bio potreban liječnik) imajući u vidu uzorak ovog istraživanja, što se onda moglo odraziti na dobivene rezultate istraživanja.

Drugim problemom istraživanja nastojala se ispitati moderatorska uloga osjećaja koherentnosti i njegovih dimenzija na odnos između traume u djetinjstvu i tjelesnih simptoma u odrasloj dobi. Hipotezama je pretpostavljeno da osjećaj koherentnosti i njegove dimenzije moderiraju odnos između traume u djetinjstvu i tjelesnih simptoma u odrasloj dobi na način da će osobe visoko zastupljene traume u djetinjstvu i visokog osjećaja koherentnosti, odnosno, visoko zastupljenih dimenzija razumljivosti, sposobnosti upravljanja i smislenosti, imati manji broj tjelesnih simptoma u odnosu na osobe visoko zastupljene traume u djetinjstvu, ali niskog osjećaja koherentnosti, odnosno, nisko zastupljenih dimenzija razumljivosti, sposobnosti upravljanja i smislenosti. Osjećaj koherentnosti i njegove dimenzije sposobnost upravljanja i smislenost nisu se pokazali kao statistički značajni moderatori odnosa ukupnog zlostavljanja u djetinjstvu i tjelesnih simptoma u odrasloj dobi. U tom kontekstu, Hudek-Knežević i Kardum (2012) navode kako su problemi vezani uz operacionalizaciju konstrukta osjećaja koherentnosti i njegovih dimenzija najveća prepreka u istraživanju njegovih efekata na zdravlje osobe, što uključuje i javljanje tjelesnih simptoma u odrasloj dobi. Naime, Antonovsky (1990) je

naglašavao kako je ovaj konstrukt globalna orijentacija koja je situacijski uvjetovana dok je, s druge strane, smatrao kako se stabilizira nakon 30. godine života. Međutim, istraživanja pokazuju kako je osjećaj koherentnosti pod utjecajem stresnih događaja, uključujući bolesti i subjektivne tjelesne tegobe, i nakon 30. godine života odnosno, može se promijeniti i u odrasloj dobi. Dakle, nije sasvim jasna priroda odnosa osjećaja koherentnosti i zdravstvenih ishoda, kao niti stabilnost ovog konstrukta, što je moglo utjecati na rezultate u ovom istraživanju.

Sljedeće objašnjenje ovakvih rezultata može se pripisati tome što je osjećaj koherentnosti povezan s fiziološkim indikatorima zdravlja, poput razine glukoze u krvi (Lutgendorf i sur., 2001), razine stresnih hormona kortizola i prolaktina, višim krvnim tlakom i ukupnim kolesterolom (Lindfors i sur., 2005) zbog čega se može pretpostaviti kako ovaj konstrukt bolje objašnjava fiziološke pokazatelje zdravlja nego subjektivni doživljaj tjelesnih simptoma koji nemaju organsku osnovu, a koji su se ispitivali u ovome istraživanju. Nadalje, neznačajni rezultati dobiveni za dimenzije sposobnosti upravljanja i smislenosti mogu se pripisati nestabilnoj faktorskoj strukturi Upitnika životne orijentacije, jedinoj mjeri osjećaja koherentnosti i njegovih dimenzija. Prethodne strukturalne provjere upitnika većinom ne potvrđuju trofaktorsku strukturu (Antonovsky, 1993) jer su interkorelacije dimenzija uglavnom visoke i dolazi do međusobnog preklapanja. Drugim riječima, dimenzije osjećaja koherentnosti predstavljaju osobine koje su u stvarnosti isprepletene. Primjerice, osoba koja može racionalno sagledati situaciju (*dimenzija razumljivosti*), vjerojatno će primijeniti to znanje za suočavanje sa situacijom (*dimenzija sposobnosti upravljanja*) i pronaći smisla u tome što čini (*dimenzija smislenosti*). Takvo međusobno preklapanje znatno otežava objašnjenje mehanizama u podlozi same dimenzije smislenosti i samim time istraživanje efekata ove dimenzije na druge konstrukte, kao što je javljanje tjelesnih simptoma u odrasloj dobi.

Nadalje, dobiveno je kako dimenzija razumljivosti ima statistički značajan moderatorski efekt na odnos između ukupnog zlostavljanja u djetinjstvu i tjelesnih simptoma u odrasloj dobi. Točnije, kod osoba s visokim ukupnim zlostavljanjem u djetinjstvu i visokom dimenzijom razumljivosti prisutan je manji broj tjelesnih simptoma u odnosu na osobe visoko zastupljenog ukupnog zlostavljanja, ali niske razumljivosti. U tom kontekstu, Antonovsky (1987) navodi kako je dimenzija razumljivosti najvažnija komponenta osjećaja koherentnosti, koja uključuje traganje za informacijama i kognitivnu procjenu situacije, te da je naročito važna kada osoba ništa ne može učiniti da bi promijenila situaciju, nego je treba prihvatiti. Jedna od takvih situacija može biti upravo traumatsko iskustvo te će osoba s izraženom dimenzijom razumljivosti nastojati sebi objasniti takvo iskustvo, realno ga sagledati, suočiti se s

posljedicama i prihvatiti ono što se dogodilo, što bi moglo imati blagotvorno djelovanje na mentalno i fizičko zdravlje, uključujući javljanje tjelesnih simptoma. Naime, u istraživanju Jones i sur. (2000) uočeno je kako procjena stresnih situacija manje prijetećima dovodi do smanjene neuroendokrine aktivnosti koja doprinosi boljem zdravu i dužem životnom vijeku. U prilog tome ide istraživanje Strang i Stranga (2001) u kojem je na uzorku sudionika s tumorom mozga dobiveno kako najznačajniju ulogu u suočavanju s bolesti ima dimenzija razumljivosti.

6. Ograničenja i implikacije istraživanja

Jedno od ograničenja ovog istraživanja je prigodan uzorak i to što su većinu sudionika činile osobe ženskog spola čime je onemogućeno ispitivanje spolnih razlika i generalizacija rezultata. Naime, većinu prethodnih istraživanja ove problematike također su činili ženski sudionici te ne postoji dovoljno konzistentnih rezultata o ispitivanim konstruktima za muškarce. Stoga bi se u budućim istraživanjima više pažnje trebalo posvetiti prikupljanju podataka i nastojanju da broj između muškaraca i žena bude podjednak, kako bi se ispitivani efekti mogli promatrati za različite skupine sudionika.

Sljedeće ograničenje je osjetljivost teme istraživanja. Zlostavljanje i zanemarivanje u djetinjstvu je područje u kojemu iznimnu važnost ima definicija predmeta mjerenja i korištena metodologija. U tom kontekstu, još uvijek ne postoji jednoglasna definicija zlostavljanja s kojom se slažu svi istraživači i sustav socijalne skrbi, zbog čega je znatno otežana usporedba rezultata. Nadalje, metodološko ograničenje može biti relativno mali broj uključenih ponašanja za pojedine skale Upitnika zlostavljanja u djetinjstvu, pri čemu neka od njih nisu toliko indikativna. Primjerice, ponašanja za skalu emocionalnog zlostavljanja uključuju “vikanje” ili “zabranjivanje”, što samo po sebi ne mora biti znak emocionalnog zlostavljanja, već relativno uobičajena ponašanja koja su ponekad neizbježna. S druge strane, ponašanja za skalu fizičkog zlostavljanja uključuju “bacanje niz stepenice” i “zadavanje teških ozlijezda da je bio potreban liječnik” i poprilično su rijetka, posebno ako se istraživanje provodi na skupinama koje nisu visoko rizične, kao što je bilo u ovom istraživanju. Stoga bi se u budućim istraživanjima trebale koristiti indikativnije čestice za pojedine oblike zlostavljanja u djetinjstvu kako bi njihovi efekti na različite varijable bili jasniji.

Nadalje, u području zlostavljanja i zanemarivanja u djetinjstvu dobiveni rezultati uvelike ovise o načinu provođenja istraživanja. Ovo istraživanje provedeno je putem interneta

te je, iako se radi o ekonomičnom i relativno brzom postupku, sudionicima znatno olakšano odbijanje sudjelovanja. Naime, upitnik ispituje iznimno osobne informacije i samim time može proizvesti određenu posttraumatsku reakciju kod sudionika koji su doživjeli zlostavljanje i zanemarivanje u djetinjstvu. Drugim riječima, moglo se dogoditi da su istraživanju bile sklonije osobe koje nisu doživjele zlostavljanje u djetinjstvu ili su ga doživjele u blažem obliku, dok osobe kod kojih je zlostavljanje zaista visoko zastupljeno, nisu htjele sudjelovati u istraživanju.

Osim toga, odgovori na pitanja upitnika mogu biti socijalno nepoželjni i postoji vjerojatnost da sudionik daje lažne odgovore u svrhu samozaštite, kako bi izbjegao potencijalno neugodne reakcije drugih ljudi kao što su zgražanje, sažalijevanje ili čak odbacivanje. Nadalje, s obzirom da se radi o retrospektivnom ispitivanju zlostavljanja i zanemarivanja u djetinjstvu, moguće su distorzije u prisjećanju; neki sudionici se možda nisu dosjetili određenih događaja iz djetinjstva u trenutku odgovaranja, dok su drugi mogli pretjerano i možda iskrivljeno izvještavati o negativnim događajima jer, primjerice, trenutno imaju više problema u životu. Stoga bi, idealno gledano, za ovu problematiku trebalo provesti longitudinalno istraživanje zlostavljanja na visoko rizičnim kohortama, pri čemu bi se koristili podaci iz više izvora, što bi omogućilo konzistentno praćenje efekata zlostavljanja u različitim vremenskim točkama.

Metodološko ograničenje ovog istraživanja je i korišten Upitnik životne orijentacije za ispitivanje osjećaja koherentnosti i njegovih dimenzija. Naime, zbog postojanja snažne povezanosti između pojedinih dimenzija osjećaja koherentnosti i međusobnog preklapanja, teško je izdvojiti efekte pojedinačnih dimenzija i ispitati njihov odnos s različitim varijablama. Stoga, autor upitnika Antonovsky (1987) smatra kako bi se u istraživanjima trebao koristiti samo ukupan rezultat za osjećaj koherentnosti, a ne pojedinačni rezultati za svaku dimenziju, u svrhu boljeg razumijevanja mehanizama u podlozi osjećaja koherentnosti koji djeluju na različite varijable, kao što su trauma u djetinjstvu i tjelesni simptomi u odrasloj dobi.

7. Zaključak

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati odnos traume u djetinjstvu, osjećaja koherentnosti i tjelesnih simptoma u odrasloj dobi. Utvrđeno je kako veća zastupljenost ukupnog zlostavljanja, koje predstavlja traumu u djetinjstvu, doprinosi većem broju tjelesnih simptoma u odrasloj dobi. Od svih oblika zlostavljanja, utvrđeno je kako jedino zanemarivanje u djetinjstvu doprinosi većem broju tjelesnih simptoma u odrasloj dobi. Osjećaj koherentnosti nije se pokazao kao moderator odnosa traume u djetinjstvu i tjelesnih simptoma u odrasloj dobi, dok se od svih dimenzija osjećaja koherentnosti, jedino dimenzija razumljivosti pokazala kao značajan moderator odnosa ukupnog zlostavljanja u djetinjstvu i tjelesnih simptoma u odrasloj dobi. Drugim riječima, najveći broj tjelesnih simptoma zabilježen je kod osoba visoko zastupljenog zlostavljanja u djetinjstvu i nisko razvijene dimenzije razumljivosti.

Buduća istraživanja trebala bi dodatno ispitati odnos pojedinih oblika zlostavljanja u djetinjstvu i tjelesnih simptoma u odrasloj dobi, što zahtjeva precizniju operacionalizaciju i definiciju zlostavljanja, indikativnije mjere ovog konstrukta i longitudinalni način provedbe istraživanja. Također, potrebne su dodatne mjere za ispitivanje osjećaja koherentnosti i njegovih triju dimenzija s obzirom na to da je do sada korišten samo Upitnik životne orijentacije kojim je otežano razlikovanje ovih triju dimenzija i samim time razumijevanje mehanizama u njihovoj podlozi koji djeluju na odnos s različitim varijablama, kao što su zlostavljanje u djetinjstvu i tjelesni simptomi u odrasloj dobi.

Literatura

- Abbass, A. A., Joyce, A. S. i Ogradniczuk, J. S. (2014). Childhood Maltreatment and Somatic Complaints among Adult Psychiatric Outpatients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83 (5), 322-324.
- Ahern, D. K., Barsky, A. J., Schulz, M. S. i Waldinger, R. J. (2005). Mapping the Road From Childhood Trauma to Adult Sommatization: The Role of Attachment. *Psychosomatic Medicine*, 68 (1), 129-135.
- Amirkhan, J. H. i Greaves, H. (2003). Sense of Coherence and Stress: The Mechanics of a Healthy Disposition. *Psychology & Health*, 18 (1), 31-62.
- Antonovsky, A. (1987). *Unravelling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1990). Personality and health: Testing the sense of coherence model. U: H.S. Friedman (Ur.), *Personality and disease* (155-177). New York: Wiley.
- Antonovsky, A. (1991). The structural sources of salutogenic strengths. U: C.L. Cooper i R. Payne (Ur.), *Personality and stress: Individual differences in the stress process*, (67 104). Chichester: Wiley.
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science Medicine*, 36, 725-733.
- Attia, M. S., Kamel M. I. i Youssef, R. M. (1998). Children experiencing violence I: parental use of corporal punishment. *Child Abuse & Neglect*, 22 (10), 959-973.
- Aunola, K., Feldt, T., Leinonen, R., Read, S. i Ruoppila, I. (2005). The Relationship Between Generalized Resistance Resources, Sense of Coherence, and Health Among Finnish People Aged 65-69. *European Psychologist*, 10 (1), 244-253.
- Bachmann, G. A., Moeller, J. R. i Moeller, T. P. (1993). The combined effects of physical, sexual, and emotional abuse during childhood: Long-term health consequences for women. *Child Abuse & Neglect*, 17 (5), 623-640.
- Bass, C. i Murphy, M. (1995). Somatoform and personality disorders: Syndromal comorbidity and overlapping developmental pathways. *Journal of Psychosomatic Research*, 39 (4), 403-427.

- Benet-Martínez, V. i John, O. P. (1998). Loc Cinco Grandes across cultures and ethnic groups: Multitrait-multimethod analyses of the Big Five in Spanish and English. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75 (3), 729-750.
- Berntsson, L. T. i Gustaffson, J. E. (2000). Determinants of psychosomatic complaints in Swedish schoolchildren aged seven to twelve years. *Scandinavian Journal of Public Health*, 28 (4), 283-293.
- Briere, J., Houskamp, B. M., Neumann, D. A. i Pollock, V. E. (1996). The Long-Term Sequelae of Childhood Sexual Abuse in Women: A Meta-Analytic Review. *Child Maltreatment*, 1 (1), 6-16.
- Brown, R. J., Schrag, A. i Trimble, M. R. (2005). Dissociation, Childhood Interpersonal Trauma, and Family Functioning in Patients With Somatization Disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 162 (5), 899-905.
- Caldirola, D., Doerr, H. i Gross, R. (1980). Borderline syndrome and incest in chronic pelvic pain patients. *Journal of Psychiatry Medicine*, 81 (10), 79-96.
- Carstents, J. A. i Spangenberg, J. J. (1997). Major Depression: A Breakdown in Sense of Coherence?. *Psychological Reports*, 80 (3), 1211-1220.
- Chilamkurti, C. i Milner, J. S. (1991). Physical Child Abuse Perpetrator Characteristics: A Review of the Literature. *Journal of Interpersonal Violence*, 6 (3), 345-366.
- Cohen, O. i Dekel, R. (2000). Sense of Coherence, Ways of Coping, and Well Being of Married and Divorced Mothers. *Contemporary Family Therapy*, 22 (1), 467-486.
- Dyregrov, A., Gjestad, R., Gupta, L. i Raundalen, M. (2002). Is the Culture Always Right?. *Traumatology*, 8 (3), 135-145.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using spss (and sex and drugs and rock' n' roll)*. London: SAGE Publications
- Flowe-Valencia, H. B. A., Green, C. R., Rosenblum, L. M. S. i Tait, A. R. (2001). The Role of Childhood and Adulthood Abuse Among Women Presenting for Chronic Pain Management. *The Clinical Journal of Pain*, 17 (4), 359-364.
- Friedrich, W. N. i Schafer, L. C. (1995). Somatic Symptoms in Sexually Abused Children. *Journal of Pediatric Psychology*, 20 (5), 661-670.

- Gans, R. O. B., de Jonge, P., Neeleman, J. i Rosmalen, J. G. M. (2007). The association between neuroticism and self-reported common somatic symptoms in a population cohort. *Journal of Psychosomatic Research*, 62 (3), 305-311.
- Goenjian, A., Pynoos, R. S. i Steinberg, A. M. (1996). Traumatic stress in childhood and adolescence: Recent developments and current controversies. U: A. C. McFarlane, A. B. A. van der Kolk i L. Weisaeth (Ur.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body and society*, (331-358). New York: Guilford Press.
- Gračanin, A., Hudek-Knežević, J. i Kardum, I. (2006). *Odnos crta ličnosti i stilova privrženosti različitim aspektima seksualnosti kod žena i muškaraca*. Psihologijske teme, 15 (1), 101-128.
- Halligan, S., Seremetis, S. V. Spertus, L., Yehuda, R. i Wong, C. M. (2003). Childhood abuse and neglect as predictors of psychological and physical symptoms in women presenting to a primary care practice. *Child Abuse and Neglect*, 27 (11), 1247-1258.
- Hanks, H., Hobbs, C. i Wynne, J. (1988). Early signs and recognition of sexual abuse in the preschool child. U: K. Browne, C. Davies i P. Stratton (Ur.), *Early prediction and prevention of child abuse*. Chichester: John Wiley.
- Hansson, K. i Nielsen, A. M. (2007). Associations between adolescents' health, stress and sense of coherence. *Stress & Health*, 23 (5), 331-341.
- Helenius, H., Multimaki, P., Nikolakaros, G., Parkkola, K., Ristkari, T., Salanterä, S. i Sourander, A. (2005). Sense of coherence among Finnish young men – A cross sectional study at military call up. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59 (6), 473-480.
- Hudek-Knežević, J. i Kardum, I. (2012). Osjećaj koherentnosti i tjelesno zdravlje. *Psihologijske teme*, 21 (2), 249-271.
- Ivanec, D., Kolesarić, V. i Petz, B. (2012). *Osnovne statističke metode za nematematičare*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Johnson, M. (2004). Approaching the salutogenesis of sense of coherence: The role of "active" self-esteem and coping. *British Journal of Health Psychology*, 9 (3), 419-432.
- Jones, I., Soderfeldt, B., Soderfeldt, M. i Ohlson, C. G. (2000). The impact of sense of coherence and high-demand/low-control job environment on self-reported health,

- burnout and psychophysiological stress indicators. *An International Journal of Work, Health and Organisations*, 14 (1), 1-15.
- Kalimo, R. i Vuori, J. (1990). Work and Sense of Coherence – Resources for Competence and Life Satisfaction. *Behavioral Medicine*, 16 (2), 76-89.
- Kaplan, C. A. i Thompson, A. E. (1999). Emotionally abused children presenting to child psychiatry clinics. *Child Abuse and Neglect*, 23 (2), 191-196.
- Karlović, A. (2000). *Validacija upitnika o zlostavljanju u djetinjstvu*. Diplomski rad. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet.
- Kealy, D., Ogrodniczuk, J. S., Rice, S. M. i Spidel, A. (2018). Childhood trauma and somatic symptoms among psychiatric outpatients: Investigating the role of shame and guilt. *Psychiatry Research*, 268 (1), 169-174.
- Kline, R. B. (1998). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York: Guilford Press.
- Lindfors, P., Lundberg, O. i Lundberg, U. (2005). Sense of coherence and biomarkers of health in 43 year-old women. *International Journal of Behavioral Medicine*, 12 (1), 98-102.
- Lutgendorf, S. K., Savage, M. V., Scanlan, J. M., Vitaliano, P.P. i Zhang, J. (2001). Sense of Coherence Buffers Relationship of Chronic Stress with Fasting Glucose Levels. *Journal of Behavioral Medicine*, 24 (1), 33-55.
- Marčinko, I. (2011). *Provjera prediktivne valjanosti različitih modela dobrobiti na zdravstvene ishode*. Doktorski rad. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet.
- Maslow, A. (1970). *Motivation and Personality*. New York: Harper & Row Publishers.
- McFarlane, A. C. i van der Kolk, B. (1996). Trauma and it's challenge to society. U: A. C. McFarlane, B. A. van der Kolk i L. Weisaeth (Ur.), *Traumatic stress* (211-215). New York: Guilford Press.
- Pennebaker J.W. (1982) *The Psychology of Physical Symptoms*. New York: Spreiger-Verlag.
- Profaca, B. (2016). Traumatizacija djece i mladih. *Ljetopis Socijalnog Rada*, 23 (3), 345-361.
- Putnam, F. W. (1997). *Dissociation in Children and Adolescents: A Developmental Perspective*. New York: Guilford Press.

Strang, S. i Strang, P. (2001). Spiritual thoughts, coping and sense of coherence in brain tumour patients and their spouses. *Palliative Medicine*, 15, 127-134.

Strumpfer, D. J. W. (1990). Salutogenesis: A New Paradigm. *South African Journal of Psychology*, 20 (4), 265-276.