

Odnos ličnosti, traume u djetinjstvu i mentalnog zdravlja odraslih

Ević, Ana Marija

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:142:890309>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-09**



Repository / Repozitorij:

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



Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku

Filozofski fakultet

Diplomski studij psihologije

Ana Marija Ević

**ODNOS LIČNOSTI, TRAUME U DJETINJSTVU I
MENTALNOG ZDRAVLJA ODRASLIH**

Diplomski rad

Mentor: doc. dr. sc. Ivana Marčinko

Osijek, 2020.

Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku

Filozofski fakultet Osijek

Odsjek za psihologiju

Diplomski studij psihologije

Ana Marija Ević

**ODNOS LIČNOSTI, TRAUME U DJETINJSTVU I
MENTALNOG ZDRAVLJA ODRASLIH**

Diplomski rad

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 i 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 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, 30. 10. 2020.



Ana Marija Ević, 0130266167

Odnos ličnosti, traume u djetinjstvu i mentalnog zdravlja odraslih

Cilj ovog istraživanja bio je utvrditi odnos između ličnosti, traume u djetinjstvu i mentalnog zdravlja odraslih. U istraživanju je sudjelovalo ukupno 454 odrasle osobe (210 muškaraca i 244 žene). U svrhu ispitivanja ličnosti koristio se Upitnik velikih pet crta ličnosti (John i Sarivastava, 1999), za ispitivanje emocionalnog i fizičkog zlostavljanja te zanemarivanja u djetinjstvu upotrijebljen je Upitnik o zlostavljanju u djetinjstvu (Karlović, 2001), a za utvrđivanje pozitivnog i negativnog mentalnog zdravlja te indeksa mentalnog zdravlja Inventar mentalnog zdravlja (Veit i Ware, 1983). Hijerarhijskim regresijskim analizama utvrđeno je kako osobine ličnosti imaju najveći doprinos objašnjenju općeg mentalnog zdravlja, kao i pozitivnog i negativnog mentalnog zdravlja. Nadalje, rezultati pokazuju kako su emocionalno zlostavljanje i zanemarivanje značajno povezani s mentalnim zdravljem odraslih. Mentalnom zdravlju muškaraca doprinosi nizak neuroticizam, niska otvorenost k iskustvu te nisko zanemarivanje u djetinjstvu, a mentalnom zdravlju žena nizak neuroticizam, visoka ekstraverzija i nisko zanemarivanje u djetinjstvu.

Ključne riječi: ličnost, trauma u djetinjstvu, mentalno zdravlje, spol

The relationship between personality, childhood trauma and mental health in adults

The aim of this study was to determine the relationship between personality, childhood trauma and mental health in adults. This study included a total of 454 adult participants (210 men and 244 women). Big Five Inventory (John i Sarivastava, 1999) was used for the purpose of personality examination, Childhood abuse questionnaire (Karlović, 2001) was employed for measurement of childhood trauma in the form of emotional and physical abuse and neglect while Mental Health Inventory (Veit i Ware, 1983) was used for assessment of participants' psychological distress, psychological well-being and mental health index. Hierarchical regressive analyses was used and it has shown that personality traits have the largest contribution to overall mental health as well as psychological distress and psychological well-being. Furthermore, the results indicate that childhood emotional abuse and neglect have a significant connection to adults' mental health. Mens' overall mental health is connected to low neuroticism, low openness to experience and low childhood neglect, and womens' overall mental health is connected to low neuroticism, high extraversion and low childhood neglect.

Keywords: personality, childhood trauma, mental health, gender

Sadržaj

1. Uvod.....	1
1.1. Spol i mentalno zdravlje	2
1.2. Ličnost	3
1.3. Ličnost i mentalno zdravlje	4
1.4. Trauma u djetinjstvu	7
1.5. Trauma u djetinjstvu i mentalno zdravlje	7
2. Cilj, problemi i hipoteze	9
2.1. Cilj	9
2.2. Problemi.....	9
2.3. Hipoteze.....	9
3. Metoda	10
3.1. Sudionici.....	10
3.2. Instrumenti.....	11
3.3. Postupak.....	12
4. Rezultati	13
5. Rasprava.....	22
5.1. Doprinos ličnosti i traume u djetinjstvu općem mentalnom zdravlju.....	23
5.2. Doprinos ličnosti i traume u djetinjstvu pozitivnom mentalnom zdravlju	24
5.3. Doprinos ličnosti i traume u djetinjstvu negativnom mentalnom zdravlju	25
5.4. Doprinos ličnosti i traume u djetinjstvu općem mentalnom zdravlju kod ženskog spola	
26	
5.5. Doprinos ličnosti i traume u djetinjstvu općem mentalnom zdravlju kod muškog spola	
27	
6. Nedostaci i prijedlozi za buduća istraživanja.....	28
7. Zaključak.....	29
8. Literatura.....	30

1. Uvod

Mentalno zdravlje stanje je dobrobiti u kojem pojedinac ostvaruje svoje potencijale, može se nositi s normalnim životnim stresom, može raditi produktivno i plodno te je sposoban pridonositi zajednici (WHO, 2014). Empirijski gledano, mentalno zdravlje i mentalna bolest nisu suprotni krajevi istog kontinuuma; kako bismo postigli istinsko zdravlje potrebno je i postići određene značajke mentalnog zdravlja uz iskorjenjivanje mentalne bolesti (Joshnloo i Nosratabadi, 2009). Prema ovom gledištu, mentalno zdravlje i mentalna bolest zasebni su ali i međusobno povezani konstrukti. Međutim, postoje neslaganja među istraživačima jer neki definiraju mentalno zdravlje i bolest kao dva pola istog kontinuuma. Keyes (2002) predlaže model mentalnog zdravlja koji, pored negativnih emocija i stanja, sadrži i pozitivne osjećaje i pozitivno životno funkcioniranje. Unutar tog modela mentalno zdravlje opisuje se kao napredovanje u životu, a nedostatak mentalnog zdravlja kao posustajanje u životu. Mentalno zdravlje možemo objasniti i tako da je ono naša sposobnost da se nosimo s izazovima, tj. da se unatoč stresorima i raznim nepovoljnim događajima u životu i dalje možemo vratiti na svoj životni put.

Mentalno zdravlje ključno je u današnjem društvu, ne samo kako bismo ostvarili naše težnje, zadovoljili potrebe i nosili se s okolinom, nego i kako bismo rasli i razvijali se, pridonosili prosperitetu i solidarnosti te povećali kvalitetu života (Anderson i sur., 2011). Prema procjenama više od 20 % odrasle populacije u Europi u bilo kojem trenutku pati od nekog problema mentalnog zdravlja (Silobrčić Radić, 2011). Često kronični tijek i visoka prevalencija mentalnih poremećaja kao i početak poremećaja u adolescenciji ili mlađoj odrasloj dobi, dovode do velikog ekonomskog opterećenja društva. Ukupni troškovi zbog mentalnih poremećaja iznose 3-4 % bruto nacionalnog dohotka zemalja (Silobrčić Radić, 2011). Narušeno mentalno zdravlje može pogoršati tjelesno zdravlje i obrnuto. Broj samoubojstava, što je jedan od pokazatelja ugroženosti mentalnog zdravlja, u mnogim je zemljama viši od broja poginulih u prometnim nesrećama (Silobrčić Radić, 2011). Postoji velika stigma prema mentalnim poremećajima, oni izazivaju veliku subjektivnu patnju i uvelike smanjuju kvalitetu života oboljelih, ali i njihovih obitelji i okoline (Silobrčić Radić, 2011).

Budući da mentalno zdravlje ima vrlo velik utjecaj ne samo na pojedinca, već i na njegovu okolinu i društvo općenito, potrebno je istražiti faktore koji utječu na njega kako bismo mogli usmjeriti prevenciju i tretman mentalnih poremećaja na ona područja koja se pokazuju kao

izrazito utjecajna. U ovom radu usmjerit ćemo se na odnos između mentalnog zdravlja, traume u djetinjstvu i ličnosti. Promatrat ćemo i kako su ličnost i trauma u djetinjstvu povezani s pozitivnim i negativnim mentalnim zdravljem. Također, dodatno ćemo istražiti kako je spol povezan s mentalnim zdravljem u odnosu sa različitim oblicima traume u djetinjstvu i ličnosti.

1.1. Spol i mentalno zdravlje

Prethodna istraživanja zaključila su da su mentalni poremećaji i bolesti češći kod žena nego kod muškaraca. Međutim, ti nalazi često su kritizirani zbog metodoloških nedostataka, između kojih i to da su sudionici koristili usluge tretmana mentalnih poremećaja (Sachs-Ericsson i Ciarlo, 2000). Kao razlog ovakvim podacima često se navodi to da studije istražuju mentalnu bolest korištenjem kratkih skala koje uključuju čestice vezane uz depresiju, anksioznost, somatske simptome ili osobnu uznemirenost, a ti specifični simptomi češće se javljaju kod žena (Cleary, 1987; Robins i sur., 1991; Weissman i sur., 1988; prema Sachs-Ericsson i Ciarlo, 2000). Osim toga, ta ponašanja koreliraju s traženjem pomoći koje se također češće vidi kod žena nego kod muškaraca (Dohrenwend i Dohrenwend, 1974; Kessler, Reuter i Greenley, 1979; prema Sachs-Ericsson i Ciarlo, 2000), što povećava spolne razlike. Neka novija istraživanja međutim, u kojima se koriste dijagnostički instrumenti koji obuhvaćaju širi raspon simptoma, prikazuju drugačiju procjenu prevalencije psihičkih poremećaja. Studije koje su koristile klinički intervju temeljen na kriterijima iz DSM-III utvrdile su kako je cjeloživotna prevalencija psihičkih poremećaja veća kod muškaraca nego kod žena te da nema prisutnih spolnih razlika za trenutno aktivne poremećaje (Robins i sur., 1991). Autori su promjenu smjera spolnih razlika u cjelokupnoj pojavnosti poremećaja pripisali tome da je u istraživanjima uključen širi spektar poremećaja u koji ulaze i poremećaji ovisnosti i antisocijalno ponašanje češće vidljivi kod muške kliničke populacije. Naime, žene češće doživljavaju depresiju i anksioznost, dok muškarci češće pate od ovisnosti i antisocijalnog ponašanja (Sachs-Ericsson i Ciarlo, 2000) pa uključivanjem u mjere mentalnih stanja onih poremećaja koji su češće prisutni kod muškaraca značajno mijenja podatke o prisutnosti spolnih razlika u mentalnom zdravlju.

Postoje razne teorije koje objašnjavaju razliku između muškaraca i žena kada se radi o specifičnim poremećajima. One uključuju razna objašnjenja, od onih socio-okolinskih do onih bioloških (Weissman i Klerman, 1977). Rana socijalizacija dječaka i djevojčica mogla bi utjecati na način na koji muškarci i žene izražavaju svoju uznemirenost (Sachs-Ericsson, 2000).

Istraživači teoretiziraju kako su djevojčice poticane da internaliziraju uznemirenost, a dječaci da ju izraze. Samim time, kod djevojčica internalizacija vodi do poremećaja povezanih s depresijom, anksioznošću i suicidalnim sklonostima, dok eksternalizacija kod dječaka pridonosi antisocijalnom ponašanju, zlouporabi opojnih sredstava i suicidu (Canetto, 1997, 1991; prema Sachs-Ericsson i Ciarlo, 2000). Slično tome, Sachs-Ericsson i Ciarlo (2000) ukazuju kako bi viša prevalencija korištenja droga i antisocijalnog ponašanja kod muškaraca mogli reprezentirati socijalno prihvatljiviji način izražavanja uznemirenosti za muškarce. Iz toga Klerman i Weissman (1980) zaključuju kako društvo može tolerirati depresivne žene i muškarce alkoholičare. Međutim, društvo ne tolerira žene alkoholičare i depresivne muškarce.

1.2. Ličnost

Ličnost se po shvaćanju suvremenih istraživača može definirati kao relativno trajni splet osobina koje čine pojedinca jedinstvenim te čine njegovo ponašanje i doživljavanje dosljednijim (John i Srivastava, 1999). Petofaktorski model ličnosti (John i Srivastava, 1999) pretpostavlja postojanje pet dimenzija ličnosti kao skup dimenzija višeg reda za opisivanje ličnosti svakog pojedinca (Krapić, 2005). Dimenzije petofaktorskog modela su: *Neuroticizam*, *Ekstraverzija*, *Otvorenost ka iskustvu*, *Ugodnost* i *Savjesnost*.

Svaka od pet širih dimenzija petofaktorskog modela sastavljena je od više komponenti nižeg reda koje predstavljaju osnovna obilježja pojedinaca (John i Srivastava, 1999). Tako ekstraverzija, koju karakterizira pozitivna emocionalnost, kao komponente sadrži društvenost, poduzetnost, ambicioznost, te asertivnost, dok neuroticizam ili negativna emocionalnost objedinjuje emocionalnu reaktivnost, iritabilnost i nesigurnost. Ugodnost se najčešće ispoljava kroz ljubaznost, kooperativnost i sklonost pomaganju, dok savjesnost obuhvaća komponente kao što su potreba za kontrolom (nasuprot impulzivnosti), opreznost, pouzdanost, odgovornost, te sklonost napornom radu i postignuću. Na kraju, otvorenost predstavlja mješavinu različitih sastavnica funkcioniranja ličnosti među kojima se nalaze intelekt u užem smislu (npr. inteligencija, oštromnost, kreativnost), otvorenost za iskustva (npr. radoznalost, maštovitost, liberalnost), te neki aspekti kulture, osobnih stavova, sklonosti i orijentacija (npr. umjetnički interesi, nekonformizam, nekonvencionalne vrijednosti, potreba za raznolikošću iskustava i sl.) (Krapić, 2005).

Istraživanja pokazuju kako su dimenzije ličnosti i zdravstvena ponašanja (npr. pušenje, konzumiranje alkohola i droga) povezani (Eysenck, 1980; Golding i Cornish, 1987; Golding, Harpur i Brent-Smith, 1983; Leiker i Hailey, 1988; Steptoe i sur., 1994; Vingerhoets, Croom, Jeninga i Menges, 1990; Zuckerman, 1979; prema Lemos-Giráldez i Fidalgo-Aliste, 1997). Utvrđeno je kako su neuroticizam te ponašanja koja on povlači za sobom, poput sklonosti snažnim negativnim emocijama i podložnosti stresu, povezani s pojavom štetnih zdravstvenih ponašanja i nedostatkom pozitivnih zdravstvenih ponašanja (Brook, Whiteman, Gordon i Cohen, 1986; Vingerhoets i sur., 1990; prema Lemos-Giráldez i Fidalgo-Aliste, 1997). Ekstraverzija je povezana s negativnim zdravstvenim ponašanjima koja uključuju zlouporabu opojnih tvari, ali i s pozitivnim ponašanjima kao što je održavanje režima tjelovježbe (Brooner, Herbst, Schmidt, Bigelow i Costa, 1993; Labouvie i McGee, 1986; Mechanic i Cleary, 1980; prema Lemos-Giráldez i Fidalgo-Aliste, 1997). Povezanost savjesnosti, kao tendenciji prema cilju usmjerenom ponašanju, sklonosti k metodičnosti te pouzdanosti, i zdravstvenih ponašanja snažna je te objašnjava do 29 % varijance kriterija u skalama zdravstvenog ponašanja koje mjere zdravstvene navike (kao što su pušenje, konzumacija alkohola, prehrabene navike i iskustvo intenzivnog stresa) te neke zdravstvene stavove (Lemos-Giráldez i Fidalgo-Aliste, 1997). Ugodnost je povezana s nižom zastupljenošću rizičnog ponašanja u prometu, a otvorenost k iskustvu jedina je osobina ličnosti, od svih u modelu, koja statistički značajno predviđa rizično ponašanje povezano s upotrebom droga (Lemos-Giráldez i Fidalgo-Aliste, 1997).

Iz empirijskih nalaza vezanih za vremensku stabilnost crta ličnosti operacionaliziranih kroz petofaktorski model možemo zaključiti kako je ličnost pojedinca relativno konzistentna kroz vrijeme (Viswesvaran i Ones, 2000; Schuerger, Zarrella i Hotz, 1989; prema Krapić, 2005). Budući da je ličnost relativno stabilna očekivano je da se njezini utjecaji mogu promatrati i na području mentalnog zdravlja.

1.3. Ličnost i mentalno zdravlje

Prijašnja istraživanja sugeriraju kako je ličnost prediktor mentalnog zdravlja i dobrobiti odraslih osoba. Malouff i suradnici (2005) pokazali su u meta-analizi kako su visok neuroticizam, niska savjesnost, niska ugodnost i niska ekstraverzija tipična konstelacija i osobina ličnosti povezanih s mentalnim poremećajima. Od svih dimenzija petofaktorskog

modela ličnosti, neuroticizam je najčešći i najjači prediktor psihopatologije (Kotov i sur., 2010). Osobine ličnosti ugodnost, savjesnost i otvorenost k iskustvu pokazuju manje, ali pozitivne korelacije s emocionalnim blagostanjem (DeNeve i Cooper, 1998; McCrae i Costa, 1991; Steel i sur., 2008; prema Lamers i sur., 2012). Steel i suradnici (2008) u svojoj su meta-analizi zaključili da pet osobina ličnosti mogu objasniti čak 39 do 63 % varijance emocionalne dobrobiti. Joshanloo i Nosratabadi (2009) su pak utvrdili kako se temeljem neuroticizma, ekstraverzije, ugodnosti i savjesnosti, ali ne i otvorenosti k iskustvu mogu razlikovati skupine niskih, srednjih i visokih razina pozitivnog mentalnog zdravlja.

Postoje dokazi da su česti mentalni poremećaji raspoređeni u dva široka spektra: internalizirajuće poremećaje, kao što su anksioznost i depresija, te eksternalizirajuće, kao što su zlouporaba opojnih sredstava i antisocijalno ponašanje (Kotov, 2010). Istraživanja sugeriraju kako su internalizirajući poremećaji povezani s neuroticizmom, dok su poremećaji na eksternalizirajućem spektru povezani s povišenim razinama neuroticizma i dizihibicije (Clark, 2005; Krueger i sur., 2007; Krueger, McGue i Iacono, 2001; D. Watson i Clark, 1993; D. Watson, Gamez, i Simms, 2005; prema Kotov, 2010). Ruiz i sur. (2008) analizirali su poremećaje ovisnosti te su pokazali kako su ovi poremećaji umjereno povezani s neuroticizmom, niskom savjesnošću i niskom ugodnošću, ali ne i s ekstraverzijom. Njihova analiza antisocijalnog poremećaja ličnosti pokazala je kako je taj poremećaj povezan s umjerenim razinama ekstraverzije, niskom savjesnošću i niskom ugodnošću, a neuroticizam nije pokazao značajnu povezanost.

Nekoliko mehanizama objašnjava povezanost osobina ličnosti s mentalnim zdravljem te se fokusiraju uglavnom na neuroticizam i ekstraverziju, a predloženi mehanizmi uključuju i biološke i bihevioralne puteve (Lamers i sur., 2012). Prema Grayevoj teoriji razlikujemo bihevioralni inhibicijski sustav (BIS) i bihevioralni aktivacijski sustav (BAS) koji se sastoje od nekoliko moždanih područja i puteva za koje se vjeruje da predstavljaju biološku osnovu ličnosti i blagostanja (Elliot i Thrash, 2002). Smits i Boeck (2006) navode kako neuroticizam i psihopatologija s jedne strane, te ekstraverzija i pozitivno mentalno zdravlje s druge strane. dijele zajedničku biološku osnovu. Osim toga, neurotransmiteri povezani s BIS-om i BAS-om pokazuju povezanosti i s osobnošću i s mentalnim zdravljem. Serotonin je povezan s neuroticizmom i psihopatologijom, dok je dopamin povezan s ekstraverzijom i pozitivnim afektom (Costa i McCrae, 1992; Depue i Collins, 1999; Lasky-Su, Faraone, Glatt, i Tsuang, 2005, prema Lamers i sur., 2012).

Istraživanja pokazuju kako je neuroticizam pozitivno povezan s BIS-om i negativno s nekoliko faceta BAS-a (Heubeck i sur., 1998; Jackson i Smillie, 2004; Jorm i sur., 1999; prema Smits i Boeck, 2006). Povezanost neuroticizma s negativnim afektom možemo razumjeti kroz pretpostavku da odstupanje od pozitivnog afektivnog tona, tj. emocionalna nestabilnost, kao dio neuroticizma, najčešće nastaje zbog negativnih događaja ili okolnosti koji imaju negativni afekt kao posljedicu (Smits i Boeck, 2006). Povezanost neuroticizma s BIS-om objašnjava to da su neurotične osobe osjetljivije na negativni afekt, doživljavaju više negativnih životnih događaja koji su protumačeni u negativnijim terminima, a njihovi negativni osjećaji imaju tendenciju prelijevanja iz jednog životnog područja u drugo. Ovo se opisuje kao *neurotična kaskada* (Suls i Martin, 2005). S druge strane, ekstraverzija je pozitivno povezana sa skalama BAS-a te negativno s BIS-om (Smits i Boeck, 2006) što znači da se ekstravertirane osobe češće uključuju u potencijalno nagrađujuću situaciju te su ustrajne u ostvarivanju poželjnih ciljeva. Ugodnost je pozitivno povezana s BIS-om i negativno s nekim facetama BAS-a. Njena povezanost s BIS-om upućuje da se ta dimenzija ličnosti ispoljava kroz prisutnost ponašanja ljubaznosti i kooperativnosti koja su povoljna kada zaustavljaju čovjeka da radi nešto u okolnostima u kojima je očekivana kazna ili je prisutan prestanak nagrade, uključujući socijalnu kaznu ili nedostatak socijalnih nagrada (Smits i Boeck, 2006). Savjesnost je negativno povezana s facetom BAS-a vezanom uz impulzivnost što je znači da su savjesne osobe rijetko impulzivne u svom ponašanju (Markon, Krueger, & Watson, 2005; prema Smits i Boeck, 2006). Na kraju, BIS i BAS nisu pokazali konzistentni obrazac povezanosti s otvorenošću k iskustvu (Smits i Boeck, 2006) pa se dodatnim ispitivanjima njihov odnos treba istražiti.

Osim kroz svoju biološku osnovu, ličnost može, kroz bihevioralne puteve, facilitirati javljanje životnih događaja i stvoriti uvjete koji promoviraju mentalno zdravlje (Ozer i Benet-Martínez, 2006). Neuroticizam može kroz ponašanja osobe i doživljavanje više negativnih iskustava utjecati na neke negativne ishode, kao što je na primjer lošije mentalno zdravlje. Osim toga, iako je negativna emocionalnost povezana s izbjegavajućim ponašanjem tijekom stresnih okolnosti (Elliot i Thrash, 2002), ova crta ličnosti također se može u okviru tih stresnih okolnosti manifestirati u obliku pozitivnih reakcija i emocija, na primjer, u vidu reakcije olakšanja kada se očekivana kazna ne dogodi (Carver, 2003; prema Smits i Boeck, 2006). S druge strane, ekstravertirane osobe generalno doživljavaju više pozitivnih životnih događaja, osjećaju veću razinu pozitivnih osjećaja u socijalnim situacijama te se više uključuju u socijalne situacije što pridonosi većoj zastupljenosti pozitivnih emocija i većoj dobrobiti (Lamers i sur., 2012).

1.4. Trauma u djetinjstvu

Istraživanja ističu utjecaj traumatskih iskustava u djetinjstvu na razvoj slike svijeta, slike o sebi te osjećaj osobne sigurnosti u odnosima s drugima (Pynoos, Steinberg i Goenjian, 1996; prema Profaca i Arambašić, 2009). Bowlby (1973) naglašava kako traumatski događaji utječu na djetetovo doživljavanje sebe i drugih, a dugoročno utječu na ponašanje i percepciju. Doživljena trauma u djetinjstvu prožima mnogo područja životnog funkcioniranja odrasle osobe kao što su emocije, kognicije, ponašanja, društveno funkcioniranje i tjelesno zdravlje (Profaca i Arambašić, 2009). Herman (1997) ukazuje kako utječe na percepciju kontrole nad svojim životom kod pojedinca i na pridavanje značenja onome što ga okružuje. Nakon početnih reakcija na traumatski događaj, kod većine ljudi prolaskom vremena smanjuje se reakcija prilikom prisjećanja traumatskog događaja te se događa određeno prihvaćanje tog iskustva kao dijela svog života (van der Kolk i McFarlane, 1996).

Jedna definicija zlostavljanja u djetinjstvu koja se u kliničkom području najčešće koristi je da zlostavljanje djeteta predstavlja odnos ili nedostatak odnosa djeteta s članovima obitelji, a koji uzrokuje neslučajnu štetu koja utječe na njegov tjelesni i razvojni status (Hobbs i sur., 1999). Briere (2002) navodi da zlostavljanje i zanemarivanje u djetinjstvu uključuju različite oblike postupaka koji izravno štete djetetu fizički ili psihički, ili su štetni zbog neprimjerenog postupanja ili manjka brige za dijete. Razlikujemo traumatske događaje povezane s zanemarivanjem i zlostavljanjem u obitelji te traumatske događaje koji nisu vezani uz obiteljske odnose (Putnam, 1997; prema Profaca i Arambašić, 2009).

Postoji fizičko, emocionalno i seksualno zlostavljanje te emocionalno i fizičko zanemarivanje (Karlović, 2001). U ovom istraživanju usmjerili smo se na efekte emocionalnog i fizičkog zlostavljanja te zanemarivanja u djetinjstvu na mentalno zdravlje u odrasloj dobi.

1.5. Trauma u djetinjstvu i mentalno zdravlje

Mnoga istraživanja u Americi i zapadnoj Europi pokazuju nam da su različiti oblici zlostavljanja djece prisutni u zapanjujuće velikom broju obitelji (Karlović, 2001; WHO, 2020). Trauma u djetinjstvu je u daljnjim istraživanjima prikazana kao prediktor kasnijih psiholoških i socijalnih poteškoća, od delinkvencije i zlostavljanja supružnika do alkoholizma i depresije (Karlović, 2001). Povijest fizičkog ili seksualnog zlostavljanja također je povezana s težim i ozbiljnijim psihijatrijskim simptomima, kao i s drugim indikatorima smanjenog psihosocijalnog funkcioniranja kao što su nezaposlenost, razvod i niski socijalni status (Pirard i sur., 2005). Postoji i snažni kumulativni efekt traumatskih iskustava u djetinjstvu na mentalno zdravlje odraslih, i to kod muškaraca i kod žena, u vidu povećane ozbiljnosti psiholoških problema (Keyser-Marcus, 2014). Na primjer, liječenja osoba koje pate od ovisnosti o opojnim sredstvima pokazuju kako osobe koje su doživjele traumu u djetinjstvu pokazuju značajno više razine psihičke uznemirenosti i prijavljuju da su češće primale psihološki tretman nego osobe bez povijesti traume u djetinjstvu. Također, trauma utječe na ishode liječenja slično i kod muškaraca i kod žena (Pirard i sur., 2005).

Prema mnogim autorima, povijest fizičkog i seksualnog zlostavljanja u djetinjstvu znači snažnu predispoziciju za veliki depresivni poremećaj u odrasloj dobi (Tucci, 2010). U prilog tome govori značajno veća učestalost depresije, anksioznosti i antisocijalnog ponašanja utvrđena među osobama koje su prijavile fizičko zlostavljanje u djetinjstvu (Chapman i sur., 2004; Mac Millan i sur., 2001; Molnar, Buka, i Kessler, 2001; prema Tucci, 2010). Emocionalno zlostavljanje te psihološko, fizičko i seksualno zlostavljanje u djetinjstvu konzistentno su i snažno povezani sa psihopatologijom u odrasloj dobi (Hovens i sur., 2009). Hovens i suradnici (2009) također su otkrili da emocionalno zanemarivanje i psihološko zlostavljanje u djetinjstvu imaju veću korelaciju s depresijom nego s anksioznošću. Neke studije otkrile su povijest seksualnog i fizičkog zlostavljanja među osobama u tretmanu zbog ovisnosti o drogama, kao i visoku zastupljenost korištenja droga i ovisnosti kod osoba koje su bile žrtve seksualnog i fizičkog zlostavljanja (Tucci, 2010). Druge studije predložile su kako neuspjeh u tretmanu pacijenata ovisnih o opojnim tvarima može proizlaziti iz nedostatka uvida u prisustvo seksualnog ili fizičkog zlostavljanja (Arellano, 1996).

Nadalje, u istraživanjima koja su provedena na općoj populaciji utvrđeno je kako je kod žena češća pojava traume u djetinjstvu nego kod muškaraca (Tucci, 2010). Kada razmatramo traumu u djetinjstvu, očekuje se da žene češće imaju iskustvo seksualnog zlostavljanja (Ullman i Filipas, 2005; Walker, Carey, Mohr, Stein i Seedat, 2004; prema Keyser-Marcus, 2014), dok bi za muškarce bilo očekivano da su bili izloženi većem stupnju fizičkog zlostavljanja

(Thompson, Kingree i Desai, 2004; prema Keyser-Marcus, 2014). Premda je kod oba spola vidljiv negativan utjecaj traume u djetinjstvu, povezanost između traume i rizika od razvika psihičkih poremećaja snažnija je kod žena (Keyser-Marcus, 2014). Istraživanja su pokazala kako je povijest traume u djetinjstvu ne samo češća, već i u težem obliku prisutna među ženama koje pate od ovisnosti o alkoholu ili opojnim drogama te depresije nego među muškarcima istih dijagnoza (Brems i sur., 2004; Galaif, Stein, Newcomb, i Bernstein, 2001; Hyman, Garcia, i Sinha, 2006, Zlotnick, Mattia, i Zimmerman, 2001; prema Tucci, 2010).

2. Cilj, problemi i hipoteze

2.1. Cilj

Ispitati odnos osobina ličnosti petofaktorskog modela (ekstraverzije, neuroticizma, ugodnosti, savjesnosti i otvorenosti k iskustvu), doživljene traume u djetinjstvu (emocionalnog i fizičkog zlostavljanja te zanemarivanja) i mentalnog zdravlja (općeg te pozitivnog i negativnog).

2.2. Problemi

1. Ispitati mogućnost predviđanja mentalnog zdravlja pomoću traumatičnih iskustava u djetinjstvu i osobina ličnosti.
2. Ispitati postoji li razlika u prediktorima mentalnog zdravlja (osobinama ličnosti i traumatskim iskustvima u djetinjstvu) kod muškaraca i žena.

2.3. Hipoteze

H1. a) Niži neuroticizam, viša ekstraverzija i niža razina zlostavljanja (fizičkog i emocionalnog) i zanemarivanja u djetinjstvu bit će značajni pozitivni prediktori *općeg mentalnog zdravlja*.

b) Očekuje se da *pozitivnom mentalnom zdravlju* doprinosi viša razina ekstraverzije i ugodnosti te niska zastupljenost fizičkog i emocionalnog zlostavljanja te zanemarivanja.

c) *Negativnom mentalnom zdravlju* doprinosi viša razina neuroticizma i niža razina savjesnosti kao i viši stupanj emocionalnog i fizičkog zlostavljanja te zanemarivanja.

H2. Očekuje se razlika u prediktorima mentalnog zdravlja (osobinama ličnosti i traumatskim iskustvima u djetinjstvu) kod muškaraca i žena, s tim da će:

a) Općem mentalnom zdravlju odraslih osoba ženskog spola doprinijeti niži neuroticizam te niži stupanj fizičkog zlostavljanja i zanemarivanja u djetinjstvu.

b) Sveukupnom mentalnom zdravlju odraslih muških osoba doprinijeti niža otvorenost k iskustvu, kao i niži stupanj emocionalnog zlostavljanja te zanemarivanja u djetinjstvu.

3. Metoda

3.1. Sudionici

U istraživanju su sudjelovale 454 osobe, od čega je 210 (46.3 %) muškog, a 244 (53.7 %) ženskog spola. Raspon dobi bio je od 18 do 73 godine, s prosječnom dobi $M=32.67$ ($SD=9.94$). Najveći dio sudionika bili su zaposleni ($N=294$, 64.8 %), zatim studenti ($N=91$, 20 %), nešto manje je bilo nezaposlenih ($N=50$, 11 %) te ostalih ($N=19$, 4.2 %). Što se tiče materijalnog stanja, većina sudionika je svoje stanje procijenila kao "*Ni bolje, ni lošije od većine drugih*", tj. njih 246 (54.2 %). Da imaju iznadprosječno materijalno stanje ("*nešto bolje ili puno bolje od većine drugih*") smatralo je njih 159 (35 %), a ispodprosječno ("*nešto lošije ili puno lošije od većine drugih*") njih 49 (10.8 %). Također, najviše je sudionika imalo visoku stručnu spremu odnosno 212 (46.7 %), zatim srednju stručnu spremu ($N=143$, 31.5 %), višu stručnu spremu ($N=96$, 21.1 %) te jako mali postotak s nižom stručnom spremom ($N=3$, 0.7 %).

3.2. Instrumenti

Sociodemografski upitnik sastavljen je za potrebe ovog istraživanja i sastoji se od 5 čestica. Čestice se odnose na spol, dob, socioekonomski status, zaposlenost i obrazovanje.

Upitnik velikih pet crta ličnosti (engl. Big Five Inventory, BFI, John i Sarivastava, 1999; prema Burušić, Gelo i Marinić, 2002) koristio se za mjerenje osobina ličnosti. Upitnik sadrži 44 čestice te mjeri dimenzije pet-faktorskog modela ličnosti: ekstraverziju (npr. „Sebe vidim kao osobu koja je pričljiva.“), neuroticizam (npr. „Sebe vidim kao osobu koja je jako zabrinuta.“), savjesnost (npr. „Sebe vidim kao osobu koja temeljito obavlja posao.“), ugodnost (npr. „Sebe vidim kao osobu koja je prema gotovo svima pažljiva i ljubazna.“) i otvorenost k iskustvu (npr. „Sebe vidim kao osobu koja voli razmišljati i igrati se idejama.“). Zadatak sudionika je da izraze stupanj slaganja s tvrdnjama na skali Likertovog tipa od 1 do 5 (od 1 – „uopće se ne slažem s tvrdnjom“ do 5 – „u potpunosti se slažem s tvrdnjom“). Rezultati na upitniku izražavaju se kao aritmetičke sredine odgovora na čestice, posebno za svaku crtu ličnosti. Viši rezultat ukazuje na višu razinu dimenzije ličnosti. Upitnik je već ranije preveden i korišten na hrvatskim uzorcima. Kardum i suradnici (2006) utvrdili su kako se koeficijenti unutarnje konzistencije za skale osobina ličnosti kreću od $\alpha=.72$ do $\alpha=.83$. Na našem uzorku dobiven je koeficijent unutarnje konzistencije za ugodnost $\alpha=.70$, za ekstraverziju $\alpha=.77$, za savjesnost $\alpha=.79$, za otvorenost $\alpha=.82$, a za neuroticizam $\alpha=.83$.

Za utvrđivanje traume u djetinjstvu korišten je **Upitnik o zlostavljanju u djetinjstvu** (Karlović, 2001) koji se sastoji od 127 čestica i mjeri emocionalno (vikanje, ismijavanje i ruganje), fizičko (batine, šamari i lupanje) i seksualno zlostavljanje (izlaganje djeteta spolnom odnosu odraslih i diranje po tijelu) te zanemarivanje (neredovito osiguravanje hrane i odjeće i ignoriranje) i svjedočenje zlostavljanju u obitelji (ponašanja opisana u drugim skalama, ali koja se vežu uz članove obitelji). U ovom istraživanju korištene su samo skale emocionalnog i fizičkog zlostavljanja te zanemarivanja. Zadatak sudionika jest da izabere odgovor na skali Likertovog tipa s četiri stupnja na česticama koje pitaju o tome koliko se često neko određeno ponašanje pojavljivalo (od 0 – nikad do 3 – tri i više puta). Iako se procjene u originalnom upitniku vežu zasebno uz iskustva s ocem, majkom te drugim odraslima u obitelji (skrbnicima, očuhom, maćehom itd), uputa za odgovore za potrebe ovog istraživanja prilagođena je na način da se iskustva zlostavljanja ispituju za roditelje te za druge odrasle iz okoline. Prilagodili smo upitnik na ovaj način kako bismo uzeli u obzir osobe koje imaju samo jednog roditelja kao i one koje imaju oba roditelja. Temeljem procjena iskustava s roditeljima i drugim odraslima

formirani su ukupni rezultati za emocionalno i fizičko zlostavljanje te zanemarivanje, kao i ukupni rezultat na upitniku zbrajanjem danih odgovora. Veći rezultat na pojedinoj skali ukazuje na veći stupanj traume izazvane zlostavljanjem ili zanemarivanjem. Karlović (2001) navodi kako se koeficijenti unutarnje konzistencije za spomenute skale na hrvatskom uzorku kreću od $\alpha=.64$ do $\alpha=.93$. Na našem uzorku dobiven je koeficijent unutarnje konzistencije za emocionalno zlostavljanje $\alpha=.89$, za fizičko zlostavljanje $\alpha=.75$ te za zanemarivanje $\alpha=.74$.

Za utvrđivanje mentalnog zdravlja korišten je **Inventar mentalnog zdravlja** (engl. Mental Health Inventory, MHI-38, Veit i Ware, 1983) koji se sastoji od 38 čestica te ispituje dva aspekta mentalnog zdravlja, pozitivno (npr. „Koliko vremena ste se u posljednjih mjesec dana osjećali veseli i bezbrižni?“) i negativno (npr. „Koliko često vam se plakalo u posljednjih mjesec dana?“). Zadatak sudionika je da izaberu odgovor na skali Likertovog tipa sa šest stupnjeva (od 1 – Uvijek do 6 – Nikada). Rezultati se dobivaju zbrajanjem dobivenih odgovora te se izražavaju u obliku mjere *pozitivnog* i *negativnog* mentalnog zdravlja te *globalnog indeksa* mentalnog zdravlja pri čemu viši rezultat ukazuje na veći stupanj pozitivnog ili negativnog mentalnog zdravlja odnosno, bolje opće mentalno zdravlje. Instrument je ranije bio preveden na hrvatski jezik te primijenjen u istraživanju Brdar (2016) s hrvatskim uzorkom sudionika gdje se navodi kako se koeficijenti unutarnje konzistencije za spomenute skale kreću od $\alpha=.91$ do $\alpha=.96$. Na našem uzorku dobiven je koeficijent unutarnje konzistencije za *pozitivno mentalno zdravlje* $\alpha=.94$, za *negativno mentalno zdravlje* $\alpha=.97$, a za *indeks mentalnog zdravlja* $\alpha=.97$.

3.3. Postupak

Istraživanje je provedeno putem *online* obrasca, na način da je obrazac bio postavljen na internetske društvene mreže poput Facebooka ili Instagrama i sl. gdje su sudionici mogli vidjeti poziv na istraživanje te birati poveznicu kako bi pristupili upitnicima. Na samom početku sudionicima je dana opća uputa u kojoj je bila naznačena svrha istraživanja te kako u istraživanju mogu sudjelovati samo punoljetni sudionici. Navedeno im je kako se ispituje vrlo osjetljiva tema to jest, iskustvo traume u djetinjstvu, koje može izazvati nelagodu i druge negativne emocije i sjećanja, te su im stoga, na početku kao i nakon svih upitnika ponuđeni kontakti službi za psihološku pomoć ukoliko neke sudionike sadržaj pitanja u istraživanju na bilo koji način uznemiri pa ih žele kontaktirati. Ujedno je bilo naznačeno da je istraživanje dobrovoljno i anonimno kao i to da se provodi u skladu s Kodeksom etike psihološke djelatnosti. Imajući u vidu da ispitivanje traume može utjecati na način rješavanja drugih skala,

redosljed kojim su sudionici ispunjavali upitnike bio je: Sociodemografski upitnik, Upitnik velikih pet crta ličnosti, Inventar mentalnog zdravlja te na kraju Upitnik o zlostavljanju u djetinjstvu. Ispunjavanje obrasca trajalo je između 10 i 15 minuta. Na samom kraju, sudionicima je dana adresa elektroničke pošte voditelja istraživanja u slučaju da imaju pitanje ili nedoumicu oko samog istraživanja.

4. Rezultati

Prije početka statističke obrade podataka provjereno je distribuiraju li se dobiveni rezultati po normalnoj raspodjeli. Korišten je Kolmogorov – Smirnovljev test normaliteta distribucije koji je pokazao kako većina varijabli statistički značajno odstupa od normalne distribucije, dok odstupanja nema samo kod varijabli ugodnosti i pozitivnog mentalnog zdravlja. Također, za varijable fizičkog zlostavljanja u djetinjstvu i zanemarivanja u djetinjstvu podaci pokazuju odstupanje od normalne distribucije, no za njih nije ni očekivana normalna distribucija s obzirom na prirodu tih fenomena. Međutim, ograničenje ovog testa je što se pri velikim uzorcima čak i mala odstupanja od normalnosti smatraju značajnima (Field, 2013). Odluku o normalnosti distribucija najbolje je donijeti na temelju pregleda histograma (Field, 2013) i računanja stupnjeva asimetričnosti i spljoštenosti distribucija (Petz, Kolesarić i Ivanec, 2012). Pregledom stupnjeva asimetričnosti i spljoštenosti utvrđeno je kako se većina dobivenih vrijednosti nalazi u rasponu od -2 do 2, što govori kako je kriterij za normalnu distribuciju zadovoljen pa su stoga u daljnjoj obradi korišteni parametrijski postupci.

Prvo su izračunati deskriptivni podaci za sve ispitane varijable. U tablici 1. prikazani su deskriptivni rezultati (aritmetičke sredine, standardne devijacije, teorijski i ostvareni rasponi rezultata) ispitivanih varijabli.

Tablica 1. Deskriptivni podaci ispitivanih varijabli ($N=454$).

	M	SD	T_{min}	T_{max}	P_{min}	P_{max}
Neuroticizam	2.76	0.74	1	5	1.13	5
Otvorenost	3.72	0.63	1	5	1.5	5
Savjesnost	3.67	0.59	1	5	1.67	5
Ekstraverzija	3.38	0.65	1	5	1.25	4.88
Ugodnost	3.53	0.56	1	5	1.33	4.78
Emocionalno zlostavljanje	21.46	5.61	14	42	14	42
Fizičko zlostavljanje	9.57	1.96	8	24	8	24
Zanemarivanje	5.98	1.57	5	15	5	14
Indeks mentalnog zdravlja	159.94	32.14	38	226	48	223
Negativno mentalno zdravlje	58.93	20.45	24	142	25	133
Pozitivno mentalno zdravlje	52.87	13.26	14	84	15	83

Legenda: M – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; T_{min} – teorijski minimum; T_{max} – teorijski maksimum; P_{min} – postignuti minimum; P_{max} – postignuti maksimum

Aritmetičke sredine rezultata sudionika na upitniku ličnosti uglavnom su iznad prosjeka skale. Jedino je na skali neuroticizma srednja vrijednost ispodprosječna. Prema tome, veći dio sudionika ima niži neuroticizam te veći dio njih ima visok rezultat na ostalim skalama osobina ličnosti što govori da sudionici imaju manje izražen neuroticizam, a izraženije crte ekstraverzije i ugodnosti, s time da su naizraženije crte bile otvorenost k iskustvu i savjesnost. Rezultati sudionika na ovom upitniku pokrivaju gotovo puni mogući raspon rezultata, što je i očekivano budući da su osobine ličnosti interpersonalno vrlo varijabilne. Teorijski minimum nije postignut ni kod jedne izmjerene osobine ličnosti dok su rezultati na skalama ekstraverzije i ugodnosti imali sudionike koji su ostvarili teorijski maksimum.

Što se tiče rezultata na upitniku o zlostavljanju u djetinjstvu, možemo vidjeti da je gotovo na svakoj subskali postignut čitav teorijski raspon rezultata. To znači da imamo neke pojedince koji su često i emocionalno i fizički zlostavljani te zanemarivani dok neki nisu nikada. Međutim, kako su srednje vrijednosti rezultata na skali fizičkog zlostavljanja i zanemarivanja jako niske, dok su na skali emocionalnog zlostavljanja umjereno visoke, ukazuje na to kako je ta vrsta zlostavljanja češća od ostalih oblika zlostavljanja koji su ispitivani. Po ovome možemo zaključiti da, premda ima pojedinaca koji su često zlostavljani i zanemarivani, većina sudionika ima jako malo takvih iskustava, s time da je samo emocionalno zlostavljanje doživljavano umjereno često.

Prosječne vrijednosti rezultata na inventaru mentalnog zdravlja pokazuju nam da je kod ispitane populacije dobro mentalno zdravlje, budući da su prosječne vrijednosti *indeksa mentalnog zdravlja i pozitivnog mentalnog zdravlja* umjereno visoke, a na skali *negativnog mentalnog zdravlja* relativno niske. Obzirom da je na skalama *indeksa mentalnog zdravlja i pozitivnog mentalnog zdravlja* ostvarena i visoka standardna devijacija rezultata, to nam govori da iako je mentalno zdravlje ove populacije dobro, također je i velika varijabilnost rezultata kod ovog uzorka. Osim toga, kako je ostvaren i maksimalni rezultat na skali *negativnog mentalnog zdravlja* možemo vidjeti da u uzorku postoje pojedinci koji imaju iznimno narušeno mentalno zdravlje. Uzimajući u obzir da su na skalama kojima je ispitivano mentalno zdravlje ostvarene i minimalne i maksimalne teorijske vrijednosti nije iznenađujuće jer su u ispitivanju očigledno sudjelovali sudionici prilično širokog raspona godina, zanimanja i socioekonomskog statusa. Kako bi se provjerilo postoji li statistički značajna povezanost između korištenih varijabli, izračunati su Pearsonovi koeficijenti korelacije. Dobiveni rezultati prikazani su u tablici 2.

Tablica 2. Koeficijenti korelacije između ispitanih varijabli (N=454).

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1. Spol	1	-,14**	,16**	-,09	,24**	,13**	-,02	,02	-,05	,19**	,12*	,15**	-,10*	,23**	-,19**
2. Dob		1	,00	-,02	-,12*	-,16**	,08	,05	,04	-,05	,07	,04	,07	-,19**	,15**
3. Obrazovanje			1	,25**	-,07	,06	,12*	,08	,04	-,03	-,05	-,09	,05	-,05	,05
4. Materijalno stanje				1	-,19**	,05	,22**	,18**	,06	-,12**	-,10*	-,17**	,24**	-,27**	,27**
5. Neuroticizam					1	-,04	-,36**	-,45**	-,47**	,32**	,11*	,28**	-,63**	,73**	-,72**
6. Otvorenost						1	,18**	,22**	,20**	,10*	,06	,10*	,04	,03	-,00
7. Savjesnost							1	,43**	,26**	-,16**	-,07	-,08	,32**	-,30**	,32**
8. Ekstraverzija								1	,26**	-,20**	-,07	-,17**	,45**	-,44**	,47**
9. Ugodnost									1	-,24**	-,17**	-,16**	,32**	-,30**	,32**
10. Emocionalno zlostavljanje u djetinjstvu										1	,60**	,59**	-,34**	,40**	-,40**
11. Fizičko zlostavljanje u djetinjstvu											1	,47**	-,17**	,18**	-,19**
12. Zanemarivanje u djetinjstvu												1	-,33**	,37**	-,37**
13. Pozitivno mentalno zdravlje													1	-,81**	,93**
14. Negativno mentalno zdravlje														1	-,97**
15. Indeks mentalnog zdravlja															1

Legenda: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

Koeficijenti korelacije prikazani u tablici 2 pokazuju kako su neke sociodemografske varijable statistički značajno povezane s mentalnim zdravljem. Spol je nisko pozitivno povezan s *negativnim mentalnim zdravljem* i negativno s *indeksom mentalnog zdravlja* što govori da žene imaju češće *negativno mentalno zdravlje*, a manje izraženo *opće mentalno zdravlje*. Dob je nisko negativno povezana s *negativnim mentalnim zdravljem* i pozitivno s *indeksom mentalnog zdravlja*. To ukazuje kako starije osobe imaju manje izraženo *negativno mentalno zdravlje*, a bolje *opće mentalno zdravlje*. Materijalno stanje je također nisko povezano s mentalnim zdravljem, tako da s boljim materijalnim stanjem povezujemo manje zastupljeno *negativno* te izraženije *pozitivno mentalno zdravlje* kao i *opće mentalno zdravlje*.

Većina osobina ličnosti značajno je povezana sa svim aspektima mentalnog zdravlja, iznimka je jedino otvorenost k iskustvu koja nije povezana ni s jednim aspektom mentalnog zdravlja. Neuroticizam je visoko pozitivno povezan s *negativnim mentalnim zdravljem*, a visoko negativno s *pozitivnim mentalnim zdravljem* i *indeksom mentalnog zdravlja*, što znači da osobe s visokim neuroticizmom imaju lošije mentalno zdravlje (više *negativno mentalno zdravlje*, a niže *pozitivno mentalno zdravlje*). Ekstraverzija je umjereno negativno povezana s *negativnim mentalnim zdravljem*, a srednje pozitivno s *pozitivnim mentalnim zdravljem* i *indeksom mentalnog zdravlja*, iz čega možemo zaključiti kako je viša ekstraverzija povezana s boljim mentalnim zdravljem. Ugodnost i savjesnost nisko su negativno povezane s *negativnim mentalnim zdravljem*, a nisko pozitivno s *pozitivnim mentalnim zdravljem* i *indeksom mentalnog zdravlja*. Dakle osobe visoko na ugodnosti i savjesnosti imaju bolje mentalno zdravlje iako je ta povezanost manja nego kada se promatraju odnosi između ekstraverzije i mentalnog zdravlja.

Što se tiče zlostavljanja i zanemarivanja u djetinjstvu, korelacije s mentalnim zdravljem kreću se od niskih do srednje visokih. Najniže su između fizičkog zlostavljanja i *pozitivnog mentalnog zdravlja*. Emocionalno zlostavljanje i zanemarivanje srednje su pozitivno povezani s *negativnim mentalnim zdravljem* te imaju i umjerenu negativnu povezanost s *pozitivnim mentalnim zdravljem* i *indeksom mentalnog zdravlja*. Iz toga možemo zaključiti kako češće emocionalno zlostavljane i zanemarivane osobe imaju niže *pozitivno mentalno zdravlje* i *opće mentalno zdravlje*. Korelacije između fizičkog zlostavljanja i mentalnog zdravlja kreću se u istom smjeru, tj. negativno je povezano s *pozitivnim mentalnim zdravljem* i *indeksom mentalnog zdravlja* a pozitivno s *negativnim mentalnim zdravljem*, s tim da su koeficijenti korelacije između ovih varijabli u odnosu na prethodno spomenute niži. To govori da češće fizički zlostavljane osobe imaju manje prisutno *pozitivno mentalno zdravlje* i *opće mentalno zdravlje*.

Da bismo utvrdili pojedinačni doprinos traume u djetinjstvu i osobina ličnosti objašnjenju varijance na mjerama mentalnog zdravlja, provedene su hijerarhijske regresijske analize. U analizu su isto uključene sociodemografske varijable koje su značajno korelirale s kriterijem. Nadalje, kako Field (2013) navodi da je prije provedbe regresijske analize potrebno utvrditi da korelacija među prediktorima nije previsoka, tj. da među prediktorima ne postoji multikolinearnost, provjerili smo ovaj aspekt i utvrdili da je taj kriterij zadovoljen.

Testiranje doprinosa traume u djetinjstvu i osobina ličnosti objašnjenju *indeksa mentalnog zdravlja te pozitivnog i negativnog mentalnog zdravlja* provedeno je tako da su u prvom koraku regresijskih analiza stavljene sociodemografske varijable, u drugom koraku osobine ličnosti, a u trećem različiti oblici traume u djetinjstvu. Dobiveni rezultati prikazani su u tablici 3.

Tablica 3. Rezultati hijerarhijske regresijske analize kod ispitivanja doprinosa sociodemografskih varijabli, osobina ličnosti i različitih oblika traume u djetinjstvu indeksu mentalnog zdravlja, pozitivnom mentalnom zdravlju i negativnom mentalnom zdravlju (N=454).

Kriterij		Indeks mentalnog zdravlja					Pozitivno mentalno zdravlje					Negativno mentalno zdravlje				
Model	Prediktor	R	R ²	ΔR ²	F	β	R	R ²	ΔR ²	F	β	R	R ²	ΔR ²	F	β
1. korak		R	.34**				R	.27**				R	.38**			
	Spol	R ²	.12**			-.15**	R ²	.07**			-.07	R ²	.14**			.20**
	Dob	ΔR ²	.12**			.13**	ΔR ²	.07**			.07	ΔR ²	.14**			-.16**
	Obrazovanje	F	15.07**			.01	F	8.55**			-.00	F	18.95**			-.02
	Materijalno stanje					.26**					.24**					-.25**
2. korak		R	.76**				R	.67**				R	.76**			
	Spol	R ²	.57**			-.02	R ²	.45**			.04	R ²	.58**			.06
	Dob	ΔR ²	.45**			.06	ΔR ²	.38**			.01	ΔR ²	.44**			-.09**
	Obrazovanje	F	65.84**			-.03	F	39.87**			-.04	F	69.6**			.02
	Materijalno stanje					.13**					.12**					-.12**
	Neuroticizam					-.61**					-.51**					.62**
	Otvorenost					-.06					-.04					.07*
	Savjesnost					.01					.03					.01
	Ekstraverzija					.19**					.19**					-.17**
	Ugodnost					-.01					.03					.03
3. korak		R	.78**				R	.69**				R	.78**			
	Spol	R ²	.60**			.01	R ²	.47**			.06	R ²	.61**			.03
	Dob	ΔR ²	.03**			.07*	ΔR ²	.02**			.02	ΔR ²	.03**			-.10**
	Obrazovanje	F	55.33**			-.04	F	32.68**			-.05	F	58.59**			.02
	Materijalno stanje					.11**					.10**					-.11**
	Neuroticizam					-.57**					-.48**					.59**
	Otvorenost					-.03					-.01					.04
	Savjesnost					.01					.03					.01
	Ekstraverzija					.17**					.17**					-.15**
	Ugodnost					-.03					.01					.05

Emocionalno zlostavljanje	-.10*	-.07	.12**
Fizičko zlostavljanje	.00	-.00	-.01
Zanemarivanje	-.11**	-.12**	.10*

Legenda: ** $p < 0.01$; * $p < 0.05$; R – koeficijent multiple korelacije; R^2 - koeficijent multiple determinacije; ΔR^2 - dodatna količina varijance kriterija koju su objasnili prediktori uvršteni u tom koraku; F - F-omjer; β – standardizirani koeficijent (beta ponder)

Iz rezultata regresijske analize u kojoj je kriterij bio *indeks mentalnog zdravlja* možemo vidjeti da sociodemografski podaci objašnjavaju 12 % varijance. Prema standardiziranim β koeficijentima u prvom koraku analize značajnim su se pokazale varijable spola, dobi i materijalnog stanja, na način da muškarci, osobe starije dobi te oni boljeg materijalnog stanja imaju bolje *opće mentalno zdravlje*. Kada se u drugom koraku uvrste osobine ličnosti objašnjeno je dodatnih 45 % varijance. Po β koeficijentima možemo vidjeti da materijalno stanje ostaje značajni prediktor. Nadalje, od osobina ličnosti značajni su neuroticizam i ekstraverzija, s time da neuroticizam objašnjava veći postotak varijance kriterija od ekstraverzije. Osobe s nižim neuroticizmom i višom ekstraverzijom imaju bolje *opće mentalno zdravlje*. U trećem koraku uključeni su emocionalno i fizičko zlostavljanje te zanemarivanje u djetinjstvu koji značajno objašnjavaju dodatnih 3 % varijance kriterija. Značajni prediktori su dob, emocionalno zlostavljanje i zanemarivanje u djetinjstvu. Što su emocionalno zlostavljanje i zanemarivanje bili manje zastupljeni tijekom djetinjstva, to su sudionici bili boljeg *općeg mentalnog zdravlja* u odrasloj dobi. Općenito, ukupno je 60 % varijance kriterija objašnjeno svim varijablama uvrštenim u ovu analizu pri čemu je pokazano kako *općem mentalnom zdravlju* pridonose dob, materijalno stanje, neuroticizam, ekstraverzija te emocionalno zlostavljanje i zanemarivanje u djetinjstvu, s tim da najveći doprinos ovom kriteriju imaju osobine ličnosti, tj. neuroticizam i ekstraverzija.

U regresijskoj analizi u kojoj je kriterij *pozitivno mentalno zdravlje* u prvom koraku sociodemografske varijable objašnjavaju 7 % varijance. Od njih je s kriterijem značajno povezana samo varijabla materijalnog stanja i to ponovno u smjeru da bolje materijalno stanje pridonosi povoljnijem mentalnom zdravlju. U drugom koraku uključene su i osobine ličnosti koje objašnjavaju dodatnih 38 % varijance kriterija. U tom koraku, značajni prediktor ostaje materijalno stanje, a značajni doprinos imali su i neuroticizam i ekstraverzija odnosno, osobe izraženijeg neuroticizma izvještavale su o nižem *pozitivnom mentalnom zdravlju* dok su one visoke ekstraverzije upućivale na prisutnost *pozitivnog mentalnog zdravlja*. U trećem koraku regresijske analize uključeni su emocionalno i fizičko zlostavljanje te zanemarivanje koji su

objasnili dodatnih 2 % varijance. Značajnim prediktorima trećeg koraka pokazuju se emocionalno zlostavljanje i zanemarivanje, u tom smjeru da su sudionici koji su manje bili izloženi emocionalnom zlostavljanju i zanemarivanju imali veću zastupljenost *pozitivnog mentalnog zdravlja*. U ovoj regresijskoj analizi od svih prediktora najveći doprinos *pozitivnom mentalnom zdravlju* imale su osobine ličnosti, tj. neuroticizam i ekstraverzija. Svim varijablama uvrštenim u ovu analizu objašnjeno je ukupno 47 % varijance kriterija.

Kada je kriterij *negativno mentalno zdravlje* u pitanju, sociodemografske varijable objašnjavaju 14 % varijance tog kriterija. Značajni doprinos imali su spol, dob i materijalno stanje i to na način da žene imaju izraženije *negativno mentalno zdravlje*, a starije osobe te one boljeg materijalnog stanja imaju manje prisutno *negativno mentalno zdravlje*. U drugom koraku, prilikom dodavanja dimenzija ličnosti, značajni prediktori ostaju dob i materijalno stanje, a značajni postaju neuroticizam, otvorenost k iskustvu i ekstraverzija. Dodavanjem ovih varijabli objašnjeno je dodatnih 44 % varijance kriterija. Viši neuroticizam i otvorenost k iskustvu te niža ekstraverzija doprinose *negativnom mentalnom zdravlju*. Treći korak dodatno uključuje varijable traume u djetinjstvu te se postotak objašnjene varijance kriterija povećava za 3 %, što dovodi do ukupno objašnjenih 61 % varijance kriterija svim varijablama uvrštenim u ovu analizu. U tom zadnjem koraku značajne su sve varijable iz drugog koraka osim otvorenosti k iskustvu, a emocionalno zlostavljanje i zanemarivanje značajno su povezani s kriterijem. Pokazalo se kako su osobe veće izloženosti emocionalnom zlostavljanju i zanemarivanju izjavljivale o prisutnosti negativnijeg mentalnog zdravlja. U ovoj regresijskoj analizi najveći doprinos kriteriju *negativno mentalno zdravlje* imaju osobine ličnosti.

Nakon toga, provjeravalo se je li doprinos traume u djetinjstvu i ličnosti mentalnom zdravlju drugačiji kod muškaraca i kod žena. To smo provjeravali pomoću dvije zasebne hijerarhijske regresijske analize u kojima je redoslijed unosa varijabli bio takav da su u analizu prvo unijete sociodemografske varijable (dob, obrazovanje i materijalno stanje), zatim ličnost i na kraju različiti tipovi traume u djetinjstvu. U tablici 4 prikazani su rezultati hijerarhijskih regresijskih analiza koje ispituju doprinos osobina ličnosti i traume u djetinjstvu *indeksu mentalnog zdravlja* posebno za muške i posebno za ženske sudionike.

Tablica 4. Rezultati hijerarhijske regresijske analize kod ispitivanja doprinosa sociodemografskih varijabli, osobina ličnosti i različitih oblika traume u djetinjstvu indeksu mentalnog zdravlja kod muških (N=210) i ženskih sudionika (N=244).

Kriterij

Indeks mentalnog zdravlja

Model	Prediktor	Muški spol					Ženski spol				
		R	R ²	ΔR ²	F	β	R	R ²	ΔR ²	F	β
1. korak		R		.29**			R		.32**		
	Dob	R ²		.08**		.22**	R ²		.11**		.04
	Obrazovanje	ΔR ²		.08**		.00	ΔR ²		.11**		.04
	Materijalno stanje	F		6.23**		.20**	F		9.34**		.31**
2. korak		R		.76**			R		.76**		
	Dob	R ²		.57**		.11*	R ²		.57**		-.02
	Obrazovanje	ΔR ²		.49**		-.03	ΔR ²		.47**		-.01
	Materijalno stanje	F		33.61**		.14**	F		39.38**		.12**
	Neuroticizam					-.66**					-.57**
	Otvorenost					-.17**					.03
	Savjesnost					.04					-.02
	Ekstraverzija					.10					.25**
	Ugodnost					-.00					.01
3. korak		R		.78**			R		.78**		
	Dob	R ²		.60**		.11*	R ²		.61**		.01
	Obrazovanje	ΔR ²		.03**		-.04	ΔR ²		.04**		-.02
	Materijalno stanje	F		27.29**		.13**	F		33.01**		.11*
	Neuroticizam					-.63**					-.53**
	Otvorenost					-.16**					.06
	Savjesnost					.04					-.02
	Ekstraverzija					.07					.22**
	Ugodnost					-.00					-.02
	Emocionalno zlostavljanje					-.08					-.11
	Fizičko zlostavljanje					.10					-.02
	Zanemarivanje					-.16**					-.12*

Legenda: **p< 0.01; *p< 0.05; R – koeficijent multiple korelacije; R² - koeficijent multiple determinacije; ΔR² - dodatna količina varijance kriterija koju su objasnili prediktori uvršteni u tom koraku; F - F-omjer; β – standardizirani koeficijent (beta ponder)

U regresijskoj analizi gdje se ispitivao doprinos sociodemografskih varijabli, traume u djetinjstvu i ličnosti kod muških sudionika *općem mentalnom zdravlju*, sociodemografske varijable objašnjavaju 8 % varijance te su značajni prediktori prvog koraka analize bili dob i materijalno stanje, što govori kako muške osobe starije dobi te boljeg materijalnog stanja izvještavaju o boljem mentalnom zdravlju. Drugi korak ove analize uključio je osobine ličnosti koje objašnjavaju dodatnih 49 % varijance kriterija. Značajni prediktori ostaju dob i materijalno stanje, a neuroticizam i otvorenost k iskustvu pokazali su se da također značajno pridonose objašnjenju varijance kriterija. Niži neuroticizam i otvorenost k iskustvu bili su značajni prediktori boljeg *općeg mentalnog zdravlja* muških sudionika. U trećem koraku uključene su

varijable traume u djetinjstvu koje objašnjavaju dodatnih 3 % varijance kriterija. U ovom koraku od svih varijabli koje indiciraju traumu u djetinjstvu jedino je značajan doprinos imala varijabla zanemarivanje. Niže zanemarivanje u djetinjstvu pridonosi boljem *općem mentalnom zdravlju* muških sudionika. Od svih unesenih varijabli najveći doprinos *općem mentalnom zdravlju* muških sudionika imao je neuroticizam. Ukupno je objašnjeno 60 % varijance kriterija svim varijablama uvrštenim u ovu analizu.

Uvidom u rezultate regresijske analize na poduzorku osoba ženskog spola gdje se provjeravao doprinos sociodemografskih varijabli, traume u djetinjstvu i osobina ličnosti indeksu mentalnog zdravlja, utvrđeno je da od svih sociodemografskih varijabli jedino materijalno stanje pozitivno pridonosi *općem mentalnom zdravlju* objašnjavajući ukupno 11 % varijance tog kriterija. U drugom koraku analize značajnim prediktorima pokazali su se neuroticizam i ekstraverzija objašnjavajući dodatnih 47 % varijance kriterija. Veća zastupljenost neuroticizma bila je prediktor lošijeg *općeg mentalnog zdravlja* dok je viša ekstraverzija pridonijela boljem mentalnom zdravlju žena. Kada smo u trećem koraku analize uključili varijable traume u djetinjstvu, utvrđeno je da one objašnjavaju dodatnih 4 % varijance kriterija. Zastupljenije zanemarivanje u djetinjstvu pridonosi lošijem *općem mentalnom zdravlju* ženskih sudionika. Od unesenih varijabli u ovoj regresijskoj analizi, najveći doprinos *općem mentalnom zdravlju* ženskih sudionika imao je neuroticizam. Svim varijablama uvrštenim u ovu analizu ukupno je objašnjeno 61 % varijance kriterija.

5. Rasprava

Velik teret koji narušeno mentalno zdravlje predstavlja za pojedince, obitelji, društvo i ekonomiju ukazuje na potrebu akcija za prevenciju mentalnih poremećaja i promoviranje mentalnog zdravlja i dobrobiti (Anderson, 2011). Prijašnja istraživanja bavila su se odnosom između ličnosti, traume u djetinjstvu i mentalnog zdravlja, ali u okviru mentalnih poremećaja i to često na uzorcima sudionika koji pate od određenih mentalnih poremećaja. Ovim istraživanjem proučavali smo odnos osobina ličnosti i traume u djetinjstvu s *općim mentalnim zdravljem*, *pozitivnim mentalnim zdravljem* i *negativnim mentalnim zdravljem* kao i postoje li spolne razlike u *općem mentalnom zdravlju* s obzirom na ličnost i traumu u djetinjstvu na nekliničkom uzorku ljudi.

5.1. Doprinosi ličnosti i traume u djetinjstvu općem mentalnom zdravlju

Prvi problem istraživanja bio je ispitati doprinos ličnosti i različitih oblika zlostavljanja te zanemarivanja u djetinjstvu mentalnom zdravlju odraslih. Prvim dijelom prve hipoteze pretpostavilo se kako će viša ekstraverzija, niži neuroticizam kao i niža razina fizičkog i emocionalnog zlostavljanja i zanemarivanja u djetinjstvu biti značajni pozitivni prediktori *općeg mentalnog zdravlja*. Hipoteza je većim dijelom potvrđena jer je hijerarhijskom regresijskom analizom utvrđeno kako boljem *općem mentalnom zdravlju* doprinosi niži neuroticizam, viša ekstraverzija te niža razina emocionalnog zlostavljanja i zanemarivanja u djetinjstvu.

Što se tiče doprinosa osobina ličnosti mentalnom zdravlju značajnim su se pokazale ekstraverzija i neuroticizam što je u skladu s rezultatima prijašnjih istraživanja koja potvrđuju odnos neuroticizma i ekstraverzije s mentalnim zdravljem (Joshani i Nostrabadi, 2009; Kotov, 2010; Lamers i sur., 2012). Budući da se u našem istraživanju neuroticizam pokazao najjačim prediktorom *općeg mentalnog zdravlja* i to u negativnom smjeru, ove se povezanosti mogu interpretirati kroz efekte ove crte ličnosti na subjektivne procjene mentalnog zdravlja pojedinca. Osobe visoke na neuroticizmu interpretiraju svakodnevne događaje negativnije u odnosu na osobe niskog neuroticizma te reagiraju s negativnijim i jačim emocijama na probleme koji se ponavljaju (Suls i Martin, 2005) što objašnjava negativnije subjektivne procjene mentalnog zdravlja ove populacije. Od ostalih osobina ličnosti ekstraverzija se također pokazala značajnim prediktorom mentalnog zdravlja iako u manjoj mjeri nego neuroticizam. Visoki stupanj ekstraverzije doprinosi pozitivnim procjenama *općeg mentalnog zdravlja*. Ekstraverzija je preko svoje povezanosti s BAS-om karakterizirana učestalijim doživljavanjem pozitivnih emocija i upornošću u kretanju prema poželjnim ciljevima te ovim karakteristikama podržava bolje *opće mentalno zdravlje*. Naši nalazi sukladni su ranijim radovima prema kojima se pokazuje kako je niska razina ekstraverzije pronađena kod osoba s depresijom i socijalnom anksioznošću (Brown, Chorpita, i Barlow, 1998; Kotov i sur., 2007; D. Watson, Clark, i Carey, 1988; prema Kotov, 2010), dok je viša razina ekstraverzije povezana s boljim mentalnim zdravljem (Lamers i sur., 2012).

U prijašnjim istraživanjima nađeno je kako iskustvo zlostavljanja i zanemarivanja u djetinjstvu može voditi do lošijeg mentalnog zdravlja odraslih osoba (Keyser-Marcus, 2014; Tucci, 2010; Hovens i sur., 2009). Naši nalazi sukladni su tome. Pokazalo se kako je doprinos

emocionalnog zlostavljanja i zanemarivanja u djetinjstvu mentalnom zdravlju značajan i negativan. S druge strane, fizičko zlostavljanje nije imalo značajan efekt na kriterijsku varijablu. Istraživanja upućuju kako emocionalno zlostavljana i zanemarivana djeca učestalije razvijaju nesigurnu privrženost, što može u odrasloj dobi dovesti do narušenog socijalnog i emocionalnog funkcioniranja (Lopez i Heffer, 1998; Styron i Janoff-Bulman, 1997; prema Karlović, 2001) čime se može tumačiti lošije mentalno zdravlje tih pojedinaca.

5.2. Doprinosi ličnosti i traume u djetinjstvu pozitivnom mentalnom zdravlju

Drugim dijelom prve hipoteze pretpostavilo se kako *pozitivnom mentalnom zdravlju* doprinose viša razina ekstraverzije i ugodnosti te niska zastupljenost fizičkog i emocionalnog zlostavljanja te zanemarivanja. Hipoteza je djelomično potvrđena budući da je hijerarhijskom regresijskom analizom utvrđeno kako su značajni prediktori *pozitvnog mentalnog zdravlja* nizak neuroticizam, visoka ekstraverzija i nisko zanemarivanje u djetinjstvu.

Dakle, od svih osobina ličnosti značajnim prediktorima *pozitvnog mentalnog zdravlja* samo su se pokazale dvije crte ličnosti i to neuroticizam i ekstraverzija. Neuroticizam u negativnom smjeru utječe na *pozitivno mentalno zdravlje*, dok mu ekstraverzija pozitivno doprinosi. Ovi su odnosi očekivani obzirom da literatura ukazuje kako je ekstraverzija povezana s višom razinom emocionalne dobrobiti, koju karakteriziraju pozitivni afekt i zadovoljstvo životom, a neuroticizam s nižom razinom (Argyle i Lu, 1990; Costa i McCrae, 1980; Lu i Snih, 1997; Pavot i sur., 1990; Steel i sur., 2008; prema Lamers i sur. 2012). Osim toga, Lamers i suradnici (2012) navode kako je neuroticizam značajno povezan s psihopatologijom, a ekstraverzija se pokazala značajnim prediktorom *pozitvnog mentalnog zdravlja*. Utvrđena povezanost ekstraverzije i *pozitvnog mentalnog zdravlja* može se objasniti posredovanjem osobnih vrlina, pozitivnim odnosima s drugima i uključenosti u zajednicu (Ozer i Benet-Martinez, 2006). Nameće se kako ekstraverzija preko ponašanja koja potiču prisutnost socijalne mreže i podrške te uključenost u zajednicu pozitivno djeluje na mentalno zdravlje pojedinca. Neuroticizam utječe na afektivnu komponentu mentalnog zdravlja (Lamers, 2012) na način da potiče češću prisutnost negativnih emocija, što se negativno odražava na *pozitivno mentalno zdravlje*.

Što se tiče traume u djetinjstvu, značajnim prediktorom *pozitvnog mentalnog zdravlja* pokazalo se samo zanemarivanje i to u negativnom smjeru. Emocionalno i fizičko zlostavljanje

nisu značajno pridonijeli objašnjenju varijance tog kriterija. Utvrđena povezanost može se objasniti većom zastupljenošću simptoma depresije i anksioznosti kod osoba koje su bile izložene zanemarivanju. Naime, Hovens (2009) je utvrdio kako emocionalno zanemarivanje i psihološko zlostavljanje tijekom djetinjstva imaju značajan doprinos pojavi depresije i anksioznosti. Ukoliko je prisutnost depresije i anksioznosti u odrasloj dobi ishod proživljenog zanemarivanja koje je osoba doživljela u ranoj životnoj dobi, tada je očekivano da takav pojedinac ne može ostvariti visoko *pozitivno mentalno zdravlje*. Isto, zanemarivanje negativno utječe na samopoštovanje djeteta (Geiger i Fischer, 1999) budući da se ono jednim dijelom gradi pomoću pozitivnih povratnih informacija od bliskih osoba i toga kako se one odnose prema djetetu. Ukoliko bliske osobe ne pružaju adekvatnu potporu djetetu, mogu se razviti problemi sa samopouzdanjem i samopoštovanjem koji imaju negativan utjecaj na *pozitivno mentalno zdravlje* u odrasloj dobi.

5.3. Doprinosi ličnosti i traume u djetinjstvu negativnom mentalnom zdravlju

Trećim dijelom prve hipoteze pretpostavilo se kako *negativnom mentalnom zdravlju* doprinosi viša razina neuroticizma i niža razina savjesnosti kao i viši stupanj emocionalnog i fizičkog zlostavljanja te zanemarivanja. Putem hijerarhijske regresijske analize pokazalo se kako su značajni prediktori *negativnog mentalnog zdravlja* visok neuroticizam, niska ekstraverzija, visoko emocionalno zlostavljanje i visoko zanemarivanje u djetinjstvu što znači da je naša hipoteza djelomično potvrđena.

Dobiveni nalazi donekle su očekivani uzimajući u obzir da se neuroticizam već ranije povezivao s psihopatologijom (Smits i Boeck, 2006; Malouff i sur., 2005; Kotov i sur., 2010). Clark i suradnici (1994; prema Kotov i sur., 2010) tvrde kako je prisutnost svih anksioznih i depresivnih poremećaja povezano s neuroticizmom. Jedna od značajnih sastavnica depresivnih i anksioznih poremećaja su ponavljajuće negativne misli. One su također dio neuroticizma koji povećava vjerojatnost pojave psihičkih poremećaja kao što su depresija i anksioznost (Muris i sur., 2005). Uzimajući navedeno u obzir, nije iznenađujuće da je neuroticizam bio najznačajniji prediktor *negativnog mentalnog zdravlja*. Clark i sur. (1994; prema Kotov i sur., 2010) također navode kako je ekstraverzija povezana s depresijom. Depresija je snažno povezana s niskom pozitivnom emocionalnošću (Naragon-Gainey i sur., 2009) koja je u svojoj srži ekvivalentna ekstraverziji. Rijetka pojava pozitivnih emocija značajan je dio *negativnog mentalnog zdravlja*.

Ekstraverzija je vjerojatno preko tih afektivnih puteva doprinijela *negativnom mentalnom zdravlju* u našem istraživanju.

Od elemenata traume u djetinjstvu u ovom istraživanju značajnim prediktorima *negativnog mentalnog zdravlja* pokazali su se emocionalno zlostavljanje i zanemarivanje. Pretpostavlja se kako emocionalno zlostavljanje i zanemarivanje na različite načine doprinose negativnom mentalnom zdravlju. Jedan od njih je prisutnost ovisnosti. Naime, Keyser-Marcus i suradnici (2014) navode kako su ovi oblici traume u djetinjstvu pojačano prisutni kod osoba koje su ušle u tretman za ovisnost. Ukoliko je to točno, tada je očekivano da navedeni tipovi traume preko različitih oblika ovisnosti negativno doprinose mentalnom zdravlju osobe. Čini se kako osobe koje su prošle traumom pribjegavaju zlouporabi različitih oblika psihoaktivnih tvari kako bi se nosili s negativnim iskustvima, a to zauzvrat ima negativne posljedice na njihovo mentalno zdravlje.

5.4. Doprinosi ličnosti i traume u djetinjstvu općem mentalnom zdravlju kod ženskog spola

Drugi problem ovog istraživanja bio je ispitati postoji li razlika u prediktorima mentalnog zdravlja (osobinama ličnosti i traumatskim iskustvima u djetinjstvu) kod muškaraca i žena. Prvi dio druge hipoteze usmjeren je na ženski spol te se pretpostavljalo kako će *općem mentalnom zdravlju* odraslih osoba ženskog spola doprinijeti niži neuroticizam te niži stupanj fizičkog zlostavljanja i zanemarivanja u djetinjstvu. Hipoteza je djelomično potvrđena budući da su značajni prediktori niži neuroticizam, viša ekstraverzija i niže zanemarivanje u djetinjstvu.

Od osobina ličnosti neuroticizam je značajan negativan prediktor *općeg mentalnog zdravlja* ženskih osoba. Češća pojava neuroticizma kod žena može biti jedan od razloga zašto je neuroticizam najsnažniji prediktor *općeg mentalnog zdravlja* kod ženskih sudionika u ovom istraživanju. Naime, Lynn i Martin (1997) su u istraživanju provedenom u 37 zemalja utvrdili kako su žene više rezultate na skali neuroticizma od muškaraca u svim zemljama uključenim u istraživanje. Ekstraverzija je značajan pozitivan prediktor mentalnog zdravlja žena. S obzirom da je dio ekstraverzije učestalije doživljavanje pozitivnih emocija u socijalnim situacijama (Lucas i Diener, 2001), a žene češće koriste socijalnu interakciju kao oblik nošenja sa stresom, moguće je da se ekstraverzija kao pozitivni prediktor mentalnog zdravlja žena pokazala značajnom iz ovih razloga.

Od svih oblika traume u djetinjstvu, u ovom istraživanju mentalnom zdravlju žena doprinijelo je zanemarivanje. Moguće je kako zanemarivanje u djetinjstvu ima snažan efekt na mentalno zdravlje žena zbog posljedičnog nižeg samopoštovanja u odrasloj dobi. Naime, kako je samopoštovanje važan aspekt pojma o sebi o kojem jako ovisi mentalno zdravlje (Petersen i sur., 2011), možemo vidjeti kako bi zanemarivanje moglo negativno utjecati na mentalno zdravlje žena. Literatura sugerira kako je zanemarivanje jakog efekta na mentalno zdravlje žena. U istraživanju koje su proveli Tucci i suradnici (2010) među ženama koje su ovisne o alkoholu pronađena je niža stopa emocionalnog zanemarivanja i viša zastupljenost fizičkog zanemarivanja. Isti autori ukazuju kako je veća zastupljenost emocionalnog zanemarivanja među ženama koje pate od depresije.

5.5. Doprinos ličnosti i traume u djetinjstvu općem mentalnom zdravlju kod muškog spola

Drugi dio druge hipoteze pretpostavlja kako će sveukupnom mentalnom zdravlju odraslih muških osoba doprinijeti niža otvorenost k iskustvu, kao i niži stupanj emocionalnog zlostavljanja te zanemarivanja u djetinjstvu. Hipoteza je djelomično potvrđena time što su se značajnim prediktorima *općeg mentalnog zdravlja* muških sudionika pokazali niži neuroticizam, niža otvorenost k iskustvu i niži stupanj zanemarivanja u djetinjstvu.

Kao i kod ženskog spola, neuroticizam je najznačajniji prediktor općeg mentalnog zdravlja i to u negativnom smjeru. Već dobro provjereni mehanizmi poput negativnije reakcije na stres, povećane pojave negativnih misli i emocija te češćeg negativnog tumačenja svakodnevnih događaja (Suls i Martin, 2005) vjerojatno su u podlozi utvrđene povezanosti. Otvorenost k iskustvu također je negativno povezana s *općim mentalnim zdravljem* muškaraca. Jedna od faceta otvorenosti k iskustvu je sklonost pustolovinama koja otvara osobu za nova iskustva (Stephan, 2009), ali i za razočaranja ili negativne ishode nekih iskustava. Pustolovine imaju u sebi dozu preuzimanja rizika te se taj rizik može ne isplatiti i imati negativne posljedice. Muškarci su skloniji preuzimanju rizika od žena, a negativni ishodi rizičnih situacija mogu imati negativan učinak na mentalno zdravlje muškaraca.

Od različitih oblika traume u djetinjstvu uključenih u ovo istraživanje značajnim prediktorom mentalnog zdravlja muškaraca pokazalo se zanemarivanje. Kod muškaraca zanemarivanje u djetinjstvu može imati za posljedicu korištenje nepoželjnih ponašanja za

privlačenje pažnje (Waxman i sur., 2013), kao što su zlouporaba alkohola, nepoštivanje autoriteta u školi i mladenačka delinkvencija, koja mogu voditi do ovisnosti ili problema sa kršenjem zakona. Ovakva ponašanja tijekom razvoja, ukoliko nije pružena pomoć ili podrška kako bi se djeca mogla bolje nositi s osjećajima i problemima, mogu voditi do psihičkih poremećaja te lošijeg mentalnog zdravlja kod odraslih muškaraca (Waxman i sur., 2013).

6. Nedostaci i prijedlozi za buduća istraživanja

Naposlijetku, potrebno je osvrnuti se na nedostatke ovog istraživanja. Jedan od njih je da smo podatke prikupili putem *online* upitnika, te je riječ o prigodnom uzorku što onemogućuje generalizaciju ovih podataka na razini opće populacije. Bilo bi korisno kada bi se ovakvo istraživanje provelo na široj populaciji kako bismo proučili doprinos traume u djetinjstvu psihopatologiji odraslih osoba.

Nadalje, korištene su mjere samoprocjene, što znači da je moguća pristranost pri odgovaranju zbog efekata pristranosti u pamćenju ili pridavanja pažnje događajima koji za pojedinca imaju veću emotivnu vrijednost. Naime, svaka osoba subjektivno procjenjuje što je zlostavljanje ili zanemarivanje za nju. Neko ponašanje koje bi jedna osoba smatrala 'vrijeđanjem i omalovažavanjem' druga ne bi tako procijenila.

Na dobivene rezultate mogla je utjecati i priroda ispitivanog fenomena odnosno, ispitivanje iskustva traume u djetinjstvu. Budući da je to vrlo intimna i bolna tema za osobe koje imaju takva iskustva, moglo je dovesti do toga da ti pojedinci negiraju postojanje nekih iskustava. Drugim riječima, moguće da su dobiveni socijalno poželjni odgovori na neka od pitanja.

Još jedan nedostatak ovog istraživanja je korištenje Inventara mentalnog zdravlja. Njegove subskale međusobno su visoko povezane. To može voditi do poteškoća u interpretaciji rezultata budući da visoko povezane subskale imaju i velik postotak zajedničkog objašnjenja varijance kriterija. Kad je to slučaj teže je dobro ispitati izdvojeni utjecaj pojedinih prediktora na kriterij.

Buduća istraživanja mogla bi provesti isto istraživanje ali koje uključuje širu populaciju što se tiče dobi i obrazovanja jer su u našem uzorku najbrojniji sudionici bile mlade odrasle

osobe koje koriste društvene mreže. Možda bi se potpuno drugačiji odnosi dobili da je uzorak obuhvaćao nešto više osoba srednje i starije životne dobi ili one s nižim stupnjem obrazovanja ili materijalnog stanja. Bilo bi zanimljivo vidjeti i kakvi bi se odnosi dobili kada bi se korištene povezanosti ispitale na kliničkoj populaciji kako bismo točnije utvrdili kako trauma u djetinjstvu utječe na mentalno zdravlje ljudi. To bi ujedno otkrilo u kojoj mjeri trauma u djetinjstvu objašnjava mentalno zdravlje zdravih odnosno, bolesnih osoba. Konačno, bilo bi poželjno i da je u daljnjim istraživanjima uključeno i seksualno zlostavljanje kako bismo mogli proučiti njegov utjecaj na mentalno zdravlje ljudi.

7. Zaključak

Cilj ovog istraživanja bio je utvrditi odnos između ličnosti, traume u djetinjstvu i mentalnog zdravlja. Prvim problemom ispitali smo mogućnost predviđanja mentalnog zdravlja pomoću traumatičnih iskustava u djetinjstvu i osobina ličnosti. Utvrdili smo kako je s boljim *općim mentalnim zdravljem* povezan niži neuroticizam, viša ekstraverzija te niža razina emocionalnog zlostavljanja i zanemarivanja u djetinjstvu. Hijerarhijskom regresijskom analizom utvrđeno je kako su značajni prediktori *pozitivnog mentalnog zdravlja* bili niži neuroticizam, viša ekstraverzija i niže zanemarivanje u djetinjstvu. Prema tome, niža razina neuroticizma i zlostavljanja u djetinjstvu te viša razina ekstraverzije doprinose višem *pozitivnom mentalnom zdravlju*. Analizom rezultata pokazalo se kako su značajni prediktori *negativnog mentalnog zdravlja* viši neuroticizam, niža ekstraverzija, više emocionalno zlostavljanje i više zanemarivanje u djetinjstvu.

Drugi problem bio je ispitati postoji li razlika u prediktorima mentalnog zdravlja (osobinama ličnosti i traumatskim iskustvima u djetinjstvu) kod muškaraca i žena. Značajnim prediktorima *općeg mentalnog zdravlja* ženskih osoba pokazali su se niži neuroticizam, viša ekstraverzija i niže zanemarivanje u djetinjstvu. Značajnim prediktorima mentalnog zdravlja muškaraca pokazali su se niži neuroticizam, niža otvorenost k iskustvu i niži stupanj zanemarivanja u djetinjstvu. Rezultati ovog istraživanja otvaraju raspravu o ovoj temi te potiču na daljnja istraživanja koja bi mogla proširiti znanje o ulozi ličnosti i traume u djetinjstvu na područje mentalnog zdravlja.

8. Literatura

- Anderson, P., Jane-Llopis, E. i Hosman, C. (2011). Reducing the silent burden of impaired mental health. *Health Promotion International*, 26, 4-9.
- Arellano, C. M. (1996). Child maltreatment and substance use: A review of the literature. *Substance Use and Misuse*, 31, 925–927.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Volume 2. Separation: Anxiety and anger*. New York: Basic Books
- Briere, J. N. (2002). Treating adult survivors of severe childhood abuse and neglect: Further development of an integrative model, U: J.E.B. Myers, L. Berliner, J. Briere, C.T. Hendrix, T. Reid, C. Jenny (Ur.), *The APSAC handbook on child maltreatment*, 2nd Edition. Newbury Park, CA: Sage Publication.
- Elliot, A. J. i Thrash, T. M. (2002). Approach-avoidance motivation in personality: Approach and avoidance temperaments and goals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 804–818.
- Evren, C., Sar, V., Dalbudak, E., Cetin, R., Durkaya, M., Evren, B. i Celik, S. (2011). Lifetime PTSD and quality of life among alcohol-dependent men: Impact of childhood emotional abuse and dissociation. *Psychiatry Research*, 186(1), 85–90.
- Field, A. P. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics (4th Edition)*. London: Sage publications.
- Garcia, D. (2011). Two models of personality and well-being among adolescents. *Personality and Individual Differences*, 50(8), 1208–1212.
- Geiger, B., i Fischer, M. (1999). Poor, abused, and neglected children's prospects in a fair society. *Aggression and Violent Behavior*, 4(3), 249–258.
- Goodwin, R.D. i Gotlib, I.H. (2004). Gender differences in depression: the role of personality factors. *Psychiatry Research* 126, 135–142

- Herman, J. (1997). *Trauma and recovery*, New York: Basic Books.
- Hobbs, C.J., Hanks, H.G.I. i Wynne, J.M. (1999). *Child abuse and neglect: A clinician's handbook*. London: Churchill Livingstone.
- Hovens, J. G. F. M.; Wiersma, J. E.; Giltay, E. J.; Van Oppen, P.; Spinhoven, P.; Penninx, B. W. J. H. i Zitman, F. G. (2009). Childhood life events and childhood trauma in adult patients with depressive, anxiety and comorbid disorders vs. controls. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122(1), 66–74.
- John, O. P. i Srivastava, S. (1999). The Big five trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives. U: Pervin L. A. i John O. P. (Ur.). *Handbook of personality*, 102-138. New York: The Guilford Press
- Joshanloo, M. i Nosratabadi, M. (2009). Levels of Mental Health Continuum and Personality Traits. *Social Indicators Research*, 90 (2), 211-224.
- Karlović, A. (2001). *Validacija upitnika o zlostavljanju u djetinjstvu*. Diplomski rad. Zagreb: Odsjek za psihologiju Filozofskog Fakulteta u Zagrebu.
- Keyser-Marcus, L.; Alvanzo, A.; Rieckmann, T.; Thacker, L.; Sepulveda, A.; Forcehimes, A.; Islam, L. Z.; Leisey, M.; Stitzer, M. i Svikis, D. S. (2014). Trauma, Gender, and Mental Health Symptoms in Individuals With Substance Use Disorders. *Journal of Interpersonal Violence*, 1–22.
- Klerman, G. L. i Weissman, M. M. (1980). Depression among women: Their nature and causes. U: M. Guttentag, S. Salasin i D. Belle (Ur.), *The mental health of women* (str. 57–109). New York: Academic Press.
- Kotov, R., Gamez, W., Schmidt, F. i Watson, D. (2010). Linking “Big” personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 136, 768–821.
- Krapić, N. (2005). Dimenzije ličnosti petofaktorskog modela i radno ponašanje. *Psihologijske teme*, 14(1), 39-55.
- Lamers, S. M. A., Westerhof, G. J., Kovács, V. i Bohlmeijer, E. T. (2012). Differential relationships in the association of the Big Five personality traits with positive mental health and psychopathology. *Journal of Research in Personality*, 46, 517-524.

- Lemos-Giráldez, S. i Fidalgo-Aliste, A. M. (1997). Personality Dispositions and Health-related Habits and Attitudes: a Cross-sectional Study. *European Journal of Personality*, 11(3), 197–209.
- Lucas, R. E. i Diener, E. (2001). Understanding extraverts' enjoyment of social situations: The importance of pleasantness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81(2), 343–356.
- Lynn, R. i Martin, T. (1997). Gender Differences in Extraversion, Neuroticism, and Psychoticism in 37 Nations. *The Journal of Social Psychology*, 137(3), 369–373.
- Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B. i Schutte, N. S. (2005). The relationship between the five-factor model of personality and symptoms of clinical disorders: A meta-analysis. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 27, 101–114.
- Muris, P., Roelofs, J., Rassin, E., Franken, I. i Mayer, B. (2005). Mediating effects of rumination and worry on the links between neuroticism, anxiety and depression. *Personality and Individual Differences*, 39(6), 1105–1111.
- Naragon-Gainey, K., Watson, D. i Markon, K. E. (2009). Differential relations of depression and social anxiety symptoms to the facets of extraversion/positive emotionality. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(2), 299–310.
- Ozer, D. J. i Benet-Martínez, V. (2006). Personality and the prediction of consequential outcomes. *Annual Review of Psychology*, 57, 401–421.
- Paris, J. (2007). An overview on gender, personality and mental health. *Personality and Mental Health*, 1(1), 14–20.
- Petersen, K., Hounsgaard, L., Borg, T. i Nielsen, C. V. (2011). User involvement in mental health rehabilitation: a struggle for self-determination and recognition. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19(1), 59–67.
- Petz, B., Kolesarić, V. i Ivanec, D. (2012). *Petzova statistika*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Pirard, S., Sharon, E., Kang, S. K., Angarita, G. A. i Gastfriend, D. R. (2005). Prevalence of physical and sexual abuse among substance abuse patients and impact on treatment outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, 78, 57-64.

- Profaca, B. i Arambašić, L. (2009). Traumatski događaji i trauma kod djece i mladih. *Klinička psihologija*, 2 (1-2), 53-73.
- Putnam, F.W. (1997). *Dissociation in children and adolescents – A developmental perspective*. New York: The Guilford Press.
- Pynoos., R.S., Steinberg, A.M. i Piacentini, J.C. (1999). A developmental psychopathology model of childhood traumatic stress and intersection with anxiety disorders. *Biological Psychiatry*, 46, 1542-1554.
- Robins, L. N., Locke, B. i Regier, D. (1991). An overview of psychiatric disorders in America. U: L. Robins i D. Regier (Ur.), *Psychiatric disorders in America* (328–366). New York:Free Press.
- Sachs-Ericsson, N. (2000). Gender, social roles, and suicidal ideation and attempts in a general population sample. U: T. Joiner i M. D. Rudd (Ur.), *Suicide science: Expanding the boundaries* (201–220). Boston: Kluwer Academic Publishers.
- Sachs-Ericsson, N., i Ciarlo, J. A. (2000). Gender, social roles, and mental health: An epidemiological perspective. *Sex Roles: A Journal of Research*, 43(9-10), 605–628.
- Silobrčić Radić, M. (2011). Mentalno zdravlje. *Hrvatski časopis za javno zdravstvo*, 7(28).
- Smits, D. J. M. i Boeck, P. D. (2006). From BIS/BAS to the Big Five. *European Journal of Personality*, 20, 255–270.
- Suls, J. i Martin, R. (2005). The daily life of the garden-variety neurotic: Reactivity, stressor exposure, mood spillover, and maladaptive coping. *Journal of Personality*, 73, 1485–1509.
- Steel, P., Schmidt, J., i Shultz, J. (2008). Refining the relationship between personality and subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 123, 138–161.
- Stephan, Y. (2009). Openness to experience and active older adults' life satisfaction: A trait and facet-level analysis. *Personality and Individual Differences*, 47(6), 637–641.
- Tucci, A. M.; Kerr-Corrêa, F. i Souza-Formigoni, M. L. O. (2010). Childhood trauma in substance use disorder and depression: An analysis by gender among a Brazilian clinical sample. *Child Abuse & Neglect*, 34, 95–104.

- Van der Kolk, B.A. i McFarlane, A.C. (1996). The black hole of trauma, U: B.A. van der Kolk, A.C. McFarlane, L. Weisaeth (Ur.), *Traumatic stress – The effects of overwhelming experience on mind, body and society*, 3-23. New York: The Guilford Press.
- Waxman, R., Fenton, M. C., Skodol, A. E., Grant, B. F. i Hasin, D. (2013). Childhood maltreatment and personality disorders in the USA: Specificity of effects and the impact of gender. *Personality and Mental Health*, 8(1), 30–41.
- Weissman, M. M., i Klerman, G. L. (1977). Sex differences and the epidemiology of depression. *Archives of General Psychiatry*, 34, 98–111.
- WHO-World Health Organization (2014). *Mental health: A state of well-being*. Geneva.
- WHO-World Health Organization (2020). Child maltreatment <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment> Pristupljeno 31. Listopada 2020.