



УНИВЕРЗИТЕТ У НИШУ
ФИЛОЗОФСКИ ФАКУЛТЕТ



мр Драгана З. Станојевић

**КОРЕЛАТИ МЕНТАЛНОГ ЗДРАВЉА
АДОЛЕСЦЕНАТА СРПСКЕ НАЦИОНАЛНОСТИ
СА КОСОВА И МЕТОХИЈЕ**

Докторска дисертација

Ментор:

проф. др Бојана Димитријевић

Ниш, 2013.

ЛИСТА СКРАЋЕНИЦА

- AGFI - Adjusted Goodness-of-Fit index
- AIC - Akaike`s information criterion
- АНОВА - анализа варијансе
- BAI - Beck Anxiety Inventory
- BDI - Beck Depression Inventory
- БиХ - Босна и Херцеговина
- CFI - Comparative fit index
- DSM IV - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition
- FAS - Family Adaptation Scale
- GFI - The goodness-of-fit index
- ICD-10 - International Classification of Diseases – 10th revision
- КиМ - Косово и Метохија
- КМО - Кајзер-Мајер-Олкинов тест
- МНС-LF - Mental Health Continuum - Long form
- NHMRC - National Health and Medical Research Council
- PANAS - *Positive and Negative Affective Schedule*
- RMSEA - Root-mean-square error of approximation
- САД - Сједињене Америчке Државе
- СМС - Short Message Service
- SPSS - Statistical Product and Service Solutions
- СЗО - Светска здравствена организација
- SWLS - Satisfaction With Life Scale
- ТВ - телевизија
- WHO - World Health Organization

С А Д Р Ж А Ј

1. УВОД	5
2. МЕНТАЛНО ЗДРАВЉЕ - ДЕФИНИЦИЈА, ИСТОРИЈАТ И МОДЕЛИ	7
2.1. КАКО ДЕФИНИШЕМО МЕНТАЛНО ЗДРАВЉЕ?	7
2.2. ИСТОРИЈАТ МЕНТАЛНОГ ЗДРАВЉА	9
2.2.1. Историјат менталног здравља у Србији	18
2.3. КРИТЕРИЈУМИ МЕНТАЛНОГ ЗДРАВЉА	20
2.4. МОДЕЛИ МЕНТАЛНОГ ЗДРАВЉА	23
2.4.1. Јаходин модел позитивног менталног здравља	23
2.4.2. Структурисани модел позитивног менталног здравља	26
2.4.3. Салутогени модел Арона Антоновског	28
2.4.4. Тенгландов модел прихватљивог менталног здравља	32
2.4.5. Модел субјективног благостања	36
2.4.6. Психичко благостање	38
2.4.7. Ментално здравље као социјално благостање	41
2.4.8. Синдром менталног здравља	43
2.4.8.1. Приказ истраживања Кизовог модела менталног здравља	47
2.4.9. Сажета анализа представљених модела	49
2.5. ПРЕВЕНЦИЈА И УНАПРЕЂЕЊЕ МЕНТАЛНОГ ЗДРАВЉА	52
2.6. ДЕТЕРМИНАНТЕ МЕНТАЛНОГ ЗДРАВЉА	54
3. МЕНТАЛНО ЗДРАВЉЕ АДОЛЕСЦЕНАТА	57
3.1. АДОЛЕСЦЕНЦИЈА	57
3.2. СТИЛ ЖИВОТА И НАЧИНИ ПРОВОЂЕЊА СЛОБОДНОГ ВРЕМЕНА КОД АДОЛЕСЦЕНАТА	61
3.3. ПОРЕМЕЋАЈИ МЕНТАЛНОГ ЗДРАВЉА У АДОЛЕСЦЕНЦИЈИ	63
3.3.1. Анксиозност	65
3.3.2. Депресивност	70
3.3.3. Адолесценти и ризично понашање	72
4. МЕТОДОЛОШКИ ОКВИР ИСТРАЖИВАЊА	76
4.1. ПРЕДМЕТ ИСТРАЖИВАЊА	76

4.2. ЦИЉЕВИ ИСТРАЖИВАЊА	77
4.3. ВАРИЈАБЛЕ И ИНСТРУМЕНТИ	78
4.4. ПРЕТПОСТАВКЕ У ИСТРАЖИВАЊУ	86
4.5. ЗНАЧАЈ ИСТРАЖИВАЊА	89
4.6. УЗОРАК	89
4.7. МЕТОД И РЕАЛИЗАЦИЈА ИСТРАЖИВАЊА	92
4.8. СТАТИСТИЧКА ОБРАДА ПОДАТАКА	92
5. РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА	94
5.1. РЕЗУЛТАТИ ПРЕЛИМИНАРНЕ АНАЛИЗЕ ПОДАТАКА	94
5.1.1. Факторска структура коришћених инструмената	94
5.1.2. Поузданост мерних инструмената	99
5.1.3. Приказ резултата дескриптивне анализе података	100
5.2. РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА ПРЕМА ПОСТАВЉЕНИМ ХИПОТЕЗАМА	107
5.2.1. Провера Кизовог трокомпонентног модела позитивног менталног здравља	107
5.2.2. Провера двофакторског модела менталног здравља и менталне болести	108
5.2.3. Разлике у процентуалној заступљености категорија менталног здравља између адолесцената са КиМ и адолесцената из Централне Србије	110
5.2.4. Разлике у процентуалној заступљености нивоа депресивности и анксиозности и изражености ризичног понашања код адолесцената са КиМ и адолесцената из Централне Србије	113
5.2.5. Корелације између компоненти позитивног менталног здравља и депресивности, анксиозности и ризичног понашања	117
5.2.6. Компоненте позитивног менталног здравља као предиктори депресивности, анксиозности и ризичног понашања	118
5.2.7. Повезаност демографских варијабли са мерама позитивног менталног здравља, менталне болести и ризичним понашањем	120
5.2.8. Корелације између мера позитивног менталног здравља, менталне болести, ризичног понашања и неких индикатора општег функционисања адолесцената	123
5.3. РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА КОЈИ НИСУ ОБУХВАЋЕНИ ХИПОТЕЗАМА	126
5.3.1. Заступљеност симптома депресивности и анксиозности код adolесцената са различитим нивоом позитивног менталног здравља	126
5.3.2. Повезаност демографских варијабли са неким мерама општег функционисања адолесцената	128

5.3.3. Разлике погледу изражености мера благостања, депресивности, анксиозности и ризичног понашања између испитаника са севера КиМ и из енклава	131
5.3.4. Одређивање значајних предиктора менталног здравља и менталне болести	133
6. ДИСКУСИЈА	135
7. ЗАКЉУЧАК	165
ЛИТЕРАТУРА	167
ПРИЛОЗИ	190

1. УВОД

Појам „ментално здравље“ одувек је спадао у ону групу појмова које је тешко дефинисати и одредити, упркос бројним покушајима. У савременој психологији тешко је наћи појам који је „у тој мери нејасан, недостижан и несигуран као што је појам *ментално здравље*“ (Jahoda, 1958, стр. 3). За различите људе он има различито значење, а често се и користи без покушаја да се адекватно дефинише. Има много публикација, теоријских и истраживачких, које у свом називу садрже овај појам, а да у даљем тексту није прецизно одређено шта он подразумева. Нејасноћама доприносе и различити углови гледања на сам појам менталног здравља (медицински, психолошки, социолошки, филозофски и сл.).

Начини схватања менталног здравља и менталне болести мењали су се и кроз историју човечанства. Ови појмови су прошли свој развојни пут од праисторијских дана до савременог друштва и бивали сагледани као последица деловања демонских сила, болести мозга, несвесних садржаја и друштвеног уређења. Већина тих концепција се заправо односила на концепт менталне болести, док је ментално здравље било доживљавано као њен антипод. И заиста, док се о појму менталне болести дуго и из различитих углова полемисало, о менталном здрављу се размишљало као о одсуству менталне болести. Први важнији помак ка одређењу менталног здравља као посебног концепта десио се средином 20. века, али је приписан настојањима позитивне психологије да пронађе своје место у савременој науци о људској психи. Упркос декларацијама Светске здравствене организације, јачању хуманистичке психологије и покрета за превенцију и унапређење менталног здравља, као и настојањима појединаца да појму ментално здравље дају посебно значење, он је и деценијама касније остао у сенци појма ментална болест.

80-е и 90-е године двадесетог века донеле су нов помак на том путу. Све више се истражују конструкти у вези са (позитивним) менталним здрављем и значај се даје појмовима благостања, среће и задовољства, као компонентама менталног здравља. Последњих година се тестирају модели којима се претпоставља да ментална болест и

ментално здравље нису супротни крајеви једне димензије, већ два континуума који су међусобно повезани, али, ипак, различити.

Овај рад се ослања на један од најскоријих модела менталног здравља. Тим моделом су обухваћени различити аспекти субјективног благостања: емоционално, психичко и социјално (Keyes, 1998). Потпуно ментално здравље није само одсуство менталне болести већ и присуство одлика позитивног менталног здравља. Овај модел је један од најчешће коришћених модела за испитивање менталног здравља у последњих 15-ак година. До сада није коришћен у нашој земљи и региону, па је то један од основних разлога његовог испитивања. Осим тога, у нашој земљи је позитивно ментално здравље још увек у сенци медицинског модела менталног здравља као одсуства менталне болести, док су аспекти среће и задовољства у различитим сферама живота прилично запостављени од стране психологије. Последњих деценија, јача покрет за унапређење менталног здравља, па се очекује да ће 21. век и код нас бити обележен настојањима да се ментално здравље не „само“ очува већ и унапреди. Уколико се покаже валидним, овај модел би могао бити користан оквир за осмишљавање и планирање стратегија за унапређење менталног здравља адолесцената.

2. МЕНТАЛНО ЗДРАВЉЕ - ДЕФИНИЦИЈА, ИСТОРИЈАТ И МОДЕЛИ

2.1. Како дефинишемо ментално здравље?

Појам менталног здравља често се користио у комбинацији са појмом ментална болест (психичка или душевна болест), односно ментални поремећај. Ментална болест/здравље је композитни појам који обухвата континуум од најозбиљнијих поремећаја до различитих уобичајених проблема са менталним здрављем и умерених симптома различитог интензитета и трајања. Ментална болест се дефинише на много начина. У DSM IV *ментални поремећај* је дефинисан као „клинички значајан бихејвиорални или психолошки синдром или образац који се јавља код појединца и који је повезан са присутним дистресом (нпр. симптом бола) или неспособношћу (нпр. оштећење у једној или више важних области функционисања) или са значајно повишеним ризиком да дође до смрти, оштећења или значајног губитка слободе“ (American Psychiatric Association, 1994, стр. 14). Дакле, ментални поремећај обухвата бихејвиоралне или психолошке знаке и симптоме који узрокују несрећу пацијента; резултирају губитком физичког, менталног, социјалног или професионалног функционисања; и могу довести до већег ризика од болести, смртности или губитка слободе. Ментални поремећај се односи на „клиничко стање које је могуће дијагностиковати и које значајно интерферира са функционисањем и способностима појединца“ (Bargy & Jenkins, 2007, стр. 4). Он је одређен постојањем симптома као што су нарушено расположење, абнормалне перцепције, мисаони процеси и когниције. Неки од најпознатијих менталних поремећаја су депресија, психозе и деменција. *Проблеми са менталним здрављем* више подразумевају неке уобичајеније жалбе на ментално здравље попут анксиозности и депресије, које могу бити мање озбиљне и трајати краће од менталних поремећаја. Ови проблеми се могу искусити повремено као реакција на животне стресове, али ако им се не посвети пажња могу се развити у много

озбиљније и хроничне менталне поремећаје. Разлика између проблема са менталним здрављем и менталних поремећаја није добро дефинисана, али су трајање и интензитет оне карактеристике које се обично наводе као различите (Barry & Jenkins, 2007).

Историја лудила и менталне болести открива постојање два типа дефиниција менталног здравља: први се заснива на одсуству менталне болести, а други на стању благостања (Tudor, 1996). Оба приступа се сматрају редуктивним: „ако нешто дефинишемо одсуством његове супротности то је само семантички маневар, а ако га дефинишемо његовом заменом онда је то одлагање. Ниједна од тих могућности неће продубити наше разумевање“ (Tudor, 1996, стр. 21). Постоји велики број дефиниција менталног здравља од којих свака имплицира одређено, понекад и лично гледиште. Различити аутори су истицали различите аспекте, у зависности од области рада и приступа, а често и од конкретног циља студије. Иако је у прошлости поље менталног здравља примарно било постављено око људи са менталним болестима, у скорије време фокус је на превенцији менталних болести и унапређењу менталног здравља. Од тих новијих покушаја одређења менталног здравља наведени су само неки:

„Ментално здравље представља способност да се живи срећно; ... продуктивно; ... без неприлика“ (Preston, 1943, стр.112, према MacDonald, 2006, стр. 11).

„Ментално здравље је концептуална апстракција. То је релативистичка процена човековог односа према себи, друштву и сопственим вредностима... Не може се адекватно разумети изоловано од других мултифакторских феномена који чине собу онаквом каква она функционише у друштву“ (Eaton, 1951, стр. 88, према Tudor, 1996, стр. 21).

„Ментално здравље означава хармонију између вредности, интересовања и ставова са пољем деловања појединаца и следствено, реалистично планирање живота и сврсисходну имплементацију животних концепата“ (Neumann, 1989, стр. 4).

„Ментално здравље је способност личног раста и развоја“ (Chwedorowicz, 1992, стр. 243).

„(Ментално здравље) је капацитет да се живи потпуно на начин који нам омогућава да реализујемо сопствене природне потенцијале и који нас сједињује, а не

дели од других људских бића која чине наш свет“ (Guntrip, 1964, стр. 25, према MacDonald, 2006, стр. 11).

„Историја лудила је историја људског страха, друштвеног искључивања непознатог, 'других'. Оно се остварује на велики број начина зависно од пола, расе и класе.“ (Tudor, 1996, стр. 15).

Мек Доналд (MacDonald, 2006) је приметио да аутори са запада имају склоност да дефинишу ментално здравље и менталну болест првенствено из индивидуалистичке перспективе, што не мора увек бити адекватно. Ова индивидуалистичка перспектива није увек описана у другим културама. На пример, Маркус и Китајама (Markus & Kitayama, 1991) из Јапана говоре о „дељењу животног простора“ уместо о „селфу“. Мек Доналд се залагао за мање индивидуалистичких и више социјалних критеријума менталног здравља. Социјални и културни услови и процеси су одувек доприносили менталном здрављу ма које особе и морају бити укључени у дефинисање и концептуализовање менталног здравља. Сматра се да обухватан концепт менталног здравља мора узети у обзир и структуралне неједнакости које су одувек биле релевантне за ментално здравље и менталну болест. У овом контексту, ментално здравље се може дефинисати као „способност појединца да испуни своје обавезе према себи и друштву, живећи у узајамној хармонији са физичким и социјалним окружењем“ (Sharma et al., 2013, стр. 5).

2.2. Историјат менталног здравља

Историја менталног здравља је преодминантно била фокусирана на менталне болести. Само се ретко помињу неки облици здравствене заштите, нпр. у Индији, у којој се јога користила за заштиту и унапређење менталног здравља. Третман поремећаја менталног здравља је претрпео многе измене током година, укључујући и промену главне парадигме. Током историје, менталним болестима и поремећајима се приступало углавном на три различита начина: натприродно, биолошки и психолошки. У најстаријим временима, натприродни модел је коришћен за лечење менталних поремећаја.

Примитивна времена. Постоје докази да су менталне болести постојале и у најстаријим временима и да је било покушаја да се они „лече“. Тада је био

примењиван натприродни концепт болести уопште, па и менталних болести. Према том концепту сматрало се да су менталне болести изазване божанствима, духовима, демонима или магнетним пољима које емитују звезде и месец (Влајковић, 1990). Било је широко распрострањено веровање да су менталне болести изазвали ђаволи који улазе у тело човека и опседају га. Третман се састојао у поступку истеривања ђавола из тела од стране „врача“ помоћу магије.

Стара Индија. У старој Индији развијане су Веде или списи о техникама лечења, које су се у почетку усмено преносиле са генерације на генерацију. На крају су записане у Санскриту и примарно се састојале од 4 колекције назване Риг-Веда, Сама-Веда, Јајур-Веда и Атбарва-Веда (Hines, 1999). Сматра се да Ајурведа, наука о животу или здрављу, води порекло из Атбарва-Веда (Park & Park, 1986). Једна од 8 грана Ајурведа зове се Ббута Видија (психијатрија или демонологија). У средишту Ајурведа је теорија о три „досбе“. Досбе или хумори (течности) су дах, жуч и слуз, а болести су објашњаване поремећајима ова три хумора. Према Шарми и сарадницима (Sharma et al., 2013), у Ајурведа је ум функционално подељен на его, жељу (вољу) и интелект. Менталне болести су се делиле на оне које имају физичку подлогу и оне настале искључиво на менталној основи. Из овог времена потиче и јога. Она потиче од Санскритске речи „union“ (јединство). То је древни систем физичке и психичке вежбе одржавања равнотеже. Технике јоге се данас сматрају значајнијим доприносом ове ере на пољу здравља.

Древна цивилизација у Египту. Шарма и сарадници (Sharma et al., 2013) наводе да у списима који потичу из старог Египта (3000-300 п.н.е.) мозак се описује као да је ограђен мембраном, са две хемисфере које су ишаране конволуцијама. Могу се наћи и описи поремећаја попут хистерије, алкохолизма и туге. Не помињу се лекари који су специјализовани за менталне болести, али изгледа да је врач био и психијатар (Nasser, 1987). Такође се чини да је врач имао и неко знање о халуциногенима попут мескалина.

Древна цивилизација у Кини. Око 14. и 13. века п.н.е. у старој Кини, током Шенг династије, веровало се да су обољења узрокована клетвама мртвих предака и примењиване су методе попут молитве, понуда и бајања (Subbarayappa, 2001). Један цар који је био лекар, Хуан Ди, сматра се одговорним за почетке систематске медицине у Кини. Он је наглашавао принципе *јин* и *јанг* свуда у стварању, а добро здравље било је садржано у равнотежи између њих. Посебно су се практиковале

биљна терапија и акупунктура, и у третману менталних болести. Хуанг Ди је стављао нагласак на превенцију цитирајући конеску пословицу „Врхунски доктор спречава болести, осредњи је усмерен на предстојећу болест, а инфериорни лекар лечи болест у процвату“ (Subbarayappa, 2001). Други концепт на коме се заснивала кинеска медицина је концепт *qi*, који чини основу активности ума и тела, као и филозофије таоизма (Лао Тсе, лечење лековима и употреба алхемије) и конфучијанства (исправност социјалних односа заједно са личном и владином моралношћу) (Subbarayappa, 2001).

Старе цивилизације Грчке и Рима. Верује се да се корени медицине и начина на који се она практикује данас могу наћи у старој Грчкој у 5. веку п.н.е. (Sharma et al., 2013). Хипократ се бавио и начином лечења ментално оболелих. Он је покушао је да класификује људе према томе како се они понашају. У старој Грчкој, ментално оболели су углавном били третирани хумано, а направљен је и помак од веровања у натприродно порекло болести ка много рационалнијим објашњењима¹. Неке од мера које су се користиле у третману биле су музика, умирење помоћу опијума, активност, дијете и хигијена (Alexander & Selesnick, 1966). Део уобичајене праксе је био и „ригуал инкубације“ у оквиру кога је особа остављана да спава у храму, а онда се њени снови били интерпретирани (Evans, 2005). Неке прилично модерне идеје приписују се Платону; он је заговарао холистичну медицину у којој није било потпуног лечења тела без лечења душе, као и личну одговорност у очувању менталног здравља и превенцију пре него лечење. И у старом Риму су ментално оболели генерално били третирани хумано. Еванс (Evans, 2005) наводи да је Аулус Корнелијус Целзус правио разлику између различитих типова лудих, као што су они који су тужни, они који су весели, и оних који су насилни и бунтовни. Он је саветовао третмане са забавним причама, персуазијом и диверзионом терапијом. Међутим, има података који указују на то да је Целзус заговарао и примену неких сурових метода: гладовање, везивање у ланце и слично (Голубовић, 2008).

Средњи (мрачни) век (500-1500.год.). Са падом Римског царства хумани приступ ментално оболелим особама заборављен је и замењен вештичарењем, шаманизмом, сујеверјем и мистицизмом. Појачан утицај цркве и догме одразио се и

¹ Нпр. Хипократ је приметио да епилепсија није света болест већ да има своје природно порекло (према Голубовић, 2008).

на третман душевних болесника. Ментално оболели су били закључавани у азилима у којима су били третирани грубо: бичевани, изгладњивани и често измучени. Није био редак случај да су и породице одбацивале своје оболеле чланове, који су били остављани да лутају улицама, или их сакривале како не би били проглашени за опседнуте злом и ђаволом и потом третирани на суров начин (Sharma et al., 2013). Спаљивање на ломачи и врачање су били често коришћене методе.

Отприлике у исто време када је Европа пролазила кроз Мрачни век, Арапи су позајмљујући идеје од Грка, Римљана и Индијаца развили сопствени медицински систем, познат као *унани* систем (Sharma et al., 2013). *Унани* медицина се још увек практикује у јужним и југоисточним деловима Турске, Саудијској Арабији и другим деловима Азије, као што су Индија и Пакистан (Yesilada, 2005). У том систему првенствено се користе биљке и народни лекови.

Ренесанса (1420-1630). Овај период у историји није донео значајне напретке у односу на средњи век. Веровање да су менталне болести узроковане злим дусима се наставило, тако да су и у периоду ренесансе ментално оболели често били затварани у азиле, а ментална болест се сматрала иреверзибилном. Методи који су коришћени за њихово лечење укључивали су прочишћавање, крварење и изазивање пликова. Широко распрострањена је била употреба физичких стега: лудачких кошуља и тешких окова на рукама и ногама, што је често пацијенте лишавало самопоштовања и слободе (Shorter, 1997).

XVIII век. Тек у ово доба долази до првог помака у односу на схватања из средњег века. Аустријски лекар Френк Месмер је иницирао терапијски приступ понашању (Sharma et al., 2013). Он је веровао да се људско тело састоји из флуида сличних магнетним силама. Претпостављао је да ментална болест настаје као последица лоше расподеле или дефицијенције магнетизма (Munson, 2001, према Sharma et al., 2013). Месмер је сматрао да се ментално оболели могу лечити држањем шипке испуњене гвожђем у води. Веровао је да ће то људима донети равнотежу у универзуму. Иако се Месмерова техника показала погрешном, она је довела до промене главне парадигме у схватању и третману менталних болести.

У исто време, Бенџамин Раш (Benjamin Rush), амерички лекар, писац и хуманиста, написао је књигу „Медицинска питања и запажања о болестима ума“ (Rush, 1812, према Sharma et al., 2013). Залагао се за хумани третман ментално оболелих и његова књига се сматра првом психијатријском књигом у Америци, иако

обилује терминима који се више не користе у савременој медицини (блесавост, морбидно стање, сексуални апетит, растројство памћења, растројство моралних вештина).

У овом периоду је дошло до развоја догађаја који се сматрају првом револуцијом у психијатрији (Влајковић, 1990). Француски лекар Филип Пинел је 1793. године пацијенте „Бисетр азила“ у Паризу ослободио окова (Shorter, 1997). Он је поделио и категорисао пацијенте према различитим поремећајима и прочишћавање, крварење и сличне методе заменио хуманим психолошким третманима, заједно са посматрањем и разговором са пацијентима. Његов приступ је био фокусиран на близак и пријатељски контакт са ментално оболелим, дискусију о личним тешкоћама и спровођењу сврсисходних активности. Он је 1821. године написао књигу „Медико-филозофска расправа о менталној алијенацији и манији“. Његов приступ се сматра првим психотерапијским приступом ментално оболелим (Sharma et al., 2013). Све менталне болести је поделио у 4 категорије: манија, меланхолија, деменција и идиотија - што је било од велике важности за оно време. Он је сматрао да менталне болести настају као резултат континуираног великог социјалног/психичког стреса или су последица наследних фактора или оштећења у телу. Он се сматра првом особом која је водила студију случаја о пацијенту, која је била фокусирана на дугорочни третман (Shorter, 1997). Он је био први који је сматрао да се ментално оболели могу рехабилитовати и вратити у друштво, а да би требало да азили буду места за лечење, а не скривање ментално оболелих. На пацијенте је гледао као на болесна људска бића која заслужују достојанство, посвећеност и медицински третман. Он је надгледао претварање установе за ментално оболеле из луднице у болницу. Ускоро, његове реформе су се прошириле и на остатак Европе.

XIX век. У овом периоду појављује се неколико истакнутих личности које су утицале на даљи развој хуманог приступа ментално оболелим особама. Жан-Мартин Шарко је био француски неуролог и професор анатомске патологије са надимком „Наполеон неуроза“ (Јау, 2000). Његов рад је у великој мери утицао на покрет менталног здравља. Његов најимпресивнији рад је био на тему хипнозе и хистерије. Он је сматрао да је хистерија неуролошки поремећај условљен херeditарним проблемима нервног система. Користио је хипнозу за изазивање хистерије и проучавао резултате. Он је био одговоран за мењање француског начина гледања на

хипнозу (метод је претходно био одбачен као хипнотичко стање) (Sharma et al., 2013). Амерички активиста Доротеа Лајнд Дајкс иступала је у име сиромашних менталних болесника, залажући се за отварање прве генерације америчких азила за ментално оболеле. Током Грађанског рата она је служила у војсци, путовала широм земље и лобирала код законодаваца и у америчком конгресу за бољу негу ментално оболелих. Почетком 19. века и у Аустралији долази до промене приступа менталним болесницима. Неки подаци говоре да су тамошњи ментално оболели раније били третирани као криминалци и затварани (Sands, 2009). На лудило се гледало као на опседнутост, „лошу крв“ или дефектан карактер, пре него као на болест. Сматрало се да је то ментално стање неизлечиво. Први „азил за умоболне“ изграђен је 1811. у Касл Хилу (Нови Јужни Велс) (Happell, 2007).

У ово време су се десиле и друге важне ствари. У САД је основан први психијатријски тренинг програм у Мек Лин болници у Вејверлију, Масачусетс. Вођена су истраживања о утицају венеричне болести (сифилиса) на мозак, и уопштено, обновљен је хумани приступ ментално оболелим особама (Sharma et al., 2013).

XX век. У прошлом веку дошло је до значајних реформи на пољу заштите менталног здравља. Млади Американац, Клифорд Бирс, објавио је аутобиографију под називом „Разум који се враћа“ (Влајковић, 1990). У њој је описао свој живот у менталној институцији у којој је био хоспитализован због нервног слома који је доживео након братовљеве смрти (Shorter, 1997). У тој приватној институцији, Бирс је био подвргнут деградирајућем третману и менталном и физичком злостављању типичном за оно време. Књига је имала непосредан и огроман утицај, ширећи свуда по свету његову визију реформе психијатријске неге. Бирс је основао *Друштво за менталну хигијену* у Конектикату, које се већ следеће године проширило формирајући *Национални комитет за менталну хигијену*. Друштво је имало неколико главних циљева (Sharma et al., 2013):

- Да поправи ставове према менталним болестима и ментално оболелим особама;
- Да побољша услуге за ментално оболеле; и
- Да ради на превенцији менталних болести и унапређује ментално здравље.

Покрет за ментално здравље је био прилично добро успостављен у време када је Бирс умро, 1943. године.

Крајем 19. и почетком 20. века живео је и радио аустријски неуролог и психијатар Сигмунд Фројд, оснивач психоаналитичке школе у психологији (Shorter, 1997). Најпознатији је по својој теорији несвесног која продире дубоко у психолошку страну појединца. Такође је познат и по својој редефиницији сексуалне жеље као примарне мотивационе енергије у људском животу која је усмерена ка широком опсегу објеката. О њему се често говори као о оцу психоанализе. Његов рад је био врло утицајан, промовишући појмове несвесног, ида, ега и суперега, Едиповог комплекса, механизма одбране, снова, симбола итд.

Још једна важна особа у историји покрета менталног здравља био је Емил Крепелин, немачки психијатар, који је класификовао стотине менталних поремећаја (Sharma et al., 2013). Свој приступ менталним болестима назвао је „клиничким“, за разлику од традиционалног кога је сматрао „симптоматским“. Био је међу првима који су сматрали да се порекло менталних болести може тражити у биологији и генетици. Његов савременик био је и Алцхајмер, немачки неуропатолог и психијатар који је проучавао хистолошка својства деменције познате као Алцхајмерова болест.

Двадесети век је био врло значајан и за остварење напретка у нези ментално оболелих у Аустралији. Називи „болница за луде“ и „лудаци“ замењени су називима „менталне болнице“ и „ментални пацијенти“ (Sands, 2009), али су болнице биле претрпане, а недостатак особља велики (Reischel, 2003).

У 20. веку је дошло до три важна међусобно неповезана открића која су помогла обликовању пута менталног здравља (Sharma et al., 2013):

- употреба психохирургије (поступак лоботомije, коришћен за лечење шизофреније, клиничке депресије и различитих анксиозних стања),
- увођење електроконвулзивне терапије (за лечење шизофреније, манично депресивни поремећај и епизоде велике депресије) и
- увођење неуролептика (који су укључивали антипсихотике и транкилизере).

Поступак лоботомije више није у употреби, електроконвузивна терапија се користи ретко, а стари неуролептици се замењују новим безбеднијим лековима.

50-их и 60-их година 20. века наступа ера социјално - орјентисане психијатрије (Голубовић, 2008). Нагласак је на превенцији, раном откривању и

лечењу, уз поштовање принципа мултидисциплинарности. На пољу менталног здравља, поред психијатара и психолога, све више су ангажовани социјални радници, дефектолози, педагози, наставници/васпитачи и лаици – волонтери, окупљени у оквиру мобилних тимова (Голубовић, 2008).

Не треба заборавити и да су 20. век, на пољу менталног здравља, обележили и припадници антипсихијатријског покрета: Купер, Ленг, Сас и други (Голубовић, 2008). Појам „антипсихијатрија“ је увео у употребу Купер, означивши њиме „експлицитан критички став према целокупној психијатрији“ (Опалић, 2005, стр. 60). Ленг је наглашавао откриватељско значење схизофреног искуства, док је Сас сматрао да душевни поремећај уопште не постоји (Кецмановић, 1978). Припадници антипсихијатријског покрета су говорили првенствено о психози, док се на поремећаје из спектра неуроza нису посебно освртали (Опалић, 2005). Иако је антипсихијатријски покрет указао на неке важне недостатке психијатријског приступа, његов развој је заустављен на нивоу идеја; највећим недостатком овог покрета сматра се то што није понудио адекватну алтернативу психијатрији.

Савремени трендови. Неколико трендова насталих током протеклих деценија обликовали су поље менталног здравља. Неки од тих трендова су формирани због социјалних утицаја, док су други били подстакнути економским разлозима. Област менталног здравља је такође преиначена са доласком великог броја дисциплина које наглашавају различите аспекте менталног здравља појединца у различитим окружењима. Можда су најважнији трендови били покрет деинституционализације, законска подршка менталном здрављу, брз развој вођене неге и опште померање ка биолошкој подлози развоја менталних поремећаја. Међу њима, најзначајнији помак остварен је имплементацијом поступка деинституционализације. Она представља процес замене психијатријских болница за дуготрајан боравак са мање изолованим службама за ментално здравље у заједницама, намењеним онима са дијагностикованим менталним поремећајима или развојним поремећајима. На западу се први пут јавља 60-их година 20. века. Главни фактори који су подстакли тренд деинституционализације у Сједињеним Државама били су (Talbot, 2004):

- Филозофија менталног здравља у заједници, по којој је боље лечити ментално оболеле близу њихових породица, послова и заједница;
- Ефикасност нових психофармаколошких средстава;

- Растући значај законских, правних и законодавних поступака у одређивању где и под којим условима ментални пацијенти могу бити третирани; и
- Финансијски акти који су омогућавали државама да терет финансирања менталних пацијената пребаце на федерални ниво ако отпусте пацијента из државних институција.

Осим деинституционализације, данас постоји тенденција да се законским актима утиче на начин бриге о ментално оболелим особама. Законски прописи су били усмерени на смањење дискриминације ментално оболелих и смањење економских издатака на пољу менталног здравља. Међутим, остају отворена питања да ли се успело у првом, као и да ли су пацијенти оштећени на путу до овог другог циља.

Последњих година приметан је тренд да се истраживања на пољу менталног здравља све више фокусирају на физиологију и хемију мозга. Биолошка психијатрија, приступ разумевању менталних поремећаја у смислу биолошких функција нервног система, постао је омиљен и постоји појачан притисак на психијатре да се фокусирају на психофармакологију и лекове који могу довести до брзог лечења неких симптома менталних поремећаја. Такође, овај тренд је довео и до занемаривања и, повремено, обесхрабривања других облика лечења као што је психотерапија (Barry, 2002).

Развој концепта менталног здравља у 20. веку. Савремени концепт менталног здравља има своје корене у покрету који се деценијама називао „ментална хигијена“. У претходном тексту већ је поменут допринос који је Клифорд Бирс дао оснивању покрета за менталну хигијену, почетком 20. века. На самом почетку, тај покрет је био усмерен на побољшање неге психијатријских болесника. Нешто касније, поље менталне хигијене се проширује тако да обухвати и превентивни рад (Bertolete, 2008). Велики утицај на развој савремених концепата менталног здравља имало је оснивање Светске здравствене организације – СЗО (енгл. World Health Organization – WHO), јула 1946. године. Од самог почетка, СЗО је имала и одељење посвећено менталном здрављу. Две године касније, у Лондону је одржана је и прва Међународна конференција о менталном здрављу (Bertolete, 2008). У даљем периоду, појам „ментална хигијена“ се све чешће замењује појмом „ментално здравље“.

За развој савремених коцепата менталног здравља посебан значај су имали представници тзв. хуманистичке психологије: Роџерс, Маслов, и други. Хуманистичка психологија се посебно развила 60-их година 20. века. Схватање да се људи рађају са капацитетима да буду здрави, да теже актуализацији својих потенцијала и да су способни да врше здраве изборе чини суштину хумаистичког приступа. У покушају да се што потпуније одреди ментално здравље, наглашавају се концепти самоприхватања, самоактуализације, аутономије, интеграције и зрелости личности (Jahoda, 1958).

На крају, последњих деценија 20. века интензивно се развија област унутар психологије, која се назива „позитивном“ психологијом (Rijavec & Miljković, 2006). Она се ослања на тековине хуманистичке психологије и бави питањима среће, задовољства и благостања, као индикаторима менталног здравља. Најпознатији представници овог приступа јесу Селицман, Динер и остали. Обзиром на то да се овај рад директно тиче једног модела „позитивног“ менталног здравља, конструкти среће, задовољства и благостања, као и њихов развој, детаљније ће бити обрађени у приказу савремених модела менталног здравља.

2.2.1. Историјат менталног здравља у Србији

Развој схватања и праксе на пољу менталног здравља на територији данашње Србије можемо пратити од доба Византије и средњег века, када се јављају почети њене државности. У то доба, наша медицина се налазила под утицајем источне хришћанске цркве, а делимично и под итицајима Грчке и Италије. Лечењем ментално оболелих бавила се црква и народни лекари, тзв. „видари“. О лечењу под окриљем цркве сведоче су фреске у манастиру Високи Дечани, на којима је приказано исцељење молитвом „парализованих и агитираних психичких болесника“ (Бацковић, 2010, стр. 834). Прве организоване установе болничког карактера у којима се, између осталог, бринуло и о душевно оболелим настале су под окриљем Цркве. 1198. године Стефан Немања је у Хиландару основао Азил за убоге и немоћне, а Свети Сава, у Студеници 1208. године, оснива прво прихватилиште за ментално оболеле (Бацковић, 2010).

Брига о душевним болесницима одвијала се под окриљем цркве све до средине 19. века. Указом Михаила Обреновића од 1861. године, Докторово кула на

Губеревцу у Београду постала је „Дом за с ума сишавше“, а две деценије касније реформише се у „Болницу за душевне болести“, на иницијативу др Владана Ђорђевића (Бацковић, 2010). У тој болници је свој радни век провео и истакнути лекар Лаза Лазаревић.

Значајан помак на пољу менталног здравља у Србији направљен је почетком 20. века. У том периоду је основано Друштво за сузбијање алкохолизма и Психијатријска клиника у Београду, Болница за душевне болести у Ковину, као и у Топоници у близини Ниша. Тридесетих година 20. Века, у Београду је основано југословенско Друштво за менталну хигијену, а период пред сам почетак Другог светског рата обележен је сукобом напредних социјалних идеја у менталној хигијени са социјалистичким и комунистичким идејама. У периоду после рата оснива се велики број институција за ментално оболеле, али и за збрињавање деце која су остала без родитељског старања услед ратних дешавања. 1962. године, др Јован Вељковић је написао прву домаћу књигу из ове области „Увод у менталну хигијену и социјалну психијатрију“, а 1963. године је основан Завод за ментално здравље у Београду (Бацковић, 2010). Наредни период је био обележен остваривањем сарадње са иностраним институцијама и покушајем да се и у нашу праксу уведу неки међународни принципи. Прихваћена је деинституционализација и уведен модел свеобухватне психијатријске заштите менталног здравља у заједници.

У периоду после 1999. године значајно се повећао број особа које пате од проблема у области менталног здравља. Према извештају Института за јавно здравље Србије (2002) учесталост менталних поремећаја је повећана за 13,5% у односу на 1999. годину. Према неким истраживањима (Лечић-Тошевски и сар., 2005) у порасту је и број зависника од супстанци, агресивност и насиље, а квалитет живота је значајно снижен. Министарство здравља Републике Србије је 2003. године оформило Националну комисију за ментално здравље, која је предложила и Стратегију развоја заштите менталног здравља у Србији, а у току је и реформа психијатријске службе.

2.3. Критеријуми менталног здравља

Када покушавамо да одредимо шта представља ментално здравље, обично трагамо за неким критеријумом за који се надамо да ће нам што прецизније одредити тај појам. У литератури су као критеријуми менталног здравља обично навођени: одсуство менталне болести, концепт нормалности и различити типови благостања.

Ментално здравље као одсуство менталне болести. Ако погледамо уназад, појму ментално здравље обично се приписивало значење супротно менталној болести. Заправо, у покушају да се што прецизније одреди појам ментална болест дошло је до запостављања конструкта ментално здравље. То не значи да појам ментално здравље није коришћен; напротив, коришћен је веома често, али само да означи одсуство менталне болести. Људи су, дакле, могли бити сврстани у две категорије, од којих је једна означавала присуство, а друга одсуство симптома менталне болести. То је тзв. *униполарни* приступ, по коме су се појединци означавали или ментално здравим или ментално оболелим. Разматрајући ове конструкте, неки теоретичари су предложили модел континуума (*биполарни* приступ), у коме се ментално здравље налази на једном, а ментална болест на другом крају континуума (Trent, 1993). Иако ова концептуализација има својих добрих страна, она на ментално здравље гледа просто као на одсуство менталне болести. Међутим, то не мора увек бити тачно. На пример, особа може патити од депресије. Она може затражити помоћ, примити психијатријски третман и добити антидепресиве. Ова особа може имати добро ментално здравље иако још увек пати од менталне болести (Sharma et al., 2013). Модел континуума је усмерен на болест, а одговорност за њен настанак приписује се особи. Наравно, тешко је говорити о личној одговорности пацијента, јер постоје биолошки или генетски фактори који играју важну улогу у узроковању менталних болести. Сви ови разлози наводе на то да се овај модел не може применити на већину људи, па чак и да може нанети доста штете. Постоји много митова и страхова повезаних са менталном болешћу и стигмом према онима који од ње пате; присуство симптома менталне болести (које би по овом моделу значило да они који их имају нису ментално здрави) могло би довести до дискриминације и одбацивања од стране других, па и губитка личног достојанства и вере у себе. Опет, то што неко нема дијагнозу менталног обољења не значи да је ментално здрава особа. Претпоставља се да велики број, чак озбиљно

болесних, људи никада не потражи психијатријску помоћ и не бива окарактерисан као ментално оболео. Сасвим је сигурно да се те особе не могу окарактерисати ни као ментално здраве. Даље, ако појам менталног здравља одредимо као одсуство менталне болести, а менталну болест као нарушено ментално здравље, ми смо, заправо, подлегли лакоћи прављења циркуларних дефиниција које, не само да су конфузне, већ се у савременој науци и пракси сматрају потпуно неприхватљивим. Важно је овде нагласити да постоје и кроскултуралне разлике у погледу тога шта се сматра менталном болешћу, а шта не. И коначно, овај модел, тежи да пружи одговор на питање шта људе чини ментално болесним, док модел менталног здравља би морао бити усмерен на то шта људе чини здравим (Cattan, 2006).

Нормалност као критеријум менталног здравља. Генерално је прихваћено да појам нормалности обухвата два засебна концепта: статистички и нормативни (Jahoda, 1958). Статистички концепт подразумева највећу фреквенцију случајева, у смислу да се нека појава најчешће јавља и као таква сматра уобичајеном и „нормалном“. По овом концепту рекли бисмо да је нормално да брачни пар има децу. Нормативни концепт „нормалности“ односи се на широко прихваћену идеју како би људи требало да функционишу. Ако узмемо претходни пример, врло је вероватно да се статистички и нормативни концепт поклапају. И када говоримо о менталном здрављу, чини се да су најчешћи облици функционисања људи у складу са нормативима како би они требало да функционишу. И нормативни и статистички концепт нормалности се могу сматрати дискутабилним. Нормативна нормалност као критеријум менталног здравља преиспитује се, најчешће, због нејасноће ко одређује шта је нормално у психичком и промењивости тих норми (оно што се некада сматрало патолошким функционисањем данас се сматра нормалним и здравим). Покрет антипсихијатара је, критикујући психијатрију уопште, често инсистирао на овим питањима, а Ленг је управо друштвене норме кривио за психотичност појединаца (Кецмановић, 1978). Статистичка нормалност је, можда, још дискутабилнија. Она се одређује тако што се у низу мера утврде најчесталије које се, потом, сматрају нормалним, а оне које излазе из тих оквира абнормалним. И заиста, већина људи има карактеристике које сматрамо ментално здравим (Jahoda, 1958), али то не мора увек бити случај. На пример, у стању екстремне глади, људи могу видети храну и тамо где је нема. Ако би већина људи перципирала тако они би се сврстали у групу статистички нормалних; а они који би задржали своју

способност да опажају коректно испали би из ње јер их има мало. Јахода закључује: „Психичко здравље може, али не мора, бити статус већине људи“ (Јахода, 1958, стр. 16).

Различити типови благостања (енг. well – being) као критеријуме менталног здравља. Многи размишљају о менталном здрављу као о манифестацији различитих типова благостања и среће. Овакви концепти могу се наћи у литератури од пре скоро осам деценија, а неки од првих аутора који су покушали да систематски концептуализују те конструкте били су Џоунс, Престон и Менинцер. Они су користили појмове попут прилагођавања, ефикасности, среће, задовољства, социјалне прихватљивости и слично (Јахода, 1958). Разни савремени модели менталног здравља садрже у свом одређењу и појам благостања (субјективног, психичког, емоционалног, социјалног), али су њихови аутори (Diener, 1984; Ryff, 1989; Keyes, 1998) настојали да ти модели буду што обухватнији, тако да су конструкти благостања укрштани са одсуством менталне болести.

Разматрајући различите критеријуме, дошло се до закључка да ниједан од њих не може у потпуности одредити конструкт ментално здравље. Јахода је сматрала да „одсуство болести можда чини неопходан, али не и довољан критеријум менталног здравља“ (1958). Динер и сарадници (Diener et al., 2002) наглашавају да одсуство болести није адекватан критеријум да би се нека особа окарактерисала као ментално здрава, добро функционишућа или срећна. За нормалност се сматра да носи бремене неспецифичности и „недостатка психолошких садржаја“ (Јахода, 1958, стр. 22), док се различити облици благостања међусобно преклапају и представљају одраз комбинације индивидуалних фактора и спољашњих околности.

Пре него што савремени модели менталног здравља буду детаљније представљени, укратко ће бити приказан Јаходин модел менталног здравља, који представља почетак и дао је подстрек развоју других модела и покрета позитивног менталног здравља.

2.4. Модели менталног здравља

2.4.1. Јаходин модел позитивног менталног здравља

Мери Јахода је одбацила патоцентрични модел здравља и усвојила Румкеову претпоставку да су ментално здравље и ментална болест квалитативно различити (Rümke, 1955, према Jahoda, 1958), те да не могу бити само супротни полови истог континуума. Према овом гледишту, супротан пол болести јесте одсуство болести, а супротан пол здрављу - одсуство здравља. Овакав приступ нам омогућава да схватимо пацијента са здравим карактеристикама и здраву особу са неким симптомима.

Јахода је развила популаран модел менталног здравља користећи критеријуме које је сматрала важним за ментално здравље, а који су се често наводили у литератури, посебно у оквиру хуманистичке психологије. Тај модел менталног здравља обухвата неколико критеријума (Jahoda, 1958):

1. Став према себи (сопственом селфу);
2. Способност за лични раст, развој и само-актуализацију;
3. Интеграција;
4. Аутономија;
5. Опажање реалности; и
6. Управљање околином.

Ставови према себи. Према овом критеријуму, ментално здраву особу карактерише самоприхватање, самопоуздање и тражење ослонаца у себи (Jahoda, 1958). Самоприхватање подразумева да особа потпуно прихвата себе такву каква јесте, како своје способности тако и ограничења. Да би била ментално здрава, особа не би требало да се осећа лоше или инфериорно зато што није савршена. Самопоуздање и самопоштовање су још позитивнији конструкти; они се односе на процену себе као „добре особе“, способне и снажне. Тражење ослонаца у себи је сличан појам, али више наглашава „независност од других и иницијативу која полази изнутра“ (Jahoda, 1958).

Раст, развој и самоактуализација. Идеја о сталном процесу само-актуализације, само-реализације, раста и развоја као суштинске одлике ментално

здравих особа није представљала ништа ново. Јахода (Jahoda, 1958) је покушала да одреди те појмове пратећи њихов развој од Спинозе до Фрома, Голдштајна, Роџерса, Маслова и Олпорта. Њихов спој је назвала „животном снагом“. Они су постулирани као важни мотивациони процеси у појединцу, а Масловљев мотив за само-актуализацијом је мотив који се налази на самом врху пирамиде људских потреба. Такође, ови појмови су обухваћени Мејмановим конструктом *инвестирање у живот*, „под којим подразумевамо опсег и квалитет брига појединца за друге људе и ствари на овом свету, објекте и активности које сматра значајним“ (Jahoda, 1958, стр. 34). Ментално здрава особа се позитивно брине о другима и жели да буде део свог окружења. Ово такође значи да има дугорочне циљеве у животу и довољно мотивације да те циљеве оствари.

Интеграција личности. Она се односи на „повезаност свих процеса и атрибута у појединцу. Кохерентност личности, о којој се често говори као о јединству или континуитету личности, је базични аксиом у многим психолошким разматрањима“ (Jahoda, 1958, стр. 36). О интеграцији личности као критеријуму менталног здравља се може размишљати на више начина: као о равнотежи психичких снага у појединцу; као о постојању уједињујућег принципа у виду јединственог погледа на живот; и као о отпорности на стрес. Размишљања о равнотежи психичких снага појединца ослањала су се на психоаналитичку теорију, почев од Фројдове до Хартманове (Jahoda, 1958). Сматра се да доминација ма које снаге у личности није пожељна, већ да је стање равнотеже међу њима одлика доброг менталног здравља. Јединствена филозофија живота се односи на сврху или смисао који човек даје свом животу. Суочени са различитим захтевима и невољама у животу, често смо у прилици да трагамо за одговором на питање „зашто?“ Налажење смисла је одлика здраве, интегрисане личности. Коначно, отпорност на стрес сматра се важном одликом ментално здравих особа. Несумњиво, стрес, напетост, фрустрација или несрећа се дешава свима у животу. Али, разлика између мање или више интегрисане особе није у присуству или одсуству симптома изазваних стресом, већ у томе да ли ти симптоми представљају претњу постигнутом степену интеграције личности.

Аутономија. О аутономији се обично размишља као о независности или самоодређености у смислу „односа између појединца и околине у погледу доношења одлука“ (Jahoda, 1958, стр. 44). Ако се неко сматра аутономном личношћу онда то

подразумева да та особа може да направи свесну разлику између онога што жели да прихвати и онога што жели да одбије, и да се понаша у складу са тим. Понашање аутономне особе је регулисано изнутра и „релативно независно од физичког и социјалног окружења“ (Maslow, 1954, цитирано у Jahoda, 1958). Ментално здрава особа мора бити способна да доноси одлуке независне од различитих околиних стимулуса.

Опажање реалности. Опажање реалности се сматра ментално здравим онда „када оно што појединац види одговара ономе што заиста постоји“ (Jahoda, 1958, стр. 48). Два аспекта опажања се сматрају критеријумима менталног здравља: опажање ослобођено искривљења због потреба и емпатија или социјална осетљивост. У првом случају, реч је о томе да наше потребе не искривљују опажање реалности; ментално здрава особа ће тестирати реалистичност свог опажања и трагати за доказима који подржавају оно што она види или антиципира. Реалистичну перцепцију је, можда, најтеже остварити када су објекти опажања друге особе. С тим у вези је емпатија и социјална осетљивост, други аспект реалистичности опажања. Сасвим је нормално да унутрашњи живот других људи завређује пажњу и заинтересованост појединца. Али, према овом критеријуму, од ментално здраве особе се очекује да закључке о другима доноси без искривљења и са пуно емпатичности. Такође, према овом критеријуму, ментално здрава особа мора бити способна да на објективан начин упореди себе са другима и ова процена би требало да доведе до слике о себи сличне оној коју други имају о њој.

Управљање околином. Ово је један од критеријума који се најчешће помиње у литератури о менталном здрављу (Jahoda, 1958). У оквиру овог критеријума, Јахода разматра две теме: успех и адаптацију. Први појам се, најчешће, односи на достигнуће у неким значајним областима живота, а други на адекватно функционисање као процес, више него крајњи резултат процеса. Управљање околином је композитни појам који се може разложити на неколико специфичних области људског функционисања: способност појединца да воли; адекватност у љубави, раду и игри; адекватност у међуљудским односима; ефикасност у испуњавању ситуационих захтева; капацитет за адаптацију и прилагођавање; и ефикасност у решавању проблема (Jahoda, 1958).

Иако је Јахода закључила да је тешко направити јединствен и свеобухватан модел менталног здравља, управо се њен модел годинама сматрао ослонцем за

теоријске расправе и истраживања у овој области. Иако је настао пре 55 година, он је и данас један од најцитиранијих модела, а многи аутори савремених модела менталног здравља преузели су и инкорпорирали у сопствене моделе критеријуме о којима је Јахода расправљала 50-их година. Свакако, можемо претпоставити да има и оних који би оспоравали неке индикаторе менталног здравља о којима је Јахода говорила, али је „њена убедљива рана анализа блиско повезана са главним фокусом ма ког приступа позитивне психологије“ (Cowen & Kilmer, 2002, стр. 453).

2.4.2. Структурисани модел позитивног менталног здравља

Крајем 80-их година 20. века, амерички терапеут јапанског порекла, Ишизука, објавио је „структурисани“ модел менталног здравља. Овај модел развијао је на основу Јаходиног модела позитивног менталног здравља, али и на основу сазнања стечених у дугогодишњој терапијској пракси. Користећи Скалу социјалног поновног прилагођавања (Social Readjustment Scale, Holmes & Ray, 1967, према Ishizuka, 1988) он је увидео да се сви стресни животни догађаји обухваћени том скалом могу разврстати у три сфере: интимност, достигнуће и селф. Те три сфере Ишизука је даље разложио на по три димензије позитивног менталног здравља, од којих свака садржи по три елемента. Аутор овог структурисаног модела сматра да он задовољава свих шест услова које је Јахода предложила као критеријуме позитивног менталног здравља (Ishizuka, 1988). Три животне сфере се налазе у међусобној интеракцији. Предложени модел илустрован је сликом 2.1.



Слика 2.1. Структурисани модел менталног здравља (Ishizuka, 1988).

Сфера селфа састоји се из три димензије, од којих се две делимично преклапају са сферама интимности и достигнућа. Димензија селфа која конвергира ка интимности може се сматрати оним делом селфа који одређује начин на који је особа у *додиру* са различитим мислима, осећањима и поступцима који су, с друге стране, „детерминисани квалитетом и природом ранијих интерперсоналних односа са значајним другима“ (Ishizuka, 1988, стр. 200). Ова димензија у *додиру* може даље бити разложена на три елемента: у којој мери је неко у контакту са позитивним и негативним мислима, осећањима и поступцима, и у којој мери их може задржати у перспективи. Друга димензија селфа јесте *помирити се* са сопственим позитивним и негативним странама и способност да се оне интегришу зарад личне афирмације и оправдања. Трећа димензија селфа конвергира ка сфери достигнућа и представља димензију у *контроли*. И она се даље разлаже на три елемента: начин доношења одлука, начин поступања на основу одлука и начин на који особа прати и контролише сопствене мисли, осећања и поступке, „флексибилно одговарајући на промене реалности“ (Ishizuka, 1988, стр. 200).

Интимност је сфера позитивног менталног здравља која обухвата три димензије: интелектуално - социјалну, емоционалну и физичко - сексуалну димензију. Интелектуално - социјална сфера састоји се од *прихватања* сопственог партнера онаквог какав јесте, способности да му се верује и *зависи од партнера*, као и жеље и способности да се дозволи партнеру да *зависи од нас*. Емоционална димензија обухвата емитовање и примање *бриге, наклоности и љубави*. И трећа, физичко - сексуална димензија интимности, обухвата три елемента: меру у којој је појединац способан да буде *заједно* са партнером, колико жели да *додирне* партнера (сензуалност), као и способност појединца да доживи *сексуално узбуђење*.

Трећа сфера позитивног менталног здравља, према овом моделу, јесте Постигнуће. Ишизука је сматрао да продуктивне и креативне, активности попут каријере и посла, представљају сублимисан (социјално прихватљив) начин задовољења потребе за блискошћу са другима, „пошто изгледа да су све активности усмерене ка постигнућу несумњиво осмишљене тако да се достигне прихватање, поштовање и дивљење од стране других, путем сублимације и пожртвованости“ (Ishizuka, 1988, стр. 200). И сферу постигнућа Ишизука је поделио на три димензије: *затак*, *селф* и димензију *интерперсоналних односа*. Димензија прилагођавања задатку се односи на то да у оквиру активности усмерених ка постигнућу особа може

да правилно постави циљеве и одржи приоритете, мобилише ресурсе неопходне за остварење циљева и буде ефикасна у њиховој реализацији (Ishizuka, 1988). Селф димензија сфере постигнућа има неколико аспеката: колико добро појединац *схвата реалност*, у којој мери је способан да *доживи задовољство* и забаву у оквиру постигнућа, и у којој мери може да *контролише* своје мисли, осећања и поступке када се налази под притиском на путу до остварења циљева. Интерперсонална димензија постигнућа обухвата *личну блискост* са колегама, *професионалну адекватност* и продуктивност таквих односа, и способност одржавања *контроле* над таквим односима и држање истих у оквиру одговарајућих граница.

Иако овај модел није увео много новина у односу на 30 година старији Јахордин модел позитивног менталног здравља, Ишизука је веровао у његову примењивост и практичност. На основу овог модела он је развио терапијски модел „животне линије“ (енг. lifetrack therapy approach, Ishizuka, 1988), сматрајући да „субјективан унутрашњи доживљај живота пацијената - а не објективно мерљиви спољашњи елементи - одређују њихово благостање“ (Ishizuka, 1988, стр. 200). Он је својим клијентима саветовао редовно (чак свакодневно) праћење сопственог стања по предложеним критеријума менталног здравља, сматрајући да је тако могуће веома рано уочити промене у динамици психичког и физичког функционисања.

2.4.3. Салутогени модел Арона Антоновског

Салутогени модел Арона Антоновског (Antonovsky, 1985) пружа корисну теорију за разумевање позитивног менталног здравља у смислу да се оно фокусира на превладавање и позитивно благостање пре него на слом и „салутогене“ факторе пре него на факторе ризика. Антоновски, најпре, одбацује приступ патогенезе сматрајући да нас усмерава само на болест и онемогућава да схватимо субјективну интерпретацију стања особе која је болесна. Уместо патогенезе, он предлаже принцип салутогенезе истичући неколико њених предности (Antonovsky, 1985):

- Салутогенеза нас отвара и подстиче да испитамо све оно што је важно у вези особе која је оболела, укључујући и њену субјективну интерпретацију сопственог здравља;

- Салутогени модел нам омогућава да направимо корак даље од испитивања појединачних узрока болести и да се запитамо *шта је то што одржава здравље*;
- Стање болести се не схвата дихотомно (особа је или болесна или здрава), већ се постулирају два пола мултидимензионалног континуума здравље - болест.

Салутогени модел здравља бухвата два основна појма: генерализоване ресурсе отпорности и осећај кохерентности. Полазећи од увида да животне кризе не морају нужно довести до нарушавања здравља, тј. да неке особе оболе, а друге из кризе изађу очуваног или чак унапређеног здравља, Антоновски је увео појам ресурси отпорности, који могу бити генерализовани и специфични. Први се односе на опште ресурсе отпорности, попут писмености или богатства, а други на отпорности карактеристичне за сасвим специфичну ситуацију или проблем (нпр. постојање лека за одређену болест) (Божин, 2001). Антоновски је разликовао 8 група генерализованих отпорности: физичке и биохемијске (имуносупресори, имунопотенцијатори и пластичност нервног система), артефактно - материјалне (новац, физичка снага, кров над главом...), когнитивне (знање - интелигенција) и емоционалне (его идентитет), вредносно - ставовске (стратегије превладавања), интерперсонално - релационе (друштвена подршка и разни облици привржености) и макросоциокултурни (магија, митологија, религија, идеологија, филозофски системи). Иако је сваку од ових група посебно разматрао, Антоновски наглашава могућност њихове интеракције, односно синергије, што би могло допринети позитивним исходима превладавања животних криза.

Изворе генерализованих ресурса отпорности Антоновски је налазио у обрасцима гајења деце и комплексима друштвених улога. Он је сматрао да су „обрасци гајења деце који веома много полажу на аутономију и компетенцију, подесно уравнотежени начин одговора повлачење - одржање (withdrawal - conservation responses mode) и на супротности синдрома предаје (giving - up) и беспомоћности веома релевантни извори јаког осећаја кохерентности“ (Antonovsky, 1979, стр. 141 - 142, цитирано у Божин, 2001). Међутим, како човек није изоловано биће, већ живи у одређеном социо - културном контексту, тако да до изражаја долазе и комплекси друштвених улога који се налазе у интеракцији са обрасцима гајења деце. Они заједно чине базу из које се развијају генерализовани ресурси отпорности.

Иако је појам „осећај кохерентности“ већ поменут, њега је Антоновски развио тек након појма генерализовани ресурси отпорности. Антоновски је истакао конструкт „осећај кохерентности“ као виталан за позитивно ментално здравље. Овај конструкт укључује капацитет да се схвати и осмисли сопствено искуство и способност да се управља и одговори флексибилно на неочекиване животне стресоре. „Осећај кохерентности је глобална оријентација која изражава степен у коме неко има прожимајуће, подношљиво, иако динамичко осећање уверености да је његово унутрашње или спољашње окружење предвидљиво и да постоји велика вероватноћа да ће ствари испасти онолико добро колико се разумно може очекивати“ (Antonovsky, 1985, стр. 123). Не односи се на неку специфичну област живота, проблем или ситуацију, већ представља генерализовани дуготрајан начин гледања на свет и сопствени живот у њему. Осећај кохерентности је „круцијални елемент базичне структуре личности појединца, као и амбијента субкултуре, културе или историјског периода“ (Antonovsky, 1985, стр. 124).

Антоновски разликује три компоненте осећаја кохерентности:

Разумљивост, мера „у којој појединци опажају стимулусе са којима се суочавају пре тако да имају когнитивног смисла, као информације које су сређене, конзистентне, структурисане и јасне и, стога, као предвидљиве, пре него као бучне, хаотичне, несређене, неочекиване, случајне и непредвидљиве (Antonovsky, 1984a, стр. 41, цитирано у Божин, 2001).

Савладивост, степен у коме појединци опажају да располажу ресурсима који су им неопходни за савладавање захтева који су пред њих постављени (Antonovsky, 1984a, према Божин, 2001). Слаб осећај савладивости имају особе са параноидним виђењем света у коме је увек нешто окренуто против њих, док особе са снажним осећајем савладљивости све што им се дешава доживљавају као нешто са чиме се могу носити.

Смисаоност, подразумева базично осећање особе да макар неки проблеми који се дешавају у њеном животу имају смисла и да су вредни улагања енергије потребне за њихово решавање (Antonovsky, 1985).

Иако је првобитно одређење осећаја кохерентности у највећој мери обухватало компоненту разумљивости, изгледа да је смисаоност његова централна компонента (Божин, 2001). Разлог томе јесте мотивациони и емоционални карактер

смисаоности који омогућава особи да истраје на путу суочавања са различитим проблемима на које наилази.

Главне детерминанте снажног осећаја кохерентности су: квантитет и квалитет различитих ресурса који се стичу током живота и одговарајућа развојна и оснажујућа искуства доживљена у друштвеном и културно - историјском оквиру (Antonovsky, 1985). Социјалне ситуације које обликују осећај кохерентности могу бити различитих капацитета и сложености, попут ране социјализације у кругу породице, али и ратова, револуција и других историјских догађаја. Прецизније, Антоновски (1985) је разликовао три категорије најрелевантнијих услова за развој, оснаживање и одржавање снажног осећаја кохерентности:

Психолошки извори - у ову групу се сврставају искуства и обрасци стечени у детињству; искуство моћи и компетентности доприноси развоју снажног, док би одустајање и беспомоћност водили ка слабом осећају кохерентности;

Социо - структурални извори - у ову групу се сврставају социјални услови попут социјалне класе којој појединац припада или посла којим се бави;

Културно – историјски извори - ту сврставамо одлике субкултуре и културе у којој неко живи, могућност формирања јасне културалне слике света, али и радикалне промене које се могу десити у њој.

Осећај кохерентности је диспозициона оријентација (Antonovsky, 1985) која се обликује и мења током целог живота. Његова важна одлика јесте и стабилност, иако мање флукуације постоје и могу се појачавати у кризним ситуацијама. Снажни, неочекивани и нежељени животни догађаји, као што су смрт детета или брачног партнера, рат, принудно исељавање и слично, могу довести до слабљења нечијег осећаја кохерентности (Божин, 2001), али то слабљење не мора бити трајно и зависиће како од генерализованих ресурса особе тако и од конкретних животних околности. Осећај кохерентности се може представити као континуум нормалне дистрибуције, на коме сваки појединац заузима одређено место, иако је тешко замислити да неко може имати екстремно висок осећај кохерентности због саме природе људског постојања и унутрашњег и спољашњег окружења које се стално мења (Antonovsky, 1985).

Ментално здравље је у овом моделу схваћено као интринзички део свеукупног здравља и квалитета живота. Салутогени модел здравља је веома комплексан, са мноштвом међуповезаних компоненти које имају реверзибилно

дејство. Срж модела чине два механизма која утичу на стање тензије. Први делује преко ендогених или егзогених стресора који узрокују тензију. Начин на који се носимо са тензијом, успешно или неуспешно, одређује да ли ћемо доживети стрес и, следствено, да ли ћемо бити ближе здрављу или болести. Други механизам делује путем животног искуства и генерализованих ресурса отпорности који заједно утичу на осећај кохерентности. Зависно од осећаја кохерентности појединац ће, потом, осетити тензију или је неће осетити. Ако је осети, онда ће успешно или неуспешно управљање тензијом одлучити да ли ће доћи до стреса и одговарајућих ефеката на здравље појединца. Успешно управљање тензијом, повратно, позитивно делује на осећај кохерентности. Даље, позитивно стање здравља само по себи представља генерализовани ресурс који повратно позитивно делује на здравље. Негативна дејства су, такође, могућа. Неуспешно управљање тензијом доводи до тога да се она опази као стресор и здравље појединца може бити нарушено; с друге стране, нарушено здравље може умањити ресурсе или довести до њиховог губитка, што ће учинити да се животна искуства опазе као тежа, а све то довести до слабљења осећаја кохерентности; особе са слабијим осећајем кохерентности су склоније да тензију доживе као стресор, а то даље води нарушавању здравља.

2.4.4. Тенгландов модел прихватљивог менталног здравља

Тенгланд (Tengland, 2001) полази од становишта да је позитивно ментално здравље идеал који је тешко одредити и уводи појам минималног или прихватљивог (енг. acceptable) менталног здравља. Под њим подразумева „ниво на коме појединац има способности да достигне већину основних виталних циљева у животу“ (Tengland, 2001, стр. 97). Он прави разлику између прихватљивог и доброг менталног здравља: добро здравље подразумева способност да се оствари велики број животних циљева особе, а прихватљиво ментално здравље је најнижа (прихватљива) тачка на скали позитивног менталног здравља, испод које можемо наћи само различите степене болести.

Његов приступ је холистички јер ментално здравље сагледава само као део свеукупног здравља. „Ментално здравље је ментални део општег здравља и специфичне менталне способности потребне за остварење жељених циљева заједно

конституишу материјалну дефиницију позитивног менталног здравља“ (Tengland, 2001, стр. 100). О каквим циљевима Тенгланд пише? Иако прихвата да сви ми имамо различите циљеве у животу, неке од њих сматра базичним: то су они циљеви које морамо остварити како бисмо „преживели у нашем типу друштва“ (Tengland, 2001, стр. 100). Способности потребне за остварење тих циљева сматра фундаменталним и не могу се заменити неким другим способностима. Дакле, сви људи морају имати неке заједничке фундаменталне менталне способности како би достигли прихватљиво ментално здравље. Његов модел дефинише 11 критеријума које испуњава здрава особа.

Когнитивне способности:

1. Способност да се има висок степен тачне меморије. Иако меморија није често дискутована као важан критеријум менталног здравља, у овом моделу она је од примарног значаја. Висок степен меморије неопходан је за остварење базичних животних циљева, иако не можемо увек очекивати да се људи сете свих, поготово прошлих догађаја и чињеница.
2. Тачна перцепција реалности. Према Тенгланду (2001), појединац опажа тачно ако су његова опажања на поуздан начин узрокована објектом спознаје и ако су иста као опажања других људи у сличним околностима. Дакле, грешке у опажању постоје ако, на пример, неко опажа нешто чега нема или погрешно интерпретира оно што опажа. Уколико су обе ове грешке присутне, оне „несумњиво спречавају индивидуу да достигне базичне животне циљеве“ (Tengland, 2001, стр. 107). Наравно, неке мале грешке у опажању су допустиве и зато Тенгланд говори о „високом степену тачности (а не о апсолутној тачности) опажања“.
3. Показивање високог степена рационалности. Тенгланд говори о три облика рационалности: епистемиолошка (поседовање тачних уверења), логичка (систем уверења је кохерентан и омогућава извођење исправних закључака) и практична (адекватност на линији средство - циљ и остварљивост самих циљева). Наравно, нико не мора бити идеално рационалан да би био ментално здрав, већ је потребан висок ниво рационалности. Особа је рационална ако је већина њених уверења оправдана, конзистентна, способности закључивања не крше законе логике, поставља себи остварљиве циљеве и способна је да пронађе средства за њихово остварење.

4. Показивање флексибилности. Да би се особа сматрала ментално здравом мора бити способна да покаже одређени ниво флексибилности у размишљању и поступцима, док се флексибилност у вредностима не сматра неопходном јер особа може бити веома конзервативна, али ипак ментално здрава.

Ставови према себи:

5. Поседовање знања о себи. Ово је један од најчешће постављаних критеријума менталног здравља. Наводе се четири аспеката знања о себи: познавање сопственог карактера или личности, талената и потенцијала, стечених вештина и способности и сопствених потреба (Tengland, 2001).
6. Поседовање самопоштовања и самопоуздања. Самопоуздање подразумева уверење особе да је способна да се носи са већином ситуација у животу, а самопоштовање степен задовољства собом као особом (Tengland, 2001). Иако су различите, ове карактеристике су и међусобно повезане; самопоуздање може утицати на самопоштовање и обрнуто. Иако висок ниво самопоштовања и самопоуздања није неопходан за ментално здравље, одређени степен ових карактеристика мора бити присутан да би неко био ментално здрав.

Осећања:

7. Способност да се доживе емоције. Особа прихватљивог менталног здравља мора имати макар неке способности да доживи емоције како би била способна да оствари базичне животне циљеве (Tengland, 2001). То не значи да их обавезно мора показати или саопштити. Али, потребно је да те емоције буду адекватне, односно да одговарају социјалним ситуацијама у којима се доживљавају.
8. Способност емпатије. Ова способност се често наводи као критеријум менталног здравља. Њену суштину чини „способност да се разумеју или исправно интерпретирају поступци, мисли и осећања других људи“ (Tengland, 2001, стр. 124).

Социјалне способности:

9. Показивање способности да се саопште когнитивне информације. Ова способност подразумева намерно преношење информација некоме ко их

разуме (Tengland, 2001). Људи су социјална бића и као такви морају бити способни за комуникацију. Тенгланд сматра да нису сви аспекти комуникације једнако важни за прихватљиво ментално здравље. Саопштавање когнитивних информација је од круцијалног значаја за достизање базичних животних циљева. С друге стране, саопштавање емоција, као аспект остваривања блиских односа, није од универзалног значаја јер „има људи који преферирају да живе сами, без остваривања блиских веза са другим“ (Tengland, 2001, стр. 135).

10. Идентификовање онога што је одговарајуће у комуникацији. Ова способност подразумева „прагматичност у комуникацији“ и подразумева способност процене шта је одговарајуће рећи, а шта није у различитим социјалним околностима.
11. Способност за сарадњу. Тенгланд сматра да особа прихватљивог менталног здравља не мора имати посебно високо развијену способност за сарадњу, али одређени степен развијености те способности представља критеријум без кога се не може.

Иако је разматрао још неке критеријуме, попут креативности, способности да се воли, флексибилности вредности, аутономије и преношења емоционалних информација, Тенгланд (2001) их није укључио у финалну листу способности неопходних за прихватљиво ментално здравље. Разлог томе јесте што прихватљиво ментално здравље представља један минимум испод кога се не може бити здрав, док поменуте способности више одговарају идеалистичким концептима менталног здравља (попут благостања).

Интересантно је то да Тенгланд сматра да нису све способности једнако важне, те да неке морају бити развијене у високом степену, а за друге је потребан само одређени минимум. Иако овај приступ делује примамљиво, он има неколико мана: није емпиријски валидиран, „степени“ у којима је потребно да нека способност буде развијена нису прецизно одређени и нема адекватних инструмената намењених процени „прихватљивог менталног здравља“. Када говоримо о инструментима процене, Тенгланд је дискутовао употребу неких најчешће коришћених инструмената за процену менталног здравља уопште, оценио их као неодговарајуће

постављеном теорисјком приступу и закључио да „треба конструисати друге инструменте“ (Tengland, 2001, стр. 166).

Нажалост, иако је имао доста одјека на пољу дискутовања савремених концепција менталног здравља, овај приступ већ више од деценије опстаје само на теоријском нивоу.

2.4.5. Модел субјективног благостања

Субјективно благостање је појам који се односи на „појединчеву когнитивну или афективну процену сопственог живота“ (Diener et al., 2002, стр. 63). Когнитивна процена се примарно тиче концепта задовољства (задовољство животом, задовољство браком, задовољство послом...) док емоционални аспект подразумева фреквенцу којом људи доживљавају пријатне емоције (радост) или непријатне емоције (депресија) (Diener et al., 1997). Субјективно благостање је дефинисано терминима унутрашњег искуства онога ко процењује. Спољашњи оквир процене није директно укључен у њу, иако су многи критеријуми менталног здравља диктирани из спољашње средине. Друга значајна одлика конструкта субјективног благостања јесте да се оно не односи на тренутна расположења већ на дугорочно стање. Иако се расположење особе може мењати са сваким новим догађајем, чини се да појединци имају карактеристичне емоционалне одговоре на различите ситуације и животне околности и да су ти емоционални одговори умерено до снажно стабилни током дужег временског периода (Diener et al., 2002). Истраживачи из ове области сматрају да се људи рађају са одређеном диспозицијом да на различите животне догађаје реагују на сличан начин, тј. са „склоношћу да буду срећни или несрећни“ (Diener et al., 2002, стр. 67). Телеген и сарадници (Tellegen et al., 1988) су у својој студији близанаца утврдили да се 40% варијансе позитивне и 55% варијансе негативне емоционалности може предвидети на основу генетских фактора. До сличних закључака дошле су и други аутори (Bouchard & Loehlin, 2001; Lyubomirsky, 2001). Око 50% индивидуалних разлика у доживљају среће, по овим ауторима, се може објаснити урођеном предиспозицијом за одређеним нивоом позитивног афекта. 10% индивидуалних разлика у доживљају среће се може објаснити животним догађајима, док осталих 40% може да буде под нашом контролом.

Три су основне компоненте субјективног благостања (Diener et al., 1997): задовољство, пријатне емоције и низак ниво непријатних емоција. Ове три компоненте чине један глобални фактор међуповезаних варијабли. Свака од ових компоненти може бити раздвојена на делове. Глобално задовољство може бити подељено на задовољство различитим доменима живота појединца: рекреација, љубав, брак, пријатељство. Пријатне емоције могу бити подељене на специфична осећања: радост, љубав, понос. Непријатна осећања могу бити одвојена на специфичне емоције: стид, кривица, туга, љутња, анксиозност. Сваки од ових делова може бити подељен на још мање делове (Diener et al., 1997).

Оно што чини суштину субјективног благостања јесте лична перспектива појединца. Овакав приступ може имати предности и мана. Иако се највећа важност даје личној процени појединца, то истовремено значи да субјективно благостање не може бити коначна дефиниција менталног здравља зато што људи могу бити ментално поремећени иако су срећни (Diener et al., 1997). Субјективно благостање је само један аспект психичког благостања. Иако не можемо рећи да је висок осећај субјективног благостања суштина менталног здравља, морамо указати на то да га већина људи сматра пожељним.

Субјективно благостање се најчешће мери самоописним техникама. У почетку су мере задовољства животом или среће биле састављене од само једног ајтема којим испитаник треба да одреди свеукупну оцену сопственог живота (Diener et al., 2002). У новије време, појавиле су се скале са већим бројем ајтема, од који је најпознатија Скала задовољства животом (Satisfaction With Life Scale; Diener et al., 1985). Ова скала је преведена на велики број језика и коришћена у многим истраживањима. Сам конструкт „задовољство животом“ испитиван је у релацији са многим другим конструктима, а посебно са индикаторима болести и здравља. У различитим истраживањима добијена је негативна корелација између задовољства животом и депресивности (Blais et al., 1989; Guney et al., 2010; Koivumaa-Honkanen et al., 2004; Saunders & Roy, 1999), анксиозности и општег психичког дистреса (Arrindell & Ettema, 1986, према Pavot & Diener, 1993), анксиозности и беспомоћности (Guney et al., 2010) и негативног афекта (Larsen et al., 1985; Smead, 1991, према Pavot & Diener, 1993), док је позитивна корелација добијена са позитивним афектом (George, 1991), самопоштовањем и квалитетом породичних

односа (Raboteg-Šarić et al., 2009). Задовољство животом испитивано је и у односу на црте личности (Hosseinkhanzadeh & Taher, 2013), као и многе друге варијабле.

Присуство позитивног и негативног афекта, као емоционална компонента субјективног благостања, процењује се различитим инструментима, међу којима су, можда, најпопуларније скале PANAS (*Positive and Negative Affective Schedule*; Watson et al., 1988) и PANAS-X (Watson & Clark, 1994). Као што се могло и очекивати, истраживања су показала да негативан афекат позитивно, а позитиван афекат негативно корелира са мерама анксиозности, депресивности, дистреса и дисфункционалности (Crawford & Henry, 2004; Watson et al., 1988).

На крају, овај хедонистички концепт благостања се и даље развија. Последњих деценија све је више теоријских разматрања и истраживачких нацрта у којима се он користи као један део ширег концепта позитивног функционисања, који укључује не само осећање среће и задовољства већ и остварење циљева и реализацију потенцијала.

2.4.6. Психичко благостање

Аутор овог модела менталног здравља, Керол Риф (Ryff, 1989), предложила је концепт психичког благостања како би направила разлику у односу на хедонистички концепт субјективног благостања. Прегледом доступне литературе о благостању и инструмената за његово мерење, она је оценила да постојећи концепти нису добро теоријски засновани. Анализирајући књиге и чланке о менталном здрављу, самоактуализацији, зрелости, целоживотном развоју и слично, она је предложила концепт психичког благостања као индикатора доброг функционисања, односно менталног здравља. Риф (Ryff, 1989) је дефинисала психичко благостање као развој реалних потенцијала особе. Психичко благостање је мултидимензионални конструкт који обухвата шест различитих аспеката оптималног благостања на психолошком нивоу. Свака димензија психичког благостања представља различите изазове на које људи наилазе у својим настојањима да функционишу позитивно. Тих шест димензија Риф је одредила на следећи начин:

1. *Самоприхватање* - подразумева задржавање позитивне слике о себи која укључује и свест о сопственим ограничењима. Ова димензија благостања је

критеријум који се најчешће наводи приликом његовог одређења (Ryff, 1989). Помиње се као централна карактеристика самоактуализације, оптималног функционисања и зрелости. Особе које показују висок степен самоприхватања имају позитивну слику о себи, прихватају различите аспекте себе са позитивним и негативним квалитетима и осећају се добро у вези сопствене прошлости. Особе са ниским степеном самоприхватања нису задовољне собом, разочаране су догађајима из сопствене прошлости, имају проблема са прихватањем неких личних карактеристика и желеле би да буду другачије од оног какве јесу.

2. *Позитивни односи са другима* - подразумевају развој и одржавање топлих емоционалних веза са другима особама. Способност да се воли сматра се „централном компонентом менталног здравља“ (Ryff, 1989, стр. 1071). Сматра се да особе које теже да реализују своје потенцијале показују способност да воле, остварују дубока пријатељства, потпунију идентификацију са другима и, уопште способност емапатије и љубави према другима. Такође, топли односи са другима сматрају се и критеријумом зрелости личности. Особе које негују позитивне односе са другима су способне да примају и дају у односу и забринуте су за добробит других људи. С друге стране, особе које нису топле, отворене и поверљиве према другима, које нису спремне да праве компромисе како би очувале односе са другима, временом постају изоловане и фрустриране у међуљудским односима.
3. *Управљање околином* - подразумева способност особе да одабере или створи окружење које одговара њеним психичким условима (Ryff, 1989), односно окружење које задовољава потребе и жеље појединца. Особа коју одликује ова способност зна како да користи потенцијале околине и има осећај контроле над оним што се дешава у окружењу. Особе код којих је ова способност слабо развијена имају проблема у сналажењу са свакодневним пословима, нису свесне могућности које им пружа околина и често пропуштају прилику да их остваре и, уопште, немају осећај да могу да управљају спољашњим светом.
4. *Аутономија* - ова димензија психичког благостања се односи на снажно развијено осећање индивидуалности и личне слободе, поседовање квалитета као што су самоодређење, независност и унутрашња регулација понашања.

Особе са високом аутономијом вреднују себе према личним стандардима и способне су да се одупру притиску да размишљају и поступају на одређени начин. Особе које нису аутономне стално размишљају о очекивањима других и начину на који их они процењују; одлуке заснивају на проценама других људи и, уопште, склоне су конформирању.

5. *Сврха живота* - снажно осећање усмерености у животу, које сједињује напоре које појединац улаже и изазове на које наилази; особа која позитивно функционише има циљеве, намере и осећање усмерености, који скупа доприносе уверењу да живот има смисла. Особа која верује да живот има смисла придаје значење и садашњим и прошлим животним догађањима. Они који не виде сврху живота имају мање циљева и не верују у смисао животних догађања у прошлости.
6. *Лични раст* - ова димензија психичког благостања подразумева континуирано динамичко учење и развој личних способности током целог живота. Достизање претходно наведених карактеристика није довољно; особа која оптимално психолошки функционише тежи сталном развоју сопствених потенцијала, расту и обогаћивању сопствене личности. Особа коју карактерише стални раст и развој је отворена за ново искуство, суочава се са новим изазовима и задацима на које наилази на животном путу. Она примећује напредак у сопственом понашању и промене набоље у смислу личне ефикасности и само-спознаје. На другој страни, особа коју карактерише слаб темпо личног раста има осећај стагнирања, досаде и незаинтересованости за живот; није способна да развије нове облике понашања, ставове и интересовања (Ryff, 1989).

Дакле, према Рифовој, ментално здравим се сматра појединац који прихвата себе са свим врлинама и манама, има квалитетне односе са другима, може да се носи са изазовима свакодневног живота и користи потенцијале сопственог окружења, није искључиво мотивисан на делање спољним подстицајима већ се руководи и својим унутрашњим потребама, тежи сталном личном унапређивању и верује да живот има смисла.

На основу овог модела менталног здравља Риф је развила и инструмент за процену психичког благостања. Оригинална верзија инструмента састоји се из 120

ајтема, распоређених у 6 субскала, од којих свака одговара по једној димензији психичког благостања. Данас су чешће у употреби скраћене скале од по 84, 42 и 18 ајтема.

Истраживања која су се бавила психолошким благостањем показала су да постоје разлике у изражености његових димензија зависно од социодемографских варијабли испитаника (Keyes et al., 2002; Rafanelli et al., 2000). У неким истраживањима показано је да пацијенти са поремећајем расположења, када се нађу у ремисији, имају нижи ниво психичког благостања (Fava et al., 2001). У другом истраживању (Ruini et al., 2003) добијене су негативне корелације између психичког благостања и симптома депресије, анксиозности, соматизације и хостилности/иритабилности.

На основу модела психичког благостања осмишљена је и психотерапијска стратегија (Fava et al., 1998) чији је циљ унапређење психичког благостања помоћу когнитивно-бихејвиоралних интервенција.

2.4.7. Ментално здравље као социјално благостање

Подстакнут психолошком традицијом да се благостање посматра као субјективна процена живота путем задовољства и афекта (Andrews & Withey, 1976; Bradburn, 1969; Cambell, 1981; Cambell et al., 1976; Diener, 1984) или као лично, психичко функционисање (Ryff, 1989), Киз (Keyes, 1998) је увео појам социјалног благостања, као степен у коме се појединац осећа да припада својој заједници и друштву. Он је указао на социјалну природу људског живота и његове изазове, сматрајући да се људи могу управљати њима приликом процене квалитета својих живота, односно позитивног социјалног здравља. Као процена сопственог функционисања у друштву, социјално благостање обухвата неколико критеријума:

1. *Социјална интеграција* - подразумева процену квалитета сопственог односа према друштву и заједници. „Интеграција је, дакле, степен у коме људи осећају да имају нешто заједничко са другима који сачињавају њихову социјалну реалност (нпр. суседство) као и степен у коме осећају да припадају својој заједници и друштву“ (Keyes, 1998, стр. 122). Здравих појединци себе доживљавају као део друштва.

2. *Социјално прихватање* - подразумева слику о друштву састављену од карактера и квалитета других људи као опште категорије (Keyes, 1998). Појединци који показују социјално прихватање имају поверења у друге људе и сматрају да они могу бити љубазни и марљиви; на друге људе гледају са наклоношћу и пријатно им је у њиховом друштву. Овај концепт аналоган је Рифином концепту самоприхватања, те се може сматрати његовим социјалним парњаком (Keyes, 1998).
3. *Допринос друштву* - подразумева личну процену сопствене друштвене вредности; степен у коме појединци сматрају да друштво цени све што они чине у свету и да то доприноси општем добру (Keyes, 1998). Они који сматрају да доприносе друштву имају слику о себи као о важном, продуктивном члану друштвене заједнице.
4. *Социјална актуализација* - подразумева процену потенцијала и кретња друштва, веровање у еволуцију друштва (Keyes, 1998). То је уверење да друштво има потенцијал који се може реализовати помоћу институција и грађанства. Ментално здраве особе показују више наде и поверења према будућности друштва, могу да замисле своју улогу и улогу других у друштвеном расту и прате напредовање друштва.
5. *Социјална кохерентност* - се односи на „перцепцију квалитета, организације и функционисања друштвеног света“ (Keyes, 1998, стр. 123). Особе које имају развијену социјалну кохерентност нису заинтересоване само за свет у коме оне живе, већ сматрају да могу да разумеју и оно што се дешава ван тог круга. Оне немају илузију да живе у савршеном свету, али успевају да очувају осећање да догађаји у друштву имају смисла. Социјална кохерентност, дакле, укључује процену да се дешавања у друштву могу осетити, уочити и предвидети, тј. да нису несхватљива, изненадна и бесмислена.

На основу теоријског модела социјалног благостања Киз је развио и скалу за мерење овог конструкта. Оригинална скала се састоји из 50 ајтема и свака димензија је операционализована помоћу 10 ајтема. Последњих година чешће је у употреби скраћена верзија оригиналне скале, која се састоји из само 15 ајтема. У истраживању које је имало за циљ валидацију конструкта социјалног благостања Киз (Keyes, 1998) је нашао да све субскеале социјалног благостања корелирају позитивно и благо са

индикаторима задовољства животом и срећом, као и са нивоом образовања испитаника. Скорови на већини субскала су се повећавали заједно са старошћу испитаника, док је скор на субскали социјална кохерентност опадао.

2.4.8. Синдром менталног здравља

Да би проучавали ментално здравље истраживачи га морају операционализовати као синдром симптома благостања (Keyes & Lopez, 2002). Као што смо могли видети у претходном тексту, постоје два приступа у схватању и проучавању субјективног благостања (Ryan & Deci, 2001; Keyes et al., 2002), од којих је један заснован на задовољству животом и емоцијама, *хедонистички* (Diener et al., 2002), а други на позитивном функционисању, психичком или социјалном, *еудаимонистички* приступ (Ryff, 1989; Keyes, 1998). Киз и Лопез (Keyes & Lopez, 2002) су интегрисали ова два приступа, сматрајући да сваки представља посебну димензију субјективног благостања (менталног здравља). Дакле, ментално здравље подразумева задовољство животом, присуство позитивног и одсуство негативног афекта, психичко и социјално благостање.

Емоционално, психичко и социјално благостање заједно чине континуум менталног здравља, односно позитивно ментално здравље.² На овом континууму појединци могу заузети различите позиције између непотпуног и потпуног менталног здравља. То је димензионални приступ, по коме се мера позитивног менталног здравља добија тако што се саберу скорови на свим ајтемима менталног здравља (Keyes et al., 2008; Magyar-Мое, 2009). Међутим, Киз је (Keyes, 2005а) увео у употребу и категоријални приступ и предложио одређене критеријуме за утврђивање дијагнозе потпуног и непотпуног менталног здравља (табела 2.1.). Идеја која се налази у основи категоријалног приступа јесте да се (позитивно) ментално здравље може дијагностиковати, аналогно постављању дијагнозе менталне болести помоћу критеријума DSM IV (American Psychiatric Association, 1994). Као што се

² Ламерс (Lamers, 2012) сматра да је синтагма „позитивно ментално здравље“ плеоназам и пита се „Зар ментално здравље није увек позитивно?“. Међутим, понекад је потребно користити се овим појмом ради терминолошког раздвајања од ширег појма менталног здравља као потпуног стања, у коме се позитивно ментално здравље комбинује са присуством/одсуством менталне болести.

ментална болест може утврдити помоћу присуства неопходних и додатних симптома болести, тако се и ментално здравље може утврдити помоћу неопходних и додатних симптома здравља (Keyes, 2005a).

Табела 2.1. Критеријуми за постављање дијагнозе менталног здравља (преузето из Keyes, 2005a).

Дијагностички критеријуми	Опис симптома
Хедониа: захтева висок ниво на најмање једном симптому скале (симптоми 1 или 2)	1. Особа се обично осећа радосно, добро расположено, срећно, смирено, задовољно и пуном живота (позитиван афекат у протеклих 30 дана)
	2. Осећа се задовољно свеукупним животом или неким његовим доменима
Позитивно функционисање: захтева висок ниво на 6 или више симптома скале (симптоми 3 - 13)	3. Задржава позитивне ставове према себи и прошлом животу и прихвата различите аспекте селфа (само - прихватање)
	4. Има позитивне ставове према другима прихватајући њихове различитости и сложености (социјално прихватање)
	5. Показује увид у сопствене потенцијале, смисао за развој и отвореност према новим и изазовним искуствима (лични раст)
	6. Верује да људи, друштвене групе и друштво у целини имају потенцијал за развој и да се могу развијати у позитивном смеру (социјална актуализација)
	7. Имају циљеве и уверења која унапређују осећање усмерености у животу и осећају да живот има смисла и значења (сврха живота)
	8. Сматрају да је човеков живот користан друштву и да друштво вреднује и цени исходе његових активности (социјални допринос)
	9. Показује способност да се носи са сложеним окружењем и може да бира, управља или модификује окружење према сопственим потребама (управљање околином)
	10. Заинтересован је за друштво и друштвени живот; сматра да је друштво схватљиво, донекле логично и предвидљиво, и смислено (социјална кохерентност)
	11. Показује само-усмереност вођену сопственим унутрашњим стандардима и отпор према непримереним социјалним притисцима (аутономија)
	12. Има топле, задовољавајуће, поверљиве односе са другима и способан је за емпатију и интимност (позитивни односи са другима)
	13. Има осећај припадности заједници и осећа комфор и подршку заједнице (социјална интеграција)

На основу ових критеријума, појединац се може сврстати у категорију оних који имају потпуно ментално здравље - „у процвату“ (енг. flourishing), непотпуно ментално здравље - „у стагнацији“ (енг. languishing), или умерено ментално здравље. Да би појединац имао ментално здравље „у процвату“ мора показати висок ниво на

најмање једној мери хедонистичког благостања и високе нивое на најмање 6 мера позитивног психосоцијалног функционисања (Keyes, 2005a). И обрнуто, они који показују низак ниво на најмање једној мери хедонистичког као и на најмање 6 мера еудаимонистичког благостања сврставају се у категорију „стагнирајућих“. За оне који не задовољавају критеријуме за сврставање у неку од претходних категорија каже се да су умереног менталног здравља (Keyes, 2005a).

Међутим, овај скуп симптома менталног здравља не подразумева аутоматски и одсуство менталне болести, као што ни одсуство менталне болести не мора значити присуство менталног здравља. Киз и Лопез (Keyes & Lopez, 2002) су навели низ истраживања са америчких простора која су показала да мере психичког благостања, задовољства животом и среће само просечно (умерено) негативно корелирају са депресијом. Из тога су закључили да ментално здравље и ментална болест нису два супротна краја истог континуума, већ да представљају одвојене факторе и да их треба проучавати искључиво као такве. „Ментално здравље није једноставно одсуство менталне болести нити једноставно присуство високог благостања“ (Keyes & Lopez, 2002, стр. 48). Аутори су синдром менталног здравља дефинисали као комплетно стање које се састоји из:

- А) одсуства менталне болести и
- В) присуства високог нивоа благостања.

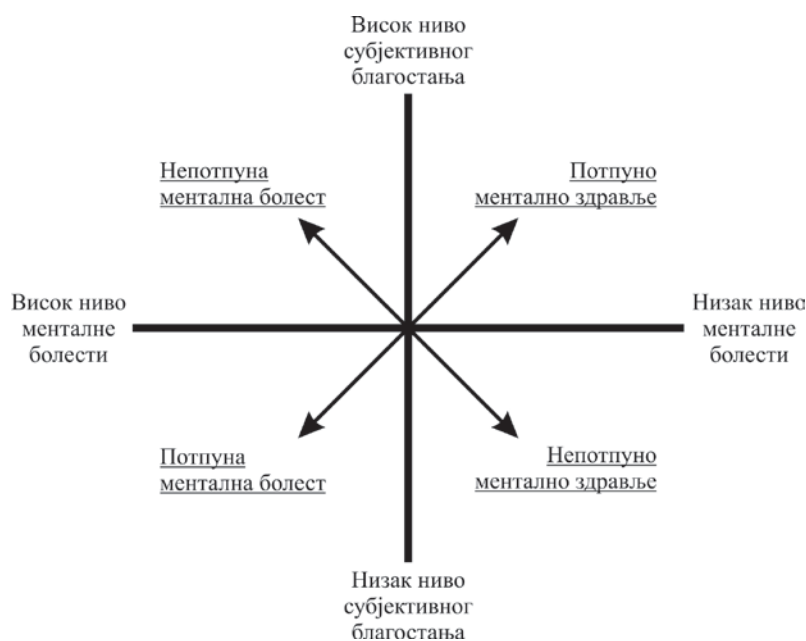
Овај модел не разликује само ментално здравље од менталне болести већ и два стања менталне болести (непотпуна и потпуна) и два стања менталног здравља (непотпуно и потпуно). *Ментално здравље као потпуно стање* „комбинује високе нивое емоционалног, психичког и социјалног благостања и одсуство скорије менталне болести“ (Keyes & Lopez, 2002, стр. 49).

То значи да особа са потпуним менталним здрављем, у ширем смислу³, у скорије време, нпр. 12 месеци, није патила од неке менталне болести, а поред тога показује висок ниво емоционалног, психичког и социјалног функционисања. С друге

³ Термине потпуно и непотпуно ментално здравље Киз је, у различитим публикацијама, користио да означи сличне, али не и исте категорије. Наиме, када говори о континууму менталног здравља он користи појмове потпуно и непотпуно ментално здравље како би означио категорије са највишим и најнижим скоровима на том континууму; када објашњава ментално здравље као потпуно стање, онда исте термине користи да би означио одређене комбинације скорова на континууму менталног здравља са присуством или одсуством менталне болести у претходних 12 месеци.

стране, особа са непотпуним менталним здрављем у ширем смислу такође није у одређеном временском периоду искусила неку менталну болест, али емоционално, психолошки и социјално функционише на ниском нивоу (Keyes, 2005a). Стање потпуне менталне болести подразумева синдром у коме су комбиновани ниски нивои емоционалног, психичког и социјалног благостања са присуством неке менталне болести у скорије време (Keyes & Lopez, 2002). Последња категорија јесте непотпуна ментална болест која подразумева комбинацију присуства неке менталне болести и умереног или високог задовољства животом и доброг психичког и социјалног функционисања.

Синдром менталног здравља је приказан као координатни систем на коме апсцису представља континуум менталне болести (симптоми болести), а ординату континуум менталног здравља (симптоми субјективног благостања) (Keyes & Lopez, 2002). Модел је представљен на слици 2.2.



Слика 2.2. Модел менталног здравља као потпуног стања (Keyes & Lopez, 2002).

Аналогно означавању особа са потпуним менталним здрављем у *процвету*, а са непотпуним менталним здрављем у *стагнацији*, Киз је за оне који имају потпуну менталну болест сматрао да се *спотичу* (енг. floundering), док се они који су непотпуне менталне болести налазе у *стању борбе* (енг. struggling).

Зависно од нацрта истраживања, истраживачи могу користити димензионални или категоријални приступ позитивном менталном здрављу. Без

обзира на то који приступ се користи, добијени резултати имају исти смисао (Robitchek & Keyes, 2009).

2.4.8.1. Приказ истраживања Кизовог модела менталног здравља

Кизов модел менталног здравља испитан је на различитим узорцима у Америци, а потом и у другим културама. Једнака пажња посвећена је провери трофакторског модела позитивног менталног здравља као и моделу по коме су ментално здравље и ментална болест два различита међусобно повезана континуума.

Испитујући емпиријску заснованост концепта менталног здравља као комплетног стања, Киз (Keyes, 2005a) је користио све оне индикаторе менталног здравља који су обухваћени његовим теоријским приступом: емоционално благостање (мере позитивног афекта и 1 ајтем којим се испитује свеукупно задовољству животом), психичко и социјално благостање, а као индикатори менталне болести коришћене су мере којима се процењују симптоми велике депресивне епизоде, генерализоване анксиозности, паничног поремећаја и зависности од алкохола. Методом конфирмативне факторске анализе тестирана су два модела, једнофакторски и двофакторски. Једнофакторским моделом је било претпостављено да мере менталног здравља и менталне болести рефлектују један латентни фактор, што би се могло тумачити као да одсуство менталне болести указује на присуство менталног здравља (Keyes, 2005a). Двофакторским моделом су претпостављена два латентна, међусобно повезана али различита фактора. Добијени подаци су ишли у прилог двофакторском моделу комплетног менталног здравља (Keyes, 2005a).

У протеклих 20 година вођена су бројна истраживања у циљу валидације концепта комплетног (потпуног) менталног здравља (за преглед видети Keyes, 2007). Она су показала да је потпуно ментално здравље циљ коме треба тежити јер „све испод комплетног менталног здравља резултира повећањем броја оштећења и инвалидитета“ (Keyes, 2007, стр. 100). Одрасли са утврђеним потпуним менталним здрављем мање одсуствују с посла и супериорнији су у свакодневним активностима, имају мање хроничних физичких болести, мање су беспомоћни и мање склони да оболе од кардиоваскуларних болести (Keyes, 2007). Потпуно ментално здравље делује и као протективни фактор у процесу старења. Једно истраживање је показало

да одрасли потпуног менталног здравља имају мање хроничних физичких сметњи на свим узрастним нивоима и да млађи одрасли непотпуног менталног здравља имају исти или чак већи број хроничних физичких сметњи него старији одрасли потпуног менталног здравља (Keyes, 2005b).

Нажалост, само мали проценат популације одраслих је потпуног менталног здравља. У истраживању којим је обухваћено 2603 одраслих у САД - у, само 17,2% оних који нису у протеклих годину дана доживели депресивну епизоду има позитивно ментално здравље „у процвату“ (Keyes, 2002). 12,1% испитаних је припадало групи стагнирајућег (непотпуног менталног здравља), а највећи број је био умереног менталног здравља (преко 50 %). С друге стране, само мали проценат (4,9%) укупног броја оних који су имали високе скорове на континууму менталног здравља (у процвату) је током те године доживело велику епизоду депресије, док их је у групи са ниским менталним здрављем (стагнирајући) било чак 28%. Ове резултате Киз је тумачио као потврду хипотезе да „одсуство менталног здравља (хедонистичког и еудаимонистичког благостања, прим.аут.) може бити ризични фактор за настанак епизоде велике депресије“ (Keyes, 2002, стр. 213).

Киз (Keyes, 2002) је испитивао и преваленцију менталног здравља међу испитаницима различитих социодемографских карактеристика. Он је утврдио да је лоше ментално здравље (ниско благостање) у већој мери присутно код жена, млађих одраслих особа, нижег образовања и оних који нису у браку. Ако узмемо у обзир да је и појава депресивне епизоде била чешћа код жена, особа узраста од 25 до 54 година и разведених/раздвојених појединаца, онда можемо закључити да су управо поменуте категорије одраслих оне које носе највише ризика. С друге стране, они са најбољим менталним здрављем, у процвату, су углавном мушкарци, старији одрасли од 45 до 74 година, са више од 16 година образовања, који су у браку.

Комбинујући мере коришћене у испитивању одраслих са мерама које су намењене адолесцентном узрасту (нпр. Child Depression Inventory, Kovacs, 1992, према Keyes, 2006) концепт потпуног менталног здравља испитан је и на адолесцентном узрасту (12 - 18 година). Резултати су показали да су адолесценти у Америци углавном доброг менталног здравља, око 40% су потпуног менталног здравља (у процвату), 54% су умереног, а само 6% су у стагнацији. Испитаници стагнирајућег менталног здравља су показали 2,7 пута више симптома депресивности у односу на испитанике умереног менталног здравља и преко 7,4 пута

више у односу на оне потпуног менталног здравља (Keyes, 2006). Адолесценти умереног менталног здравља су пријавили 2,8 пута више симптома депресивности у односу на оне у процвату. Такође, сви проблеми у понашању (хапшење, бежање из школе, пушење цигарета или марихуане, употреба алкохола и инхаланата) били су учесталији међу младима стагнирајућег него међу онима умереног менталног здравља (Keyes, 2006), а резултати поређења умерено и потпуно ментално здравих су ишли у истом правцу (осим за употребу инхаланата). Потпуно ментално здрави испитаници су имали више скорове на различитим показатељима психосоцијалног функционисања и школској интегрисаности.

Кизов модел менталног здравља испитан је и у другим земљама - Јужној Африци, Холандији, Француској и Египту. Прва провера трофакторског модела позитивног менталног здравља изван САД-а извршена је у четири заједнице у Јужној Африци. На узорку од 1054 испитаника потврђена је трофакторска структура позитивног менталног здравља, као и двофакторски модел менталног здравља као потпуног стања (Keyes et al., 2008). У Холандији је на репрезентативном узорку, састављеном од 1662 одрасла испитаника (узраста 18-87 година), испитано више модела и најбољим су се показали трокомпонентни модел позитивног менталног здравља и модел менталног здравља и менталне болести као два повезана, али различита фактора (Lamers et al., 2011). Трофакторски модел позитивног менталног здравља потврђен је и на француском узорку старијих, физички активних лица (Salama - Younes & Ismail, 2011). Штавише, користећи поступак Анализе мултипле коренсподенције исти аутори су показали оправданост поделе позитивног менталног здравља у три категорије. Међутим, на узорку египатских адолесцената трокомпонентна структура позитивног менталног здравља добијена је само за 9 од 14 ајтема кратке форме Континуума менталног здравља. Ипак, аутор (Salama - Younes, 2011) закључује да је скала валидна и корисна за процену позитивног менталног здравља код адолесцената у Египту.

2.4.9. Сажета анализа представљених модела

На претходним страницама укратко су приказана различита схватања менталног здравља. Током 20. века најдоминантнији је био патоцентрични модел у

коме је нагласак био на одређивању и класификацији менталних болести, док се ментално здравље схватало просто као одсуство менталне болести. Здравље и болест су представљени као супротности које чине дихотомију, тако да је човек или болестан или здрав. По овом моделу, они који су ментално болесни сврставају се у одређене категорије болести на основу идентификације специфичних симптома. Овај дискретни модел се ослања на истраживања која наглашавају више органски, биолошки приступ менталним болестима и постулира да ментална болест има генетске, биолошке, биохемијске или неуролошке узроке (Michels & Marzuk, 1993). Иако овакав модел може бити од велике користи у поступку одвајања оних којима је потребна здравствена (психијатријска) нега, он је поледњих деценија доживео снажну критику. Његов главни недостатак јесте потпуно занемаривање појма менталног здравља.

Током 80-их година долази до експанзије једнодимензионалног схватања менталног здравља. Најпознатији модел из ове групе јесте салутогени модел Арона Антоновског. Ментална болест и ментално здравље су представљени као два краја истог континуума и ментално здравље појединца се може представити као одређено место на том континууму. Појмови генерализовани ресурси и осећај кохерентности су од највећег значаја за наше ментално здравље јер они одређују како ће се појединац носити са тензијом и стресом, односно да ли ће се померити ближе крају континуума на коме се налази ментално здравље или крају на коме је ментална болест. Овај модел је доживео велику популарност и био предмет многих истраживања. Осећај кохерентности се и данас сматра важном компонентом позитивног менталног здравља. Међутим, овај модел не узима у обзир оно што је неколико деценија раније претпостављено, а то је да су ментално здравље и ментална болест квалитативно различити (Rümke, 1955, према Jahoda, 1958).

Овај недостатак модела континуума превазиђен је у двофакторском приступу менталном здрављу. У овом приступу се ментална болест и ментално здравље одређују као два различита али међусобно повезана континуума, континуум менталне болести и континуум менталног здравља. Потребу за испитивањем менталног здравља као посебног континуума у односу на менталну болест истакла је још Јахода средином 20. века. Њен приступ је наредних неколико деценија ипак био запостављен и најчешће коришћен само у сфери теоријских разматрања. Нагли процват добија са афирмацијом покрета за унапређење менталног здравља.

Најпознатији савремени заступници овог гледишта јесу теоретичари и истраживачи у области благостања, емоционалног, психичког и социјалног (Diener et al., 2002; Keyes, 2002; Ryff, 1989). Полазећи од дефиниције коју је дала Светска здравствена организација (WHO, 2001, према WHO, 2003), а у којој се каже да ментално здравље није само одсуство болести већ и „стање благостања у коме појединац реализује сопствене способности, може да превладава нормалне животне стресове, може да ради продуктивно и способан је да доприноси сопственој заједници“, уобличен је синдром менталног здравља (Keyes & Lopez, 2002). Потпуно ментално здравље, операционализовано као одсуство менталног поремећаја у последњих годину дана и присуство високог нивоа емоционалног, психичког и социјалног благостања, прокламовано је као циљ коме треба тежити у области унапређења менталног здравља. Иако су емпиријска истраживања потврдила двофакторску структуру овог модела, она су истовремено показала да је потпуно ментално здравље карактеристика само малог броја људи. То је један од разлога због којих је овај приступ критикован у научној јавности. Иако није говорио о Кизовом моделу, критика коју је Антоновски (1985) упутио дефиницији менталног здравља коју је дала Светска здравствена организација, могла би се применити и на модел потпуног менталног здравља. И Тенгланд (2001) је сматрао да је позитивно ментално здравље више идеал него реалност и стога постулирао ниво „прихватљивог менталног здравља“. Он сматра да заступници „идеалистичког концепта“ пропуштају да ментално здравим назову већину оних људи који тај епитет заслужују. Међутим, чини се да ова критика није потпуно оправдана. Потпуно ментално здравље не треба схватити као искључиву категорију чије критеријуме задовољава мали број људи, већ као нешто чему треба тежити; такав циљ, иако није остварљив за све људе, треба да делује подстичуће за све који креирају програме за унапређење менталног здравља.

Према Ламерсовој (Lamers, 2012) двофакторски модел менталног здравља и менталне болести има неколико импликација:

- Особа се може сматрати потпуно ментално здравом тек ако испуњава оба критеријума - низак ниво психопатолошких симптома и висок ниво позитивног менталног здравља.
- Прихватање гледишта по коме су психопатологија и позитивно ментално здравље два аспекта потпуног менталног здравља значи и прихватање идеје

да позитивно ментално здравље може унапредити индивидуално и социјално функционисање особе независно од присуства психопатологије. Ова идеја је подржана резултатима неких истраживања (Chida & Steptoe, 2008; Keyes, 2002, 2005b, 2006, 2007), узимајући у обзир физичко здравље, радну перформансу и др.

- Када се позитивно ментално здравље сагледава независно од менталне болести, оно може бити предиктор и саме менталне болести. Овај концепт је испитан и показао се валидним у неким истраживањима (Keyes et al., 2010; Wood & Joseph, 2009).

Дакле, иако је позитиван приступ менталном здрављу деценијама био занемарен, чини се да је његов значај поново препознат у последње време. Посебну афирмацију овај модел остварује на пољу превенције и унапређења менталног здравља.

2.5. Превенција и унапређење менталног здравља

Превенција у области менталног здравља подразумева скуп мера усмерених на спречавање појаве менталних болести, рано откривање и рано лечење и смањење броја могућих последица менталне болести или ублажавање степена њихове изражености. Најчешћи коришћени оквир у области превенције дао је још Џералд Каплан, оснивач превентивне психијатрије (Влајковић, 1990). Он разликује три типа превенције: примарну, која има за циљ смањење инциденције свих типова менталних поремећаја у заједници; секундарну, која има за циљ да смањи преваленцију поремећаја скраћењем њиховог трајања; и терцијарну, која има за циљ да смањи оштећења (последнице) која могу настати из тих поремећаја. Овај концепт се дуго користио у теорији и пракси, иако је критикован да замагљује разлику између раног третмана и превентивних интервенција (Barry & Jenkins, 2007).

Нешто скорији превентивни оквир дали су Мразек и Хагерти (Mrazek & Haggerty, 1994). Овај концептуални оквир је оригинално био осмишљен тако што су превентивне активности су стављене у шири контекст интервенција у области

менталног здравља, спектрум који обухвата превенцију, третман и очување.

Одређене су три главне категорије превентивних активности:

1. Универзалне - усмерене на општу популацију;
2. Селективне - усмерене на групе са високим ризиком; и
3. Индиковане - усмерене на појединце или групе са високим ризиком који показују минималне, али региструјуће знаке или симптоме менталних поремећаја.

Промоција или унапређење менталног здравља тежи достизању позитивног менталног здравља и бољег квалитета живота. Фокус ове мултидисциплинарне, примарно практичне области јесте на оснаживању ресурса и компетенција појединаца и заједница, промовишући позитивно емоционално и психосоцијално благостање. У фокусу њених активности налази се унапређење позитивног менталног здравља у општој популацији са посебном усмереношћу на потребе оних који су у ризику или већ доживљавају проблеме у области менталног здравља. Дакле, иако је унапређење менталног здравља фокусирано на позитивне аспекте менталног здравља, оно је значајно у целом спектру интервенција у вези са менталним здрављем, па своје деловање проширује и на људе који већ имају менталних проблема и поремећаја. Њихове интервенције укључују и стварање супортативног окружења, смањење стигматизације и дискриминације и пружање подршке појединцима и службама које раде са корисницима и њиховим породицама. Принцип на коме се заснива унапређење менталног здравља је тај да је ментално здравље интегрални део здравља уопште и, као такав, од значаја за све (Barry & Jenkins, 2007). Ментално здравље је неодвојиви део ширег миљеа којим су обухваћени социјални, економски и културни живот заједнице. Зато се у оквиру промоције менталног здравља планирају и спроводе активности усмерене на побољшање социјалног, физичког и економског окружења које утиче на ментално здравље популације и појединаца. Спровођење оваквих програма захтева развој здравствене и социјалне политике која досеже изнад нивоа клиничког третмана менталних болесника, како би се остварио утицај на шире социјалне и околине факторе менталног здравља (Barry & Jenkins, 2007). Позитивно ментално здравље представља важан ресурс за свакодневни живот и омогућава нам да успешно управљамо својим животима. Међутим, као ресурс, ментално здравље доприноси не

само добром функционисању појединаца и њихових породица, већ и заједница и друштва. Оно доприноси социјалном, људском и економском капиталу друштва те као такво мора бити сагледано као елемент од општег значаја (Lehtinen et al., 2005).

Области превенције и унапређења менталног здравља се заснивају на различитим принципима и теже да делују у различитим концептуалним оквирима. Унапређење менталног здравља се фокусира на позитивно ментално здравље и његов главни циљ јесте изградња снага, компетенција и ресурса (Barry & Jenkins, 2007). Насупрот томе, област превенције се првенствено бави специфичним поремећајима и тежи да смањи инциденцију, преваленцију и озбиљност циљаних проблема. Тако одређена, ова два поља имају различите полазне тачке и теже да утичу на различите исходе. Међутим, у пракси ове две области делују на истом пољу, посебно ако говоримо о програмима примарне превенције и унапређења менталног здравља. Оне су веома повезане и међусобно се преклапају, па је њихове активности врло тешко потпуно раздвојити.

Штавише, у последње време се сматра да је приступ у коме су превентивна пракса и активности усмерене на унапређење менталног здравља инкорпориране у заједнички оквир најделотворнији. Такав модел повезаности превенције и унапређења менталног здравља представила је Бери (Berry, 2001), повезујући универзалне превентивне активности из модела Мразека и Хагертија са активностима из области унапређења менталног здравља. По њеном моделу, највећи део опсега активности потпада под област унапређења менталног здравља због њеног универзалног значаја. Модел указује на уједињујућу централну област између различитих интервенција, као што су оне усмерене на унапређење благостања и квалитета живота.

2.6. Детерминанте менталног здравља

Ментално здравље детерминисано је вишеструким биолошким, психолошким, социјалним и околишким факторима који стоје у сложеном међудејству (Mrazek & Haggerty, 1994). Оне се налазе у физичким и психолошким карактеристикама појединца, његовом интерперсоналном и социјалном окружењу, као и у спољашњим околишким и ширим социјалним утицајима. Друге важне

детерминанте менталног здравља јесу демографски фактори као што су пол, године и национална припадност. Неке од наведених детерминанти менталног здравља се могу мењати, а неке не. Унапређење менталног здравља, као дисциплина и покрет, тежи да се усмери на оне детерминанте које су подложне променама (Barry & Jenkins, 2007). На нивоу популације то су различити психосоцијални и околишки фактори који укључују и животне услове, образовање, приходе, запослење, доступност ресурса у заједници, социјалну подршку и личне компетенције. Фактори који детерминишу ментално здравље могу се класификовати у три области (Lehtinen et al., 1997):

- Фактори структуралног нивоа, где спадају социјални, економски и културални фактори који делују супортативно на позитивно ментално здравље (добро животно окружење, домаћинство, запослење, транспорт, образовање и подржавајуће политичке структуре).
- Фактори на нивоу заједнице (позитивно осећање припадања, социјална подршка, да се појединац осећа грађанином и да учествује у друштву).
- Фактори на индивидуалном нивоу (способност појединца да се носи са различитим мислима и осећањима, да управља животом, емоционална резилијентност и способност превладавања стресних и неповољних околности).

Ове детерминанте се превде у ризичне или протективне факторе који утичу на ментално здравље појединца и група, односно популација. Ризични фактори или фактори вулнерабилности повећавају вероватноћу да се ментални проблеми или ментални поремећаји развију и могу повећати њихов интензитет и трајње када се већ јаве. Изложеност мултиплим ризичним факторима током времена може имати и кумулативан ефекат (Kazdin & Kagan, 1994). Заштитни фактори унапређују и штите ментално здравље и смањују вероватноћу развоја поремећаја. Они повећавају капацитет особе да успешно превладава и ужива у животу и ублажавају ефекте негативних животних догађаја. Ризични и протективни фактори делују на нивоу појединца, породице, заједнице и друштва у целини. Из тог разлога, еколошка перспектива пружа најкориснији оквир за вршење утицаја на ове факторе и подразумева потребу за развојем обухватних програма за унапређење менталног здравља (Nelson et al., 1999, према Barry & Jenkins, 2007).

Табела 2.2. Примери протективних и ризичних фактора по ментално здравље (Barry & Jenkins, 2007).

Протективни фактори	Ризични фактори
Позитивно осећање селфа	Ниско самопоштовање
Добре вештине превладавања	Ниска самоефикасност
Повезаност са породицом	Лоше вештине превладавања
Социјалне вештине	Несигурно везивање у детињству
Добро физичко здравље	Физичка и интелектуална неспособност
Позитивно искуство раног везивања	Злостављање и насиље
Супортативна нега родитеља/породице	Сепарација и губитак
Добре комуникацијске вештине	Одбацивање од стране вршњака
Супортативни социјални односи	Социјална изолација
Осећање друштвеног припадања	Насиље и криминал у суседству
Учешће у заједници	Сиромаштво
Сигурно и безбедно животно окружење	Незапосленост/економска несигурност
Економска сигурност	Бескућништво
Запослење	Напуштање школе
Позитивно искуство у образовању	Социјална или културна дискриминација
Приступ службама подршке	Недостатак служби за пружање подршке

У претходној табели су наведени неки протективни и неки ризични фактори по ментално здравље (Barry & Jenkins, 2007). Неки од њих се могу мењати само на системском, макроплану, док се други тичу појединца, породице или заједнице. Програми превенције и унапређења менталног здравља могу бити конципирани тако да обухватају различите нивое, али је њихова комбинација, можда, најделотворнији приступ.

3. МЕНТАЛНО ЗДРАВЉЕ АДОЛЕСЦЕНАТА

3.1. Адолесценција

Адолесценција је „период преласка из детињства у одрасло доба, који карактеришу напори за достизање циљева који су повезани са очекивањима културе, као и захтеви физичког, менталног, емоционалног и социјалног развоја“ (WHO, 1986, стр. 11). Око почетка адолесценције нема већих несугласица и сматра се да се он поклапа са почетком пубертета и јављањем секундарних полних карактеристика. С друге стране, крај адолесценције није јасно дефинисан. Он подразумева постизање пуне сексуалне и репродуктивне зрелости, усвајање нових когнитивних образаца карактеристичних за одрасло доба, као и остваривање социоекономске независности. Дакле, крај адолесценције одређује се и према неким културолошким нормама, па можемо раћи да је у различитим културама различито одређен. У земљама западне хемисфере као горња граница адолесценције раније се сматрао узраст од 19 или 21 годину, али се у последње време та граница померила тако да обухвата и ране двадесете, до 24. или 25. године (Elliot & Feldman, 1990; Lacković - Grgin, 2006; WHO, 1986).

Период адолесценције се донекле поклапа са периодом младалаштва, који се обично одређује као узраст од 15. до 25. године. Данас се, заправо, ови појмови најчешће користе као синоними. Адолесценција се може поделити на три субпериода (WHO, 1986):

- Рана адолесценција (период од 10. до 14. године);
- Средња адолесценција (период од 15. до 19. године); и
- Касна адолесценција (период од 20. до 24. године).

Међутим, адолесценцију не треба схватати само као временско раздобље са одређеним границама. То је период развоја који има своје специфичности у биолошком, психолошком и социјалном смислу, а временско ограничење се мења зависно од захтева које савремено друштво ставља пред адолесцента.

У овом развојном периоду дешавају се бројне биолошке промене које настају под утицајем појачаног лучења хормона. Ово је период убрзаног телесног и полног сазревања, праћен и бројним психолошким и социјалним променама. Пораст когнитивних способности доводи до тога да адолесценти постају свесни сопствених карактеристика, жеља и циљева, а све је то потребно интегрисати у једну целину (Lacković - Grgin, 2006). У овом периоду појединац трага за својим идентитетом па се то сматра једним од најзначајнијих психолошких развојних задатака. Формирање идентитета се одвија кроз испуњење већег броја претпоставки (Lacković - Grgin, 2006):

- адолесцент треба да доживи себе као исту особу у различитим временима и околностима, а и други појединци требају да га опазе на такав начин,
- између начина на који адолесцент опажа себе и оног како га опажају други мора да постоји усаглашеност,
- решавање сексуалних конфликта и прихватање сопствене полне оријентације се мора обавити на успешан начин,
- процес идентификације са идолима мора бити умерен, а друштвена идеологија јасно обликована,
- околина треба да омогући испољавање его-идентитета и све претходне фазе у развоју морају бити релативно успешно разрешене.

У периоду адолесценције пред младом особом се, дакле, налази низ задатака. У овом периоду се усвајају социјалне одговорности и учвршћују етичка начела (Navehurst, 1972; према Lacković - Grgin, 2006).

Адолесценција као транзитни период може се сагледати кроз утицај три важна фактора: породица, вршњачка група/пријатељство и школа. У овом периоду започиње постепено одвајање од породице које се, пре свега односи на усвајање сопствених вредности, постизање емоционалне независности, припрему за професионални, брачни и породични живот. У модерним друштвима се углавном подржава развој адолесцентске независности, а однос између родитеља и адолесцената се помера у правцу симетричности (Lacković - Grgin, 2006). Очекивања која родитељи имају према адолесцентима могу довести до погоршања узајамних односа, а само ретко до потпуног прекида у комуникацији. Адолесценти од родитеља првенствено очекују срдачност и разумевање као и висок степен

емоционалности у комуникацији са њима, али не воле када родитељи претерују у томе. За породицу која има члана у адолесцентној фази развоја важно је да „постигне повећање флексибилности породичних граница да би се омогућило задовољење адолесцентове потребе за осамостаљивањем“ (Крстић, 2009, стр. 82). Старији адолесценти, више од млађих, теже да буду независни од родитеља, посебно на економском, понашајном и емоционалном плану. У том процесу одвајања од помоћи могу бити наставак школовања, односно одлазак на студије, и тада се он одвија на безболнији начин. У периоду адолесценције могу се јавити и први значајнији конфликти између родитеља и деце, а они се најчешће тичу изгледа, послова и забављања са младићем/девојком. Када млади дођу у године касне адолесценције, породични односи се генерално поправљају, па овај период карактерише мањи број конфликта у односу на остале фазе адолесценције (Zarrett & Eccles, 2006).

Постепено се одвајајући од породице адолесценти се више окрећу вршњацима и вршњачким групама са којима проводе све више времена и учествују у заједничким активностима (Zarrett & Eccles, 2006). За развој вршњачких односа посебно су значајне димензије популарности и пријатељства (Bukowski & Hoza, 1989; према Lacković - Grgin, 2006). Развој односа у групи може допринети остваривању потребе за популарношћу, уколико је адолесцент прихваћен и жељен члан те групе. Као детерминанте популарности адолесцената у вршњачким групама испитиване су различите карактеристике: привлачан телесни изглед, ведро расположење и ентузијазам, пријатељски однос према члановима групе, учешће у ваннаставним активностима, школски успех и слично. Најзначајније детерминанте популарности се разликују зависно од узраста: код средњошколаца су најзначајније спортске и друге ваннаставне активности, а добар школски успех је на четвртом месту; код студената су такође важне спортске и друштвене активности, али академски успех је много значајнији него код средњошколаца (Lacković - Grgin, 2006). Положај адолесцента у групи је веома важан за развој самопоштовања и друштвености, као и за усвајање алтруистичких облика понашања. Неповољан положај у групи може довести до осећања усамљености, социјалне анксиозности, срамежљивости и различитих облика агресивног понашања (Lacković - Grgin, 2006).

Иако група подстиче друштвеност, дијадни односи су ниво на коме се развијају лична пријатељства. Пријатељство је посебан облик интерперсоналних односа који карактеришу трајност, оданост, присност и узајамност (Lacković - Grgin,

2006). У адолесцентном периоду најзначајнији иницијални фактор у развоју пријатељства јесте опажена сличност међу актерима дијадног односа. Сличност може бити врло опште (пол, узраст, расна и национална припадност) или специфичне природе (заједничка интересовања, активности, одлике животног стила попут пушења, конзумације алкохола, преференције одређене врсте музике и сл.) (Lacković - Grgin, 2006). Пријатељства су веома важна за адолесценте. Она задовољавају појединчеву потребу за припадањем и представљају извор задовољства и среће. Такође, пријатељства доприносе развоју самопоштовања адолесцента, усвајању улога и учењу социјалних вештина, а значајна су и за правилан развој личног идентитета.

Посебан облик интерперсоналних односа који је веома важан за адолесценте јесте романтична (партнерска) веза. Она у адолесцентном периоду најчешће има карактер експериментисања на пољу сексуалности, увежбавања присности и бурне емоционалности. Тек у позној адолесценцији (периоду маладалаштва) партнерске везе, у већој мери, добијају на трајности, узајамном подржавању и кооперативности.

Неуспех у остваривању блиских интерперсоналних односа (припадност групи, пријатељство и романтична веза) може довести до осећања усамљености код адолесцената. Иако је усамљеност универзалног карактера, најизраженија је у периоду адолесценције и раног одраслог доба (Brehm, 1992, према Lacković - Grgin, 2006). Усамљеност у реалном животу све се чешће превазилази развијањем блиских односа на Интернету. Иако такви односи могу бити ризични (због откривања информација, сексуалне експлоатације и сл.), све већи број младих потребу за дружењем, интимношћу и осећањем личне вредности задовољава кроз контакте остварене на друштвеним мрежама. Однос између усамљености адолесцента и учешћа на друштвеним мрежама може бити и обрнут; проводећи дане уз Интернет, адолесценти могу постати изоловани од реалних дружења са вршњацима, а изолованост често води у осећање усамљености (Lacković - Grgin, 2006).

За већину младих људи, адолесценција представља период континуираног образовања (макар до завршетка средње школе) и прављења планова за будућност (Zarrett & Eccles, 2006). Други, пак, показују пад академског постигнућа, недостатак интересовања и негативно опажање сопствених способности, што може довести до академског неуспеха и напуштања школе и студија. Као разлози оваквог неуспеха обично се наводе два фактора: унутрашња збрка настала због симултаног јављања

великог броја животних изазова у периоду адолесценције и међусобна неусклађеност школског окружења и самог адолесцента. Зато је важно створити подржавајућу атмосферу у школама и на универзитетима, како би образовни систем могао бити део ширег миљеа у коме је омогућен позитиван развој младих. Ипак, иако је факултетско образовање постало изузетно важан фактор у планирању боље будућности велики број младих не наставља своје образовање након средње школе. Они покушавају да пронађу неки посао који ће им омогућити самосталан живот, али је овакав улазак у свет одраслих често знатно тежи у односу на пут оних који су наставили школовање.

3.2. Стил живота и начини провођења слободног времена код адолесцената

Узевши у обзир комплексност и значај адолесцентног периода, као и чињеницу да млади у овој развојној фази трагају за споственим идентитетом, можемо говорити и о стилу живота адолесцената, „специфичном по томе што се разликује како од детињства тако и од зрелости“ (Крстић, 2009, стр. 78). Стил живота младих обично се разматра као део шире адолесцентне (младалачке) културе. Она има своја нематеријална и материјална обележја. Као најопаженији нематеријални аспект стила живота младих људи истиче се врста музика коју они слушају (Lacković - Grgin, 2006). Музика има различите облике, али су садржаји који интересују младе концентрисани око проблема са којима се они сусрећу у свету одраслих, сексуалности, али и општих друштвених проблема као што су ратови и сиромаштво. Као материјални аспекти стила живота младих посебно могу бити упадљиви одећа и фризура. Они могу бити израз конформирања са групом којој млади припадају, али и израз индивидуалности, протеста против света одраслих, а неретко и општег тренда у одевању. Други материјални аспекти културе младих често зависе од економског статуса породице адолесцента. Аутомобил може бити део животног стила младих, уколико њихове породице могу приуштити себи куповину посебног аутомобила за своје дете. Много универзалнија карактеристика животног стила младих, првенственог због своје доступности, постао је мобилни телефон, а потом и компјутер (Lacković - Grgin, 2006). Телефон може задовољити

различите потребе, али се све чешће користи у тривијалне сврхе. Иако млади доста времена проводе једни са другима, телефон често омогућава продужавање тог заједничког времена и када су у својим кућама, а понекад и на уштрб других важних активности. Може се рећи да исто важи и за компјутер. Иако му је примарна намена обављање различитих послова и олакшавање израде задатака, добијања и чувања информација, он је данас, често, само средство остваривања контаката и „сурфовања“ у виртуелном свету. Као што смо поменули на претходним странама, млади све више користе Интернет и пуно времена проводе на друштвеним мрежама и у собама за „чет“. Према доступним статистичким подацима⁴ само једна од друштвених мрежа на Интернету, Фејсбук, је 2012. године имала преко 850 милиона корисника, 43% мушког и 57% женског пола. Међу корисницима друштвених мрежа највише је младих и њихов број опада са повећањем узраста.

Начин на који млади проводе слободно време обично се испитује као провођење времена када су они ослобођени како школских, тако и породичних и других сличних обавеза и када се организују на начин који је најближи њиховим интересовањима (Пишин, 2002). Резултати једног истраживања у Великој Британији су показали да је главна активност младих у слободном времену гледање телевизијског програма, а потом следи слушање музике, дружење с вршњацима и рад на рачунару, док су спортске активности знатно слабије заступљене (Најес, 2002, према Петровић и Зотовић, 2010). У земљама региона добијени су слични резултати. Најчешћа активност младих у слободном времену јесте праћење телевизијског програма, док се скоро половина младих уопште не бави спортским активностима (Мрежа ресурса за превенцију и третман овисности о дрогама у БиХ, 2004). Такође, трећина младих у БиХ уопште не чита књиге, а две трећине не посећују биоскопе и позоришта. И у Хрватској се слободно време младих најчешће користи за дружење, забаву и доколичарење (Милиша, 2004, према Lacković - Grgin, 2006). И у нашој земљи истраживања начина провођења слободног времена постају све учесталија. Нека истраживања су показала да је најчешћа активност којом млади испуњавају своје слободно време слушање музике, а за њом следе дружење и изласци, као и гледање телевизије и СМС дописивање (Петровић и Зотовић, 2010). Спортским активностима се бави мање од 35% младих, док најмањи проценат упражњава културне активности

⁴ <http://uberly.com/facebook-statistics-2012/>

и учење страних језика. Притом, девојке предњаче у пасивним активностима (слушање музике, гледање ТВ-а и СМС дописивање), а младићи у спортским активностима (Виденовић и сар., 2010; Петровић и Зотовић, 2010).

3.3. Поремећаји менталног здравља у адолесценцији

Као што смо рекли, адолесценција представља транзиторни период из детињства у одрасло доба. Највећи број адолесцената овај период прође релативно лако и успешно, са извесним колебањима у психичким стањима, понашању и психосоцијалном функционисању (Ћурчић, 2005). Обзиром на то да се за период опсега 10-15 година дешава велики број промена и потребу да адолесцент одговори различити задацима и очекивањима, овај период може носити посебан ризик за дезорганизацију младих. У поређењу са одраслима млади су у посебном ризику да развију вулнерабилност или ментални поремећај, зато што се сусрећу са новим притисцима и изазовима свакодневног живота (Stengard & Appelqvist-Schmidlechner, 2010). Широм Европе последњих година се велика пажња поклања менталном здрављу адолесцената и младих. Напори су усмерени не само на идентификацију и превенцију менталних поремећаја, већ и на унапређење позитивног психосоцијалног развоја младих (Mental Health Europe, 2001).

Адолесценти се обично сматрају здравом узрасном групом, али ипак 20% њих сваке године доживи неки проблем у области менталног здравља, најчешће депресију или анксиозност. У многим срединама, самоубиство је водећи узрок смрти младих људи (WHO, 2003). Проблеми на пољу менталног здравља најчешће представљају резултат интеракције већег броја фактора, али се неки од њих сматрају посебно ризичним у периоду адолесценције. Важну групу фактора ризичних по ментално здравље адолесцената представљају фактори окружења (породично окружење, школа и континуирана едукација, социо - економски статус и депривација) (Mental Health Europe, 2001). Други фактори ризични по ментално здравље адолесцената и младих јесу изложеност насиљу, злостављању, употреба алкохола и дрога, дискриминација, као и губитак значајних особа у животу (услед смрти или развода). Проблеми на пољу менталног здравља могу некада бити

минорни и испољити се само као повремени проблеми у понашању, а некада могу бити веома озбиљни и онемогућити нормално функционисање младе особе.

Иако извештај Светске здравствене организације указује на то да око 20% деце и младих пати од неког менталног поремећаја, постоји могућност да је тај проценат још већи. Наиме, процењено је да само 10-15% младих са проблемима менталног здравља тражи и добија помоћ од надлежних служби (WHO, 2003). Данас влада мишљење да се ментални поремећаји у адолесценцији недовољно препознају и лече (Sourander et al., 2004), а и млади често подцењују потребу за стручном помоћи и покушавају да се сами носе са својим проблемима. Међутим, истраживања су показала да се три четвртине случајева менталних поремећаја јави до 24. године живота (Kessler et al., 2005). Једно скорије истраживање у Америци (Merikangas et al., 2010), на репрезентативном узорку узраста од 13 до 18 година, је показало да су у популацији младих најзаступљенији поремећаји анксиозног спектра (31,9%), потом следе поремећаји понашања (19,1%), поремећаји расположења (14,3%) и употреба супстанци (11,4%). Око 40% испитаника који су сврстани у једну класу поремећаја задовољавали су критеријуме за још једну класу. Укупна преваленција поремећаја са озбиљним оштећењима и/или стресом износила је 22,2%. Просечан узраст када су почели поремећаји био је најнижи за анксиозност (6 година), а потом за поремећаје понашања (11), расположења (13) и употребу супстанци (15) (Merikangas и et al., 2010). У Аустралији је процењено да двоје од петоро младих људи пати од депресивног расположења, када је период процене одређен на 6 месеци (NHMRC, 1997). Популација са највишом преваленцијом проблема у менталном здрављу и менталних поремећаја јесу млади узраста 18-24 године (Andrews et al., 1999). У Уједињеном Краљевству око 20% младих узраста 16-24 година има проблема у менталном здрављу, а самоубиство је узрок четвртине свих смрти у тој узрасној групи (Social Exclusion Unit, 2005). У једном истраживању је указано на то да искуство депресије код младих на прагу одраслог доба угрожава изборе и одлуке младих људи и тако представља ризик за даља оштећења и будуће поремећаје (Reinherz et al., 1999). Настанак депресије и депресивних симптома често се повезује са малтретирањем и насиљем, било да је особа жртва или насилник (Bond et al., 2000; Olweus, 1993, према Rowling, 2006).

Према истраживању Кеслера и сараданика (Kessler et al., 2005), на узрасту 18-29 година најчешћи су поремећаји из спектра анксиозних (30,2%), следе поремећаји

контроле импулса (26,8%), расположења (21,4%) и злоупотреба супстанци (16,7%). Ако сагледамо појединачне поремећаје најчешће се јавља велика депресивна епизода (15,4%), злоупотреба алкохола (14,3%), социјалне (13,6%) и специфичне фобије (13,3%), а у једнаком проценту (10,9%) се јављају поремећаји понашања и злоупотреба дрога.

Обележја наведених категорија некада се могу приписати тзв. адолесцентној кризи, која се одликује неуобичајеним понашањем и доживљавањем претераних емоција. Поменуте промене могу бити део нормалног развоја адолесцента, али, ако су врло интензивне или дуготрајне, захтевају психолошки/психијатријски третман. Адолесцентна криза није издвојена као посебна дијагностичка категорија, ни у ICD-10 (World Health Organization, 1992) нити у DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Ипак, често се користи, како у клиничкој пракси тако и у литератури (Dvornik-Radica et al., 2006). Исход кризе зависи од различитих фактора: личносних, породичних и социјалних.

У адолесцентном периоду често се отпочиње са понашањем које може довести или доводи до развоја болести зависности. Обично се наводи злоупотреба и зависност од супстанци (алкохола, никотина, дрога). Међутим, поред наведених облика зависности, за адолесцентни период се последњих година везују и неки нови ентитети, попут зависности од коцкања, хране, видео игара и Интернета, тинејџерска сексуална зависност, а неретко се говори и о њиховом коморбидитету (Essau, 2008).

На наредним странама укратко ће бити приказани најчешћи проблеми у области менталног здравља у адолесценцији - анксиозност, депресивност и део проблема у понашању (ризично понашање).

3.3.1. Анксиозност

Појам анксиозност подразумева напету, узнемирујућу антиципацију претећег али нејасног догађаја и осећање тешке неизвесности (Rachman, 2004). То је негативно осећање блиско повезано са страхом, па се понегде ови појмови користе и наизменично. Међутим, страх и анксиозност се разликују по узроку, трајању и одржавању (Rachman, 2004). Појмом „страх“ се описује емоционална реакција у односу на специфичну, опажену опасност, претњу која се може јасно

идентификовати. Емоција страха је најчешће снажна и има квалитет хитности, епизодног је карактера и престаје када непосредна опасност ишчезне. С друге стране, анксиозна особа тешко идентификује узрок нејасне напетости; њено осећање је најчешће дифузно, безобјектно и перзистирајуће.

О анксиозности се може говорити као о црти или стању (Endler, 1980; Spielberger et al., 1983). Црта анксиозности подразумева општу склоност да се ситуације које су објективно безопасне опажају као угрожавајуће и да се на њих реагује знатно интензивније него што објективна ситуација налаже. Анксиозност као црта стиче се у раном детињству и обухвата најмање четири димензије: димензију социјалне евалуације, димензију физичке опасности, димензију нових, нејасних ситуација и димензију свакодневних ситуација (Endler & Parker, 1990).

Анксиозност као стање, у извесном степену, може бити део искуства сваког човека. Манифестује се као осећање уплашености и стрепње, праћено прекомерном активношћу вегетативног нервног система. Сам осећај је, најчешће, веома непријатан и описује се као доживљај тескобе и ирационалног страха, праћеног различитим телесним сензацијама попут грча у стомаку, убрзаног лупања срца, убрзаног дисања, главобоље, прекомерног знојења и сл.

Када је анксиозност снажна, дуготрајна и омета нормално психичко и социјално функционисање особе, тада говоримо о анксиозном поремећају. Заправо, исправније је говорити о анксиозним поремећајима који имају неколико заједничких карактеристика:

- субјективни осећај анксиозности,
- акутни почетак,
- релативно очувану радну способност,
- препознавање патолошких мисли и
- непостојање отуђења од реалности.

У класификацији Америчке психијатријске асоцијације (DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994) анксиозни поремећаји су одређени као велика група поремећаја у коју спадају: панични напади без и са агорафобијом, агорафобија без историје паничног напада, специфичне фобије, социјална фобија, опсесивни-компулзивни поремећај, посттрауматски стресни поремећај, акутни стресни поремећај, генерализована анксиозност, анксиозни поремећај настао као последица

општег медицинског стања, анксиозни поремећај индукован употребом супстанци и анксиозни поремећај који није другачије спецификован.

Панични напад подразумева одређени период у коме долази до изненадног почетка интензививног страха, уплашености кога често прати и осећање непријатног краја (American Psychiatric Association, 1994). У току напада се јављају симптоми попут кратког даха, палпитације, бола у грудима, осећаја гушења и страха да ће особа полудети или изгубити контролу. Панични напад без агорафобије се карактерише понављањем неочекиваних паничних напада у вези са којима постоји стална забринутост. Панични напад са агорафобијом се карактерише поновљеним јављањем и неочекиваних паничних напада и агорафобије. Епидемиолошке студије указују на то да је преваленција паничних поремећаја за целоживотни период 1,5%-3,5% и да су знатно чешћи у женском него у мушком делу популације (American Psychiatric Association, 1994). Узрост у коме се ови поремећаји јављају варира, али се најчешће помиње период између касне адолесценције и средњих 30-их година живота.

Агорафобија је поремећај који се манифестује као анксиозност коју особа доживљава поводом или избегавање оних ситуација из којих може бити тешко побећи (или у којима постоји могућност да се особа осрамоти) и у којима можда неће моћи да добије помоћ у случају да доживи напад панике или симптоме сличне њему. Агорафобију без напада панике карактеришу симптоми агорафобије и симптоми слични паници, али нема изненадних паничних напада. О овом типу поремећаја се релативно мало зна, али је познато да се много чешће јавља код жена него код мушкараца, а њен почетак се обично везује за рано одрасло доба (World Health Organization, 1992).

Специфичне фобије су поремећаји са клинички значајном анксиозношћу коју провоцира специфични објекат или ситуација којих се особа плаши, што често води до избегавајућег понашања. Епидемиолошке студије указују на то да је преваленција специфичних фобија за целоживотни период 10%-11,3%, а на годишњем нивоу износи око 9% и да су знатно чешћи у женском него у мушком делу популације (American Psychiatric Association, 1994). Узрост у коме се први пут јављају специфичне фобије варира зависно од подтипа поремећаја, али се најчешће везује за детињство.

Социјална фобија се карактерише клинички значајном анксиозношћу до које долази услед излагања одређеним типовима социјалних ситуација, што често води до избегавајућег понашања. Епидемиолошке студије дају различите податке о преваленцији социјалне фобије за целоживотни период (3%-13%) зависно од социјалне ситуације која се узима као окидач за њено јављање (American Psychiatric Association, 1994). У општој популацији је нађено да се социјалне фобије чешће јављају код жена него код мушкараца, док је у клиничким узорцима дистрибуција по полу изједначена или се чешће јавља код мушкараца. Типичан почетак ове врсте поремећаја је у средњим тинејџерским годинама, иако некада почиње и у детињству.

Опсесивно-компулсивни поремећај се карактерише опсесијама које доводе до значајне анксиозности или стреса и/или компулзијама које служе неутралисању анксиозности. Иако се сматрало да су опсесивно-компулзивни поремећаји ретки у општој популацији, неке епидемиолошке студије су показале да њихова преваленција за целоживотни период износи 2,5% (American Psychiatric Association, 1994). С подједнаком учесталошћу се јавља код мушкараца и жена, иако код мушкараца почиње нешто раније (у адолесценцији), а код жена касније (у раном одраслом добу).

Посттрауматски стресни поремећај се карактерише поновним проживљавањем екстремно трауматичног догађаја што је праћено симптомима повећане узбуђености и избегавањем стимулуса у вези са траумом. Могу се јавити на било ком узрасту. Студије вршене на нивоу заједнице извештавају о целоживотној преваленцији од 1% до 14%, док код ризичних група (ратни ветерани, жртве насиља и сл.) преваленција износи 3%-58% (American Psychiatric Association, 1994).

Акутни стресни поремећај се карактерише симптомима сличним посттрауматском стресном поремећају који се јављају одмах након сусрета са екстремно трауматичним догађајем. Овај поремећај може почети на ма ком узрасту и десити се било коме, посебно ако је реч о екстремном стресору.

Генерализована анксиозност је поремећај кога карактерише прекомерна анксиозност и брига која траје најмање 6 месеци. Особа која пати од овог поремећаја тешко контролише бригу, а брине о „свему и свачему“ и често због тога бива уморна и исцрпљена. Овај поремећај се чешће јавља код жена него код мушкараца, а целоживотна преваленција износи 5% (American Psychiatric Association, 1994).

Најчешће почиње у детињству и адолесценцији, али се може јавити и у каснијим годинама.

Упадљиви симптоми анксиозности се могу јавити и као директна физиолошка последица општег медицинског стања и злоупотребе дрога, лекова или услед изложености токсинима, и тада говоримо о *анксиозном поремећају као последици општег медицинског стања*, односно као о *анксиозном поремећају индукованом супстанцама*.

Коначно, у случају очигледне анксиозности или фобичног избегавања, када нису задовољени критеријуми за дијагностиковање неког од претходно наведених поремећаја, говоримо о *анксиозном поремећају који није другачије спецификован*.

У ICD-10 (World Health Organization, 1992) анксиозни поремећаји су сврстани у групу „Неуротски, са стресом повезани и соматоформни поремећаји“. У оквиру ове групе поремећаја, појам „анксиозни“ у свом наслову носе две подгрупе: Фобични анксиозни поремећаји (агорафобија, без и са паничним поремећајем; социјалне фобије; специфичне фобије; други фобични анксиозни поремећаји и фобични анксиозни поремећај-неспецификован) и Други анксиозни поремећаји (панични поремећај; генерализовани анксиозни поремећај; мешовити анксиозни и депресивни поремећај; други мешовити анксиозни поремећаји; други спецификовани анксиозни поремећаји; и анксиозни поремећај-неспецификован). За разлику од DSM IV класификације, у ICD-10 су Опсесивно-компулсивни поремећај и Реакција на тежак стрес и поремећај прилагођавања (у које спадају акутна реакција на стрес, посттрауматски стресни поремећај и поремећај прилагођавања) издвојени су у посебне категорије поремећаја, а њихово одвајање од анксиозних и фобично-анксиозних поремећаја је изразитије (Панић, 1992).

Према неким проценама, преваленција анксиозних поремећаја у адолесцентном периоду креће се између 9% и 22% (Clark et al., 1994). Важно је напоменути да су анксиозни поремећаји, посебно хронични, повезани са значајним психосоцијалним оштећењима (Essau et al., 2000).

Анксиозни поремећаји се често јављају здружено са депресивним поремећајима. Коморбидитет депресије и анксиозних поремећаја у адолесценцији има значајне негативне ефекте на различите исходе у даљем животу. Повезан је са академским проблемима, неуспешним коришћењем психолошко/психијатријског

третмана и повећаним ризиком од суицида у односу на чисте форме поремећаја (Lewinsohn et al., 1995).

3.3.2. Депресивност

Депресија је један од најраспрострањенијих менталних поремећаја. Она је чест пратилац услова савременог живота и све више постаје „болест модерног доба“. Она је пронашла своје место и у свакодневном говору, и готово да је нормално чути реченице попут „У депресији сам“ или „Мало сам депресиван“. С друге стране, клиничку слику депресије чини мноштво симптома: депресивно расположење, губитак интересовања и задовољства, смањење енергије, чест замор, оштећена концентрација и пажња, смањено самопоуздање и самопоштовање, осећање безвредности и кривице, песимистичан поглед на будућност, поремећај сна и апетита и идеје о самоповређивању или суициду (World Health Organization, 1992). Када се на горе поменут начин, у свакодневном говору, употребљава термин депресија или депресивност, обично се мисли на депресивно расположење, губитак интересовања и задовољства и песимизам у гледању на живот и будућност.

Депресивни поремећаји су сврстани у групу поремећаја расположења (American Psychiatric Association, 1994). У оквиру депресивних поремећаја, DSM IV разликује три специфична поремећаја: Велики депресивни поремећај, Дистимију и Депресивни поремећај који није другачије спецификован.

Велики депресивни поремећај карактерише постојање једне или више великих депресивних епизода (најмање двонедељно постојање депресивног расположења и губитка интересовања који су праћени са још најмање четири симптома депресије) без јављања маничних, мешовитих или хипоманичних епизода. Велика депресија се два пута чешће јавља код жена него код мушкараца, како у адолесцентном тако и у одраслом добу, док је на дечјем узрасту стопа јављања једнака код оба пола (American Psychiatric Association, 1994). У општем узорку преваленција јављања депресије у целоживотном периоду износи 10%-25% за жене и 5%-12% за мушкарце. Може почети на различитим узрастима, а просечне године првог јављања велике депресивне епизоде јесу средње 20-е.

Дистимија је поремећај кога карактерише најмање 2 године депресивног расположења које је праћено додатним депресивним симптомима, а да, притом, критеријуми за велику депресивну епизоду нису задовољени (American Psychiatric Association, 1994). Дакле, реч је о хроничном депресивном расположењу које преовладава већином дана у току тог двогодишњег периода. Депресивно расположење мора бити праћено са најмање два од следећих симптома: лош апетит или преједање, инсомнија или хиперсомнија, низак ниво енергије или умор, ниско самопоштовање, лоша концентрација или тешкоће у доношењу одлука и осећање безнадежности. Овај поремећај се два до три пута чешће јавља код жена у одраслом добу, док је код деце стопа јављања уједначена код оба пола. Целоживотна преваленција износи око 6% (American Psychiatric Association, 1994).

Депресивни поремећај који није другачије спецификован карактерише постојање депресивних симптома, али нису задовољени критеријуми за Велику депресију, Дистимични поремећај, Поремећај прилагођавања са депресивним расположењем или Поремећај прилагођавања са здруженом анксиозношћу и депресивним расположењем. У ову групу поремећаја спадају: предменструална дисфорија, мали депресивни поремећај, рекурентна кратка депресија и сл.

Клиничка психијатрија разликује и неке посебне облике депресивног поремећаја (Голубовић, 2011): депресија са психотичним карактеристикама, инволутивна меланхолија, хронификована депресија, сезонска депресија, постпартална депресија, атипична депресија, депресивна псеудодеменција и сл. У периоду детињства и адолесценције се може јавити дечја и адолесцентна депресија, која је често маскирана проблемима у понашању, попут бежања од куће или злоупотребе супстанци (Голубовић, 2011).

Депресивни симптоми (у виду велике депресивне епизоде или независно од ње) могу бити саставни део клиничке слике других поремећаја (нпр. биполарног поремећаја, циклотимије и сл.) или се јавити у виду депресије као секундарног поремећаја.

Иако депресија у популацији одраслих има високу преваленцију, њено постојање током детињства (иако је прихваћено) релативно је неуобичајено (Allgood-Merten et al., 1990). Стопе јављања депресије у детињству остају релативно ниске, док у адолесценцији долази до њиховог значајног пораста (Rutter, 1986). У различитим истраживањима је процењено да депресија погађа 15-20% адолесцената

у САД-у (Lewinsohn & Essau, 2001, према Rohde et al., 2009), а њена преваленција код млађих генерација постаје све већа (Wittchen et al., 1994). У једној студији (Seeley et al., 2002) је добијен податак да, до 19. године, 28% испитаних доживи велику депресивну епизоду. Ипак, о депресији током адолесценције се мало зна. Резултати једног истраживања указују да значајан допринос имају слика о себи и сопственом телу и скорији стресни догађаји (Allgood-Merten et al., 1990).

3.3.3. Адолесценти и ризично понашање

Појам ризично понашање обухвата оне облике понашања који „могу, директно или индиректно, угрозити благостање, здравље, па чак и ток живота младих људи“ (Jessor, 1998). Ирвин (Irwin, 1993, према Scaar, 2009) је сматрао да су ризична сва она понашања чије су последице непознате и постоји могућност да негативно утичу на здравље. У почетку испитивања адолесцентног ризичног понашања, пажња је била усмерена на сет понашања који се звао проблематичним понашањем: кршење законских и нормативних правила које обично доводи до друштвених санкција, деликвентно понашање, коришћење дрога, алкохола и рана сексуална активност. Последњих година је концепт проблематичног понашања проширен тако да обухвата и нпр. пушење цигарета и ризичну вожњу, а уочено је и то да се проблематично понашање обично јавља заједно са активностима адолесцената које угрожавају њихово здравље: лоше социјално функционисање, неадекватна исхрана и недостатак физичке вежбе и сл.

Период адолесценције и младалаштва се карактерише повишеном стопом ризичног понашања, које се оцењује као лоше, непожељно или угрожавајуће. Међутим, нису сви облици ризичног понашања нужно угрожавајући по младе. Ризично понашање се може сматрати позитивним или негативним, зависно од исхода (Scaar, 2009). У литератури су заступљенији облици ризичног понашања са негативним исходом (злоупотреба дрога, ризично сексуално понашање, туче, учешће у бандама, немарна вожња и сл.). О њима се најчешће говори као о понашању ризичном по здравље (Scaar, 2009). Ризично понашање које има позитивне последице обично се назива „експлоративним понашањем“ (Irwin & Vaughan, 1988; Scaar, 2009). У такве облике понашања се убрајају склапање нових пријатељстава,

испробавање нових спортова, пружање отпора вршњацима и други. Међутим, ова подела није потпуно прихваћена, пре свега због тешкоћа да се предвиде исходи различитих облика понашања. У једној квалитативној студији адолесценти су многе социјално прихватљиве облике понашања проценили као ризичне (нпр. одлазак на колеџ и склапање брака) (Abbott-Charman et al., 2008).

Многа понашања ризична по здравље се први пут јављају у адолесценцији и често одржавају кроз одрасло доба, утичући на здравље и благостање касније током живота (Jackson et al., 2012). Најчешћа ризична понашања адолесцената су: конзумирање цигарета, алкохола, дрога, често мењање сексуалних партнера као и учествовање у крађама (Митровић и сар., 2006).

Употреба дувана је један од најчешћих облика ризичног понашања младих у нашој земљи. Према једном истраживању (Југовић, 2004), 64% младих има искуство пушења цигарета и то 70% младића и 59% девојака. Са пробањем дувана и пушењем се почиње са девет година и раније, а највећи број испитаних је почео са 15 година. У групи испитаних узраста од 17 до 35 година 51% су пушачи. У истраживању Митровић и сарадници (2006) су добили да 34,8% младих узраста 18-20 година конзумира цигарете. Иако се пушење сматра социјално најприхватљивијим обликом ризичног понашања, оно је у високој корелацији са другим зависничким облицима понашања. Зато су млади пушачи у већем ризику да се упусте у друге, теже, облике зависности, јер се код пушача формирају зависнички модели понашања и типови личности.

Према резултатима једног истраживања (Југовић, 2004) млади у нашој земљи веома рано почињу са конзумирањем алкохола. До 15 године око 36% младих је пробало алкохол, а са 20 година чак 73% младих. У истраживању Митровић и сарадника (2006) добијени подаци су још шокантнији: алкохол конзумира чак преко 91% младих узраста 18-20 година, а скоро 16 % испитаних то чини редовно. Девојке касније почињу са конзумирањем алкохола и пију мање количине у односу на младиће (Југовић, 2004).

Прва марихуана се најчешће проба са 16 година, док један број младих почиње да је употребљава са 13 година или раније (Југовић, 2004). Младићи почињу да је употребљавају нешто раније од девојака. У старосној групи испитаника 17-20 година марихуану је пробало 30% испитаних, а у старосној групи 21-25 година 39%. 52% младића је изјавило да је бар једном пробало марихуану, док је то учинило 32%

девојака. У истраживању Митровић и сарадника (2006), лаке дроге конзумира скоро 12% младих, али само 2% их узима редовно. Теже дроге (екстази, кокаин, хероин) је пробало 24% испитаника, али само мали број их је користио више од два пута (Југовић, 2004).

Према подацима добијеним у нашој средини (Југовић, 2004) највећи број младих прво сексуални искуство је доживело у 17 години (22% укупно - 26% младића и 18% девојака). Преко половине испитаних (55%) је имало једног сексуалног партнера у тренутку када је испитивање вршено. Девојке су нешто „верније“ од младића; два партнера је имало 7% девојака и 16% младића. 8% испитаних су у последња три месеца имали три и више партнера и они су означени као ризична група. У тој ризичној групи скоро 5 пута више је било младића него девојака. У истраживању Митровић и сарадника (2006) је испитивано колико сексуалних партнера су имали млади узраста 18-20 година и утврђено је да највећи број испитаних уопште није имао сексуално искуство (40,7%) или су имали искуство само са једним партнером (32,8%). 15% младих не користи ни једно контрацептивно средство, а нешто мање од 9% се „штити“ прекидањем односа (Југовић, 2004). Најчешће коришћено средство заштите је кондом (42%).

И агресивно понашање, као облик ризичног понашања, у већој мери карактерише младиће него девојке. Оружје ван куће носи 1% девојака и 14% младића (Југовић, 2004). Слични подаци су добијени и у вези физичких обрачуна (4% девојака и 25% младића). У тучама највише учествују средњошколци (21%), а са повећањем узраста овај облик понашања се све ређе јавља.

Учешће у крађама је још један облик ризичног понашања младих. Подаци истраживања које је обухватило и овај облик ризичног понашања младих су показали да око 23% испитаних јесте учествовало у ситним крађама (Митровић, 2006).

Ризична понашања могу настати као „последича недовољног знања, немања свести, индивидуалне социјалне незрелости, присуства предрасуда или стереотипа, младалачке активности и радозналости...“ (Југовић, 2004, стр. 180). На основу прегледа литературе и ранијих истраживања, Југовић (2004) је набројао неколико ризичних фактора за развијање различитих облика девијантног понашања:

- Средина (доступност дроге и оружја и одобравање њихове употребе, насиље у медијима, лоша повезаност са заједницом, изузетно лоша материјална ситуација и сл.);
- Породица (присуство проблема у понашању и менталне болести у породици, породични конфликти, злостављање, стресни животни догађаји, лоша комуникација, слаба емоционална повезаност и сл.);
- Школа (антисоцијално понашање, неуспех у школи, неангажовање и сл.);
- Индивидуални/вршњачки односи (бунтовништво, пријатељи који имају проблема у понашању, одбаченост од вршњака, изолација и отуђеност);
- Психофизичко стање (постојање неког хендикепа, ниска интелигенција, поремећај пажње, поремећај читања, лоше/неизграђене навике, ниске способности, емоционални проблеми и незрелост, ниско самопоштовање).

Међутим, иако су ризични фактори присутни у животу многих појединаца то не значи да ће они развити различите облике ризичног понашања. У литератури се помињу тзв. протективни фактори, односно предуслови који штите младу особу од ризичног понашања. Најчешће се помињу следећи протективни фактори (Југовић, 2004):

- Индивидуалне карактеристике (когнитивне и социјалне вештине, темперамент и сл.);
- Квалитет интеракција између детета и околине (однос са родитељима, интегрисаност са вршњацима, повезаност са другим позитивним моделима и сл.);
- Аспекти мезо и егзосистема (односи и сарадња школе и породице, квалитет школе, превентивни програми у школи и сл.).

Не треба заборавити и да је одређени степен ризичног понашања део нормалног адолесцентног развоја. Зато је важно увек сагледати шири контекст у коме се ризично понашање одвија, а превентивне мере спроводити систематски и обухватно.

4. МЕТОДОЛОШКИ ОКВИР ИСТРАЖИВАЊА

4.1. Предмет истраживања

Основни предмет овог истраживања јесте испитивање Кизовог трофакторског модела позитивног менталног здравља (Keyes, 2002) на узорку адолесцената српске националности, као и утврђивање преваленције нивоа континуума менталног здравља (потпуно ментално здравље, умерено ментално здравље и непотпуно ментално здравље) и преваленције депресивности, анксиозности и ризичног понашања. Резултати добијени на подузорку адолесцената са Косова и Метохије (КиМ) биће упоређени са резултатима подузорка из Централне Србије.

Такође, потребно је утврдити да ли и који корелати менталног здравља (емоционално, психичко и социјално благостање) могу бити предиктори депресивности, анксиозности и ризичног понашања адолесцената? Сви индикатори позитивног менталног здравља, анксизност, депресивност и ризично понашање испитани су и у односу на неке индикаторе општег психосоцијалног функционисања адолесцената (задовољство породицом, школски/академски успех, број блиских пријатеља итд.).

Оквир истраживања садржан је у мултидимензионалном моделу менталног здравља (Keyes, 2002), који постулира да *ментално здравље, поред одсуства патологије, увек мора значити и присуство позитивних компоненти (емоционално, психичко и социјално благостање)*. Ментално здравље и ментална болест чине два међусобно повезана, али различита континуума. Киз је (позитивно) ментално здравље одредио као трокомпонентно субјективно благостање које се састоји из емоционалног, психичког и социјалног благостања. Позитивно ментално здравље је посебна димензија која је повезана са димензијом менталне болести. Овај приступ је последњих година побудио интересовање многих истраживача. У Америци је вишеструко валидиран, а слична истраживања су спроведена и у Холандији, Јужној

Африци, Француској и Египту. Основно питање у овом истраживању јесте: да ли се Кизов концепт позитивног металног здравља може потврдити и на узорку адолесцената српске популације и да ли ће модел у коме су ментално здравље и ментална болест повезани, али одвојени фактори одговарати добијеним подацима? Културолошке разлике у схватању металног здравља су често биле тема дискусије, а позитивно ментално здравље као концепт се састоји из бројних индикатора који не морају бити једнако вредновани у различитим културама. Осим тога адолесценти у Србији, а посебно адолесценти српске националности на КиМ су у последње две деценије (нејвећи део њиховог досадашњег живота) били суочени са бројним тешкоћама и стресним ситуацијама. Социјално окружење представља важну детерминанту металног здравља, па адолесценти у нашој земљи можда нису успели да неке аспекте субјективног благостања развију у довољној мери.

На основу скорова, добијених проценом трију компоненти позитивног металног здравља, испитаници се могу сврстати у три групе: потпуно ментално здрави, умерено ментално здрави и непотпуно ментално здрави. Добијене преваленције биће упоређене између различитих група, као и са подацима из других земаља. Такође, планирано је да се истраживањем обухвати и испитивање присутности симптома два најчешћа поремећаја у адолесценцији, депресије и анксиозности, као и проблема у понашању (ризично понашање), у односу на нивое континуума металног здравља.

Млади који живе у Србији су више од половине свог живота провели у условима друштвене кризе. Ратна дешавања, економска, политичка криза и транзиција само су део макросистема у коме су они одрастали.

4.2. Циљеви истраживања

Ово истраживање је имало следеће циљеве:

1. Испитати поновљивост структуре Кизовог трокомпонентног модела металног здравља на узорку адолесцената српске националности.
 - 1а. Уколико се предложени теоријски модел потврди и на српском узорку, онда је следећи циљ испитати поновљивост модела синдрома металног здравља као потпуног стања, који се састоји из континуума металног

- 2а. здравља и континуума менталне болести као два међусобно повезана, али различита фактора.
2. Утврдити преваленцију категорија позитивног менталног здравља (потпуно ментално здравље, умерено ментално здравље и непотпуно ментално здравље-стагнација) код адолесцената српске националности на КиМ и упоредити их са подацима добијеним на подзоруку из Централне Србије.
3. Утврдити учесталост јављања и израженост симптома менталних поремећаја (депресивности и анксиозности) и ризичног понашања адолесцената српске националности на КиМ и упоредити их са подацима добијеним на подзоруку из Централне Србије.
4. Испитати који корелати менталног здравља (емоционално, психичко и социјално благостање и њихове појединачне компоненте) могу и у којој мери бити предиктори депресивности, анксиозности и ризичног понашања адолесцената.
5. Испитати ниво повезаности варијабли менталног здравља, менталне болести, ризичног понашања и општег психосоцијалног функционисања (остварени школски/академски успех, перцепција личног социометријског статуса, задовољство сопственом породицом, активности у слободном времену и субјективна процена физичког здравља)
6. Испитати да ли постоје разлике у изражености варијабли менталног здравља, симптома менталне болести и ризичног понашања у односу на демографске варијабле (пол, узраст, материјално стање породице, место сталног боравка)

4.3. Варијабле и инструменти

Позитивно ментално здравље. Ментално здравље је се може дефинисати као синдром симптома позитивних осећања и позитивног функционисања у животу (Keyes, 2002). Ова варијабла је операционализована помоћу скале Континуум менталног здравља (Mental Health Continuum (МНС)- Long form, Keyes, 2002). Ова скала мери три компоненте позитивног менталног здравља од којих је свака представљена помоћу посебне субскале:

- емоционално благостање,
- психичко благостање и
- социјално благостање.

Емоционално благостање се односи на присуство/одсуство позитивних емоција у последњих 30 дана до датума испитивања и степен задовољства својим животом. Распон одговора је петостепени и креће се од „све време“ до „ниједном“. Позитивне емоције су: весело, доброг расположења, екстремно срећан, миран и спокојан, задовољан и пун живота. Поузданост овог дела скале, на узорку одраслих Американаца, била је 0.91 (Keyes, 2002). Такође, од испитаника се тражи и да помоћу једног ајтема процене „свој живот ових дана“ на скали од 0 (најгори могући живот икада) до 10 (најбољи могући живот икада).

Психичко благостање се мери помоћу скраћене верзије Рифине (Ryff, 1989) *Скале психичког благостања* којом се процењује колико су испитаници напредовали у свом приватном, личном животу. Ова скала обухвата шест димензија (субскала) од по три ајтема:

1. самоприхватање (нпр. „Свиђа ми се већи део моје личности“),
2. позитивни односи са другима (нпр. „Одражавање блиских односа ми је било тешко и фрустрирајуће“),
3. доживљај личног раста (нпр. „За мене, живот је био стални процес учења, мењања и раста“),
4. постојање сврхе у животу (нпр. „Понекад ми се чини да сам већ урадио све што треба урадити у животу“),
5. управљање околином (нпр. „Добар сам у испуњавању обавеза свакодневног живота“) и
6. аутономија (нпр. „Верујем у исправност свог мишљења чак и кад није у складу са мишљењем других“).

На узорку одраслих Американаца, субскале имају релативно малу поузданост (око 0.50, Ryff & Keyes, 1995), а поузданост комбинованих 18 ајтема износи 0.81 (Keyes, 2002).

Социјално благостање се процењује скраћеном Кизовом *Скалом социјалног благостања* која се скала састоји од пет димензија:

1. прихватање других (нпр. „Верујем да су људи у принципу добри“),
2. социјална актуализација (нпр. „Свет постаје све боље место за живот људи“),
3. допринос друштву (нпр. „Поседујем нешто вредно што могу да поделим са светом“),
4. социјална кохерентност (нпр. „Не могу да схватим смисао овога што се дешава у свету“) и
5. социјална интеграција (нпр. „Осећам се блиским са другим људима у мојој локалној заједници“).

Субскеале су, на узорку одраслих Американаца, имале малу до одличну поузданост (Keyes, 1998), а поузданост целе скале социјалног благостања износила је 0.81 (Keyes, 2002). Све димензије позитивног функционисања (психичког и социјалног) састоје се од ајтема који су формулисани у позитивном и у негативном смеру. Одговори се дају на седмостепеној скали Ликертовог типа, почев од 1 (јако се слажем) до 7 (јако се не слажем).

Рекодирање на свим субскалама Континуума менталног здравља (емоционално, психичко и социјално благостање) је извршено тако да високи скорови показују висок степен благостања, ради поједностављене интерпретације резултата. Скала Континуум менталног здравља пружа могућност израчунавања неколико скорова: скор на субскали емоционалног благостања (6 - 40), скор на субскали психичког благостања (18 - 126), скор на субскали социјалног благостања (15 - 105) и укупан скор благостања/позитивног менталног здравља (39 - 271) (Magyar-Мое, 2009). Да би се добили наведени скорови потребно је сабрати скорове на ајтемима одговарајућих субскала и/или сабрати скорове свих субскала.

Осим представљеног начина обрачунавања скорова позитивног менталног здравља као континуиране варијабле, испитаници се могу сврстати и у три категорије: потпуно ментално здрави, умерено ментално здрави и непотпуно ментално здрави. Други приступ, категоријални, обично се користи за утврђивање преваленције категорија позитивног менталног здравља и категорија модела менталног здравља као потпуног стања. Критеријуми постављања „дијагнозе“ неког нивоа менталног здравља приказани су у теоријском делу рада.

Депресивност. Депресија је психички поремећај чија су битна обележја промене расположења, утученост, мањкање радости, чулна празнина,

безвољност, губитак интересовања, и низ телесних тегоба (Hautzinger, 2002). Дакле, када говоримо о депресији, под тим појмом најчешће подразумевамо ментални поремећај са одређеним карактеристикама. Међутим, ово истраживање је извршено на општој, а не клиничкој популацији. Зато користимо појам депресивност у смислу постојања одређеног (мањег или већег броја) различитих симптома који, према психијатријским класификацијама, могу бити део клиничке слике депресије. Ова варијабла је регистрована помоћу Бековог инвентара депресивности (Beck et al., 1979). Овај инструмент за процену депресивности испитаника је добро познат и широко коришћен у свету и код нас, како у истраживањима тако и у клиничкој пракси. Оригинални инструмент је први пут објављен још 1961. године (Beck et al., 1961), а након тога ревидиран и објављен као BDI IA (Beck et al., 1979) и BDI II (Beck et al., 1996). Иако је последња верзија овог инструмента (BDI II) прилагођена дијагностичким критеријума DSM IV, у овом истраживању је коришћена претходна варијанта инструмента (BDI IA), која је преведена на српски језик (Латас, 2010; Тимотијевић и Пауновић, 2003), вишеструко валидирана на нашој популацији (према Игњатовић - Ристић, 2012) и још увек се често користи широм света. Инструмент је заснован на Бековој когнитивној теорији депресије и састоји се од 21 питања о томе како се субјекат осећао током последње недеље. Свако питање има сет од четири могућа одговора, рангирана према интензитету (нпр. 0 – Нисам тужан, 1 – Тужан сам, 2 - Тужан сам све време и не могу да се отргнем од тога, 3 - Толико сам тужан и несрећан да то не могу да поднесем).

Добијени резултати се сабирају и сврставају у једну од следећих категорија: 0-9 без симптома; 10-15 блага промена расположења или блага депресивност; 16-19 блага до умерена депресивност; 20-29 умерена депресија и 30-63 озбиљна или клиничка депресивност (Тимотијевић и Пауновић, 2003). Међутим, као самоописни инвентар ова скала не служи за постављање дијагнозе депресивних поремећаја, већ се користи за регистровање присуства одређених депресивних обележја (Бугарски и сар., 2010). Ова скала има високе мере поузданости изражене Кронбаховим α (у литератури се најчешће помињу вредности α преко 0.80, а на узорку студената из Србије је добијена поузданост од 0.86 (Ignjatović-Ristić et al., 2012)). У овом истраживању депресивност ће бити процењивана и категоријално и димензионално, зависно од конкретног циља истраживања и постављене хипотезе.

Анксиозност. Анксиозни поремећаји је заједнички назив за разнородни скуп поремећаја у којима доминира симптом анксиозности, односно неодређеног страха. *То је хронично стање тензије, бриге, страха од непознате или неприпознате перцепције страха или конфликта* (Видановић, 2006). Обзиром да је ово истраживање извршено на општој, а не клиничкој популацији испитаника, појам анксиозност ће се у овом раду користити у смислу постојања и изражености различитих симптома анксиозности, а не клиничког поремећаја.

Ова варијабла је операционализована преко Бековог инвентара анксиозности (BAI, Beck et al., 1988, према Латас, 2010). Инвентар је направљен у сврхе раздвајања анксиозности од депресивности и може се користити за клиничке или истраживачке потребе. Питања се односе на присуство уобичајених симптома анксиозности (нпр. страх да ће се десити најгоре, нервоза, немогућност опуштања, престрављеност или уплашеност, трешење, осећање губитка контроле итд.). Свако питање има сет од четири могућа одговора међу којима испитаници бирају један, који се на њих односи (0-уопште не, 1-благо *`ми није много сметало`*, 2-умерено *`било је врло непријатно али сам могао да поднесем`* и 3-озбиљно *`било је скоро неподношљиво`*). Четворостепена скала је градирана тако да први одговор носи 0, а четврти 3 поена. Опсег могућих скорова на скали креће се од 0 до 63. На узорку одраслих Американаца, скала је показала високу поузданост мерену Кронбаховим α (0.92), док је тест-ретест поузданост износила око 0.75 (Beck et al., 1988). Често се користи у истраживањима као и у клиничкој пракси. На основу скорова добијених на скали, испитаници се могу сврстати у једну од четири категорије (Beck et al., 1988): 0-7 они са минималним нивоом анксиозности, 8-15 они са благом анксиозношћу, 16-25 они са умереном анксиозношћу и 26-63 они са озбиљном анксиозношћу. Зависно од конкретног циља истраживања, анксиозност ће бити разматрана димензионално или категоријално.

Ризично понашање. *Ризично понашање може се дефинисати као добровољно понашање које прати постојање одређеног објективног и/или субјективног степена ризика* (Стојадиновић, 2004, према Митровић и сар., 2006). Најчешћа ризична понашања адолесцената су: конзумирање цигарета, алкохола, дрога, често мењање сексуалних партнера, учествовање у крађама и агресивно понашање. Варијабла *ризично понашање* је операционализована помоћу Скале за процену ризичног понашања (Scaag, 2009). Ова скала се састоји из две субскеале:

понашање ризично по здравље и експлоративно понашање. У овом истраживању коришћена је само субскала понашања ризичног по здравље. Намењена је адолесцентном узрасту и састоји се из 14 тврдњи. Испитаници се изјашњавају о свакој тврдњи на четворостепеној скали (1 - никад; 2 - ретко; 3 - понекад и 4 - често). Скалом су обухваћена понашања попут ношења оружја, коришћења алкохола, коришћења марихуане, коришћења цигарета, упражњавања незаштићених сексуалних односа, али и размишљање о самоубиству и лагање и варање. Оригинална скала је развијена на средњешколском узорку, па су неки ајтеми у овом истраживању прилагођени како би одговарали и студентској популацији и како не би захватили само понашање у школи. На пример, оригинални ајтем гласи „Носим пиштољ или нож у школу“, а адаптирани ајтем „Носим пиштољ или нож са собом“. Укупан скор понашања ризичног по здравље се добија једноставним сабирањем скорова са свих ајтема и креће се од 14 до 56. Поузданост ове субскеале, на узорку средњошколаца из Америке (у студији која се бавила њеним развојем), износила је 0.85 (Scaag, 2009).

Задовољство сопственом породицом. Ова варијабла је операционализована преко *Скале породичне адаптације* (FAS, Antonovsky & Sourani, 1988). Помоћу ове скале сваки члан породице процењује колико је задовољан адаптираношћу своје породице на средину и колико је задовољан самом породицом, независно објективних показатеља који могу да укажу да су присутна одређена понашања. У овом истраживању, процењиваће се задовољство породицом од стране испитаника, адолесцента, не и осталих чланова породице. Скала се састоји из 10 ставки на које испитаници одговарају проценом на скали од 1 (нисам задовољн уопште) до 7 (потпуно сам задовољан). Теоријски распон скорова креће се од 10 до 70, тако да виши резултат остварен на скали указује на веће задовољство породицом, а нижи указује на мање задовољство породицом. Пет ајтема ове скале се односе на задовољство унутрашњом прилагођеношћу породице, два на прилагођеност породице средини у којој живи, а преостала три су општег карактера и захватају оба наведена аспекта прилагођености. Поузданост скале мерена Кронбаховим α , на узорку одраслих испитаника из Израела, износила је 0.87 (Antonovsky & Sourani, 1988). Скала је већ раније преведена на српски језик и коришћена на узорку породица у нашој земљи (Митић, 1997, према Минић и сар., 2011).

Остварени школски/академски успех. Ова варијабла је регистрована тако што ће испитаници уписати просечну оцену/остварени успех у претходном полуугодишту/семестру. Како се распон могућих одговора разликује за средњошколце и студенте, добијени подаци су стандардизовани и као такви коришћени у даљој анализи.

Перцепција личног статуса у друштвеном кругу. Ова варијабла је регистрована тако што су испитаници одредили свој положај у друштвеном кругу бирајући једну од следећих тврдњи: нико ме не воли и немам пријатеља, имам једног пријатеља/пријатељицу који ме воли, имам свега 2-3 пријатеља/пријатељица који ме воле, имам неколико пријатеља који ме воле, имам пуно пријатеља који ме воле, сви су ми пријатељи и сви ме воле. Све тврдње су означене бројевима, редом од 1 до 6, тако да заокруживање тврдњи са нижим редним бројем означава ниже вредновање своје позиције у друштву, а заокруживање тврдњи са вишим редним бројем указује на више вредновање те позиције.

Активности у слободном времену. Ова варијабла је регистрована помоћу једног ајтема: „Како најчешће проводите своје слободно време?“, а испитаници су бирали један од следећих одговора: спавам, читам књигу, гледам телевизију, излазим с пријатељима, бавим се спортом, шетам по природи, „сурфујем“ по интернету. На основу одговора испитаници су разврстани у две групе. Прву групу су чинили они који активно, а другу они који пасивно проводе слободно време. Активним начином провођења слободног времена се сматрају оне активности које су усмерене на развој и самоактуализацију личности (читање књиге, бављење спортом, шетња по природи), а пасивне/конзументске активности (спавање, гледање телевизије, изласци с пријатељима и „сурфовање“ по Интернету) сачињавају пасиван стил провођења слободног времена.

Субјективна процена здравственог стања. Ова варијабла се односи на испитаникову субјективну процену сопственог физичког здравља. Регистрована је помоћу једног ајтема који гласи: *Процените сопствено физичко здравље тако што ћете заокружити један од понуђених одговора* (веома лоше, лоше, осредње, добро, веома добро). Сваки од тих одговора је означен бројем од 1 до 5.

Број сати проведених на Интернету. Ова варијабла је регистрована тако што су испитаници уписивањем броја одговарали на питање: „Колико сати просечно дневно проводите на Интернету?“

Пол испитаника. Ова варијабла је регистрована тако што су испитаници у упитнику заокружили слово које означава њихов пол.

Године испитаника. Ова варијабла је регистрована тако што су испитаници уписали број навршених година старости.

Ниво школовања. Ова варијабла је регистрована тако што су испитаници заокружити слово испред одговарајућег нивоа школовања (средња школа/факултет).

Место сталног боравка. Ова варијабла је регистрована тако што су испитаници уписали место сталног боравка. На основу тог одговора, испитаници се сврставају у две групе: оне који живе на КиМ и оне који живе у централној Србији. Испитаници са КиМ, такође могу бити подељени на оне који живе на северу КиМ и оне који живе у српским енклавама на КиМ.

Материјално стање породице. Ова варијабла је регистрована помоћу описне скале (аутора Милице Гузине, према Штула, 2004) са четири категорије. Скала се односи се на испитаникову процену сопственог материјалног стања сврставањем својих материјалних породичних прилика у једну од понуђених категорија:

- веома ниско (људи који живе од хуманитарне помоћи или су им приходи толико ниски да су недовољни за основне егзистенцијалне потребе),
- ниско (месечни приходи довољни само за основне егзистенцијалне потребе),
- средње (осим основних егзистенцијалних потреба могу себи приуштити куповину одеће, обуће, разних других потребштина),
- високо (живе без већих одрицања).

Брачно стање. Ова варијабла је регистрована тако што су испитаници заокружили одговор који се односи на њихов брачни статус: нежењен/неудата, у браку и разведен/разведена.

Запослење. Ова варијабла је регистрована тако што су испитаници одговорили на питање *Да ли сте запослени (зарађујете)?* одговорити заокруживањем одговора ДА или НЕ.

4.4. Претпоставке у истраживању

На основу прегледа литературе и доступних истраживања постављене су следеће хипотезе:

1. Очекује се да ће и на узорку адолесцената српске националности бити потврђен Кизов трокомпонентни модел позитивног менталног здравља, који подразумева емоционално, психичко и социјално благостање.

1а. Уколико први део ове хипотезе буде потврђен, онда се очекује да ће се потврдити модел менталног здравља као потпуног стања; овим моделом се претпоставља да су ментално здравље и ментална болест два међусобно повезана али различита континуума.

Кизов трокомпонентни модел позитивног менталног здравља осмишљен је ради што парсимоничнијег сагледавања димензије менталног здравља. Тестиран је и потврђен на различитим узорцима - најпре у САД-у (на узорку одраслих, адолесцената и деце), а потом и у Холандији, Француској, Јужноафричкој Републици, Египту и сл. Обзиром на то да је предложени модел одговарао подацима добијеним у различитим земљама, очекује се да ће одговарати и подацима добијеним на српском узорку. Такође, на различитим узорцима је потврђен и Кизов модел менталног здравља као потпуног стања, којим се тврди да су ментално здравље и ментална болест два одвојена међусобно повезана континуума. Ово гледиште је образложила још Јахода (Јаhoda, 1958), а у току последње две деценије спроведен је велики број истраживања у којима су добијене ниске, али умерене корелације између различитих индикатора менталног здравља и менталне болести (Keyes, 2002). Резултати добијени у тим истраживањима иду и прилог тврдњи да су ментално здравље и ментална болест две одвојене, али међусобно повезане димензије. Зато се очекује да ће се предложени модел репликовати и на узорку адолесцената српске националности.

2. Очекује се да ће постојати статистички значајне разлике у преваленцији категорија позитивног менталног здравља (потпуно ментално здравље, умерено ментално здравље и непотпуно ментално здравље-стагнација) између адолесцената српске националности на КиМ и адолесцената из Централне Србије.

Иако су околности у којима су одрастали и у којима и данас живе млади у целој Србији релативно тешке, млади српске националности на КиМ су већи део свог живота провели у посебно неповољним животним условима. Безбедносне, политичке, социјалне и културне прилике на КиМ део су миљеа у коме су адолесценти одрастали, а стална напетост, неизвесност и инциденти део свакодневице. Адолесценција је сама по себи један од најбурнијих периода у животном циклусу, а комбинација развојних и акцидентних криза може бити посебно ризична по ментално здравље (Влајковић, 1998). Неповољни услови одрастања и живљења могли би се одразити на степен изражености емоционалног, психичког и социјалног благостања, а тада би разлике у преваленцији категорија континуума менталног здравља између адолесцената на КиМ и адолесцената у Централној Србији биле статистички значајне.

3. Очекује се да постоје статистички значајне разлике у преваленцији симптома менталних поремећаја (депресивности и анксиозности) и изражености ризичног понашања између адолесцената српске националности на КиМ и адолесцената из Централне Србије.

Као и у случају претходне хипотезе, очекује се да су се животне околности адолесцената са КиМ одразиле и на присуство симптома депресивности и анксиозности и да је проценат адолесцената код којих се они јављају статистички значајно већи од процента адолесцената из Централне Србије који имају те симптоме. Што се тиче ризичних облика понашања, социо-психолошки модел указује на сплет фактора који доприносе њиховом јављању (Jessor, 1991): социјално окружење (сиромаштво, аномија вредности, расна и етничка неједнакост, постојање незаконите прилике), опажено окружење (модел девијантног понашања, родитељске и вршњачке норме, конфликти) личност (недовољно опажене животне могућности, ниско самопоштовање, склоност преузимању ризика), понашање (ниско постигнуће у школи) и биолошко/генетички фактори (породична историја алкохолизма). Сматра се да су неки од наведених ризико фактора (проблеми у социјалном окружењу и неповољно опажено окружење) израженији у срединама у којима живе млади на КиМ него у Централној Србији, па се претпоставља да ће ризично понашање код њих бити израженије.

4. Очекује се да постоје статистички значајне и негативне корелације између корелата менталног здравља (емоционално, психичко и социјално благостање) и депресивности, анксиозности и ризичног понашања, и да они могу бити предиктори депресивности, анксиозности и ризичног понашања адолесцената.

Велики број истраживања у иностранству (Headey et al., 1993; Keyes & Ryff, 2003; Ruini et al., 2003), а и код нас (Ђорђевић, 2009; Јовановић и Нововић, 2008) је показао да између неких компоненти позитивног менталног здравља и присуства симптома менталних болести постоји статистички значајна негативна корелација, чији се интензитет најчешће креће од ниске до умерене.

5. Постоје статистички значајне корелације између компоненти позитивног менталног здравља (и његовог укупног скорa), депресивности, анксиозности и ризичног понашања, на једној, и задовољства породицом, академског успеха, опажања свог положаја у друштву, физичког здравља и броја сати проведених на Интернету, на другој страни.

Задовољство породицом, академски успех, опажања свог положаја у друштву, физичког здравља и број сати проведених на Интернету су у овом истраживању третирани као индикатори успешног/неуспешног (психосоцијалног) функционисања младих у животу уопште. Нека истраживања су показала да су исти или слични индикатори успешног функционисања позитивно повезани са мерама благостања/позитивног менталног здравља (Keyes, 2002), а негативно са мерама менталне болести.

6. Очекује се да постоје разлике у степену изражености одређених варијабли (ментално здравље, депресивност, анксиозност и ризично понашање) зависно од демографских карактеристика испитаника.

Претходна истраживања (Keyes, 2002) су показала да су компоненте позитивног менталног здравља, као и симптоми менталних болести, изражени у различитом степену зависно од социо-демографских карактеристика испитаника. Међутим, ти резултати нису једнозначни и нови подаци би могли допринети расветљавању тих разлика у нашој култури. Нпр. неки аспекти психичког благостања су израженији код жена, док у другим аспектима нема разлике (Ryff & Keyes, 1995). Резултати Кизовог истраживања (2002) указују на то да мушкарци

имају боље позитивно ментално здравље од жена. Те разлике су у другом истраживању (Keyes, 2007) репликоване само на подзоруку Афро-Американаца.

4.5. Значај истраживања

Значај овог истраживања се може сагледати на теоријском и практичном нивоу.

У теоријском смислу, ово истраживање може допринети сазнању да ли је Кизов модел позитивног менталног здравља (Keyes, 2002) могуће применити у разумевању ове димензије менталног здравља код адолесцената српске националности. Такође, ово истраживање може пружити скроман допринос расветљавању дилеме да ли су позитивно ментално здравље и ментална болест два одвојена и међусобно повезана континуума (два комплементарна аспекта укупног менталног здравља, према Lamers, 2011) или једна димензија, као што се годинама претпостављало.

У практичном смислу, највећи значај овог истраживања јесте што оно може пружити податке о преваленцији категорија позитивног менталног здравља и преваленцији нивоа депресивности и анксиозности код адолесцената српске националности, како у укупном узорку тако и у оквиру подгрупе адолесцената са КиМ. Ти резултати, заједно са подацима о повезаности позитивног менталног здравља са различитим корелатима могу нам олакшати планирање превентивних програма и стратегија за унапређење менталног здравља младих у нашој земљи.

4.6. Узорак

Узорком је обухваћено 816 адолесцената, 400 са КиМ и 416 адолесцената из Централне Србије, узраста 17 до 24 године. Узраст испитаника је одабран тако да се обухвати распон година до којих се испољава највећи број менталних поремећаја. Наиме, три четвртине случајева менталних поремећаја јави се до 24. године живота (Kessler et al., 2005).

Према узрасту, испитаници су подељени у две групе: од 17 до 19 година (део средње адолесценције) и од 20 до 24 године (позна адолесценција). Према месту становања, разликују се две групе: група адолесцената са КиМ (у оквиру које половину чине адолесценти са севера КиМ, а половину из јужних српских енклава) и група адолесцената из централне Србије. Карактеристике узорка у целини и у оквиру подгрупа КиМ и централна Србија дате су у табели 4.1.

Табела 4.1. Карактеристике узорка у целини и према месту живљења.

	КиМ	Србија	Укупно
Пол			
Мушки (%)	201 (50,3)	193 (46,4)	394 (48,3)
Женски (%)	199 (49,8)	223 (53,6)	422 (51,7)
Године			
Опсег (најмлађи-најстарији испитаник)	17-25	17-25	17-25
Узрасна група 17-19 (%)	250 (62,5)	245 (58,9)	495 (60,7)
Узрасна група 20-24 (%)	150 (37,5)	171 (41,1)	321 (39,3)
Аритметичка средина (СД)	18,70 (1,99)	19,70 (2,49)	19,23 (2,32)
Школа			
Средња школа (%)	225 (56,3)	209 (50,2)	434 (53,2)
Факултет (%)	175 (43,8)	207 (49,8)	382 (46,8)
Материјално стање			
Веома ниско (%)	9 (2,3)	4 (1,0)	13 (1,6)
Ниско (%)	31 (7,8)	33 (7,9)	64 (7,8)
Средње (%)	307 (76,7)	340 (81,7)	647 (79,3)
Високо (%)	53 (13,2)	39 (9,4)	92 (11,3)
Брачни статус			
Неожењен/неудата (%)	394 (98,5)	406 (97,6)	800 (98)
Ожењен/удата (%)	6 (1,5)	10 (2,4)	16 (2)
Запослење			
Незапослен (%)	394 (98,5)	398 (95,7)	792 (97,1)
Запослен (%)	6 (1,5)	18 (4,3)	24 (2,9)

У укупном узорку је било тек нешто више испитаника женског пола (за око 3%). У оквиру подузорка са КиМ, заступљен је приближно исти проценат младића и девојака, док је у подузорку из централне Србије било 7% више девојака. У укупном

узорку је било око 20% више испитаника у групи средња адолесценција (17-19 година) него у групи касна адолесценција (20-24 година). Та разлика је нешто већа у подузорку са КиМ и нешто мања у подузорку из централне Србије. У укупном узорку је било око 6% више средњошколаца него студената. Тај однос је уједначенији у подузорку из централне Србије него у подузорку са КиМ. Што се тиче материјалног стања, нешто мање од 10% испитаних је материјално стање своје породице окарактерисало као веома ниско и ниско, приближно једнак проценат као високо, а највећи проценат испитаних је своје породице сврстало у категорију оних средњег материјалног стања. Само 2% испитаних је у браку и само 3% је запослено.

Карактеристике подузорка са КиМ (север КиМ/енклаве) приказане су у табели 4.2.

Табела 4.2. Карактеристике узорка по групама са севера КиМ и из енклава.

	Север КиМ	Енклаве
Пол		
Мушки (%)	102 (48,6)	99 (52,1)
Женски (%)	108 (51,4)	91 (47,9)
Године		
Опсег (најмлађи-најстарији испитаник)	17-25	17-25
Узрасна група 17-19 (%)	133 (63,3)	117 (61,6)
Узрасна група 20-24 (%)	77 (36,7)	73 (38,4)
Аритметичка средина (СД)	18,79 (2,20)	18,62 (1,74)
Школа		
Средња школа (%)	117 (55,7)	108 (56,8)
Факултет (%)	93 (44,3)	82 (43,2)
Материјално стање		
Веома ниско (%)	1 (0,5)	8 (4,2)
Ниско (%)	14 (6,7)	17 (8,9)
Средње (%)	165 (78,5)	142 (74,7)
Високо (%)	30 (14,3)	23 (12,2)
Брачни статус		
Неожењен/неудата (%)	207 (98,6)	187 (98,4)
Ожењен/удата (%)	3 (1,4)	3 (1,6)
Запослење		
Незапослен (%)	204 (97,1)	190 (100)
Запослен (%)	6 (2,9)	0 (0)

У оквиру подузорка са КиМ, из енклава је било нешто више испитаника мушког пола, веома ниског или ниског материјалног стања, док је проценат испитаника који сами зарађују био нешто већи на северу КиМ, као и процент испитаника у узрасној групи 17-19 година (за око 2%). Подгрупе испитаника су биле приближно уједначене према полу, образовању и брачном статусу.

4.7. Метод и реализација истраживања

Инструменти којима је спроведено истраживање су самоописног типа. Сви испитаници су испитани групно. Средњошколци су испитани у школама које похађају, за време трајања школског часа. Испитивање је вршено у средњим школама у централној Србији (Краљево, Крагујевац, Аранђеловац, Врњачка Бања) и на КиМ (Косовска Митровица, Звечан, Зубин Поток, Грачаница и Штрпце). Студенти су испитани на факултетима Универзитета у Приштини са привременим седиштем у Косовској Митровици и Универзитета у Крагујевцу. Истраживање је обављено у новембру и децембру 2011. и првој половини 2012. године.

У општем упутству, испитаници су били замољени да пажљиво прочитају питања, искрено одговоре њих, и да одговоре на сваку ставку. Учесници су такође били уверавани да ће одговори бити третирани као анонимни и поверљиви, и да ће се подаци користити искључиво у научне сврхе. Од испитаника се није тражило да напишу своја имена на упитнике да би се смањила могућност давања социјално пожељних одговора.

4.8. Статистичка обрада података

Подаци добијени у овом истраживању су обрађени у статистичком пакету SPSS и AMOS. Коришћени су следећи поступци:

- За тестирање нормалности дистрибуције варијабли, коришћене су мере скјунис и куртозис. Прихватљивим вредностима ових показатеља сматрају се оне у опсегу од -1 до 1 (Tabachnik & Fidell, 2001). За вршење поступка

- конфирмативне факторске анализе и других типова структуралних модела сматрају се погодним и вредности између -2,3 и 2,3 (Tabachnik & Fidell, 2007, према Negovan, 2010).
- За утврђивање степена изражености варијабли у испитаном узорку коришћени су дескриптивни статистички показатељи (фреквенције, проценти, кумулативни проценти, аритметичка средина и стандардна девијација);
 - За утврђивање интензитета и типа повезаности између варијабли коришћен је Пирсонов коефицијент линеарне корелације, а за утврђивање степена у коме предикторске варијабле предвиђају критеријумске коришћен је поступак регресионе анализе;
 - За утврђивање значајности добијених разлика између група коришћен је t-тест и хи-квадрат, као и АНОВА. Величина ефекта изражена је коефицијентом ета квадрат (η^2), према Коеновом критеријуму. Коен класификује 0,01 као мали ефекат, 0,06 као средњи и 0,14 као велики ефекат (Pallant, 2009).
 - За испитивање структуре скала које се први пут користе у нашој средини коришћена је експлоративна факторска анализа;
 - За испитивање поновљивости структуре теоријских модела на нашем узорку коришћен је поступак конфирмативне факторске анализе. Матрица коваријансе анализирана је уз помоћ програма Амос 6.0 (Arbuckle, 2005). Више индекса погодности је употребљено за процену погодности модела: „Индекс подесности модела“ (eng. The goodness-of-fit index) (GFI), „прилагођени индекс подесности модела“ (eng. Adjusted Goodness-of-Fit) (AGFI), „Компаративни фит индекс“ (eng. Comparative fit index) (CFI), „Квадратни корен просечне квадриране грешке апроксимације“ (eng. Root-mean-square error of approximation) (RMSEA). GFI, AGFI и CFI изнад 0.90 указују да је модел врло погодан подацима (Hu & Bentler, 1995; Kline, 2005). Вредности RMSEA испод 0.06 се узимају као добре (Hu & Bentler, 1999; Miles & Shevlin, 2007). За избор погоднијег модела коришћена су два критеријума: значајност разлике између одговарајућих хи-квадрата (Cheung, 2009) и Акаикеов критеријум - AIC (Akaike's information criterion). Према Хуу (Hu, 2007) бољи је онај модел који има мању вредност Акаике индекса.

5. РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА

5.1. Резултати прелиминарне анализе података

5.1.1. Факторска структура коришћених инструмената

У овом истраживању коришћено је више мерних инструмената како би се испунили предвиђени циљеви. Већина инструмената је већ коришћена на нашој популацији, осим Континуума менталног здравља - дуга форма и Скале ризичног понашања. Зато је за ове инструменте најпре спроведена експлоративна факторска анализу, методом главни компоненти, како би се стекао увид у њихову структуру. Као минимална вредност којом ставка засићује одређени фактор одређена је вредност од .02, за све испитане скале. За процену подобности података за вршење факторске анализе користили смо Кајзер-Мајер-Олкинов тест и Бартлетов тест. Резултати ових тестова за све скале које су подвгнуте поступку факторске анализе приказани су у табели 5.1.

Табела 5.1. Подобност скала за вршење поступка факторске анализе.

	КМО тест	Бартлетов тест
Емоционално благостање	.829	.000
Психичко благостање	.727	.000
Социјално благостање	.728	.000
Понашање ризично по здравље	.774	.000

Скала Континуум менталног здравља-дуга форма је композитног карактера и састављена је из три субскале. Први део представља емоционално благостање и оно се мери помоћу две компоненте: присуство позитивног афекта (6 ајтема) и опште задовољство животом (1 ајтем). Према теоријском концепту и другим

истраживањима ове две компоненте, тј. њихових 7 индикатора заједно формирају један латентни фактор.

Кајзер-Мајер-Олкинов и Бартлетов тест (табела 5.1.) су показали да су испуњени услови за спровођење поступка факторске анализе. Методом анализе главних компоненти издвојен је један фактор са карактеристичном вредношћу изнад један, којим се објашњава 46% укупне варијансе. Скри – дијаграм (прилог 1) је такође указао на постојање јединственог фактора емоционалног благостања. Матрица компоненти приказана је у табели 5.2.

Табела 5.2. Матрица компоненти за скалу емоционално благостање.

Ајтеми	Компонента 1
Током последњих 30 дана, колико времена сте се осећали весело?	.754
Током последњих 30 дана, колико времена сте се осећали пуни живота?	.747
Током последњих 30 дана, колико времена сте се осећали задовољни?	.718
Током последњих 30 дана, колико времена сте се осећали екстремно срећни?	.691
Током последњих 30 дана, колико времена сте се осећали добро расположени?	.683
Током последњих 30 дана, колико времена сте се осећали смирени и мирни?	.521
Како бисте проценили сопствени живот ових дана?	.597

Други део скале Континуум менталног здравља-дуга форма састоји се из скале Психичко благостање, форме у којој је сваки од 6 аспеката психичког благостања представљен помоћу три одговарајућа ајтема. Кајзер-Мајер-Олкинов и Бартлетов тест (табела 5.1.) су показали да су испуњени услови за спровођење поступка факторске анализе. Методом анализе главних компоненти издвојена су 6 фактора са карактеристичним вредностима изнад један. Скри-дијаграм (прилог 2) је указивао да је могуће направити више решења са различитим бројем фактора. Пошло се од анализе шестофакторског решења јер се, по теоријској поставци и истраживањима на другим узорцима у иностранству, психичко благостање састоји из шест компоненти. Фактори су ротирани Облимин ротацијом, али добијена матрица склопа (прилог 3) је показала да добијених шест фактора није могуће интерпретирати у смислу оригиналних фактора. Међу њима је било могуће

идентификовати само факторе аутономија и лични раст и развој, али само делимично, јер су их чиниле само по две ставке.

Из тог разлога је донешена одлука да се у даљој анализи користи само укупан скор психичког благостања. Када је у поступку факторске анализе одређено да се испита решење са само једним фактором, добијено је да тај фактор одређује 15,7% варијансе. Матрица компоненти приказана је у табели 5.3.

У табели 5.3. се може видети да ставке са редним бројем 4, 8 и 11 не засићују овај фактор у довољној мери и као такве улазе у разматрање за изостављање из рачунања укупног скор психичког благостања.

Табела 5.3. Матрица компоненти за скалу психичко благостање.

Ајтеми	Компонента 1
14. Одавно сам одустао од покушаја да направим ... побољшања или променим свој живот	.636
6. Одржавање блиских односа је за мене било тешко и фрустрирајуће	.603
5. У више области се осећам разочараним својим постигнућем у животу	.553
16. Нисам искусио много топлих и односа пуних поверења са другим људима	.486
1. Свиђа ми се већи део моје личности	.476
7. Живим дан по дан и заправо не размишљам о будућности	.437
2. Када погледам моју животну причу, задовољан сам тиме како су ствари испале до сада	.407
9. Добаро се сналазим са обавезама свакодневног живота	.407
3. Неки људи бесциљно лутају кроз живот, али ја нисам један од њих	.390
12. Мислим да је важно имати нова искуства ... изазовно на моја размишљања387
13. Људи би ме описали као особу која даје и вољна је да дели своје време са другима	.361
17. Имам поверења у сопствено мишљење чак и када се оно разликује од мишљења већине	.281
18. Процењујем себе на основу тога шта ја мислим да је важно, а не према277
15. Имам тенденцију да на мене утичу људи са снажним мишљењем (и ставом)	.268
10. Понекад се осећам као да сам завршио све што се у животу треба урадити	.229
4. Захтеви свакодневног живота ме често обарају с ногу (умарају ме)	
8. Генерално, осећам да сам ја одговоран за ситуацију у којој живим	
11. За мене, живот је био сталан процес учења, промене и раста	

Трећу субскалу Континуума менталног здравља-дуга форма чини скала Социјално благостање. Према Кизовом теоријском моделу, ова скала се састоји из пет субскала које одговарају компонентама социјалног благостања. Кајзер-Мајер-Олкинов и Бартлетов тест (табела 5.1.) су показали да су испуњени услови за спровођење поступка факторске анализе. Методом анализе главних компоненти издвојена су 4 фактора са карактеристичним вредностима изнад један. Скри-дијаграм (прилог 4) је указивао да је најадекватније решење са три фактора. Пошто је решење са 4 фактора најближе оригиналној поставци са 5 фактора, ти фактори су ротирани Облимин ротацијом. Међутим, добијени фактори се нису могли интерпретирати у складу са претпостављеним аспектима социјалног благостања (прилог 5). Како ова решења не одговарају оригиналној поставци скале, одлучено је да се у даљој анализи рачуна укупан скор социјално благостање.

Када је поновљен поступак факторске анализе са задатим једним фактором, добијена је матрица компоненти приказана у табели 5.4. Тај један фактор је одређивао 18,4% укупне варијансе. Међутим, као што се види у табели, неке ставке (3, 6, 12 и 14) не засићују тај фактор у складу са унапред постављеним критеријумом (.02), па су разматране као ставке које можда треба изоставити приликом рачунања укупног скорa.

Осим субскала Континуума менталног здравља-дуга форма ни скала Понашање ризично по здравље (субскала Скале ризичног понашања) није раније коришћена у нашој средини. У оригиналној поставци ове субскале, њу сачињава један фактор. Структура ове субскале на овом узорку испитана је експлоративном факторском анализом, методом анализе главних компоненти.

Као резултат тог поступка, добијена су четири фактора са карактеристичним вредностима већим од један. Скри-дијаграм је указивао да су најбоља решења са једним или три фактора (прилог 6). Обзиром на то да је скала релативно нова и да се још развија испитано је трофакторско и четворофакторско решење и као интерпретабилније решење показало се оно са три фактора: *блажи облици ризичног понашања, понашање ризично по живот и употреба дувана и марихуане* (матрица склопа дата је у прилогу 7). Међутим, обзиром на то да је у оригиналној поставци скале добијено да понашање ризично по здравље сачињава један фактор и да Скри-дијаграм потврђује оправданост рачунања укупног скорa, одлучено је да се у даљој анализи користи само укупан скор понашања ризичног по здравље. Овај фактор одређује 32,45% укупне варијансе. Матрица компоненти дата је у табели 5.5.

Табела 5.4. Матрица компоненти за скалу социјално благостање.

Ајтеми	Компонента 1
1. Свет је сувише сложен за мене	.584
8. Не могу да схватим шта се дешава са светом	.564
7. Моје свакодневне активности не стварају ништа вредно за моју заједницу	.561
15. Немам ништа значајно чиме бих могао да допринесем заједници	.549
2. Не осећам да припадам било чему што бих могао назвати заједницом	.549
5. Свет постаје боље место за свакога	.549
9. Друштво је престало да напредује	.545
13. Друштво се није поправило за људе као што сам ја	.518
10. Људима није стало до проблема других људи	.403
4. Имам нешто вредно да пружим свету	.267
11. Моја заједница је извор удобности (комфора)	.251
14. Верујем да су људи добри (љубазни)	
3. Људи који неком чине услугу не очекују ништа заузврат	
6. Затворен сам према осталим људима у мојој заједници	
12. Покушавам да ... разумем шта би следеће могло да се деси у нашој земљи	

Табела 5.5. Матрица компоненти за скалу понашање ризично по здравље.

Ајтеми	Компонента 1
8. Пијем алкохол	.773
3. Пијем пиво, вино, ликер или ракију	.757
14. Када пијем алкохол, попијем више од два пића за сат времена	.750
9. Изостајем из школе или са факултета, а да не кажем родитељима	.641
7. Користим цигарете, цигаре и сличне производе	.627
5. Користим дуван (цигарете)	.605
2. Варам на тесту или испиту	.535
13. Носим оружје са собом	.518
1. Носим пиштољ или нож са собом	.513
11. Задиркујем или збијам шале на рачун других ученика или одраслих	.498
6. Имам сексуалне односе без икаквих контрацептивних средстава	.461
4. Користим марихуану	.393
12. Говорим лажи о другим студентима или осталим особама	.381
10. Размишљам о томе да се убијем	.252

5.1.2. Поузданост мерних инструмената

За све инструменте који су раније проверавани на популацији у Србији израчуната је само мера унутрашње конзистентности скале (Кронбахов α), док је за скале психичког и социјалног благостања испитана и корелација ајтема са укупним скором на скали и поузданост скале ако се неки ајтеми избришу. У литератури се обично наводи да су прихватљиве вредности Кронбаховог α коефицијента изнад .70.

Поузданост оригиналне субскеале Психичко благостање (са свих 18 ајтема) није била задовољавајућа ($\alpha = .66$) па су анализирани тотал-ајтем корелације које су за ајтеме 4, 8 и 11 биле веома ниске. Анализирана је и поузданост скале ако се ајтем избрише и она је говорила у прилог томе да те ајтеме треба одбацити. Као што смо видели у претходном поднаслову, факторска анализа скале Психичко благостање је показала да ајтеми 4, 8 и 11 веома ниско засићују тај фактор. Из ових разлога ајтеми 4, 8 и 11 нису узимани у обзир у даљој анализи.

Поузданост оригиналне субскеале Социјално благостање (са свих 15 ајтема) је била веома ниска ($\alpha = .57$). Када су испитане корелације ајтема са укупним скором, добијене су ниске и негативне кориговане тотал-ајтем корелације за ставке 3, 6 и 12, а и поузданост скале се значајно повећавала ако се ови ајтеми искључе из анализе. Из тог разлога, као и због резултата факторске анализе ове скале, донешена је одлука да се ови ајтеми у даљој анализи не рачунају у укупан скор Социјално благостање. Ајтем 14 (који је због резултата факторске анализе такође разматран за избацивање из даље анализе, је задржан јер би његово брисање довело до смањења поузданости скале.

Табела у којој су приказане тотал-ајтем корелације и поузданост скале ако се ајтеми избришу дата је у прилогу 8.

Коефицијенти поузданости за све скале коришћене у истраживању су приказани у табели 5.6. За скале Психичко благостање и Социјално благостање су приказани коефицијенти поузданости без одбачених ставки.

Табела 5.6. Коефицијенти поузданости скала и субскала.

Скала	Кронбахов α	Скала	Кронбахов α
Континуум мент. здравља	.78	Беков инвентар депресије	.79
Емоционално благостање	.77	Беков инвентар анксиозн.	.89
Психичко благостање	.71	Скала ризичног понашања	.83
Социјално благостање	.69	Скала задовољ. породицом	.94

Како се обично поузданости скала изнад .70 сматрају прихватљивим, може се закључити да све коришћене скале (осим Социјалног благостања) задовољавају тај критеријум. Скала Социјално благостање има коефицијент поузданости мерен Кронбаховим α на самој граници (.69) па се и она може сматрати довољно поузданом.

5.1.3. Приказ резултата дескриптивне анализе података

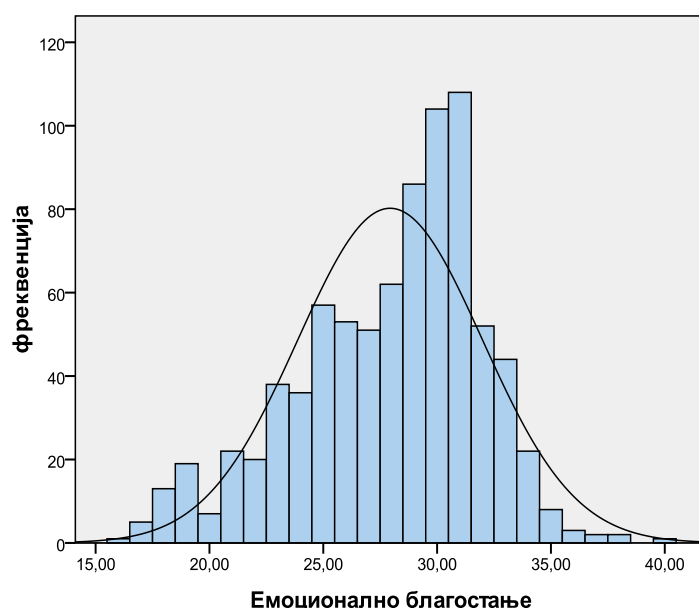
При анализи дескриптивних показатеља пошло се од варијабли које представљају компоненте позитивног менталног здравља. Како је Колмогоров - Смирновљев тест одступања од нормалне дистрибуције уобичајено значајан када у истраживању имамо велике узорке, ради добијања потпуније слике о дистрибуцији скорова испитаних варијабли коришћени су и скјунис, куртозис и графикон расподеле. Добијени распон скорова, аритметичка средина, стандардна девијација, скјунис, куртозис и Колмогоров-Смирновљев тест значајности одступања од нормалне дистрибуције за компоненте менталног здравља приказани су у табели 5.7.

Табела 5.7. Дескриптивни показатељи за компоненте позитивног мент. здравља.

Скале	Опажен min-max	AS	SD	Sk	Ku	K-S
Емоционално благостање	16-40	27,94	4,06	-,558	-,041	,133**
Позитиван афекат	10-30	20,80	3,98	-,214	-,158	,093**
Задовољ. животом	0-10	7,14	1,72	-,879	1,21	,183**
Психичко благостање	54-105	81,96	10,35	-,281	-,606	,060**
Социјално благостање	27-73	49,00	9,09	,134	-,441	,047**

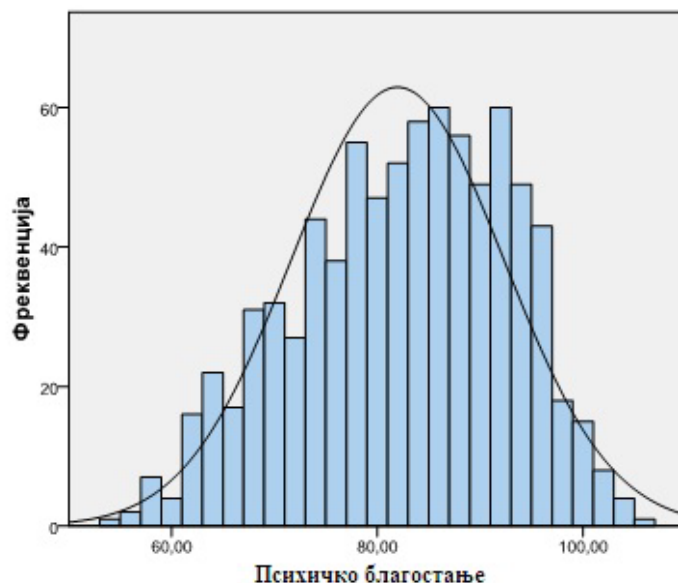
Аритметичке средине (AS), стандардне девијације (SD), коефицијент асиметрије - Скјунис (Sk), коефицијент издужености - Куртозис (Ku), Колмогоров Смирнов тест (K-S), **p < 0.01.

Скала Емоционално благостање се састоји из две компоненте: позитивног афекта и задовољства животом. Могући и опажени распон укупног скорa су у овом истраживању једнаки, а добијена аритметичка средина блиска теоријској. Иако је одступање од нормалне дистрибуције значајно, вредности скјуниса и куртозиса се налазе у прихватљивом опсегу од -1 до 1. Аритметичка средина компоненте позитиван афекат налази се на нивоу теоријске, док је аритметичка средина компоненте задовољство животом нешто виша. На слици 5.1 приказан је графикон расподеле за варијаблу емоционално благостање.



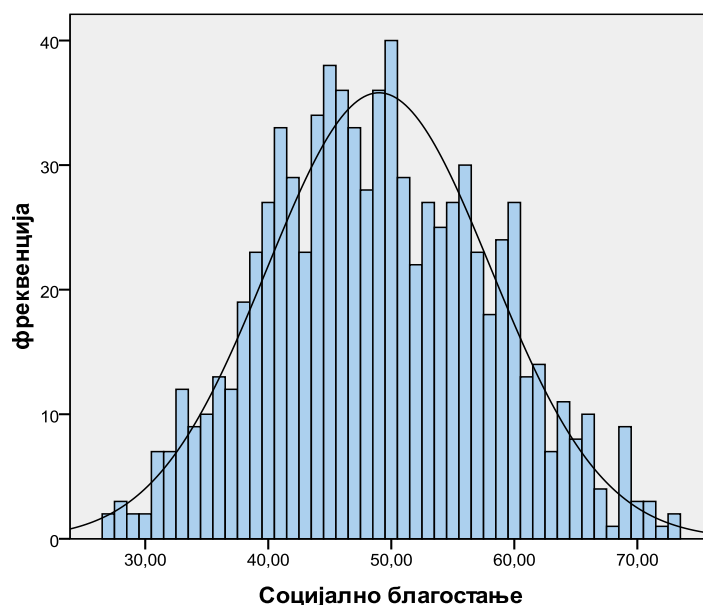
Слика 5.1. Графикон расподеле скорова емоционалног благостања.

Могући распон скорова на скали Психичко благостање креће се од 15 до 105. Аритметичка средина добијена у овом истраживању је померена ка вишим скоровима, а и на хистограму дистрибуције (слика 5.2.) може се видети да се, генерално, добијени скорови психичког благостања гомилају око виших вредности. Одступање од нормалне расподеле је значајно, али се вредности скјуниса и куртозиса крећу у опсегу прихватљивих.



Слика 5.2. Графикон расподеле скорова психичког благостања.

Могући распон скорова на скали Социјално благостање креће се од 12 до 84. Добијена аритметичка средина се налази на самој срединини могућег распона и већина скорова се гомила око њене вредности. Колмогоров-Смирновљев тест показује значајно одступање од нормалне дистрибуције, али се вредности скјуниса и куртозиса налазе у прихватљивом опсегу. Расподела скорова социјалног благостања је приказана на графикону 5.3.



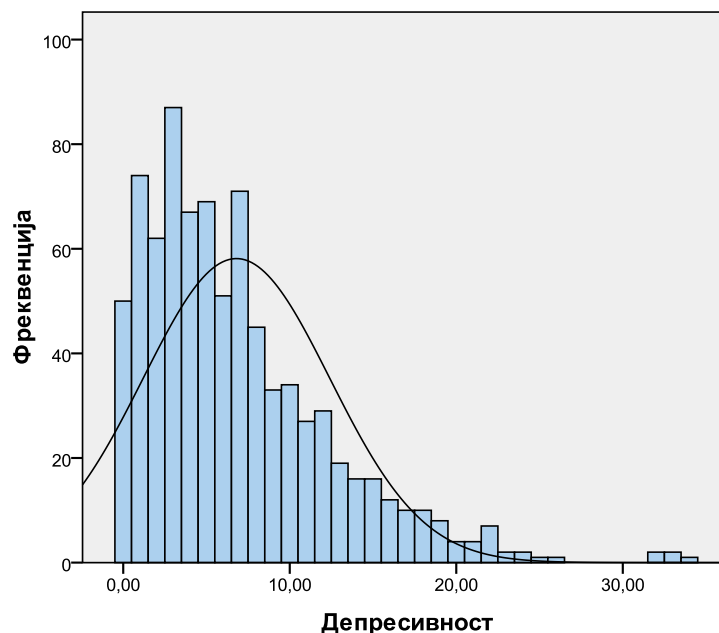
Слика 5.3. Графикон расподеле скорова емоционалног благостања.

У табели 5.8. су приказани дескриптивни показатељи за варијабле депресивност и анксиозност, као и вредности скјуниса и куртозиса и Колмогоров-Смирновљев тест значајности одступања од нормалне дистрибуције. На одговарајућим графиконима (слика 5.4. и 5.5.) се може уочити да се већина добијених скорова креће у домену ниских вредности, што је у складу са самим узорком, јер је истраживање извршено на општој популацији. Вредности аритметичке средине за депресивност ($M = 6,80$) се могу сврстати у категорију „без симптома“, док се аритметичка средина за анксиозност ($M = 9,43$) може сврстати у категорију „блага анксиозност“.

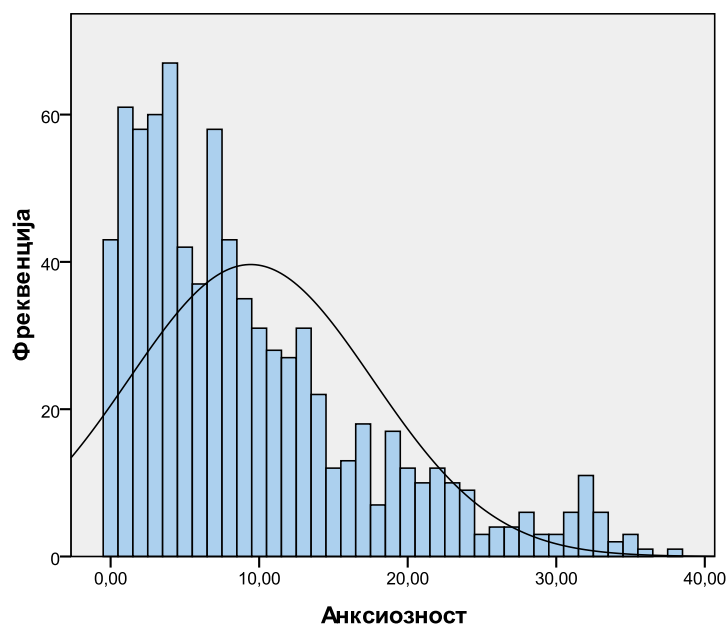
Табела 5.8. Дескриптивни показатељи за варијабле депресивност и анксиозност.

Скале	Опажен min-max	AS	SD	Sk	Ku	K-S
Депресивност	0-34	6,80	5,60	1,379	2,06	,137**
Анксиозност	0-38	9,43	8,21	1,199	,906	,144**

Аритметичке средине (AS), стандардне девијације (SD), коефицијент асиметрије - Скјунис (Sk), коефицијент издужености - Куртозис (Ku), Колмогоров Смирнов тест (K-S), ** $p < 0.01$.



Слика 5.4. Графикон расподеле скорова депресивности.



Слика 5.5. Графикон расподеле скорова анксиозности

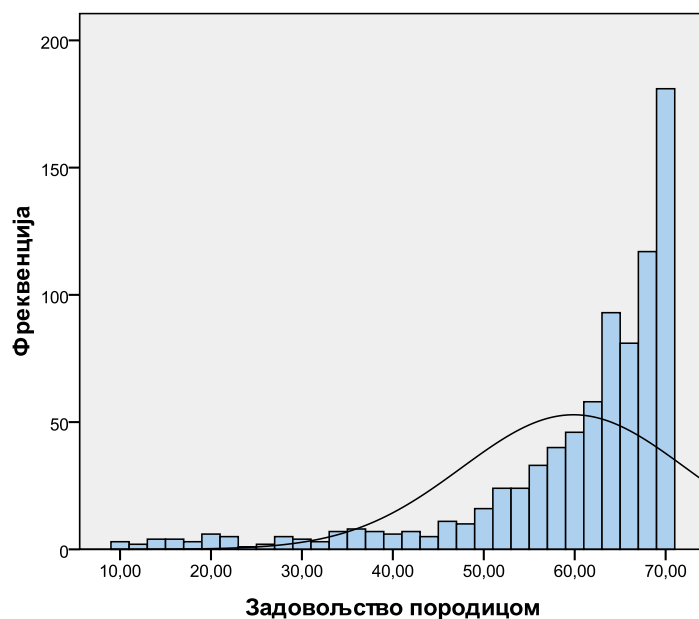
Вредности скјуниса и куртозиса премашују дозвољени ниво, али спадају у опсег вредности које нису проблематичне за вршење поступка конфирмативне факторске анализе и других типова структуралних модела.

У табели 5.9. приказани су дескриптивни показатељи варијабли задовољство породицом и понашање ризично по здравље. Добијена аритметичка средина скале Задовољство породицом налази се у опсегу максималних вредности. И на графикону (слика 5.6.) можемо видети да се добијени скорови гомилају око високих вредности, што значи да су млади генерално задовољни својом породицом.

Табела 5.9. Дескриптивни показатељи за варијабле задовољство породицом и ризично понашање.

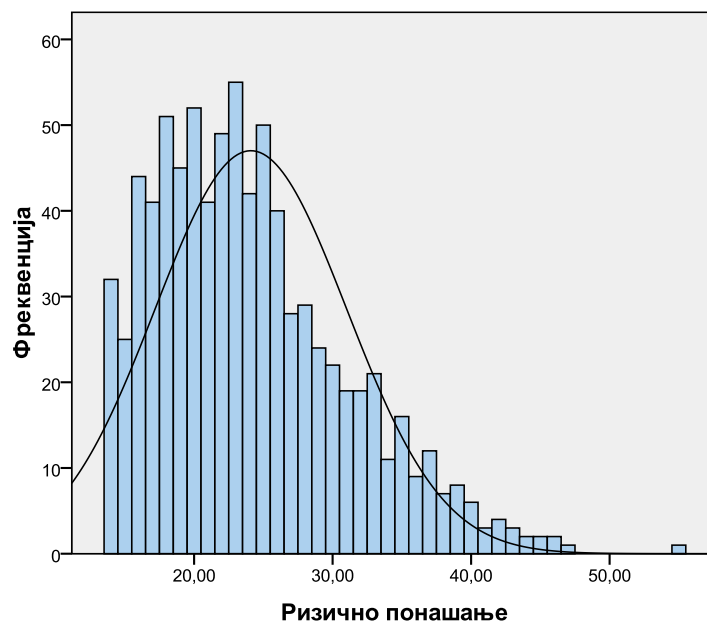
Скале	Опажен min-max	AS	SD	Sk	Ku	K-S
Задовољство породицом	10-70	59,87	12,31	-2,01	4,01	,205**
Ризично понашање	14-55	24,10	6,92	,892	,474	,096**

Аритметичке средине (AS), стандардне девијације (SD), коефицијент асиметрије - Скјунис (Sk), коефицијент издужености - Куртозис (Ku), Колмогоров Смирнов тест (K-S), ** $p < 0.01$.



Слика 5.6. Графикон расподеле скорова задовољства породицом.

Аритметичка средина скале Понашање ризично по здравље се налази у домену релативно ниских скорова. Колмогоров-Смирновљев тест показује значајно одступање од нормалне дистрибуције, али се вредности скјуниса и куртозиза крећу у прихватљивом опсегу.



Слика 5.7. Графикон расподеле скорова ризичног понашања.

У табели 5.10. су приказани дескриптивни показатељи за субјективну процену сопствене позиције у друштвеном кругу, процену физичког здравља и просечан број сати које испитаници у току дана provedу „сурфујући“ на Интернету.

Адолесценти обухваћени овим узорком релативно позитивно опажају свој положај у кругу пријатеља; добијена аритметичка средина се налази између скорова 4 („имам неколико пријатеља који ме воле“) и 5 („имам пуно пријатеља који ме воле“).

Табела 5.10. Дескриптивни показатељи за варијабле позиција у друштвеном кругу, физичко здравље и време на Интернету.

	N	Min	Max	M	SD
Позиција у друштвеном кругу	816	1	6	4,39	,73
Процена физичког здравља	816	1	5	4,37	,64
Просечно време на Интернету	816	0	8.0	2,37	1,78

Процена сопственог физичког здравља је, такође, релативно добра. Добијена аритметичка средина пада између скорова 4 (добро) и 5 (веома добро). Просечно време које испитаници у току дана утроше на Интернету креће се од 0 до 8 часова. Аритметичка средина показује да просечан адолесцент на Интернету дневно проведе око два и по сата.

Адолесценти своје слободно време најчешће проводе пасивно (73,5%). Највише упражњавају изласке с пријатељима или проводе време уз електронске медије (Интернет и телевизију, око 28%). Фреквенције и проценти за појединачне начине провођења слободног времена дати су у табели 5.11.

Табела 5.11. Фреквенције и проценти за различите начине провођења слободног времена.

Пасиван	Фреквенције (%)	Активан	Фреквенције (%)
Излазим с пријатељима	330 (40,4)	Бавим се спортом	123 (15,1)
Сурфујем по Интернету	117 (14,3)	Читам књигу	58 (7,1)
Гледам телевизију	110 (13,5)	Шетам по природи	35 (4,3)
Спавам	43 (5,3)		

5.2. Резултати истраживања према постављеним хипотезама

5.2.1. Провера Кизовог трокомпонентног модела позитивног менталног здравља

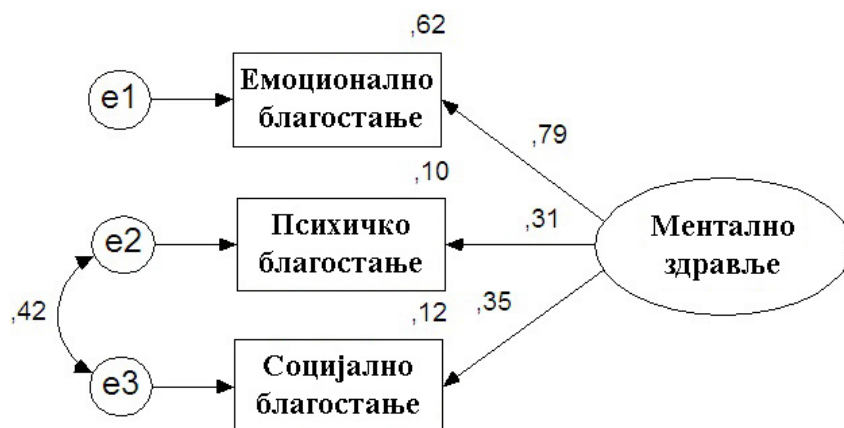
На основу теоријског концепта и резултата валидационих истраживања у другим земљама постављена је следећа хипотеза:

Очекује се да ће Кизов трофакторски модел позитивног менталног здравља, који подразумева емоционално, психичко и социјално благостање, бити потврђен и на узорку адолесцената српске националности.

Ова хипотеза тестирана је поступком конфирмативне факторске анализе у статистичком програму Амос 6.0. Коришћена је *Maximum likelihood* метода анализе.

Најпре је тестиран „чист“ модел (направљен према Кизовом теоријском концепту позитивног менталног здравља, без модификација), али добијени индекси подобности нису били задовољавајући: $\chi^2 (2, N = 816) = 146,5$, $p = .00$, $GFI = 0,90$, $AGFI = 0,69$, $CFI = 0,51$, $RMSEA = 0,30$.

На основу понуђених индикација за модификацију модела уочено је да највиша коваријанса постоји између грешака „e2“ и „e3“ и да би њихово повезивање значајно побољшало индексе подобности модела. „e2“ и „e3“ су грешке мерења психичког и социјалног благостања. Њихово повезивање може имати смисла ако се сетимо да се ови типови благостања заједно третирају као мере психосоцијалног функционисања (еудаимонистичко благостање), за разлику од емоционалног благостања које припада хедонистичком приступу у процени благостања. Када је повезаност између тих грешака омогућена, модел је поново тестиран и добијени индекси су показали да се овај модел одлично поклапа са подацима: $\chi^2 (1, n = 816) = 2,42$, $p = 0,12$, $GFI = 1,00$, $AGFI = 0,99$, $CFI = 0,99$, $RMSEA = 0,04$. Резултати овог модела представљени су на слици 5.8. Приказани су стандардизовани коефицијенти регресије за све путање.



Слика 5.8. Трофакторски модел позитивног менталног здравља.

На основу коефицијената добијених тестирањем последњег модела, можемо рећи да подаци добијени у овом истраживању иду у прилог теоријском концепту позитивног менталног здравља као трокомпонентног модела.

5.2.2. Провера двофакторског модела менталног здравља и менталне болести

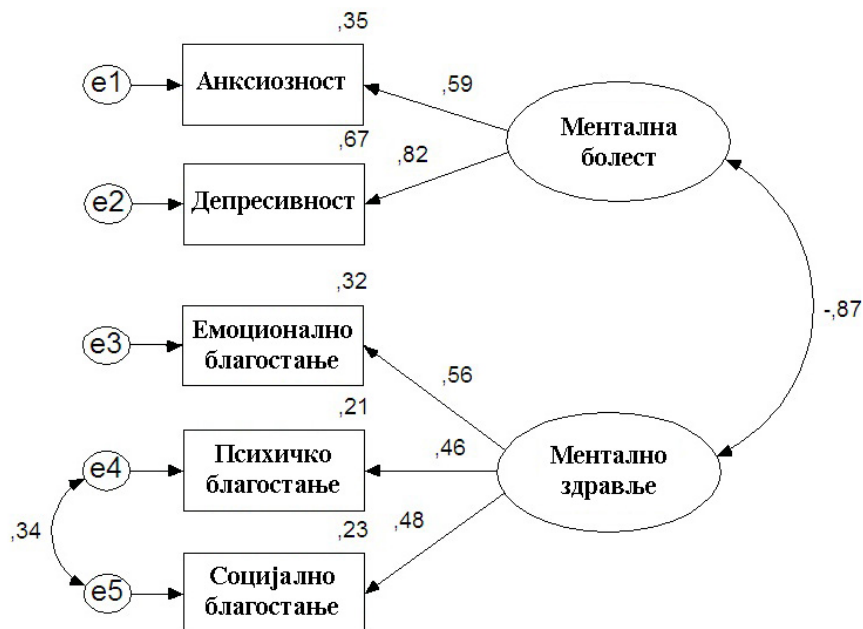
Још од средине 20. века истиче се схватање по коме су ментално здравље и ментална болест две квалитативно различите појаве, а не само два пола једног континуума. Ово схватање део је Кизовог модела менталног здравља као потпуног стања (Keyes & Lopez, 2002). Претпостављени модел „синдрома менталног здравља“ тестиран је у другим културама и подаци добијени у тим истраживањима су ишли у прилог предложеном моделу.

На основу теоријског концепта и резултата тих истраживања, приказаних у теоријском делу рада, постављена је хипотеза:

Очекује се да ће се модел менталног здравља као потпуног стања, којим се претпоставља да су ментално здравље и ментална болест два међусобно повезана, али различита континуума, потврдити и на узорку адолесцената српске националности.

Ова хипотеза тестирана је поступком конфирмативне факторске анализе у статистичком програму Амос 6.0. Коришћена је *Maximum likelihood* метода анализе.

Резултати овог модела представљени су на слици 5.9. Приказани су стандардизовани коефицијенти регресије за све путање. Одговарајућа статистика за овај модел указује да се он поклапао са подацима, $\chi^2(3, n = 816) = 2,98$, $p = 0,40$, $GFI = 1,00$, $AGFI = 0,99$, $CFI = 1,00$, $RMSEA = 0,00$, $AIC = 26,98$.



Слика 5.9. Двофакторски модел менталног здравља као потпуног стања.

Међутим, може се уочити да је корелација између два латентна фактора прилично висока и негативна. Као таква, она може сугерисати да би и модел са једним латентним фактором могао бити одговарајући.

Из тог разлога је тестиран и модел по коме све мере менталног здравља и менталне болести чине један латентни фактор, водећи рачуна да и у овом моделу грешке „e4“ и „e5“ буду повезане. Добијени резултати су показали да и тај модел одговара подацима: $\chi^2(4, n = 816) = 8,55$, $p = 0,07$, $GFI = 0,99$, $AGFI = 0,98$, $CFI = 0,99$, $RMSEA = 0,04$, $AIC = 30,55$.

Како би се утврдило који је модел бољи, израчуната је разлика добијених вредности одговарајућих хи-квадрата и степени слободе:

$$\chi^2_{(1-\Phi)} - \chi^2_{(2-\Phi)} = 8,55 - 2,98 = 5,57 \quad df_{(1-\Phi)} - df_{(2-\Phi)} = 4 - 3 = 1,$$

где ознака $_{(1-\Phi)}$ означава једнофакторски модел, а ознака $_{(2-\Phi)}$ двофакторски модел. У таблицама значајности χ^2 , добијена вредност 5,57 са једним степеном слободе значајна је на нивоу 0,05.

Ради одабира погоднијег модела посматрали смо и добијени Акаикеов информациони критеријум (Akaike's information criterion - AIC). У једнофакторском моделу вредност овог индекса износила је $AIC = 30.55$ док је у двофакторском моделу $AIC = 26,98$. Сматра се да је бољи онај модел који има мању вредност Акаике индекса.

На основу ових анализа, можемо закључити да се вредност хи - квадрата значајно смањује увођењем двофакторског модела, односно да двофакторски модел више одговара подацима од једнофакторског. Ови резултати иду у прилог постављеној хипотези да ментално здравље и ментална болест чине два различита, међуповезана континуума.

5.2.3. Разлике у процентуалној заступљености категорија менталног здравља између адолесцената са КиМ и адолесцената из Централне Србије

У раду је постављена хипотеза:

Очекује се да постоје статистички значајне разлике у преваленцији категорија континуума менталног здравља (потпуно ментално здравље, умерено ментално здравље и непотпуно ментално здравље-стагнација) између адолесцената српске националности на КиМ и адолесцената из Централне Србије.

Да би се тестирала ова хипотеза, компоненте позитивног менталног здравља се морају сагледати категоријално. Киз је предлагао следећи начин постављања „дијагнозе“ позитивног менталног здравља (примерен употреби скале Континуум менталног здравља - дуга форма): најпре је потребно извршити израчунавање укупног скорa на субскали позитивног афекта, као и рачунање укупних скорова на свим субскалама психичког и емоционалног благостања; потом се одређују терцили за позитиван афекат, задовољство животом, психичко и социјално благостање. Дијагноза менталног здравља „у процвату“ се поставља ако испитаник има скорове у горњем терцилу на најмање једној мери емоционалног благостања (позитиван афекат или задовољство животом) и скорове у горњем терцилу за најмање 6 од 11 субскала психосоцијалног функционисања (психичко и социјално благостање). Принцип за постављање дијагнозе менталног здравља „у стагнацији“ је исти, само се у обзир

узимају скорови у доњем терцилу. Сви испитаници који не задовољавају критеријуме за неку од наведених категорија, сврставају се у категорију умереног менталног здравља.

Обзиром на то да се факторском анализом скала Психичко благостање и Социјално благостање нису издвојили фактори који се могу интерпретирати у складу са Кизовим концептом менталног здравља и критеријум за утврђивање категорија позитивног менталног здравља је морао бити прилагођен израчунавању укупних скорова на скалама Психичко и Социјално благостање. Поступак утврђивања првог критеријума за дијагнозу менталног здравља (који се тиче компоненти емоционалног благостања) могао се применити и на подацима добијеним у овом истраживању, па је измењен само поступак утврђивања другог критеријума (који се тиче мера психосоцијалног функционисања). Полазећи од Кизове идеје (Keyes, 2006) да други критеријум подразумева високе, односно ниске скорове на „најмање нешто више од пола“ компоненти позитивног функционисања, одређено је да је други критеријум задовољен ако испитаници имају скорове у горњем/доњем терцилу ма које компоненте позитивног функционисања – психичког или социјалног благостања. Пре тога, укупан скор на субскалама позитиван афекат, психичко и социјално благостање подељен је са бројем ајтема на субскали, а онда на основу могућег распона скорова одређени су горњи и доњи терцил за сваку субскалу појединачно. Добијени резултати на су приказани у табели 5.12.

Подаци добијени на укупном узорку показују да је највећи проценат испитаника умереног менталног здравља, а потом оних са менталним здрављем „у процвату“. Најмање је било испитаника са менталним здрављем „у стагнацији“, свега око 3%.

На основу расподеле категорија позитивног менталног здравља у групама, може се уочити да је проценат испитаника са ниским позитивним менталним здрављем био прилично изједначен у групи адолесцената са КиМ и адолесцената из централне Србије; проценат умерено ментално здравих био је знатно виши (чак за 16%) у групи адолесцената са КиМ, док је за 15% више било испитаника са високим позитивним менталним здрављем било у групи адолесцената из централне Србије.

Табела 5.12. Фреквенције и проценти категорија позитивног менталног здравља према месту живљења (КиМ/Србија) и у укупном узорку.

		Категорије менталног здравља		
		„У стагнацији“	Умерено мент. здравље	„У процвату“
Косово и Метохија	број	9	281	110
	% у подузорку са КиМ	2,3%	70,3%	27,5%
	% у укупном узорку	1,1%	34,4%	13,5%
Централна Србија	број	13	226	177
	% у подузорку из Ц. Србије	3,1%	54,3%	42,5%
	% у укупном узорку	1,6%	27,7%	21,7%
Укупни узорак	број	22	507	287
	%	2,7%	62,1%	35,2%

Да би се проверила значајност добијених разлика у заступљености категорија менталног здравља код адолесцената на КиМ и у Србији, спроведен је поступак израчунавања хи-квадрат теста независности. Добијени резултат је показао да значајну везу између припадности различитим групама (КиМ/Србија) и заступљености категорија позитивног менталног здравља, $\chi^2(2, 816) = 22,03$, $p < ,000$.

Иако се на основу прегледа табеле 5.12. може претпоставити које су разлике значајне, спроведен је поступак тестирања значајности разлика између добијених процената (Two sample t-test between percents).

Одговарајући статистички подаци показују да разлика у процентуалној заступљености испитаника ниског позитивног менталног здравља није статистички значајна ($t(814) = -0,704$, $p = ,482$).

Разлике у процентуалној заступљености испитаника са умереним менталним здрављем биле су статистички значајне ($t(814) = 4,711$, $p < ,001$). У групи испитаника са КиМ било је значајно више испитаника са умереним менталним здрављем.

Разлика у процентуалној заступљености испитаника високог позитивног менталног здравља се, такође, показала као значајна ($t(814) = -4,487$, $p < ,001$),

односно у групи испитаника из централне Србије било је значајно више испитаника са менталним здрављем „у процвату“.

Како је позитивно ментално здравље сложен конструкт, постојала је могућност и да се испита да ли су добијене значајне разлике између испитаника са КиМ и испитаника из Србије у свим или само појединачним типовима благостања. Зато је спроведен поступак израчунавања t - теста, а добијени резултати су приказани у табели 5.13.

Табела 5.13. T - тест значајности разлика између испитаника са КиМ и из Централна Србије за различите типове благостања.

	Место		AS	SD	t	df	Sig.	η^2
	боравка							
Емоционално благостање	КиМ		28,20	4,07	1.823	814	.069	.004
	ц. Србија		27,68	4,03				
Психичко благостање	КиМ		79,78	10,45	- 6.026	814	.000	.043
	ц. Србија		84,06	9,81				
Социјално благостање	КиМ		48,24	8,94	- 2.336	814	.020	.007
	ц. Србија		49,73	9,18				

Аритметичке средине (AS), стандардне девијације (SD), ега квадрат (η^2)

Као што се може видети у табели, значајне разлике су добијене само у погледу психичког и социјалног благостања. Испитаници из централне Србије су имали више скорове на оба типа еудаимонистичког благостања.

5.2.4. Разлике у процентуалној заступљености нивоа депресивности и анксиозности и изражености ризичног понашања код адолесцената са КиМ и адолесцената из Централне Србије

Следећа хипотеза у овом истраживању била је:

Очекује се да постоје статистички значајне разлике у преваленцији симптома менталних поремећаја (депресивности и анксиозности) и изражености ризичног понашања између адолесцената српске националности на КиМ и адолесцената из Централне Србије.

Како би се испитало да ли су нивои депресивности и анксиозности заступљени у различитом степену међу испитаницима са КиМ и из централне Србије, најпре је утврђена преваленцију (изражену фреквенцијама и процентима) нивоа депресивности и анксиозности. Добијени подаци за депресивност приказани су у табели 5.14.

Табела 5.14. Фреквенције и проценти нивоа депресивности према месту живљења (КиМ/Србија) и у укупном узорку.

		Нивои депресивности			
		Без депресив.	Блага до умерена	Умерена до израж.	Изражена депресив.
Косово и Метохија	фреквенције	288	98	11	3
	%	72,0%	24,5%	2,8%	,8%
	% у укупном узорку	35,3%	12,0%	1,3%	,4%
Централна Србија	фреквенције	321	84	9	2
	%	77,2%	20,2%	2,2%	,5%
	% у укупном узорку	39,3%	10,3%	1,1%	,2%
Укупан узорак	фреквенције	609	182	20	5
	%	74,6%	22,3%	2,5%	,6%

Подаци добијени на укупном узорку показују да је највећи проценат испитаника без депресивности (са минималним бројем симптома); сваки четврти до сваки пети испитаник показује симптоме благе до умерене депресивности; само 2,5% испитаника има симптоме умерене до изражене, а само 0.6% има симптоме изражене (озбиљне) депресивности.

На основу расподеле нивоа депресивности у групама, може се уочити да је за око 5% било више испитаника без депресивности у групи адолесцената из Централне Србије; око 4% испитаника више је било у групи адолесцената са КиМ, док је заступљеност испитаника са категоријама умерена до изражена и изражена депресивност била уједначена у обе групе. Разлике у заступљености категорија депресивности између подузорака испитаника са КиМ и из Србије, нису биле статистички значајне, $\chi^2(3, 816) = 2,953$, $p = ,399$.

Испитано је и да ли постоје значајне разлике у заступљености појединачних категорија депресивности. Одговарајући *t* статистици, број степени слободе и нивои значајности приказани су у табели 5.15.

Табела 5.15. *T* - тест значајности разлика у процентуалној заступљености нивоа депресивности између адолесцената са КиМ и из централне Србије.

Нивои депресивности	<i>t</i>	df	Sig.
Без депресивности	-1,707	814	0,09
Блага до умерена депресивност	1,475	814	0,14
Умерена до изражена депресивност	0,549	814	0,58
Изражена депресивност	0,534	814	0,59

Примена *t* - теста значајности разлика између процената показала је да ниједна разлика није била статистички значајна, односно да се преваленције различитих нивоа депресивности у подзору са КиМ и подзору из централне Србије не разликују значајно.

У табели 5.16. су приказане фреквенције и проценти у којима су заступљени нивои анксиозности у групама испитаника са КиМ и из централне Србије.

Табела 5.16. Фреквенције и проценти нивоа анксиозности према месту живљења (КиМ/Србија) и у укупном узорку.

		Нивои анксиозности			
		Минимална	Блага	Умерена	Озбиљна
Косово и Метохија	фреквенције	207	117	53	23
	%	51,8%	29,3%	13,3%	5,8%
	% у укупном узорку	25,4%	14,3%	6,5%	2,8%
Централна Србија	фреквенције	217	116	56	27
	%	52,2%	27,9%	13,5%	6,5%
	% у укупном узорку	26,6%	14,2%	6,9%	3,3%
Укупан узорак	фреквенције	424	233	109	50
	%	52,0%	28,6%	13,4%	6,1%

Подаци добијени на укупном узорку показују да је највећи проценат испитаника са минималном анксиозношћу; нешто мање од 29% испитаних показује симптоме благе анксиозности; нешто више од 13% испитаника има симптоме умерене, а око 6% има симптоме озбиљне анксиозности.

На основу расподеле нивоа анксиозности у групама, може се уочити да су разлике незнатне или их уопште нема. Хи- квадрат тест је потврдио да добијене разлике нису статистички значајне, $\chi^2(3, 816) = 0,33$, $p = ,954$. Ипак, добијене разлике између процената су тестиране како бисмо са сигурношћу утврдили њихову статистичку значајност. Т - тест је показао да добијене разлике нису значајне, тј. да се испитаници са КиМ и из централне Србије не разликују значајно према заступљености различитих нивоа анксиозности. Одговарајући t статистици, број степени слободе и нивои значајности приказани су у табели 5.17.

Табела 5.17. Т - тест значајности разлика у процентуалној заступљености нивоа анксиозности између адолесцената са КиМ и из централне Србије.

Нивои анксиозности	t	df	Sig.
Минимална анксиозност	-0,114	814	0,91
Блага анксиозност	0,442	814	0,66
Умерена анксиозност	-0,084	814	0,93
Озбиљна анксиозност	-0,416	814	0,68

Постојање разлика између испитаника са КиМ и испитаника из Србије у изражености ризичног понашања тестирано је помоћу t - теста. Добијени резултати су показали да, супротно очекивањима, не постоје статистички значајне разлике у степену изражености понашања ризичног по здравље, $t(814) = -1,468$, $p = ,541$.

5.2.5. Корелације између компоненти позитивног менталног здравља и депресивности, анксиозности и ризичног понашања

У раду је постављена хипотеза:

Очекује се да постоје статистички значајне и негативне корелације између компоненти менталног здравља (емоционално, психичко и социјално благостање) и депресивности, анксиозности и ризичног понашања.

Ова хипотеза тестирана је израчунавањем линеарних корелација (Пирсонов r коефицијент корелације). Добијени резултати приказани су у табели 5.18.

Табела 5.18. Корелације између мера позитивног менталног здравља, мера симптома болести и ризичног понашања.

Варијабле	1	2	3	4	5	6	7
1. Емоционално благостање	-						
2. Психичко благостање	,276**	-					
3. Социјално благостање	,255**	,482**	-				
4. Благостање укупан скор	,502**	,861**	,821**	-			
5. Депресивност	-,395**	-,312**	-,357**	-,439**	-		
6. Анксиозност	-,296**	-,227**	-,239**	-,311**	,483**	-	
7. Ризично понашање	-,034	-,080*	-,054	-,079*	,141**	,089*	-

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

Као што се може видети у табели 5.18., између компоненти позитивног менталног здравља (различитих типова благостања) и депресивности, анксиозности и ризичног понашања добијене су статистички значајне и негативне корелације. Највише су корелације између трију мера благостања (и укупног скорa позитивног менталног здравља) и депресивности и оне се крећу од ниских до умерених. Корелације између анксиозности и емоционалног, психичког, социјалног благостања и укупног скорa позитивног менталног здравља крећу се у опсегу ниских. Негативне корелације, значајне на нивоу $p < ,05$, добијене су између ризичног понашања и психичког и укупног благостања, али су и оне веома ниске (имају вредности блиске нули).

Корелације између емоционалног, психичког и социјалног благостања су значајне и позитивне и крећу се од ниских до умерених вредности. Корелације између компоненти позитивног менталног здравља и укупног скорa су знатно више: повезаност између емоционалног благостања и позитивног менталног здравља има умерену вредност, док корелације између психичког и социјалног благостања и позитивног менталног здравља спадају у ред веома високих.

Корелација између депресивности и анксиозности је позитивна и умерене вредности, док су корелације између депресивности, односно анксиозности и понашања ризичног по здравље статистички значајне и позитивне, али веома ниске.

5.2.6. Компоненте позитивног менталног здравља као предиктори депресивности, анксиозности и ризичног понашања

У раду је постављена хипотеза:

Емоционално, психичко и социјално благостање могу бити предиктори депресивности, анксиозности и ризичног понашања адолесцената.

Ова хипотеза тестирана је помоћу поступка регресионе анализе. У табели 5.19. приказани су резултати регресионе анализе у којој је зависна варијабли била депресивност, а предикторске емоционално, психичко и социјално благостање. Сва три типа благостања су се показала као значајни предиктори и на основу њих се може предвидети око 24% варијансе депресивности.

Табела 5.19. Регресиона анализа за критеријум депресивност

Предиктор	Депресивност		
	R ²	F	β
	,237	84,183 ^{***}	
1. Емоционално благостање			-,305 ^{***}
2. Психичко благостање			-,121 ^{***}
3. Социјално благостање			-,221 ^{***}

^{***} p < .001.

У табели 5.20. приказани су резултати регресионе анализе у којој су предиктори емоционално, психичко и социјално благостање, а критеријум анксиозност. Сва три предиктора су се показала као значајни и помоћу њих се може предвидети око 12% варијансе анксиозности.

Табела 5.20. Регресиона анализа за критеријум анксиозност.

Предиктор	Анксиозност		
	R ²	F	β
	,123	38,112 ^{***}	
1. Емоционално благостање			-,235 ^{***}
2. Психичко благостање			-,099 ^{**}
3. Социјално благостање			-,131 ^{***}

** p < .01; *** p < .001.

Иако се на основу корелација између различитих облика благостања и ризичног понашања које су веома ниске или чак нису статистички значајне може наслутити да мере благостања нису добри предиктори ризичног понашања адолесцената, спроведен је поступак регресионе анализе, чији су резултати приказани у табели 5.21.

Табела 5.21. Регресиона анализа за критеријум ризично понашање.

Предиктор	Ризично понашање		
	R ²	F	β
	.007	1.864	
1. Емоционално благостање			-,010
2. Психичко благостање			-,069
3. Социјално благостање			-,018

Добијени β коефицијенти нису статистички значајни, односно помоћу емоционалног, психичког и социјалног благостања се може предвидети мање од 1% варијансе ризичног понашања.

5.2.7. Повезаност демографских варијабли са мерама позитивног менталног здравља, менталне болести и ризичним понашањем

У овом делу приказани су резултати о повезаности пола, узраста и материјалног стања породице испитаника са степеном изражености емоционалног, психичког и социјалног благостања, укупним скором позитивног менталног здравља, депресивности, анксиозности и ризичног понашања.

Да ли је пол испитаника повезан са наведеним показатељима менталног здравља, менталне болести и ризичног понашања, односно да ли су они изражени у различитом степену код испитаника мушког и женског пола, испитано је помоћу *t*-теста значајности разлика између аритметичких средина, а величина ефекта изражена је коефицијентом ета квадрат (η^2), према Коеновом критеријуму. Добијени резултати су приказани у табели 5.22.

Табела 5.22. *T* - тест значајности разлика између полова за мере позитивног менталног здравља, депресивности, анксиозности и ризичног понашања.

	Пол	AS	SD	t	df	Sig.	η^2																																																													
Емоционално благостање	мушки	28,14	4,05	1.418	814	.156	.002																																																													
	женски	27,72	4,06					Психичко благостање	мушки	79,71	10,44	- 6.153	814	.000	.044	женски	84,07	9,81	Социјално благостање	мушки	48,15	9,87	- 2.579	814	.010	.008	женски	49,79	9,24	Укупно ментално здравље	мушки	156,00	18,29	- 4.388	814	.000	.023	женски	161,60	18,13	Депресивност	мушки	6,45	5,14	- 1.745	814	.081	.003	женски	7,13	5,99	Анксиозност	мушки	8,33	7,23	- 3.701	814	.000	.016	женски	10,45	8,92	Ризично понашање	мушки	26,21	7,23	8.730	814
Психичко благостање	мушки	79,71	10,44	- 6.153	814	.000	.044																																																													
	женски	84,07	9,81					Социјално благостање	мушки	48,15	9,87	- 2.579	814	.010	.008	женски	49,79	9,24	Укупно ментално здравље	мушки	156,00	18,29	- 4.388	814	.000	.023	женски	161,60	18,13	Депресивност	мушки	6,45	5,14	- 1.745	814	.081	.003	женски	7,13	5,99	Анксиозност	мушки	8,33	7,23	- 3.701	814	.000	.016	женски	10,45	8,92	Ризично понашање	мушки	26,21	7,23	8.730	814	.000	.086	женски	22,13	6,00						
Социјално благостање	мушки	48,15	9,87	- 2.579	814	.010	.008																																																													
	женски	49,79	9,24					Укупно ментално здравље	мушки	156,00	18,29	- 4.388	814	.000	.023	женски	161,60	18,13	Депресивност	мушки	6,45	5,14	- 1.745	814	.081	.003	женски	7,13	5,99	Анксиозност	мушки	8,33	7,23	- 3.701	814	.000	.016	женски	10,45	8,92	Ризично понашање	мушки	26,21	7,23	8.730	814	.000	.086	женски	22,13	6,00																	
Укупно ментално здравље	мушки	156,00	18,29	- 4.388	814	.000	.023																																																													
	женски	161,60	18,13					Депресивност	мушки	6,45	5,14	- 1.745	814	.081	.003	женски	7,13	5,99	Анксиозност	мушки	8,33	7,23	- 3.701	814	.000	.016	женски	10,45	8,92	Ризично понашање	мушки	26,21	7,23	8.730	814	.000	.086	женски	22,13	6,00																												
Депресивност	мушки	6,45	5,14	- 1.745	814	.081	.003																																																													
	женски	7,13	5,99					Анксиозност	мушки	8,33	7,23	- 3.701	814	.000	.016	женски	10,45	8,92	Ризично понашање	мушки	26,21	7,23	8.730	814	.000	.086	женски	22,13	6,00																																							
Анксиозност	мушки	8,33	7,23	- 3.701	814	.000	.016																																																													
	женски	10,45	8,92					Ризично понашање	мушки	26,21	7,23	8.730	814	.000	.086	женски	22,13	6,00																																																		
Ризично понашање	мушки	26,21	7,23	8.730	814	.000	.086																																																													
	женски	22,13	6,00																																																																	

Аритметичке средине (AS), стандардне девијације (SD), ета квадрат (η^2)

Значајне разлике између испитаника мушког и женског пола добијене су у изражености психичког благостања, укупног скорa позитивног менталног здравља, анксиозности и ризичног понашања; више скорове на мерама психичког благостања, укупног менталног здравља и анксиозности имале су девојке, док су младићи имали значајно више скорове на варијабли ризично понашање. Ефекат пола на психичко благостање и ризично понашање је умерен, а на укупно ментално здравље и анксиозност је мали.

Постојање статистички значајних разлика у изражености емоционалног, психичког и социјалног благостања, као и депресивности, анксиозности и ризичног понашања између млађе и старије групе испитаника, испитано је помоћу *t* - теста значајности разлика између аритметичких средина, а величина ефекта изражена је коефицијентом ета квадрат (η^2). Добијени резултати приказани су у табели 5.23.

Табела 5.23. *T* - тест значајности разлика између млађих и старијих испитаника за мере позитивног менталног здравља, депресивности, анксиозности и ризичног понашања.

	Узрасне групе	AS	SD	t	df	Sig.	η^2
Емоционално благостање	млађи	28,13	3,98	1.725	814	.085	.003
	старији	27,63	4,15				
Психичко благостање	млађи	81,31	10,13	-2.223	814	.027	.006
	старији	82,96	10,62				
Социјално благостање	млађи	48,27	9,06	-2.855	814	.004	.009
	старији	50,12	9,03				
Укупно ментално здрав.	млађи	157,72	17,95	-2.276	814	.023	.006
	старији	160,72	18,97				
Депресивност	млађи	7,29	5,79	3.138	814	.002	.012
	старији	6,04	5,22				
Анксиозност	млађи	10,26	8,27	3.634	814	.000	.016
	старији	8,14	8,00				
Ризично понашање	млађи	24,33	7,15	1.195	814	.232	.002
	старији	23,74	6,56				

Аритметичке средине (AS), стандардне девијације (SD), ета квадрат (η^2)

Значајне разлике између млађе и старије групе испитаника добијене су у погледу изражености психичког, социјалног благостања и укупног позитивног менталног здравља, као и депресивности и анксиозности. Значајно више скорове на психичком, социјалном благостању и укупном менталном здрављу имали су испитаници из старије групе, док су испитаници из млађе групе имали више скорове на депресивности и анксиозности. Међутим, величина ефекта коју припадност млађој или старијој узрасној групи има на поменуте варијабле је врло мали - разлика у узрасту не објашњава више од једног или два процента варијансе зависних варијабли.

Да би се испитало да ли је израженост мера позитивног менталног здравља, депресивности анксиозности и ризичног понашања значајно различита у групама испитаника различитог породичног материјалног статуса спроведен је поступак једнофакторске анализе варијансе, а величина ефекта изражена је коефицијентом ета квадрат (η^2). Међутим, како је проценат испитаника са веома ниским материјалним статусом био врло мали, почетни број категорија материјалног стања (укупно четири) смањен је на три, спајањем група са веома ниским и ниским материјалним статусом. Резултати анализе варијансе приказани су у табели 5.24.

Табела 5.24. Значајност разлика у изражености мера позитивног менталног здравља, депресивности, анксиозности и ризичног понашања према материјалном статусу испитаника.

	Материјално стање			F	η^2
	Ниско	Средње	Високо		
Емоционално благостање	26,08 ^a	27,92 ^b	29,64 ^c	16,834 ^{***}	,040
Психичко благостање	79,97 ^a	82,69 ^b	82,68 ^b	20,303 ^{***}	,048
Социјално благостање	44,95 ^a	49,17 ^b	51,21 ^b	10,720 ^{***}	,026
Ментално здравље укупан скор	146,00 ^a	159,78 ^b	163,53 ^b	23,816 ^{***}	,055
Депресивност	8,27 ^a	6,79 ^{ab}	5,61 ^b	4,789 ^{**}	,012
Анксиозност	8,92 ^a	9,69 ^a	8,02 ^a	1,823	,004
Ризично понашање	23,27 ^a	24,23 ^a	23,89 ^a	,697	,002

Средње вредност са различитим експонентом (a, b и c) у редовима се значајно разликују; ета квадрат (η^2); ** p < .01; *** p < .001.

Значајне разлике су добијене у погледу емоционалног, психичког и социјалног благостања, укупног скорa позитивног менталног здравља и депресивности. Ефекат који материјално стање има на израженост ових варијабли креће се од малог (за социјално благостање и депресивност) до умереног (за емоционално и психичко благостање и укупно позитивно ментално здравље).

Како би се утврдило између којих категорија материјалног статуса су разлике значајне, спроведен је накнадни Шефе (Scheffe) тест. Због величине саме табеле, она је дата у прилогу 9, а значајност разлика између група приказана је у табели 5.24. помоћу експонената на аритметичким срединама.

Испитаници бољег материјалног статуса имају више емоционално благостање; разлике су значајне како између група са ниским и просечним, ниским и високим, тако и између група са просечним и високим материјалним стањем. Када је реч о психичком благостању, значајна разлика постоји између групе испитаника са ниским, на једној страни, и просечним и високим материјалним статусом, на другој страни. Међутим, разлика између група са просечним и високим материјалним стањем није значајна. Више социјално благостање имају групе са просечним и високим материјалним стањем у односу на групу испитаника ниског материјалног стања; опет, разлика између група са просечним и високим материјалним статусом није статистички значајна. Исти однос постоји и у погледу укупног скорa позитивног менталног здравља.

Разлике у изражености депресивности значајне су само између групе са ниским и групе са високим материјалним стањем.

5.2.8. Корелације између мера позитивног менталног здравља, менталне болести, розичног понашања и неких индикатора општег функционисања адолесцената

Компоненте позитивног менталног здравља, депресивност, анксиозност и ризично понашање испитане су и у односу на неке индикаторе општег функционисања адолесцената. Обзиром на то да се као значајни фактори у детерминисању понашања и развоја адолесцената обично наводе породица, школа и дружење са вршњацима, одабране су само неке од могућих варијабли којима се може

испитати функционисање адолесцента у односу на та три фактора: задовољство породицом, школски (академски) успех и позиција у друштву (број блиских пријатеља).

Такође, испитан је и интензитет и смер повезаности основних варијабли са субјективном проценом сопственог физичког здравља и просечним временом у току дана које испитаници проведу „сурфујући“ на Интернету. Испитане су и разлике у изражености различитих типова благостања, депресивности, анксиозности и ризичног понашања зависно од начина провођења слободног времена (активно/пасивно).

Смер и интензитет повезаности утврђен је израчунавањем Пирсоновог коефицијента линеарне корелације. Добијени резултати приказани су у табели 5.25.

Табела 5.25. Коефицијенти корелације између индикатора општег функционисања испитаника и мера благостања, депресивности, анксиозности и ризичног понашања.

	Емоционално благостање	Психичко благостање	Социјално благостање	Укупно позит. мент. здравље	Депресивност	Анксиозност	Ризично понашање
Задовољство породицом	,263**	,215**	,217**	,286**	-,259**	-,131**	-,188**
Академски успех	-,014	,221**	,105**	,173**	-,053	-,001	-,250**
Друш. положај	,198**	,032	,057	,090*	-,135**	-,052	,043
Физичко здравље	,310**	,218**	,190**	,285**	-,242**	-,245**	-,054
Сати на Интернету	,079*	-,138**	-,048	-,084*	,063	,030	,151**

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

Као што се може видети у табели 5.25., задовољство породицом је позитивно повезано са свим типовима благостања и укупним скором позитивног менталног здравља. Вредности коефицијената корелације се крећу у опсегу ниских, а значајне су на нивоу $p < ,01$. Повезаност са депресивношћу, анксиозношћу и ризичним понашањем је негативног смера и значајна ($p < ,01$), а вредности коефицијента корелације су ниске и веома ниске.

Академски успех није значајно повезан са емоционалним благостањем, депресивношћу и анксиозношћу, али јесте са психолошким и социјалним благостањем, укупним скором позитивног менталног здравља и ризичним понашањем. Смер повезаности са мерама позитивног менталног здравља је позитиван, а са ризичним понашањем негативан. Ипак, све корелације се крећу у опсегу ниских и веома ниских вредности.

Број блиских пријатеља је позитивно повезан са емоционалним благостањем и укупним позитивним менталним здрављем, а негативно са депресивношћу. Ипак, добијене повезаности су веома ниског интензитета.

Субјективна процена физичког здравља је позитивно повезана са мерама позитивног менталног здравља, а негативно са депресивношћу и анксиозношћу. Највиша корелација је добијена са емоционалним, а најнижа са социјалним благостањем. Вредности корелација су ниске и значајне на нивоу $p < ,01$.

Просечно време које испитаници у току дана проведу на Интернету позитивно је повезано са емоционалним благостањем и ризичним понашањем, а негативно са психолошким благостањем и укупним скором позитивног менталног здравља. Све добијене корелације, иако значајне, релативно су ниске.

Да ли постоји статистички значајна разлика у изражености емоционалног, психичког и социјалног благостања, као и депресивности, анксиозности и ризичног понашања између испитаника који слободно време проводе на активан, односно пасиван начин, испитано је помоћу t - теста значајности разлика између аритметичких средина, а величина утицаја изражена је коефицијентом ета квадрат (η^2). Ради боље прегледности, у табели 5.26. приказани су резултати само за оне варијабле код којих су добијене значајне разлике, док су остали подаци дати у прилогу 10.

Значајне разлике између двеју групе испитаника добијене су само у погледу изражености депресивности, анксиозности и ризичног понашања. Подаци указују на то да испитаници који своје слободно време радије проводе на пасиван начин имају више скорове депресивности, анксиозности и ризичног понашања. Разлика у депресивности је значајна на нивоу $,05$, а у анксиозности и ризичном понашању на нивоу $,01$. Међутим, коефицијент ета квадрат указује на то да је утицај начина провођења слободног времена на ове разлике релативно мали (највећи је у погледу ризичног понашања).

Табела 5.26. *T* - тест значајности разлика између испитаника који активно/пасивно проводе слободно време у изражености мера депресивности, анксиозности и ризичног понашања.

	Начин провођења слободног времена	АС	SD	t	df	Sig.	η^2
Депресивност	активан	6,11	5,23	- 2,114	814	,035	,005
	пасиван	7,05	5,71				
Анксиозност	активан	7,66	7,18	- 3,724	814	,000	,017
	пасиван	10,06	8,47				
Ризично понашање	активан	22,17	5,49	- 4,835	814	,000	,028
	пасиван	24,79	7,25				

Аритметичке средине (AS), стандардне девијације (SD), ета квадрат (η^2)

5.3. Резултати истраживања који нису обухваћени хипотезама

У овом делу су приказани резултати који нису обухваћени хипотезама, али који могу бити од значаја за шире разумевање теме овог рада.

5.3.1. Заступљеност симптома депресивности и анксиозности код адолесцената са различитим нивоом позитивног менталног здравља

Да би се испитало у којој мери су симптоми депресивности и анксиозности заступљени код испитаника са различитим нивоом позитивног менталног здравља израчунати су проценти испитаника са различитим нивоима депресивности и анксиозности. Подаци који говоре о процентуалној заступљености симптома депресивности приказани су у табели 5.27.

Табела 5.27. Процент заступљености различитих нивоа депресивности у групама испитаника са различитим позитивним менталним здрављем.

Нивои позитивног менталног здравља	Нивои депресивности			
	Без депресивности	Блага до умерена	Умерена до изражена	Изражена депресивност
„У стагнацији“	31,8%	54,5%	9,1%	4,5%
Умерено ментално здравље	69,6%	26,8%	3,0%	0,6%
„У процвату“	86,8%	11,8%	1,0%	0,3%

Код испитаника са ниским позитивним менталним здрављем („у стагнацији“) две трећине испитаника има симптоме депресивности на основу којих се може одредити нека категорија депресивности. У овој групи испитаника је скоро 14% оних са умереном и израженом депресивношћу. У групи испитаника са умереним менталним здрављем око 30% испитаних показује неки значајан ниво депресивности, само 4% је оних са умереном и израженом депресивношћу. Око 87% испитаника са менталним здрављем „у процвату“ не показује значајан ниво депресивности, а само 1,3% има умерен или изражен ниво.

Подаци о процентуалној заступљености симптома анксиозности у групама са различитим нивоом позитивног менталног здравља приказани су у табели 5.28.

Табела 5.28. Процент заступљености различитих нивоа анксиозности у групама испитаника са различитим позитивним менталним здрављем.

Нивои позитивног менталног здравља	Нивои анксиозности			
	Минимална	Блага	Умерена	Озбиљна
„У стагнацији“	18,2%	27,3%	31,8%	22,7%
Умерено ментално здравље	45,5%	30,2%	16,4%	7,7%
„У процвату“	65,5%	25,8%	6,6%	2,1%

Код испитаника са ниским позитивним менталним здрављем („у стагнацији“) чак 83% испитаних има симптоме на основу којих се може одредити нека категорија анксиозности. У овој групи испитаника је око 32% оних са умереном и око 23% израженом анксиозношћу. У групи испитаника са умереним менталним здрављем око 45% испитаних показује само минималан ниво анксиозности; око 16%

испитаних показује умерен ниво, а око 8% је оних са озбиљном анксиозношћу. Иако сваки трећи испитаник са менталним здрављем „у процвату“ показује неки значајан ниво анксиозности, само 9% испитаних показује анксиозност умереног или озбиљног степена изражености.

5.3.2. Повезаност демографских варијабли са неким мерама општег функционисања адолесцената

Полне разлике у задовољству породицом, академском успеху, опажању сопствене позиције у друштвеном кругу, физичком здрављу и броју сати проведених на Интернету у току дана испитане су помоћу *t* - теста. Добијени резултати приказани су у табели 5.29.

Табела 5.29. *T* - тест значајности разлика између полова за мере општег функционисања адолесцената.

	Пол	AS	SD	t	df	Sig.	η^2
Задовољство породицом	мушки	58,91	13,23	- 2,169	814	,030	,006
	женски	60,77	11,32				
Академски успех	мушки	-0,38	0,94	- 11,287	814	,000	,135
	женски	0,35	0,92				
Позиција у друш. кругу	мушки	4,46	0,76	2,799	814	,005	,009
	женски	4,33	0,69				
Физичко здравље	мушки	4,46	0,65	4,232	814	,000	,021
	женски	4,28	0,61				
Време на Интернету	мушки	2,61	1,82	3,759	814	,000	,017
	женски	2,14	1,72				

Аритметичке средине (AS), стандардне девијације (SD), ета квадрат (η^2)

Значајне разлике између испитаника мушког и женског пола добијене су у изражености свих испитаних варијабли, али је вредност ефекта пола испитаника висока је само за академски успех; остали коефицијенти ефекта спадају у ред малих. Девојке су имале бољи академски успех и изразиле веће задовољство

сопственом породицом, док су младићи позитивније опажали своју позицију у кругу пријатеља, имали боље физичко здравље и више времена проводили „сурфујући“ на Интернету.

T - тестом је испитан и ефекат припадности млађој или старијој узрасној групи. У табели 5.30. су приказани резултати само за оне варијабле код којих је добијена значајна разлика, док су остали подаци дати у прилогу 11.

Табела 5.30. T - тест значајности разлика између полова за мере општег функционисања адолесцената.

	Узраст	AS	SD	t	df	Sig.	η^2
Академски успех	млађи	-0,09	1,02	-3,270	814	,001	,013
	старији	0,14	0,95				
Време на Интернету	млађи	2,48	1,75	2,157	814	,000	,006
	старији	2,20	1,81				

Аритметичке средине (AS), стандардне девијације (SD), ета квадрат (η^2)

Разлике између млађе и старије узрасне групе добијене су само у погледу академског успеха и времена које адолесценти проводе на Интернету. Бољи академски успех имали су старији испитаници, док су млађи више времена у току дана проводили на Интернету. Међутим, величина ефекта је опет релативно мала.

Анализом варијансе испитано је да ли постоје разлике у задовољству породицом, академском успеху, опажањем позиције у друштвеном кругу, физичком здрављу и просечном времену проведеном на Интернету току дана. Добијени резултати су приказани у табели 5.31.

Зависно од материјалног стања испитаника, значајне разлике су добијене само у односу на задовољство породицом и опажање сопствене позиције у друштвеном кругу. У оба случаја, разлике су добијене између свих група: што је виши материјални статус, то су испитаници задовољнији својом породицом и позитивније опажају своју позицију у кругу пријатеља. Иако су величине ефеката мале, разлике су значајне на нивоу .001. Резултати накнадног Шефе-теста дати су у прилогу 12.

Табела 5.31. Значајност разлика у изражености мера позитивног менталног здравља, депресивности, анксиозности и ризичног понашања према материјалном статусу испитаника.

	Материјално стање			F	η^2
	Ниско	Средње	Високо		
Задовољство породицом	55,88 ^a	59,71 ^b	64,36 ^c	10,446 ^{***}	,025
Академски успех	-0,22	0,02	-0,04	2,306	,006
Позиција у друш. кругу	4,10 ^a	4,35 ^b	4,51 ^c	11,230 ^{***}	,027
Физичко здравље	4,36	4,35	4,51	2,645	,006
Време на Интернету	2,31	2,34	2,63	1,110	,003

Средње вредност са различитим експонентом (a, b и c) у редовима се значајно разликују; ета квадрат (η^2); ** $p < .01$; *** $p < .001$.

На крају, испитано је и да ли постоје значајне разлике у задовољству породицом, академском успеху, позицији у друштву и физичком здрављу зависно од начина на који испитаници проводе слободно време. Разлике у просечном времену које испитаници проводе на Интернету нису испитиване јер „сурфовање“ на Интернету представља један од понуђених облика пасивног провођења слободног времена. Подаци добијени помоћу t - теста приказани су у табели 5.32. Ради прегледности, приказани су само подаци за значајне разлике, док су остали подаци дати у прилогу 13.

Табела 5.32. T - тест значајности разлика између испитаника који активно/пасивно проводе слободно време у изражености мера опажања сопствене позиције у друштвеном кругу и физичког здравља.

	Начин провођења слободног времена	AS	SD	t	df	Sig.	η^2
Позиција у друш. кругу	активан	4,28	0,73	- 2.563	814	.011	.005
	пасиван	4,43	0,72				
Физичко здравље	активан	4,49	0,59	3.201	814	.001	.017
	пасиван	4,33	0,65				

Аритметичке средине (AS), стандардне девијације (SD), ета квадрат (η^2)

Значајне разлике између група испитаника који слободно време проводе на пасиван или активан начин добијене су у погледу опажања сопствене позиције у друштвеном кругу и физичког здравља. Они који слободно време проводе на пасиван начин позитивније виде своју позицију у кругу пријатеља, а они који су активни у доколици позитивније процењују своје физичко здравље.

5.3.3. Разлике погледу изражености мера благостања, депресивности, анксиозности и ризичног понашања између испитаника са севера КиМ и из енклава

Аналогно поступку који је спроведен за тестирање разлика у заступљености различитих нивоа позитивног менталног здравља, депресивности и анксиозности, тестирана је и разлика у заступљености категорија тих варијабли између адолесцената који живе на северу КиМ и адолесцената из српских енклава на јужном делу КиМ. Добијени подаци о разликама у заступљености категорија позитивног менталног здравља су приказани у табели 5.33. Хи-квадрат тест независности показао је да разлике у заступљености категорија менталног здравља у подзорку са КиМ и из српских енклава нису статистички значајне, $\chi^2(2, 400) = 3,13$, $p = ,209$.

Табела 5.33. Значајност разлика у заступљености категорија позитивног менталног здравља према месту живљења (север КиМ/енклаве).

		Нивои позит.мент.здравља		
		„У стагнацији“	Умерено	„У процвату“
Север К и М	фреквенције	7	142	61
	%	3.3%	67.6%	29.0%
енклаве	фреквенције	2	139	49
	%	1.1%	73.2%	25.8%
t - тест значајности разлика између процената		t (398) = 1,480 p = 0,140	t (398) = -1,224 p = 0,222	t (398) = 0,716 p = 0,474

Када је t - тестом испитана значајност добијених разлика између процената у оквиру појединачних категорија позитивног менталног здравља, одговарајући подаци су показали да међу добијеним разликама нема статистички значајних.

У табели 5.34. су приказани подаци о значајности разлика у заступљености категорија депресивности код испитаника са севера КиМ и из енклава. Хи - квадрат тест независности је показао да су разлике статистички значајне, $\chi^2(3, 400) = 9,08$, $p < ,05$. Помоћу теста значајности разлика између процената утврђено је у оквиру којих категорија депресивности се испољавају значајне разлике.

Табела 5.34. Значајност разлика у заступљености категорија депресивности према месту живљења (север КиМ/енклаве).

		Нивои депресивности			
		Без депресив.	Блага до умерена	Умерена до изражена	Изражена депресив.
Север К и М	фреквенције	164	39	6	1
	%	78.1%	18.6%	2.9%	.5%
енклаве	фреквенције	124	59	5	2
	%	65.3%	31.1%	2.6%	1.1%
t - тест значајности разлика између процената		t (398) = 2,848 p < ,01	t (398) = - 2,901 p < ,01	t (398) = 0,183 p = 0,855	t (398) = -0,679 p = 0,497

Значајне разлике су добијене у односу на две најниже категорије депресивности; у групи испитаника из енклава мањи је проценат оних без симптома депресивности и већи проценат оних са благим до умереним нивоом депресивности.

У табели 5.35. су приказане разлике у односу на нивое анксиозности. Хи - квадрат тест независности је показао да су разлике статистички значајне, $\chi^2(3, 400) = 12,57$, $p < ,01$. Помоћу теста значајности разлика између процената утврђено је у оквиру којих категорија анксиозности се испољавају значајне разлике.

Табела 5.35. Фреквенције и проценти нивоа анксиозности према месту живљења (север КиМ/енклаве).

		Нивои депресивности			
		Минимална	Блага	Умерена	Озбиљна
Север К и М	фреквенције	117	47	35	11
	%	55.7%	22.4%	16.7%	5.2%
енклаве	фреквенције	90	70	18	12
	%	47.4%	36.8%	9.5%	6.3%
t - тест значајности разлика између процената		t (398) = 1,659 p = 0,098	t (398) = -3,162 p < ,01	t (398) = 2,119 p < ,05	t (398) = -0,473 p = 0,636

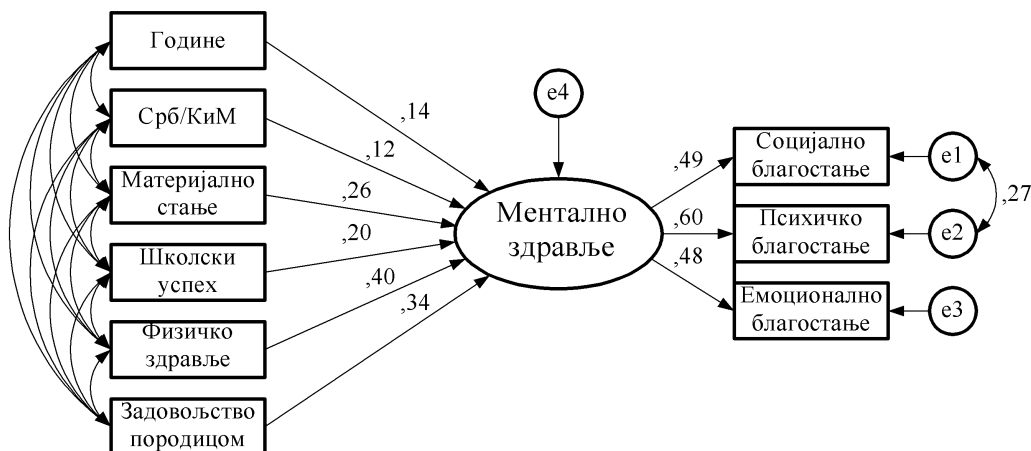
Значајна разлика је добијена у заступљености благе и умерене анксиозности; већи проценат испитаника из енклава је имао симптоме анксиозности на основу којих се могу сврстати у категорију испитаника са благом анксиозношћу, али је у односу на групу испитаника са севера КиМ било мање оних са нивоом умерене анксиозности.

5.3.4. Одређивање значајних предиктора менталног здравља и менталне болести

Ради што прецизнијег утврђивања веза између предиктора и менталног здравља, односно менталне болести, тестирана су и два модела којима су обухваћене све варијабле мерене у овом истраживању. Циљ ових анализа је био утврдити оне варијабле које су значајне за предвиђање менталног здравља, односно менталне болести. На основу понуђених индикација за модификацију модела, из њих су избачене варијабле које нису биле значајне за предвиђање критеријумских варијабли.

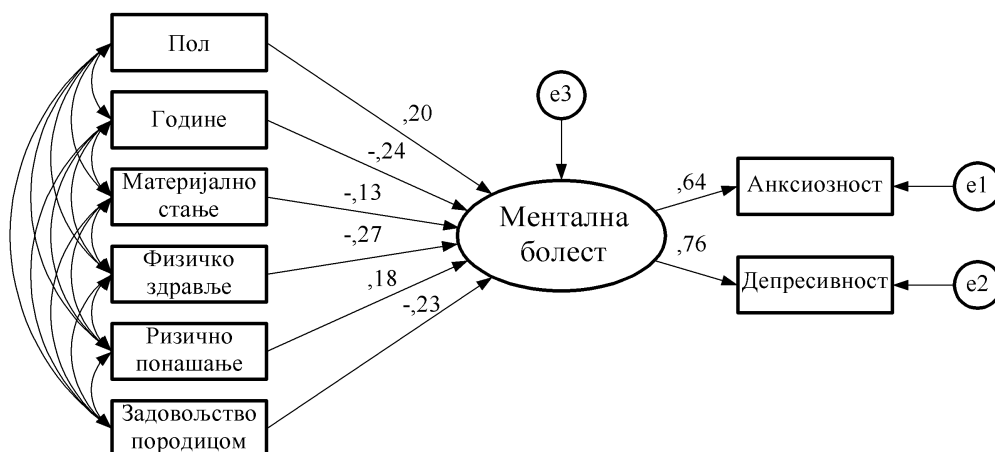
Први модел, у коме је критеријум ментално здравље, приказан је на сл. 5.10. Добијени индекси су показали да се овај модел поклапао са подацима: $\chi^2 (11, n = 816) = 38,77$, $p = 0,05$, $GFI = 0,98$, $AGFI = 0,92$, $CFI = 0,91$, $RMSEA = 0,06$. На основу овог модела може се закључити да су за предвиђање позитивног менталног здравља

значајне следеће варијабле: узраст, територија на којој испитаници живе (КиМ/Централна Србија), материјално стање породице, академски успех, а најбољи предиктори су опажање сопственог физичког здравља и задовољство породицом.



Слика 5.10. Значајни предиктори менталног здравља.

Други модел, у коме је критеријум ментална болест, приказан је на сл. 5.11. Добијени индекси су показали да се овај модел поклапао са подацима: $\chi^2 (5, n = 816) = 16,81, p = 0,06, GFI = 0,99, AGFI = 0,96, CFI = 0,98, RMSEA = 0,05$. За предвиђање менталне болести значајне следеће варијабле: пол, узраст, материјално стање породице, опажање сопственог физичког здравља, ризично понашање и задовољство породицом. Узраст, опажање физичког здравља и задовољство породицом су најбоље предвиђали менталну болест.



Слика 5.11. Значајни предиктори менталне болести.

6. ДИСКУСИЈА

У овом истраживању коришћено је неколико индикатора позитивног менталног здравља, у склопу упитника Континуум менталног здравља - дуга форма (Keyes, 2002). Овим упитник се састоји из три субскеале: емоционално, психичко и социјално благостање. На основу дескриптивних података добијених на овим субскалама могуће је проценити како се адолесценти у овом узорку позиционирају у погледу ових мера позитивног менталног здравља.

Када погледамо дескриптивне показатеље субскеала Континуума менталног здравља, можемо увидети да испитаници, генерално, имају скорове који се позиционирају изнад просечних вредности. То показује да просечан учесник у овом истраживању има релативно добро емоционално, психичко и социјално благостање. Нажалост, ове резултате није могуће са сигурношћу поредити са резултатима других истраживања у нашој средини, јер према доступним подацима скала Континуум менталног здравља и њене компоненте до сада нису коришћене у Србији. Скала психичког благостања (Ryff, 1989) до сада је коришћена само у једном истраживању (Падејски, 2010), али је коришћена верзија скале са укупно 84 ајтема, а дескриптивни подаци нису приказани. Ипак, и у Србији последњих година постоји тренд истраживања различитих модела благостања који су концептуално слични компонентама Кизовог модела позитивног менталног здравља. У једном истраживању на студентима у Новом Саду (Јовановић, 2010) добијене су средње вредности позитивног афекта и задовољства животом које спадају у ред изнадпросечних (коришћена је Кратка скала субјективног благостања, Јовановић и Брдарић, 2008). Такође, вредности позитивног афекта које су више од теоријског просека добијене су и на скали SIAB-PANAS (Нововић и сар., 2008). Задовољство животом код средњошколаца, мерено Динеровом скалом (SWLS) кретало се у

оквиру просечних вредности (Станојевић, 2010). Дакле, резултати добијени у овом истраживању у складу су са резултатима из других сличних истраживања и показују да млади у Србији генерално имају ниво благостања виши од могућих просечних вредности.

Бековим скалама депресивности (Beck et al., 1979) и анксиозности (Beck et al., 1988) испитан је степен изражености ових симптома код адолесцената у Србији. Дескриптивни показатељи указују на то да просечан испитаник који је укључен у ово истраживање нема значајне симптоме депресивности. Добијена аритметичка средина ($AS = 6,80$) је знатно испод критичног скорa (10) на основу кога се испитаници могу сврстати у категорију блага до умерена депресивност. Ови резултати у складу су са подацима добијеним у другим истраживањима, са истом скалом и на узорцима младих у Србији (Краговић и сар., 2011; Станојевић, 2010). Користећи последњу верзију Бековог инвентара депресивности (BDI-II), Нововић и сарадници (2011) су на узорку студената такође добили аритметичку средину која спада у категорију без симптома. Аритметичка средина на скали анксиозности је нешто виша ($AS = 9,43$) и спада у резултат на основу кога се испитаници могу сврстати у категорију блага анксиозност. Не треба заборавити да је критичан скор за анксиозност (8) нешто нижи него за депресивност, а да нормe за Беков инвентар анксиозности на нашој популацији нису одређене. У једином доступном истраживању у коме је коришћен Беков инвентар анксиозности добијена је слична вредност аритметичке средине, $AS = 8,3$ (Малић и сар., 2011). У другом истраживању у коме је коришћена *Скала депресивности, анксиозности и стреса* (DASS, Lovibond & Lovibond, 1995, према Јовановић и сар., 2011) добијен је просечан скор анксиозности који је био виши него у свим иностраним истраживањима у којима је коришћена та скала. Сличне резултате добила је и Анђелковић код средњошколаца, користећи скалу STAI-Y (Spielberger et al., 1983, према Анђелковић, 2008). Подаци истраживања из других земаља показују да просечан скор анксиозности који студенти имају на Бековој скали спада у категорију блага анксиозност (према Pillay, 2001).

Према аритметичкој средини добијених скорова на скали Понашање ризично по здравље (Scaag, 2009), просечан адолесцент у овом узорку није склон ризичном понашању. Добијена аритметичка средина ($AS = 24,10$) се налази на нивоу релативно ниских вредности. У нашој земљи ризично понашање се обично испитивало

применом типолошког приступа (Југовић, 2004; Митровић и сар. 2006). На тај начин су добијени подаци о учесталости јављања различитих облика ризичног понашања (конзумирање дувана, алкохола, дрога, ризично сексуално понашање и слично). Узимајући у обзир те податке могли бисмо помислити да је ризично понашање врло заступљено на адолесцентном узрасту. Ипак, треба обратити пажњу и на саму формулацију постављених питања на основу којих се подаци прикупљају. На пример, у истраживању Митровић и сарадника (2006), добијен је податак да лаке дроге повремено конзумира скоро 12% младих, али само 2% их узима редовно. Или, теже дроге је пробало 24% испитаника, али само мали број их је користио више од два пута (Југовић, 2004). Виденовић и Бауцал (2011), разматрајући учесталост ризичног понашања у адолесцентном узрасту, закључују да „иако су ризична понашања учесталија у том периоду, она нису присутна код већине адолесцената“ (стр. 29).

Задовољство породицом код испитаника у овом истраживању је врло високо. Овај резултат би се могао сматрати донекле неочекиваним, јер се за адолесцентни узраст обично везује претпоставка о удаљавању од породице и конфликту са породицом. Ипак, и у другим истраживањима у нашој средини добијени су слични подаци. Минић и сарадници (2011) су на узорку студената добили просечан скор задовољства породицом који спада у ред високих скорова. Михаић и Петровић (2009) су добиле податак да адолесценти процењују односе са својим родитељима као добре, а односе са сиблингом као конфликтне, али и пријатељске истовремено. Емоционалност и блискост су изражене карактеристике којима се описују породични односи у Србији, а породица најчешће доживљава као сигурносна база у суочавању са различитим врстама стреса (Гачић и сар., 2004; Гајић - Драганић и Стаменковић - Рудић, 2004).

Адолесценти су у овом истраживању релативно позитивно проценили и своју позицију у друштвеном кругу (број блиских пријатеља) и сопствено физичко здравље. Позитивна процена броја блиских пријатеља је изузетно важна, зато што позитивни односи адолесцената са њиховим вршњацима јачају њихове заштитне механизме у сусрету са различитим психосоцијалним стресорима (Wilkinson, 2004, према Veijmelka, 2012). Блиска пријатељства су важна за адолесценте, јер задовољавају појединчеву потребу за припадањем и представљају извор задовољства и среће (Lacković - Grgin, 2006). Када је реч о физичком здрављу адолесцената, нису

пронађени подаци из других истраживања о томе како адолесценти у Србији опажају сопствено физичко здравље. Према неким објективним показатељима, адолесценти у Србији се могу сматрати најздравијом од свих осталих старосних категорија (Јовић, 2008). С тим је у складу и њихово опажање сопственог здравља као доброг или веома доброг.

Међутим, забрињавајући је податак да око 3/4 младих у Србији своје слободно време проводи пасивно, у изласцима с пријатељима или уз електронске медије (телевизију и Интернет). Ови резултати су у складу са подацима других истраживања из региона (Милиша, 2004, према Lacković - Grgin, 2006; Мрежа ресурса за превенцију и третман овисности о дрогама у БИХ, 2004). И у нашој земљи се показало да су најчешће активности којима млади испуњавају своје слободно време слушање музике, дружење и изласци, као и гледање телевизије и СМС дописивање (Петровић и Зотовић, 2010). Штавише, посебно је испитано и колико времена дневно млади потроше „сурфујући“ на Интернету и добијена је просечна вредност од скоро два и по сата (а максимално време које се дневно потроши на Интернету је износило чак 8 сати). Чини се да код нас, и уопште у региону, постоји тренд пасивног провођења слободног времена. Могуће је да су опште друштвене прилике, или недостатак организованих садржаја довели до препуштености младих доколици у којој је мало активности усмерених на самоактуализацију и развој.

Кизов теоријски модел позитивног менталног здравља. Ово истраживање имало је неколико циљева. Први циљ је био испитати поновљивост Кизовог трофакторског модела позитивног менталног здравља на узорку адолесцената српске националности.

Овај модел представља један од најчешће коришћених модела у истраживањима менталног здравља људи у САД-у и западној Европи у последњих 15 година. Њиме се предпоставља да емоционално, психичко и социјално благостање заједно конституишу позитивно ментално здравље. За истраживање овог модела Киз је припремио скалу Континуум менталног здравља, која има своју дугу и краћу форму. Обе форме скале се састоје из скупа ајтема којима се процењује емоционално благостање (позитиван афекат и глобално задовољство животом), психичко благостање (самоприхватање, позитивни односи са другима, лични раст и развој, аутономија, управљање околином и сврха живота) и социјално благостање (прихватање других, социјална кохерентност, актуализација друштва, социјална

интеграција и допринос друштву). Међутим, експлоративном факторском анализом се у овом истраживању нису издвојили фактори које су претпоставили аутори концепата и скала психичког (Ryff, 1989) и социјалног благостања (Keyes, 1998). Из тог разлога, у даљој анализи коришћени су само укупни скорови ових субскала.

Поступком конфирмативне факторске анализе тестиран је модел по коме се позитивно ментално здравље састоји из три компоненте: емоционалног, психичког и социјалног благостања. Добијени показатељи (индекси погодности -фитовања модела) нису били задовољавајући. Међутим, индикације за могућу модификацију и унапређење постављених модела су указивале на то да би повезивање грешака мерења психичког и социјалног благостања значајно унапредило дати модел. Повезивање грешака опсервираних варијабли представља накнадно дотеривање модела и један од разлога, када је методолошки оправдано извршити такву модификацију, јесте када за то постоји теоријска основа или аргумент (Hoyle, 2012). У овом конкретном случају, постојала су два аргумента која иду у прилог повезивању тих грешака. Најпре, психичко и социјално благостање се разматрају као део јединственог приступа у схватању и проучавању благостања, а то је еудаимонистички приступ по коме се благостање сагледава као реализација и испуњавање потенцијала и могућности (Keyes et al., 2002). Еудаимонистички приступ се разликује од хедонистичког који је базиран на осећању среће и задовољства, а коме припада концепт емоционалног благостања. Други разлог јесте тај да су неке компоненте психичког и социјалног благостања врло сличне, а њихови индикатори семантички блиски, те би то могао бити разлог повезаности грешки ових опсервираних варијабли. На пример, психичко благостање обухвата самоактуализацију, а социјално актуализацију друштва. Даље, психичко благостање обухвата димензије као што су позитивни односи са другима и управљање околином, а ове димензије макар делимично могу бити схваћене као социјална сфера живота. У једном истраживању (Gallagher et al., 2009), аутори су конципирали модел позитивног менталног здравља тако што су позитивне односе са другима унапред одредили као аспект социјалног, а не психичког благостања. Даље, социјално благостање обухвата димензију *допринос друштву*, а вредновање личног доприноса друштву може бити део сопственог вредновања као појединца.

Дакле, сматрајући да повезивање ових грешака има аргументовану основу, у накнадном моделу је дозвољена коваријанса између грешака психичког и социјалног

благостања и тај модел је тестиран поново. У овом случају, модел је имао врло добре индексе погодности.

Трофакторска структура континуума менталног здравља потврђена је и у другим истраживањима. У Јужној Африци (Keyes et al., 2008), Холандији (Lamers et al., 2010) и Француској (Salama-Jounes & Ismail, 2011) тестирани су модели са једним, два и три фактора позитивног менталног здравља и трофакторски модел је једини имао задовољавајуће индексе погодности или су индекси били најбољи у трофакторском моделу. У више америчких студија, трофакторски модел се показао као једини одговарајући или најбољи (Keyes, 2005; Robitschek & Keyes, 2009).

Штавише, трокомпонентна структура позитивног менталног здравља потврђена је и у истраживању у коме су коришћене нешто другачије скале у односу на Континуум менталног здравља (Keyes, 2002). У истраживању Галагера и сарадника (Gallagher et al., 2009) за мерење хедонистичког благостања коришћене скале позитивног и негативног афекта (PANAS; Watson et al., 1988) и Скала субјективне среће (SHS; Lyubomirsky & Lepper, 1999), као и дуже форме скала психичког (Ryff, 1989) и социјалног благостања (Keyes, 1998). Тестирани су једнофакторски, двофакторски и трофакторски модели позитивног менталног здравља и трофакторски модел се показао као бољи у односу на друга два модела (Gallagher et al., 2009).

Трофакторски модел позитивног менталног здравља, састављен из емоционалног, психичког и социјалног благостања представља одговарајући модел за разумевање овог сложеног конструкта и код адолесцената српске националности. Њиме се постиже жељена парсимоничност (Keyes & Lopez, 2002), али и обухватност, јер су обухваћена оба приступа у проучавању благостања (хедонистички и еудаимонистички), а лични ниво доживљаја благостања допуњен је сфером социјалних односа и друштва. Овај модел је у складу са дефиницијом менталног здравља коју је дала Светска здравствена организација (WHO, 2001a, према WHO, 2004): (ментално здравље је) *„стање благостања у коме појединац реализује своје сопствене способности, може да превладава нормалне животне стресове, може да ради продуктивно и плодносно и способан је да доприноси својој заједници“*. Нема сумње да ће се Кизов модел менталног здравља у будућности мењати и допуњавати (Gallagher et al., 2009), али за сада представља релативно поуздан оквир за проучавање позитивног менталног здравља.

Ментално здравље и ментална болест као два различита, а повезана фактора. Од средине 20. века све су учесталија мишљења да би менталну болест и ментално здравље требало сагледати одвојено, као два повезана, али ипак различита појма. Према традиционалном гледишту ментално здравље се схвата као одсуство менталне болести, односно, ментално здравље и ментална болест представљају једну димензију са два супротна пола. Међутим, 50-их година 20. века Јахода (Jahoda, 1958) је истакла да „одсуство болести можда чини нужан, али не и довољан критеријум менталног здравља“, подржавајући идеју да су ментална болест и ментално здравље квалитативно различити (Rümke, 1954, према Jahoda, 1958).

У последње три деценије долази до актуализације тих идеја, првенствено у радовима аутора који се баве благостањем (Diener, 1984; Keyes, 1998; Ryff, 1989). Овај концепт представља основу Кизовог модела менталног здравља као потпуног стања (Keyes & Lopez, 2002), по коме потпуно ментално здрава особа није патила од неког менталног поремећаја у протеклих годину дана и има висок ниво позитивног менталног здравља. Дакле, ментална болест и ментално здравље се третирају као одвојени континууми, који су међусобно корелирани.

Овај модел је проверен у овом истраживању, поступком конфирмативне факторске анализе. Ментално здравље представљено је као позитивно ментално здравље састављено из три компоненте: емоционално, психичко и социјално благостање. Ментална болест је обухватала две компоненте: обележја депресивности и анксиозности. Приликом састављања овог модела претпостављена је коваријанса између два латентна фактора.

За овај модел добијени су одлични индекси подударности (фитовања). Међутим, корелација између латентних фактора у моделу је негативна и висока. Овакав резултат би могао указивати на то да су позитивно ментално здравље и ментална болест заправо два пола једне димензије, што не би било у складу са Кизовим моделом менталног здравља као потпуног стања (Keyes & Lopez, 2002), већ би ишло у прилог схватању менталног здравља и менталне болести као једне димензије. Зато је тестиран и модел у коме је постулирано да сви индикатори менталног здравља и менталне болести заједно оформљавају један латентни фактор. Добијени индекси фитовања су били задовољавајући и тек мало нижи у односу на индексе добијене са двофакторским моделом.

Обзиром на адитиван карактер хи-квадрата, спроведен је и тест разлика између његових вредности у једнофакторском и двофакторском моделу. Резултат овог теста нам говори да се у двофакторском моделу хи-квадрат значајно смањује у односу на једнофакторски модел и да двофакторски модел треба прихватити као бољи.

Још један податак иде у прилог двофакторском моделу менталног здравља и менталне болести. Вредност Акаике критеријума (AIC) у једнофакторском моделу је износила 30,553 док је у двофакторском моделу 26,981. Према Хуу (Hu, 2007), бољи је онај модел који има мању вредност Акаике индекса.

Дакле, на основу наведених показатеља можемо усвојити двофакторски модел менталног здравља и менталне болести као бољи, адекватнији модел. Двофакторски модел менталног здравља као потпуног стања потврђен је и у другим истраживањима. Киз (Keyes, 2005a) је испитивао више модела: независтан модел, модел са једним латентним фактором, са два ортогонална фактора и модел са два повезана латентна фактора. Само је последњи модел имао задовољавајуће индексе погодности. Исти метод Киз и сарадници (Keyes et al., 2008) су применили и на испитаницима у Јужној Африци и задовољавајуће индексе погодности добили су само за двофакторски модел у коме су два латентна фактора у корелацији. Модел менталног здравља као потпуног стања потврђен је и на адолесцентима (12-18 година) у САД-у (Keyes, 2006) као и на узорку одраслих Холанђана (Westerhof & Keyes, 2008, према Westerhof & Keyes, 2010). Такође, овај модел је потврђен и у истраживању у коме је као мера менталног здравља коришћен само концепт психичког благостања (Keyes et al., 2001, према Keyes, 2002).

Користећи другачије инструменте процене и други истраживачи су потврдили двофакторски модел менталног здравља и менталне болести (Compton et al., 1996, према Lamers, 2012; Headey et al., 1993; Masse et al., 1998). Гринспун и Саклофске (Greenspoon & Saklofske, 2001) су двофакторски модел потврдили и на дечјем узрасту ($AS = 10,5$ година), а Салдо и Шефер (Suldo & Shaffer, 2008) у раној адолесценцији.

Интересантни су резултати једне студије близанаца у којој се испитивала интеракција генетских и срединских утицаја на развој психопатолошких обележја и благостања. Добијени резултати су показали да је тачно 50% генетичких утицаја било заједничко за психичке поремећаје и благостање, док су другу половину

чинили независни утицаји. Аутори (Kendler et al., 2011) овај резултат тумаче као потврду Кизовог двофакторског модела менталног здравља и менталне болести, сматрајући да је двофакторски модел тако потврђен и на генетском нивоу.

Зашто је важно третирати ментално здравље и менталну болест као два различита континуума? Осим што се ментално здравље појединца на овај начин сагледава потпуније и обухватније, могуће је навести још неколико погодности. Најпре, прихватање гледишта по коме су психопатологија и позитивно ментално здравље два аспекта концепта потпуног менталног здравља значи и прихватање идеје да позитивно ментално здравље може унапредити индивидуално и социјално функционисање особе независно од присуства психопатологије (Lamers, 2012). Ова идеја је подржана резултатима неких истраживања (Chida & Steptoe, 2008; Keyes, 2002, 2005b, 2006, 2007), узимајући у обзир физичко здравље, радну перформансу и др. Не треба изоставити ни то да су се појавили неки психотерапијски приступи засновани на концепту позитивног менталног здравља: водич до личне среће (Ellis & Becker, 1982), рад на процесу промене шема (Fordyce, 1983), терапија заснована на квалитету живота (Frisch, 1998), рад на позитивним стањима ума (Horowitz & Kaltreider, 1979), терапија заснована на благостању (Fava et al., 1998) и други. Даље, многи појединци који немају дијагнозу менталне болести не осећају се срећно и задовољно и неке процене говоре о томе да половина одраслих у Америци тражи помоћ служби за ментално здравље због таквих стања (Regier et al., 1993).

Када се позитивно ментално здравље сагледава независно од менталне болести, оно може бити предиктор и саме менталне болести. Овај концепт је испитан и показао се валидним у истраживањима (Keyes et al., 2010; Wood & Joseph, 2009).

Коначно, познато је да етиолошке чиниоце многих менталних болести још увек не знамо поуздано; фармаколошка средства за неке менталне болести спадају у категорију палиативних лекова, а ни психотерапија није свемогућа. Штавише, трећина пацијената не реагује на било какав третман (Keyes & Lopez, 2002). Одвојено сагледавање менталног здравља и менталне болести пожељно је и због тога што нам увек оставља простор за терапијске интервенције; чак и ако нисмо у могућности да третирамо менталну болест, можемо се окренути интервенцијама којима ће се поправљати благостање корисника психолошке и медицинске помоћи. Функционисање појединаца са високим нивоом позитивног менталног здравља

знатно је боље у различитим сферама живота у односу на оне са ниским менталним здрављем (Keyes, 2002).

Заступљеност категорија позитивног менталног здравља код адолесцената на КиМ и у централној Србији. Следећи циљ који је постављен на почетку овог истраживања био је испитати преваленцију категорија позитивног менталног здравља код адолесцената српске националности са Косова и Метохије и добијене податке упоредити са подацима добијеним на подузорку адолесцената из централне Србије.

Пре дискусије добијених резултата у вези разлика у преваленцији категорија позитивног менталног здравља између испитаника са КиМ и испитаника из централне Србије, потребно је напоменути да се поступак постављања дијагнозе позитивног менталног здравља у овом истраживању донекле разликује у односу на поступак који је препоручио Киз (Keyes, 2002). У овом истраживању се факторском анализом скала Психичко благостање и Социјално благостање нису издвојили фактори који се могу интерпретирати у складу са Кизовим концептом менталног здравља па је и критеријум за утврђивање категорија позитивног менталног здравља морао бити прилагођен израчунавању укупних скорова на скалама Психичко и Социјално благостање. Поступак утврђивања првог критеријума за дијагнозу менталног здравља (који се тиче компоненти емоционалног благостања) могао се применити и на подацима добијеним у овом истраживању, па је измењен само поступак утврђивања другог критеријума. Киз (Keyes, 2006) је сматрао да други критеријум подразумева високе, односно ниске скорове на „најмање нешто више од пола“ компоненти позитивног функционисања; за потребе овог истраживања је претпостављено да је други критеријум задовољен ако испитаници имају скорове у горњој/доњој трећини могућих скорова ма које компоненте позитивног функционисања - психичког или социјалног благостања. Чини се да је овај поступак најприближнији поступку који је Киз препоручио, обзиром на ограничену могућност да се оригинална процедура испрати у потпуности.

Што се тиче преваленције категорија позитивног менталног здравља у укупном узорку, према добијеним резултатима, највећи проценат испитаника је умереног менталног здравља; следећа по заступљености је категорија „у процвату“, а најмање је испитаника ниског менталног здравља. Добијени резултати се могу упоредити са подацима из америчког истраживања (Keyes, 2006), које је једино

истраживање у коме је примењен категоријални приступ мерењу позитивног менталног здравља, а у коме испитаници нису одрасли. У узорку адолесцената (узраста 12-18 година) било је 38% са менталним здрављем „у процвату“, 56% умереног менталног здравља и само 6% у стагнацији. Преваленција категорије „у процвату“ је приближно једнака у ова два истраживања. У узорку адолесцената српске националности заступљеност ове категорије износи преко 35% испитаника, али у њему има нешто више испитаника са умереним менталним здрављем (за 6% више) и нешто мање испитаника „у стагнацији“ (за око 3%), у односу на амерички узорак. Ипак, чини се да су ове разлике релативно мале и да су се категорије позитивног менталног здравља у српском узорку дистрибуирале слично као у америчком истраживању.

Ако погледамо разлике у заступљености категорија позитивног менталног здравља у групама испитаника са КиМ и из Централне Србије, онда можемо закључити да има значајних разлика. Иако те разлике нису изражене у погледу заступљености категорије „у стагнацији“, заступљености категорија са умереним менталним здрављем и „у процвату“ су различите. Процент испитаника у групи са Косова и Метохије који имају ментално здравље „у процвату“ је значајно мањи у односу на групу испитаника из централне Србије. Ови подаци указују на то да је позитивно ментално здравље (или благостање) горе код испитаника са Косова и Метохије.

У једном ранијем истраживању (Ранђеловић и Минић, 2012) били су укључени неки аспекти позитивног менталног здравља - задовољство животом, проактивно превладавање и други. Добијени резултати су показали да студенти са сталним местом боравка на КиМ имају значајно ниже задовољство животом у односу на студенте из Београда, Врања и Ниша.

Добијени резултати би се могли тумачити у светлу околности у којима одрастају млади на КиМ. Иако су околности у којима су одрастали и у којима и данас живе млади у целој Србији релативно тешке, млади српске националности на Косову и Метохији су већи део свог живота провели у посебно неповољним животним условима. Безбедносне, политичке, социјалне и културне прилике на Косову и Метохији део су миљеа у коме су адолесценти одрастали, а стална напетост, неизвесност и инциденти део свакодневице. Истраживачи из области благостања сматрају да се оно развија у контексту околности, искуства,

субјективних процена и социјалних услова (Searle, 2008). Повезаност између неповољних услова живљења и ниског благостања је потврђена у неким истраживањима (Marshall et al., 1996; Pedersen et al., 2012). Резултати једног истраживања показују да је задовољство животом само умерено стабилно током времена, јер постоји велики степен нестабилности који може зависити од животних околности (Lucas & Donnellan, 2007).

На основу додатних анализа може се уочити да се испитаници из ове две подгрупе статистички значајно разликују у погледу скорова на психичком и социјалном благостању, а не и на емоционалном. Психичко и социјално благостање су типови благостања засновани на реализацији потенцијала и могућности, на личном плану и у социјалном окружењу. Можда су животне околности испитаника са КиМ и из централне Србије довољно различите, макар у неким аспектима (безбедност, неповољне социјалне и културне прилике и сл.), тако да испитаници са КиМ негативније опажају себе у смислу реализације личних потенцијала и потенцијала које имају њихове заједнице и друштво у коме живе. Подаци неких истраживања су показали да студенти и одрасли (неалбанске националности) који живе на простору Косова и Метохије средину у којој живе опажају као релативно угрожавајућу, а услове живота као неповољне (Милошевић и Башчаревић, 2011; Павићевић и Минић, 2011).

Међутим, иако би се на основу претходног разматрања могло претпоставити да ће и разлике између група испитаника са севера Косова и из енклава бити значајне у погледу заступљености категорија позитивног менталног здравља, добијени подаци не говоре у прилог томе. Неки ранији подаци (Ђорђевић, 2009) показују да је субјективни доживљај друштвених околности у којима живе испитаници из енклава значајно гори у односу на доживљај који имају испитаници са севера Косова и да је задовољство животом код њих на значајно нижем нивоу. Међутим, према подацима добијеним у овом истраживању, разлике у погледу заступљености позитивног менталног здравља код испитаника са севера Косова и из енклава нису значајне, а између испитаника са Косова уопште и испитаника из централне Србије јесу. Пошто је у претходном разматрању дата претпоставка да су могући разлози јављања разлика у позитивном менталном здрављу испитаника са Косова и из централне Србије неповољнији услови живота на Косову, онда се поставља питање зашто се исти однос није репликовао и између испитаника са севера Косова и испитаника из

енклава, јер се то на основу ранијих истраживања могло очекивати? Могућ разлог јављања ових недоследности би био тај да разлика у животним околностима између енклава и севера КиМ није на истом нивоу и истог типа као између КиМ у целини и Централне Србије.

У сваком случају, на основу резултата добијених у овом истраживању може се закључити да је позитивно ментално здравље значајно ниже код испитаника са КиМ у односу на испитанике из Србије. Та разлика није уочљива код испитаника са најнижим менталним здравље, али они, на срећу, чине веома малу групу испитаника. Међутим, на Косову је значајно мање адолесцената са менталним здрављем „у процвату“, а према Кизовим налазима (Кеуес, 2002, 2006) све осим високог позитивног менталног здравља није довољно добро и представља ризик за развој поремећаја и дисфункционалности.

Заступљеност обележја депресивности и анксиозности код адолесцената на КиМ и у централној Србији. Следећи циљ у овом истраживању је био испитати преваленције категорија депресивности и анксиозности код адолесцената са КиМ и упоредити их са подацима добијеним на подзору из централне Србије. Приликом постављања овог циља постојала је претпоставка да ће се специфични услови одрастања и живљења младих српске националности на КиМ одразити на ниво заступљености симптома депресивности и анксиозности.

Резултати добијени на укупном узорку показују да је највећи проценат испитаника без депресивности (са минималним бројем симптома); сваки четврти до сваки пети испитаник показује симптоме благе до умерене депресивности; само 2,5% испитаника има симптоме умерене до изражене, а само 0,6% има симптоме изражене (озбиљне) депресивности. Ови резултати су у складу са резултатима других истраживања извршених на популацији младих у Србији, у којима је коришћен Беков инвентар депресивности. У истраживању Краговић и сарадника (2011) симптоми депресивности су нађени код 27% студената; међутим, проценат испитаника са умереном и озбиљном депресивношћу је био нешто већи него у овом истраживању (око 9%). Постојећа разлика се можда може објаснити структуром узорка: у истраживању Краговић и сарадника узорак је био састављен искључиво од студената 4. године Медицинског факултета, а нека истраживања показују да су студенти медицине депресивнији у односу на општу популацију (према Кнежевић и сар., 2012). У истраживању у коме је коришћена нова верзија Бековог инвентара

депресивности резултати су били врло слични резултатима овог истраживања: 76% недепресивних студената, 16,5% дисфоричних и 7,5% депресивних или теже дисфоричних (Нововић и сар., 2011).

Што се тиче анксиозности, највећи је проценат испитаника са минималном анксиозношћу; нешто мање од 29% испитаних показује симптоме благе анксиозности; нешто више од 13% испитаника има симптоме умерене, а око 6% има симптоме озбиљне анксиозности. Како нису пронађена друга истраживања у нашој средини у којима су испитане категорије анксиозности добијене Бековим инвентаром, ови резултати се могу упоредити са подацима из иностранства. У једном истраживању на студентима медицине добијени су готово идентични подаци; симптоме анксиозности је показало чак 48% испитаних: 28% благу, 14% умерену и 6% озбиљну анксиозност (Alvi et al., 2010).

Када је реч о разликама у преваленцији категорија депресивности и анксиозности између група испитаника са КиМ и из централне Србије, оне нису изражене или су веома мале и нису статистички значајне. То значи да се испитаници из ових двеју група не разликују значајно у заступљености симптома депресивности и анксиозности. Разлике у изражености ризичног понашања такође нису значајне, иако се могло очекивати да ће степен ризичног понашања бити виши код адолесцената са КиМ. Иако постоји одређен број истраживања (Ђорђевић, 2009; Кривокапић и сар., 2008; Милошевић и Милисављевић, 2012; Ненадовић и сар., 2008; Станојевић и Јаредић, 2012; Штула, 2004), од 1999. до данас, која су се бавила депресивношћу, анксиозношћу и другим психопатолошким обележјима код људи који живе на простору КиМ, компарација са становништвом које живи у Србији готово да изостаје. У једном истраживању на одраслим испитаницима (Пејчић и Видановић, 2007) нису добијене статистички значајне разлике између испитаника који живе на КиМ и оних који живе у Нишу и околини у погледу анксиозности (ни опште ни тренутне). Међутим, у другом истраживању које се бавило стресом и агресивношћу добијено је да су студенти Универзитета у Косоваској Митровици знатно подложнији стресу од студената Универзитета у Нишу (Dimitrijević & Randelović, 2012), а депресивност и анксиозност се могу јавити као реакција на стрес.

Ако погледамо како се нивои депресивности и анксиозности дистрибуирају у групама испитаника са севера КиМ и из енклава, онда се може уочити да је у групи

испитаника из енклава значајно мањи проценат оних без симптома депресивности и већи проценат оних са благим нивоом депресивности. Дакле, разлика постоји само у оквиру једне категорије депресивности, и то благе. Ако се ови резултати упореде са резултатима једног ранијег истраживања, може се уочити да су добијени слични подаци, односно да адолесценти из енклава показују виши степен депресивности (Ђорђевић, 2009). Што се анксиозности тиче и ту има статистички значајних разлика, али у погледу заступљености категорија блага и умерена анксиозност, при чему је ова друга разлика значајна на нивоу $p < ,05$. У групи испитаника из енклава је већи проценат испитаника са благим, а у групи са севера КиМ са умереним нивоом анксиозности. Иако је у једном истраживању добијено да је анксиозности израженија код испитаника из енклава (Рањеловић и сар., 2009), у овом истраживању подаци показују да је више оних са благом анксиозношћу у енклавама, а оних са умереном на северу КиМ. Чини се као да се ове разлике у анксиозности сабирањем у укупан проценат испитаника са КиМ нивелишу и долазе на сличан ниво заступљености тих категорија који постоји у подзорку из Србије, те да зато нема значајних разлика у анксиозности између група из Централне Србије и са КиМ.

Разматрањем добијене резултате у погледу депресивности и анксиозности, може се закључити да они нису у складу са првобитним очекивањима. Ранији емпиријски подаци су наводили на претпоставку да се, зависно од места боравка и услове живота у тим местима, могу очекивати и разлике у депресивности и анксиозности код испитаних адолесцената. Такође, неки истраживачи (Aneshensel & Sucoff, 1996; Richman et al., 2008) су закључили да што је окружење, у коме адолесценти одрастају, у већој мери угрожавајуће, то су учесталији симптоми депресивности, анксиозности и поремећаја понашања. Међутим, подаци добијени у овом истраживању сугеришу да средински услови живота нису значајан фактор за развој обележја депресивности и анксиозности. Ако има неких разлика, оне су мале или се јављају само у неким категоријама, а понекад су и супротног смера. Неки подаци из наше средине (Институт за јавно здравље Србије, 2008) су, на пример, показали да је у периоду 1999. до 2002. године растао број менталних поремећаја у Србији, а подаци из 2006. да је дошло до опадања њиховог броја. Могуће је да је дошло до адаптације на промене у Србији и послератне услове. Приликом разматрања депресивности и анксиозности морамо узети у обзир да су то поремећаји који су у већој мери повезани са личном сфером живота, животним догађајима и

значајним животним променама (Зотовић, 2005); сасвим је очекивано да су неповољни животни услови у већој мери провоцирали те животне догађаје и посредно утицали на повећање стопе депресивности. Међутим, ако је дошло до адаптације на постојеће дугогодишње животне околности онда је очекивано и да се смањио број животних догађаја провоцираних тим околностима, а који могу бити окидачи депресивности.

Интересантно је, онда, да се адаптација на услове живота не може применити као објашњење и у погледу изражености мера благостања. На основу оваквих резултата једино се може претпоставити да су фактори који утичу на позитивно ментално здравље и јављање менталних поремећаја различити; а опет, из тога следи да они нису полови једне исте димензије већ два различита, повезана фактора. Дакле, ови резултати се могу тумачити као потврда двофакторске теорије менталног здравља и менталне болести (Keyes & Lopez, 2002).

Разлике у степену изражености ризичног понашања зависно од места становања нису биле статистички значајне. Овакав резултат би се могао објаснити потенцијалним дејством неких протективних фактора. Наиме, као што се дезорганизована средина и доступност наркотика и оружја сматрају ризичним факторима, тако се у литератури наводе и различити заштитни фактори (Гадић, 1994, према Љубичић, 2010): позитивне особине личности, везаност за родитеље, школско постигнуће, религиозност, вредности и други. Могуће је да је неки од ових или других заштитних фактора имао амортизујућу улогу и тако поништио дејство критичних фактора.

Релације између компоненти менталног здравља и изражености обележја депресивности, анксиозности и ризичног понашања. Смер и интензитет повезаности између компоненти позитивног менталног здравља и депресивности, анксиозности и ризичног понашања такође су биле предмет интересовања у овом истраживању, као и могућност да се компоненте позитивног менталног здравља третирају као предиктори депресивности, анксиозности и ризичног понашања.

Добијени резултати показују да су емоционално, психичко и социјално благостање повезани са депресивношћу и анксиозношћу. Та повезаност је ниског до умереног интензитета и негативног смера. Ови резултати су у складу са очекивањима и подацима добијеним у другим истраживањима (Keyes, 2005, 2008; Ryff & Keyes, 1995). Ове мере благостања уједно су и значајни предиктори

анксиозности и депресивности. На основу емоционалног, психичког и социјалног благостања може се предвидети око једна четвртина варијансе изражености симптома депресивности и око 12% варијансе изражености симптома анксиозности.

Ниска и релативно блага повезаност између индикатора позитивног менталног здравља и индикатора психопатологије представљала је полазну тачку за разматрање двофакторске теорије менталног здравља и менталне болести. Она се може, у одсуству других мера, тумачити као подршка идеји да присуство симптома болести не мора значити одсуство благостања и обрнуто, да одсуство симптома менталне болести не мора значити присуство благостања и среће (Diener et al., 1997; Keyes & Lopez, 2002). Резултати регресионих анализа које су спроведене на подацима добијеним у овом истраживању такође подражавају ту идеју; велики проценат варијансе депресивности и анксиозности мора бити објашњен другим детерминантама.

С друге стране, једина мера благостања са којом ризично понашање значајно корелира у овом истраживању јесте психичко благостање. Добијена корелација има негативан предзнак, али је веома ниска. Истраживачи из области позитивног развоја у адолесценцији (Vesely et al., 2004; Zimmerman et al., 2008) сматрају да позитивни процеси и стање благостања могу бити фактори који делују протективно у односу на ризично понашање у адолесцентном добу. Међутим, у овом истраживању благостање готово да није било повезано са ризичним понашањем. Такође, регресиони модел, у коме су три типа благостања претпостављена као предиктори ризичног понашања, није се показао као значајан. И други емпиријски подаци сугеришу неједнозначан однос благостања и ризичног понашања. На пример, слично резултатима који су добијени у овом истраживању, и у истраживању Шварца и сарадника (Schwartz et al., 2011), емоционално благостање није било повезано са инциденцијом ма ког облика понашања ризичног по здравље, али је психичко благостање корелирало негативно и значајно. У једном истраживању у Јужној Африци (Routledge, 2007) добијени су резултати који указују на то да више психичко благостање и задовољство животом значе мањи степен ризичног понашања код адолесцената. Различити фактори могу бити узрок ових неједнозначних резултата, али су највероватнији разлози методолошке природе: у овим истраживањима су испитивани различити облици ризичног понашања и коришћени различити

инструменти. Ротлиц (Routledge, 2007) је, такође, испитивала и хипотезу о томе да културолошке разлике могу посредовати између благостања и злоупотребе дрога.

Интересантно је напоменути и да су понашање ризично по здравље и израженост симптома депресивности и анксиозности негативно повезани, али су и те корелације, иако значајне, прилично ниске. Сличне резултате добили су и други истраживачи - како у погледу анксиозности (Auerbach et al., 2012; van Hamel et al., 2007) тако и депресивности (Allen et al., 2006). Претпоставља се да улажење у неки облик ризичног понашања помаже тренутном ослобађању од нелагоде коју носе симптоми депресивности и анксиозности.

Однос благостања, изражености симптома депресивности, анксиозности и ризичног понашања и општег психосоцијалног функционисања адолесцената. Следећи циљ је био испитати релације компоненти позитивног менталног здравља, депресивности, анксиозности и ризичног понашања у односу на неке мере општег функционисања адолесцената. Као мере општег психосоцијалног функционисања процењиване су следеће варијабле: задовољство породицом, академски успех, број блиских пријатеља, самопроцена физичког здравља, дневни број сати на Интернету и начин провођења слободног времена.

Појединачне мере благостања, као и укупно позитивно ментално здравље значајно су позитивно повезани са задовољством породицом. Иако те корелације нису снажне оне нам указују на значај задовољства породицом као корелата благостања и позитивног менталног здравља код испитаника. У неким истраживањима (Gomez, 2011; Vandeleur et al., 2009) задовољство породицом је позитивно корелирало са емоционалним благостањем; у другима је породична кохезија била позитивно повезана са задовољством животом и благостањем појединаца (Kager et al., 2000; Manzi et al., 2006).

Задовољство породицом негативно је повезано са мерама депресивности, анксиозности и ризичног понашања. Чини се да породица представља систем подршке који има улогу буфера и посредује између свакодневних животних догађаја и јављања обележја депресивности и анксиозности. Ова претпоставка је подржана и резултатима неких страних истраживања (Bellin et al., 2010; Ghamari, 2012; Nan et al., 2012).

Резултати овог истраживања указују на то да је академски успех позитивно повезан са психолошким и социјалним благостањем и укупним позитивним

менталним здрављем, а није значајно повезан са емоционалним благостањем. Овакав резултат може се разумети у светлу поделе благостања на хедонистички и еудаимонистички аспект; академско постигнуће може бити део остварења личних потенцијала и могућности и, као такав, бити повезан са оним типовима благостања који се тичу самореализације.

С друге стране, опажање сопствене позиције у друштвеном кругу, регистровано као број блиских пријатеља, повезано је само са емоционалним благостањем. Иако можемо замислити да осећање среће и задовољства животом може бити повезано са бројем блиских пријатеља, остаје нејасно зашто је изостала повезаност са психичким и социјалним благостањем, тим пре што психичко благостање као један од шест аспеката садржи и позитивне односе са другима, а социјално благостање надилази индивидуални ниво благостања и обухвата сферу друштва. Можда је разлог томе тај што је психичко благостање знатно шири конструкт од позитивних односа са другима, а социјално благостање није базирано на топлим односима са блиским пријатељима, већ на односе са широм заједницом и друштвом као целином. У сваком случају, резултати који указују на повишен ниво среће и задовољства код адолесцената који имају шири круг блиских пријатеља добијени су и у другим истраживањима (Ellison, 1990; Keyes, 2006; Larson, & Richards, 1991; Requena, 1995).

Опажање величине мреже блиских пријатеља повезано је и са депресивношћу адолесцената; та повезаност је негативног карактера и спада у ред ниских корелација. Ипак, она нам указује на то да позитивније опажање броја блиских пријатељстава може значити ниже скорове депресивности адолесцената. Блиска пријатељства се опажају као подршка и ослонац, а у адолесцентном периоду су посебно важна јер штите од усамљености (Lacković-Grgin, 2006). Повезаност депресивности и опажања себе у социјалном кругу потврђена је и у другим истраживањима (Бугарски и сар., 2008; Gore, 2007; La Greca & Moore-Harrison, 2005). Ти налази иду у прилог тези да број и квалитет пријатељстава могу значити нижи степен депресивности испитаника. Међутим, тај однос може бити и обрнут; Фиелд и сарадници су закључили да се депресивни адолесценти изјашњавају о мањем броју пријатеља у односу на недпресивне (Field et al., 2001), а Клајн и срадници да дистимични адолесценти чак и након опоравка негативно опажују социјалну подршку у односу на оне без поремећаја расположења (Klein et al., 1997).

Физичко здравље адолесцената позитивно је повезано са свим типовима благостања, а негативно са израженошћу обележја депресивности и анксиозности. Нека ранија истраживања су показала да је позитиван афекат (као компонента емоционалног благостања) позитивно повезан са физичким здрављем, а негативно са симптомима физичке болести (Dua, 1994; Pettit et al., 2001; Roysamb et al., 2003). Такође, самореализација, мерена Скалом психичког благостања, била је позитивно повезана са физичким здрављем и негативно повезана са различитим физичким симптомима (Lindfors & Lundberg, 2002; Miquelon & Vallerand, 2008). Иако однос благостања и физичког здравља може бити обостран, тј. субјективно благостање може оснажити организам тако да буде отпорнији на различите изазове и физичко здравље може бити основа осећања среће и задовољства, неки истраживачи из ове области су склонили првом тумачењу. Наиме, они (нпр. Miquelon & Vallerand, 2008) полазе од идеје да психолошки процеси, попут самореализације, могу посредовати између стресних околности и исхода у области физичког здравља.

Опажање сопственог физичког здравља повезано је и са израженошћу симптома депресивности и анксиозности. Заснована на идеји да продужени негативан афекат може довести до маладаптивног гледишта и начина реаговања на свет уопште, па последично и до нежељених кардиоваскуларних и неуроендокриних одговора и болести (према Vandervoort, 1995), многа истраживања су истакла везу између физичког здравља и депресивности и анксиозности. Психијатријска и медицинска литература потврђује високу преваленцију депресивности међу соматским пацијентима и високу преваленцију соматских поремећаја међу депресивним пацијентима (Fielding, 1991; Wells et al., 1991). Међутим, истраживања о повезаности субјективног опажања физичког здравља, депресивности и анксиозности код адолесцената су веома ретка. Ипак, у једном истраживању у Шведској (Wiklund et al., 2012), добијена позитивна корелација између субјективног опажања проблема у физичком здрављу и симптома депресивности и анксиозности. Овакви резултати нису изненађујући ако имамо у виду да су неки симптоми депресивности и анксиозности соматске природе, односно да подсећају на неке проблеме са физичким здрављем (кардиоваскуларни симптоми, гастроинтестинални симптоми, губитак телесне масе и слично).

У овом истраживању испитане су и релације између просечног броја сати које испитаници у току једног дана проведу на Интернету и мера благостања,

депресивности, анксиозности и ризичног понашања. Просечно дневно време проведено на Интернету позитивно је повезано са емоционалним, а негативно са психичким благостањем. Чини се да Интернет младима пружа одређен степен среће и задовољства, највероватније задовољавајући њихову потребу за дружењем, интимношћу и осећањем личне вредности кроз контакте остварене на друштвеним мрежама. Ипак, та повезаност је веома мала и постоји могућност да је до ње дошло случајно, тако да на основу те корелације закључке треба изводити са извесном опрезношћу. Међутим, повезаност са психичким благостањем је негативна. Може се претпоставити да је до ове разлике дошло управо због различитог концепта емоционалног и психичког благостања. Могуће је да особе са вишим психичким благостањем (осећањем личног раста, контроле над околином, позитивним односима са другима, аутономијом итд.) имају мању потребу да своје време проводе на Интернету и тако надокнађују недостатке из реалног живота. Мета-анализом 40 студија у којима је испитивана релација употребе Интернета и психичког благостања, Хуанг (Huang, 2010) је дошао до закључка да су просечне корелације релативно мале, а да однос зависи и од начина на који се Интернет користи, разлога за коришћење итд.

Време које адолесценти проведу на Интернету позитивно је повезано са степеном ризичног понашања. Иако није пронађена ниједна студија која директно испитује повезаност између дневне употребе Интернета и ризичног понашања, добијени резултат би се могао повезати са резултатима једног канадског истраживања. У њему је испитивано време које адолесценти проведу за неким екраном (компјутер, телевизор) и повезаност са мултиплим ризичним понашањем. Аутори ове лонгитудиналне студије (Carson et al., 2011) су добили податак да је време проведено за рачунаром повезано са око 50% повећаног степена ризичног понашања. Ови резултати су у складу са теоријом мултиплог ризика (Jessor, 1991), по којој постоји тенденција да се ризична понашања јављају заједно. Добијени резултат би се могао бисмо објаснити и учењем по моделу (према Carson et al., 2011) јер Интернет обилује садржајима који промовишу различите облике ризичног понашања.

Зависно од тога да ли испитаници проводе слободно време на пасиван или активан начин, добијене су значајне разлике у степену изражености симптома депресивности, анксиозности и ризичног понашања. Особе које пасивно проводе

своје слободно време показале су виши ниво депресивности, анксиозности и ризичног понашања. Иако нису пронађена друга истраживања која су се бавила овим релацијама, могу се претпоставити неки могући разлози добијених повезаности. Једна могућност јесте да облици пасивног провођења слободног времена (изласци, телевизија, спавање) представљају начин да се појединци изборе са нелагодом коју носе депресивност и анксиозност. Неки облици пасивног провођења слободног времена, попут спавања, могу бити знак субјективног умора и обележје депресивног расположења. Даље, неки облици активног провођења слободног времена, попут шетње природом или бављења спортом, подразумевају физичку активност која може смањити ниво депресивности и анксиозности. Ови облици провођења слободног времена се сматрају и чиниоцима здравог стила живота и као такви су једини начини провођења слободног времена који су испитивани у релацији са депресивношћу и анксиозношћу (Dunn et al., 2001; Pasco et al., 2011). Начин провођења слободног времена је имао највећи ефекат на ризично понашање. Слични резултати су добијени у једној хрватској студији (Raboteg-Šarić et al., 2002), где је слободно време проведено у „изласцима и забави“ било позитивно повезано са употребом алкохола и дрога. Неструктурирано слободно време се сматра једним од важних етиолошких чиниоца настанка ризичног понашања (Љубичић, 2010).

Демографске варијабле као чиниоци разлика у изражености индикатора менталног здравља, менталне болести, ризичног понашања и општег психосоцијалног функционисања адолесцената. Према подацима добијеним у овом истраживању, адолесценткиње су показале виши ниво психичког и социјалног благостања и укупног позитивног менталног здравља у односу на испитанике мушког пола. Како су у овом истраживању рачунати само укупни скорови психичког и социјалног благостања, тако се могу правити само условна поређења са подацима других истраживања. У истраживању Рифове и Киза (Ryff & Keyes, 1995), једина значајна разлика је добијена у погледу позитивних односа са другима, у смислу да су жене имале више скорове од мушкараца. Испитујући укупно ментално здравље на категоријалан начин, Киз (Keyes, 2002) је добио резултате који указују на то да мушкарци имају боље позитивно ментално здравље од жена. У другом истраживању исти аутор (Keyes, 2007) је добио податке да су мушкарци бољег позитивног менталног здравља само у у оквиру узорка Афро - Американаца, док у групи белаца мушкарци и жене имају исти ниво позитивног менталног здравља. Дакле, постојећи

резултати нису једнозначни у погледу утицаја полних разлика на дистрибуцију различитих аспеката благостања.

Адолесценткиње у овом узорку су показале и значајно виши ниво анксиозности у односу на младиће. Овакав резултат је добијен и у другим истраживањима, са различитим мерама анксиозности (Малић, 2011; Moser et al., 2003). Међутим, иако је у јавности устаљено мишљење да жене доживљавају виши степен анксиозности од мушкараца, емпиријски подаци нису једнозначни. У неким истраживањима су добијене значајне разлике, а у другима нису (за преглед истраживања видети Madden et. al, 2000). У овом узорку, могући чинилац разлика може бити устаљеност родне улоге жене као емоционалније у односу на мушкарце. У нашој култури мушкарцима се у већој мери приписују обележја снажнијег пола, коме је у већој мери својствена борбеност, одважност, неемоционалност и слично. Мушкарци у нашем узорку су показали знатно виши степен ризичног понашања, што може бити у складу са наведеним родним улогама. У истраживању које су спровеле Обрадовић и Динић (2010), мушки пол је био значајан предиктор свих испитиваних типова ризичног понашања. У нашој култури, ризично понашање не само да је својственије младићима него девојкама, већ се и толерише у већем степену.

Значајне разлике између испитаника мушког и женског пола добијене су и у погледу изражености мера општег психосоцијалног функционисања. Разлике су најизраженије у погледу академског успеха. Адолесценткиње су имале бољи успех у школи и на студијама. Слични резултати су добијени на средњешколском узорку (Јовановић и Јерковић, 2012). Девојке су изразиле и веће задовољство сопственом породицом, што је у складу са социјалном улогом жене која је приврженија породици и васпитањем у нашој средини. Слични резултати добијени су и у другим истраживањима (Минић и сар., 2011; Опсеница-Костић, 2007). Младићи су позитивније опажали своју позицију у кругу пријатеља, имали боље физичко здравље и више времена проводили „сурфујући“ на Интернету. Елкинс и Петерсон (Elkins & Peterson, 1993) су прегледом ранијих истраживања закључили да се мушкарци и жене не разликују у квантитативном и квалитативном вредновању својих пријатељстава, али да постоји обичај да се мушка пријатељства сматрају снажнијим. Чини се да у нашој средини младићи позитивније опажају мрежу својих пријатељстава. У неким истраживањима (Auket et al., 1988) је нађено да испитанице

преферирају мањи број квалитетнијих пријатељстава, па би и то могао бити чинилац добијених разлика. Што се тиче физичког здравља и у другим истраживањима су се жене у већој мери жалиле на проблеме са физичким здрављем (Kessler et al., 1993; Waldron, 1982, према Davidson et al., 2006). Коначно, младићи проводе више времена дневно на Интернету. Овај податак је у складу са оним објављеним од стране Републичког завода за статистику (2011).

Узраст се такође показао као значајна детерминанта психичког, социјалног и укупног благостања, депресивности и анксиозности испитаника. Старији испитаници су имали израженије психичко и социјално благостање и укупно позитивно ментално здравље. Ове две групе испитаника које се налазе у средњој, односно позној адолесценцији до сада нису биле упоређиване у погледу нивоа благостања. Међутим, ако погледамо Кизова истраживања (Keyes, 2002, 2006) у којима је испитивао одрасле испитанике и адолесценте, он је већи проценат особа са потпуним менталним здрављем нашао у адолесцентном узорку (40% наспрам 17%). У једном истраживању утицаја година на ментално здравље и менталну болест, аутори (Westerhof & Keyes, 2010) су испитивали узорак особа старијих од 18 година и добили резултате који показују да са порастом година има мање менталних болести, а ниво менталног здравље се не разликује. Старији испитаници су имали више емоционално, ниже психичко и једнако социјално благостање као и одрасли. У овом (српском) узорку, старији и млађи испитаници су имали исти ниво емоционалног благостања, док су старији имали више психичко и социјално благостање. Овај резултат је у складу са налазима који говоре у прилог независности емоционалног благостања од демографских карактеристика и животних околности (Argyle, 1999, према Lucas & Donnellan, 2007). С друге стране, психичко и социјално благостање у већој мери представљају производ самовредновања у личном и социјалном домену. Знамо да је период средње адолесценције (млађа група до 19 година) турбулентнији и представља период у коме млади још увек трагају за одговорима ко су и каква је њихова позиција, док је период позне адолесценције сталоженији (Zarrett & Eccles, 2006). На старијем узрасту млади теже већој независности и контроли над сопственим животом. Сви ови процеси могу довести до вишег нивоа психичког и социјалног благостања у позној адолесценцији у односу на средњи период. Вестерхоф и Киз (Westerhof & Keyes, 2010) су добили податак да се код одраслих са порастом година смањује степен јављања менталних болести. И у

овом, адолесцентном узорку, симптоми депресивности и анксиозности су заступљенији на млађем узрасту. Можда је овакав резултат показатељ још једног аспекта адолесценције као турбулентног, кризног периода.

Разлике у нивоу изражености мера благостања и депресивности добијене су и у односу на материјални статус испитаника. Испитаници бољег материјалног статуса имају више емоционално благостање, а разлике су добијене између свих група. То значи да са порастом економског статуса породице расте ниво позитивног афекта и задовољства животом. Ови резултати су подржани резултатима многих других истраживања (Diener et al., 1993; Diener et al., 1995; Veenhoven, 1991). Када говоримо о психичком и социјалном благостању издваја се група испитаника са материјалним статусом испод просека са нижим психолошким благостањем у односу на групе са просечним и надпросечним материјалним статусом. Исти однос имамо и када је реч о укупном позитивном менталном здрављу; али оно представља композитни скор и добијене разлике су највероватније настале као последица разлика у психичком и социјалном благостању. Подаци који говоре у прилог претпоставци да је социо-економски статус повезан са психолошким благостањем добијени су и у другим истраживањима (Kaplan et al., 2008; Mcleod & Owens, 2004). Такође, Киз (Keyes, 1998) је сматрао да су материјални статус и образовање важне детерминанте социјалног благостања одраслих, а емпиријски подаци су потврдили да са порастом економског статуса расте и ниво опаженог социјалног благостања (Shapiro & Keyes, 2008). Међутим, изгледа да та повезаност код адолесцената није константна, односно да се разликују само они који опажају материјални статус своје породице као врло неповољан и врло повољан.

Код испитаника са нижим материјалним статусом добијена је и већа израженост симптома депресивности у односу на испитанике са високим материјалним статусом. Ови резултати су добијени и у другим истраживањима (Ђорђевић, 2009; Штула, 2004). Чини се да депресивност у већој мери карактерише особе које живе у оскудици, зависе од хуманитарне помоћи или једва задовољавају најосновније егзистенцијалне потребе. Међутим, треба узети у обзир да је у овом истраживању испитиван испитаников субјективни доживљај материјалног статуса, а он не мора одсликавати реално материјално стање његове породице, већ може зависити од жеља и аспирација (Васовић, 2003).

Зависно од материјалног стања испитаника, значајне разлике су добијене и у погледу задовољства породицом и опажања сопствене позиције у друштвеном кругу. У оба случаја, разлике су добијене између свих група: што је виши материјални статус, то су испитаници задовољнији својом породицом и позитивније опажају своју позицију у кругу пријатеља. Значајна повезаност између задовољства породицом и материјалног статуса добијена је и у другим истраживањима (Eroğlu et al., 2009; Stjepanović-Zaharijevski et al., 2004). Чини се да је материјални статус породице адолесцената повезан и са њиховим опажањем мреже блиских пријатеља. Један од могућних разлога томе јесте што млади са лошим материјалним статусом немају довољно времена за дружење, јер имају више обавеза због економских проблема породице. Други разлог би могао бити тај да они просто немају довољно новца за уобичајено дружење. Већ смо видели да највећи број младих слободно време проводи у изласцима с пријатељима, а то је у условима економске кризе велики издатак за породицу. У једном истраживању (Gürsoy & Viçakçi, 2006) је добијен податак да са опадањем материјалног статуса породице расте усамљеност адолесцената.

Завршно разматрање о значају високог позитивног менталног здравља. На крају дискусије добијених резултата важно је истаћи добијене податке који указују на важност унапређења позитивног менталног здравља код адолесцената.

Најпре треба упоредити заступљеност неких категорија депресивности и анксиозности у групама испитаника са различитим нивоима позитивног менталног здравља. Наиме, чак две трећине адолесцената са менталним здрављем „у стагнацији“ показује неки значајан ниво депресивности; у групи са умереним менталним здрављем таквих је једна трећина, док је у групи са менталним здрављем „у процвату“ тек 13% оних са значајним нивоом депресивности. Када говоримо о вишим категоријама депресивности, таквих испитаника је три до четири пута више у групи са менталним здрављем „у стагнацији“ него у групи са умереним менталним здрављем, а чак десет пута више него у групи са менталним здрављем „у процвату“. Тај однос се може илустровати и на примеру симптома анксиозности. Пошто аритметичка средина скорa анксиозности у укупном узорку спада у категорију блага анксиозност, овде можемо разматрати само њене израженије нивое. Више од половине адолесцената „у стагнацији“ показује знаке умерене до озбиљне анксиозности; у групи са умереним менталним здрављем тај проценат износи 24%, а

у групи „у процвату“ 9%. У групи адолесцената са ниским позитивним менталним здрављем је два пута више оних са израженом анксиозношћу него у групи са умереним менталним здрављема, а 6 пута више него у групи са високим позитивним менталним здрављем. Дакле, са порастом нивоа позитивног менталног здравља вишеструко опада заступљеност значајних нивоа депресивности и анксиозности. Даље, позитивно ментално здравље је негативно повезано са ризичним понашањем адолесцената, а позитивно са задовољством породицом, школским и академским успехом, опажањем броја блиских пријатеља и сопственог физичког здравља.

Дакле, може се закључити да је висок ниво позитивног менталног здравља повезан са мањом заступљеношћу симптома депресивности и анксиозности и мањим степеном ризичног понашања, а позитивно повезан са пожељним карактеристикама психосоцијалног функционисања у домену породице, школе и пријатељстава. Као такво, позитивно ментално здравље је неопходно поставити као циљ превентивних програма, јер само „спречавање настанка менталних болести и њихово лечење неће довести до повећања броја ментално здравих појединаца“ (Keyes, 2002, стр. 220).

Ограничења студије и препоруке за будућа истраживања. Пре него што се на основу добијених резултата и дискусије изведу неки закључци у вези Кизовог модела менталног здравља, менталног здравља адолесцената у нашој средини, њиховог ризичног понашања и општег психосоцијалног функционисања, потребно је указати на нека ограничења овог истраживања и дати препоруке за неке друге студије из ове области у нашој средини.

Ово истраживање има неколико ограничења методолошке природе. Прво ограничење се тиче репрезентативности узорка. Иако се приликом одабира учесника истраживања водило рачуна да буду укључени адолесценти из различитих места, како на КиМ, тако и у централној Србији, ипак средине из којих они долазе нису репрезентативне. На КиМ су то мањи градови на северу КиМ и варошице са југа. Дакле, иако та места нису посебно велика и урбана, она ипак представљају места у којима је концентрисан највећи проценат српског становништва на КиМ. Међутим, испитаници који долазе из мањих места или из типичне сеоске средине обухваћени су истраживањем само ако иду у школу у тим већим местима или студирају у Косовској Митровици. Исти је случај и са испитаницима из централне Србије. Истраживањем су обухваћени већи градови, а адолесценти из мањих места или са села су укључени у истраживање само ако похађају школу у овим већим градовима

или студирају у Крагујевцу. Дакле, узорак је сачињен само од средњошколаца или студената који живе или се школују у већим срединама. Даље, узрасна група „позни адолесценти“ састављена је само од студената; њоме нису обухваћи они који нису ишли на студије већ су се одлучили на запослење, заснивање породице и слично. Дакле, пошто је узорак пригодан, генерализације се морају вршити опрезно. Ипак, величина узорка нам дозвољава да изводимо неке претпоставке и закључке са одређеним степеном сигурности.

Друго важно ограничење студије је то што су узорком обухваћени само адолесценти српске националности, а у „српским“ срединама на КиМ, као и у централној Србији живе и припадници других националности.

Такође, узорком није обухваћена једна, релативно велика, група студената који живе у Србији, а студирају у Косовској Митровици. Иако би било интересантно добити податке и о овој групи и упоредити их са онима који живе на КиМ и студирају на КиМ и онима који живе у Србији и студирају у Србији, њих у узорку није било довољно да би се могла вршити одговарајућа поређења.

Друго, факторском анализом инструмента, којим је операционализован теоријски концепт који је тестиран у овом истраживању и од кога се пошло, нису се репликовали фактори претпостављени теоријом и издвојени у неким истраживањима у другим земљама. Сама чињеница да су у овом истраживању коришћени само укупни скорови благостања на изванредан начин осиромашује број добијених података. Осим тога, коришћење само укупних скорова за психичко и социјално благостање условило је промену у процедури „дијагностиковања“ позитивног менталног здравља. Уместо да други критеријум за утврђивање нивоа позитивног менталног здравља буде висок/низак скор на најмање 6 од 11 аспеката психичког и социјалног благостања коришћен је укупан висок/низак скор психичког или социјалног благостања. Могуће је да је измењена процедура утврђивања нивоа позитивног менталног здравља довела до искривљене слике о благостању испитаних адолесцената. Међутим, преваленција категорија позитивног менталног здравља у овом узорку врло је слична оној у америчком узорку адолесцената, па нам то може послужити као аргумент да верујемо да промена поступка није у значајној мери изменила слику о благостању адолесцената у Србији.

Поузданости оригиналних скала којима је мерено психичко и социјално благостање нису биле задовољавајуће. После одбацивања ајтема који су умањивали

њихову поузданост, она је доведена на задовољавајући ниво. На тај начин је оригинални састав скале измењен у одређеној мери, али је такав поступак морао бити примењен како би унутрашња конзистентност скале била одговарајућа.

Још једно ограничење овог истраживања јесте што је испитивана само израженост симптома депресивности и анксиозности, а не и симптома других менталних поремећаја. Било би од великог значаја испитати и присуство симптома других поремећаја који обично имају почетак у овом узрасту.

Већ на основу наведених ограничења овог истраживања могу се дати препоруке за нека будућа. Ово истраживање је извршено на испитаницима чији се узраст може одредити као део средње адолесценције и касна адолесценција (WHO, 1986). Међутим, било би корисно испитати и друге старосне групе, како децу и млађе адолесценте тако и одрасле испитанике. Било би занимљиво испитати и како се позиционирају студенти који живе у Србији, а студирају у Косовској Митровици у погледу позитивног менталног здравља. Њихово место сталног боравка је у релативно стабилној и сигурној средини, а већи део времена проводе у средини чији је грађани доживљавају као угрожавајућу и где морају бити свесни сталног ризика и тензије.

Иако је у овом истраживању коришћена скала Континуум менталног здравља-дуга форма, последњих година се користи првенствено краћа форма те скале и већи део валидационих истраживања се најчешће врши помоћу краће форме. Можда би краћа форма скале, са репрезентативним ајтемима, имала боље метријске карактеристике и дала боље резултате. Такође, у неким будућим истраживањима би једноставније било користити неке инструменте који обухватају симптоме већег броја менталних поремећаја (попут ревидиране Симптом чек-листе, Derogatis, 1994). Такав инструмент би могао пружити потпуније податке, а однос позитивног менталног здравља и менталне болести би се боље могао проценити у светлу и других поремећаја, осим анксиозних и поремећаја расположења.

На крају, можда би се у будућим истраживањима задовољству породицом могла дати и значајнија улога него што је то урађено у овом. Наиме, оригиналан концепт Кизовог модела позитивног менталног здравља (Keyes, 2005a) обухвата емоционално, психичко и социјално благостање. Овај концепт је направљен узимајући у обзир неке индикаторе менталног здравља који су издвојени у различитим истраживањима у Америци. Можда су културолошке разлике између

нашег и америчког народа израженије него што се чини. На пример, емоционално и психичко благостање су претежно индивидуални конструкти, а социјално благостање се тиче ширег доживљаја друштвене сфере. Можда у нашој култури постоје индикатори благостања који се умећу између индивидуалног и социјалног, или су чак значајнији од социјалног благостања. Постоји могућност да би такав индикатор могла бити нека врста породичног благостања. Чини се да у нашој култури породица још увек представља значајан фактор среће и задовољства и да би по наше ментално здравље могло бити значајно да ли смо задовољни породицом, како је доживљавамо и како видимо њену будућност. Иако смо свесни да је Кизова намера била да трокомпонентним моделом позитивног менталног здравља уважи принцип једноставности, проширење модела за један или два индикатора не би у многоме нарушило тај принцип, а можда би омогућило потпуније сагледавање још неких релевантних фактора менталног здравља нашег народа.

7. ЗАКЉУЧАК

Основни циљ овог истраживања је био испитати поновљивост структуре Кизовог модела позитивног менталног здравља и, потом, проценити да ли се адолесценти са сталним боравком на КиМ разликују од адолесцената из централне Србије у погледу индикатора позитивног менталног здравља, изражености симптома депресивности и анксиозности, ризичног понашања и неких индикатора општег психо-социјалног функционисања.

На основу добијених резултата и њиховог сагледавања у односу на друга истраживања из ове области може се закључити да се модел позитивног менталног здравља, које се састоји из емоционалног, психичког и социјалног благостања, показао као добар модел за процену овог аспекта менталног здравља код адолесцената српске националности. Користећи овај модел испитано је и да ли концепт менталног здравља као потпуног стања одговара подацима добијеним на адолесцентима српске националности. Резултати конфирмативне факторске анализе су показали да модел потпуног менталног здравља (синдрома менталног здравља) одлично одговара добијеним подацима. Међутим, добијена повезаност између латентних фактора здравља и болести је довољно висока, па је тестиран и алтернативни модел, којим се разматра могућност да иза свих индикатора менталног здравља и поремећаја стоји један латентни фактор. Како је и тај модел био довољно добар, извршена су различита поређења и, на основу критеријума који су препоручени у литератури, може се закључити да је двофакторски модел значајно бољи, односно да се двофакторски модел може усвојити као модел којим ћемо боље и потпуније сагледати област менталног здравља адолесцената у нашој средини. У прилог томе иду и други резултати: ниске до умерене линеарне корелације између мера благостања и мера депресивности и анксиозности, као и релативно мали проценти варијансе депресивности и анксиозности који се могу предвидети помоћу три типа благостања. Ови налази могу имати значајне импликације посебно у области превенције и унапређења менталног здравља младих.

Ово истраживање је, такође, показало да адолесценти са КиМ имају ниже позитивно ментално здравље у односу на адолесценте из централне Србије. Заправо, у групи адолесцента са КиМ је било значајно мање оних са менталним здрављем „у процвату“. Међутим, подаци из литературе сугеришу да је сваки ниво позитивног менталног здравља, нижи од највишег („у процвату“), повезан са већим степеном дисфункционалности и ризика. И резултати овог истраживања говоре у прилог томе. Са опадањем нивоа позитивног менталног здравља вишеструко се повећава проценат адолесцената са анксиозним и депресивним симптомима, опада задовољство породицом и школски успех; смањује се број блиских пријатељстава, а повећава број сати проведених на Интернету. И на крају, физичко здравље се опажа као угроженије. Зато је важно радити на унапређењу позитивног менталног здравља младих како би се помогло оснаживање њихових капацитета за суочавање са разним животним догађајима. Разлике између адолесцената са КиМ и адолесцената из Централне Србије нису изражене у погледу емоционалног, већ психичког и социјалног благостања. Дакле, психичко благостање које се тиче остваривања личних потенцијала у различитим аспектима и социјално благостање које се тиче интегрисаности и вере у заједницу и друштво мање су изражени код адолесцената на КиМ. Изгледа да су ови типови благостања највише погођени разликама у условима у којима су млади са КиМ одрастали и у којима и данас живе.

Будућа истраживања из ове области би могла да допринесу расветљавању и других фактора значајних за позитивно ментално здравље младих, узимајући у обзир потребу за једноставним, али и обухватним моделима.

ЛИТЕРАТУРА

- Abbott-Chapman, J., Denholm, C., & Wyld, C. (2008). Gender differences in risk taking: Are they diminishing? *Youth and Society*, 40(1), 131-154.
- Alexander, F., & Selesnic, S. T. (1966). *The history of psychiatry: An evaluation of psychiatric thought and practise from prehistoric times*. New York: Harper & Row.
- Allen, J. P., Porter, M., & McFarland, F. C. (2006). Leaders and followers in adolescent close relationships: Susceptibility to peer influence as a predictor of risky behaviour, friendship instability, and depression. *Developmental Psychopathology*, 18(1), 155-172.
- Allgood-Merten, B., Lewinsohn, P. M., & Hops, H. (1990). Sex differences and adolescent depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 55-63.
- Alvi, T., Assad, F., Ramzan, M., & Khan, F. A. (2010). Depression, Anxiety and Their Associated Factors Among Medical Students. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan*, 20(2), 122-126.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Andrews, F. M., & Withey, S. B. (1974). Developing measures of perceived life quality: Results from several national surveys. *Social Indicators Research*, 1, 1-26.
- Andrews, G., Hall, H., Teeson, M., & Henderson, S. (1999). *The Mental health of Australians, Report No. 2*. Canberra: Mental Health Branch, Commonwealth Department of Health and and Family Services.
- Aneshensel, C. S., & Sucoff, C. A. (1996). The Neighborhood Context of Adolescent Mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, 37, 293-310.
- Antonovsky, A. (1985). *Health, stress, and Coping*. London: Jossey-Bass Publishers.
- Antonovsky, A., & Sourani, T. (1988). Family sense of coherence and familyadaptation. *Journal of Marriage and The Family*, 50, 79-82.
- Анђелковић, В. (2008). Анксиозност и самопоштовање у контексту узраста, пола и професионалног усмерања. *Годишњак за психологију*, 5(6-7), 111-130.

- Arbuckle, J. L. (2005). *Amos for windows. Analysis of moment structures, version 6.0.* Spring House, PA: Amos Development Corporation.
- Auerbach, R. P., Kertz, S., & Gardiner, C. K. (2012). Predicting adolescent risky behavior engagement: The role of cognitive vulnerability and anxiety. *International Journal of Cognitive Therapy, 5*(3), 300-315.
- Aukett, R., Ritchie, J. & Mill, K. (1988). Gender differences in friendship patterns. *Sex Roles, 19*(1-2), 57-66.
- Бацковић, Д. (2010). Ментална хигијена: идеја и пракса у Србији. *Српски архив за целокупно лекарство, 138*(7-8), 526-531.
- Barry, M. M. & Jenkins R. (2007). *Implementing Mental Health Promotion.* Churchill Livingstone, Elsevier: Oxford.
- Barry, M. M. (2001). Promoting positive mental health: theoretical frameworks for practice. *International Journal of Mental Health Promotion, 3*, 25-43.
- Barry, P. B. (2002). *Mental health and mental illness.* New York: Lippincott.
- Beck, A. T., Rush A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression.* New York: Guilford.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II.* San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4*, 561-571.
- Bellin, M. H., Zabel, T. A., Dicianno, B. E. Levey, E., Garver, K., Linroth, R., & Braun, P. (2010). Correlates of depressive and anxiety symptoms in young adults with spina bifida. *Journal of pediatric psychology, 35*(7), 778-89.
- Bertolote, J. (2008). The roots of concept of mental health. *World Psychiatry, 7* (2), 113-116.
- Blais, M. R., Vallerand, R. J., Pelletier, L. G., & Briere, N. M. (1989). L'Echelle de satisfaction de vie: Validation Canadienne-Francaise du "Satisfaction With Life Scale" [French-Canadian Validation of the Satisfaction With Life Scale]. *Canadian Journal of Behavioral Science, 21*, 210-223.
- Bond, L., Thomas, L., Patton, G., & Catalano, R. (2000). *Improving the Lives of Young Victorians in our community: A Survey of Risk and Protective Factors.* Melbourne, Australia.

- Bouchard, Th. J., Jr., & Loehlin, J.C. (2001). Genes, evolution, and personality. *Behavior Genetics*, 31(3): 243-273.
- Божин, А. А. (2001). *Личност и стрес - осећај кохерентности и превладавање стреса у условима друштвене кризе*. Вршац: Виша школа за образовање васпитача.
- Bradburn, N. (1969). *The Structure of Psychological Well-being*. Chicago: Aldine.
- Бугарски, В., Сакач, В., & Водопивец, С. (2008). Социјална подршка и депресивност код пацијената са хроничном бубрежном инсуфицијенцијом на хемодијализном третману. *Актуелности из неурологије, психијатрије и граничних подручја*, XVI(3-4), 37-43.
- Бугарски, В., Сакач, В., Водопивец, С., & Сланкаменац, П. (2010). Повезаност димензија личности и депресивних обележја код пацијената на хемодијализи. *Медицински преглед*, LXIII(5-6), 305-312.
- Campbell, A. Converse, P. E., & Rodgers, W. L. (1976). *The quality of American life*. New York: Russell Sage Foundation.
- Campbell, A. (1981). *The sense of well-being in America*. New York: McGraw-Hill.
- Carson, V., Pickett, W., & Janssen, I. (2011). Screen time and risk behaviors in 10- to 16-year-old Canadian youth. *Preventive Medicine*, 52, 99-103.
- Cattan, M. (2006). Introduction. In M. Cattan & S. Tilford (Eds.), *Mental health promotion: A lifespan approach* (pp. 1-8). Berkshire, UK: Open University Press.
- Centre for Adolescent Health. Available at: http://www.doxa.org.au/wiki/images/6/6f/Improving_the_lives_of_young_Victorians.pdf, датум приступа 09.12.2012.
- Cheung, M. W-L. (2009). Workshop in Structural Equation Modeling (SEM). National University of Singapore, доступно на <http://courses.nus.edu.sg/course/psycwlm/internet/download/SEM2.pdf>, датум приступа 21.03.2013.
- Chida, Y., & Steptoe, A. (2008). Positive Psychological Well-Being and Mortality: A Quantitative Review of Prospective Observational Studies. *Psychosomatic Medicine*, 70(7), 741-756.
- Chwedorowicz, M. (1992). Psychic hygiene in mental health promotion. In D. Trent (Ed.), *Promotion of mental health, Vol. 1* (pp. 241-246). Avebury: Aldershot.
- Clark, D., Smith, M., Neighbors, B., Skerlec, L., & Randall, J. (1994). Anxiety disorders in adolescence: Characteristics, prevalence, and comorbidities. *Clinical Psychology Review*, 14(2), 113-137.

- Costa, P. T., McCrae, R. R., & Morris, A. H. (1981). Personal adjustment to aging: Longitudinal prediction from neuroticism and extroversion. *Journal of Gerontology*, 36, 78-85.
- Cowen, E. L., & Klmer, R. P. (2002). "Positive Psychology": Some plusses and some open issues. *Journal of Community Psychology*, 30(4), 449 – 460.
- Crawford, J. R., & Henry, J. D. (2004). The Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): Construct validity, measurement properties and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 245-265.
- Davidson, K. W., Trudeau, K. J., van Roosmalen, E., Stewart, M., & Kirkland, S. (2006). Gender as a Health Determinant and Implications for Health Education. *Health Education & Behavior*, 33(6), 731-743.
- Derogatis, L. R. (1994). *Symptom Checklist-90-Revised: Administration, scoring and procedures manual*, 3rd edition. Minneapolis: National Computer Systems, Inc.
- Diener E., Suh E., & Oishi S. (1997). Recent findings on subjective well-being. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 24(1), 25-41.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being, *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Diener, E., Diener, M., & Diener, C. (1995). Factors predicting the subjective well-being of nations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 851-864.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.
- Diener, E., Lucas, R. E., & Oishi, S. (2002). Subjective Well – Being: The Science of Happiness and Life Satisfaction, in Snyder, C. R. & Lopez, S. J. (Eds.): *Handbook of positive psychology*, pp. 63 – 73, New York: Oxford University Press.
- Diener, E., Sandvik, E., Seidlitz, L., & Diener, M. (1993). The relationship between income and subjective well-being: Relative or absolute? *Social Indicators Research*, 28, 195-223.
- Diener, E., Suh, E., & Oishi, S. (1997). Recent findings on subjective well-being. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 24, 25-41.
- Dimitrijevic, B. & Randelovic, D. (2012): Aggressiveness and susceptibility to stress in Serbian students from University of Nis and University of Pristina-Kosovska Mitrovica; *Світ соціальних комунікацій*, 7, 97-104.

- Dua, J. K. (1994). Comparative predictive value of attributional style, negative affect and positive affect in predicting self-reported physical health and psychological health. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 669-680.
- Dunn, A. L., Trivedi, M. H., & O'Neal, H. A. (2001). Physical activity dose-response effects on outcomes of depression and anxiety. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 33(6), 587-597.
- Elkins, L. E., & Peterson, Ch. (1993). Gender Differences in Best Friendships. *Sex Roles*, 29 (7/8), 497-508.
- Elliot, G. R., & Feldman, S. S. (1990). Capturing the Adolescent Experience. In: S. Sh. Feldman & G. R. Elliot (Eds.), *At the Treshold: The Developing Adolescent* (pp. 1-14) Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Ellis, A., & Becker, I. (1982). *A guide to personal happiness*. Hollywood, CA: Melvin Powers Wilshire Book Company.
- Ellison, C. G. (1990). Family Ties, friendships, and Subjective Well-being among Black Americans. *Journal of Marriage and Family*, 52(2), 298-310.
- Endler, N. S. (1980). Person - situation interaction and anxiety. In: I. L. Kutash & L. B. Schlesinger (Eds.), *Handbook of stress and anxiety: Contemporary knowledge, theory and treatment* (pp. 241-266). San Fransisco: Jossey - Bass.
- Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1990). State and trait anxiety, depression and coping styles. *Australian Journal of Psychology*, 42, 207-220.
- Eroğlu, S. E., Bozgeyikli, H., & Çalışır, V. (2009). Life Satisfaction Depending on Socio-Economic Status and Gender among Turkish Students. *Policy Futures in Education*, 7(4), 379-386.
- Essau, C. A. (2008). Comorbidity of addictive problems: Assesment and treatment implications. In C. A. Essau (Ed.), *Adolescent addiction: Epidemiology, assesment and treatment* (pp. 297-314), New York: Academic Press.
- Essau, C. A., Conradt, J., & Petermann, F. (2000). Frequency, comorbidity and psychosocial impairment of anxiety disorders in German adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 263-279.
- Evans, K. (2005). Historical foundation. In R. Elder, K. Evans, & D. Nizette (Eds.), *Psychiatric and mental health nursing* (pp. 28-44). Marrickville, NSW, Australia: Elsevier.

- Fava, G. A., Rafanelli, C., Cazzaro, M., Conti, S., & Grandi, S. (1998). Well-being therapy. *Psychological Medicine*, 28(2), 475-480.
- Fava, G. A., Rafanelli, C., Ottolini, F., Ruini, C., Cazzaro, M., & Grandi, S. (2001). Psychological well-being and residual symptoms in remitted patients with panic disorder and agoraphobia. *Journal of Affective Disorders*, 31, 899-905.
- Field, T., Diego, M., & Sanders, C. (2001). Adolescent depression and risk factors. *Adolescence*, 36, 491-498.
- Fielding, R. (1991). Depression and acute myocardial infarction: A review and reinterpretation. *Social Science and Medicine*, 32, 1017-1028.
- Fordyce, M. W. (1983). A program to increase happiness. *Journal of Counseling Psychology*, 30, 483-498.
- Frisch, M. B. (1998). Quality of life therapy and assessment in health care. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 19-40.
- Gallagher, M., Lopez, S., & Preacher, K. (2009). The hierarchical structure of well-being. *Journal of Personality*, 77, 1025-1050.
- Гајић-Драганић, С., & Стаменковић-Рудић, Б. (2004). Транзиција- изазов браку. У: Веселиновић, Ј. (ур), *Изазови породица, изазови породичних терапеута у времену транзиције*. Београд: Центар за породицу.
- Гачић, Б., Трбић, В., & Марковић, М. (2004). Функционисање породице у друштвеном контексту хроничне кризе у Југославији. У: Веселиновић, Ј. (ур), *Изазови породица, изазови породичних терапеута у времену транзиције*, Београд: Центар за породицу.
- George, J. M. (1991). Time structure and purpose as mediator of work-life linkages. *Journal of Applied Psychology*, 21, 296-314.
- Ghamari, M. (2012). Family Function and Depression, Anxiety, and Somatization among College Students. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 2(5), 101-105.
- Голубовић, Г. З. (2008). Историјски развој психопатологије и психијатрије. *Годишњак за психологију*, 5(6-7), 63-80.
- Голубовић, Г. З. (2011). *Психијатрија за психологе*. Ниш: Униграф.
- Gomez, K. L. (2011). Family Satisfaction, Ethnic Identity, and Subjective Well-Being Among Urban Youth. *Dissertations*, Paper 224. Доступно на http://ecommons.luc.edu/luc_diss/224, датум приступа 15.03.2013.

- Gore, K. A. (2007). *Social Integration and Gender Differences in Adolescent Depression: School Context, Friendship Groups, and Romantic Relations*. Dissertation, Austin: The University of Texas. Доступно на
- Greenspoon P. J., & Saklofske, D. H. (2001). Toward an integration of subjective well-being and psychopathology. *Social Indicators Research*, 54, 81-108.
- Guney, S., Kalafat, T., & Boysan, M. (2010). Dimensions of mental health: life satisfaction, anxiety and depression: a preventive mental health study in Ankara University students population. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 2, 1210-1213.
- Gürsoy, F., & Bıçakçı, M. Y. (2006). A study on the loneliness level of adolescents. *Journal of Qafqaz University*, 18, 140-146.
- Happel, B. (2007). Appreciating the importance of history: A brief historical overview of mental health, mental health nursing and education in Australia. *The International Journal of Psychiatric Nursing Research*, 12(2), 1439-1445.
- Hautzinger, M. (2002). *Depresija*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Headey, B. W., Kelley, J., & Wearing, A. J. (1993). Dimensions of mental health: Life satisfaction, positive affect, anxiety, and depression. *Social Indicators Research*, 29, 63-82.
- Hines, R. (1999). Ancient Indian Religion. The Vedas. Доступно на <http://www.wsu.edu/~dcc/ANCINDIA/VEDAS.htm> , датум приступа 01.07.2012.
- Horowitz, M. J., & Kaltreider, N. B. (1979). Brief therapy of the stress response syndrome. *Psychiatric Clinics of North America*, 2, 365-377.
- Horwitz, A. V., & Scheid, T. L. (1999). *A Handbook for the Study of Mental Health: Social Contexts, Theories, and Systems*. UK: Cambridge University Press.
- Hosseinkhanzadeh, A. A., & Taher, M. (2013). *The Relationship between Personality Traits with Life Satisfaction*, *Sociology Mind*, 3(1), 99-105.
- Hoyle, R. H. (2012). *Handbook of Structural Equation Modeling*. New York: Guilford Press.
- <http://repositories.lib.utexas.edu/bitstream/handle/2152/3220/gorek62971.pdf?sequence=2>, датум приступа 16.03.2013.
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1995). Evaluating model fit. In R. H. Hoyle (Ed.), *Structural equation modeling: Concepts, issues and applications* (pp. 76–99). London: Sage Publications.

- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indices in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modelling*, 6, 1–55.
- Hu, Sh. (2007). *Akaike information criterion*. Raleigh: Center for Research in Scientific Computation, North Carolina State University. Доступно на <http://www4.ncsu.edu/~shu3/Presentation/AIC.pdf> , датум приступа 09.03.2013.
- Huang, Ch. (2010). Internet Use and Psychological Well-being: A Meta-Analysis. *Cyberpsychology, behavior, and social networking*, 13(3), 241-249.
- Ignjatović-Ristić, D., Hinić, D., & Jović, J. (2012). Evaluation of the Beck Depression Inventory in a Nonclinical Student Sample. *West Indian Medical Journal*, 61(5), 489-493.
- Ilišin, V. (2002). Interesi i slobodno vrijeme mladih. U V. Ilišin i F. Radin (ur.) *Mladi uoči trećeg milenija*, Zagreb: Institut za društvena istraživanja.
- Институт за јавно здравље Србије „др Милан Јовановић Батут“ (2008). Здравље становника Србије - аналитичка студија 1997-2007. Београд: Институт за јавно здравље Србије.
- Irwin, C. E. Jr., & Vaughan, E. (1988). Psychosocial context of adolescent development: Study group report. *Journal of Adolescent Health Care*, 9(6), 11-19.
- Ishizuka, Y. (1988). Lifetrack Therapy. *Psychiatric Journal University Ottawa*, 13(4), 197-207.
- Jackson, C. A., Henderson, M., Frank, J. W., & Haw, S. J. (2012). An overview of prevention of multiple risk behaviour in adolescence and young adulthood. *Journal of Public Health*, 34(S1), 31 - 40.
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. New York: Basic Books.
- Janssen (2007). *History of mental illness*. Доступно на http://mental_wellness.com/mental_wellness/sch_history.html#top , датум приступа 01.07.2012.
- Jay, V. (2000). The legacy of Jean-Martin Charcot. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*, 124(1), 10-11.
- Jessor, R. (1998). New Perspectives on Adolescent Risk Behavior. In: R. Jessor (Ed.), *New Perspectives on Adolescent Risk Behavior* (pp. 1-10). Cambridge: Cambridge University Press.
- Jessor, R., (1991). Risk behavior in adolescence: a psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*, 12, 597-605.

- Јовановић, В., & Нововић, З. (2008). Кратка скала субјективног благостања - нови инструмент за процену позитивног менталног здравља. *Примењена психологија*, 1(1-2), 77-94.
- Јовановић, В. (2010). Валидација кратке скале субјективног благостања. *Примењена психологија*, 2, 175-190.
- Јовановић, В., Жуљевић, Д., & Брдарић, Д. (2011). Скала депресивности, анксиозности и стреса (ДАСС-21) - структура негативног афекта код адолесцената. *Енграми*, 33(2), 19-28.
- Јовановић, В., & Јерковић, И. (2012). Савесни ученици: успешнији у школи, али не и срећнији због тога. *Зборник Института за педагошка истраживања*, 44(1), 59-73.
- Јовић, С. (2008). Здравствено стање школске деце и адолесцената. У Т. Кнежевић (гл.ур.), *Здравље становника Србије - аналитичка студија 1997-2007* (стр. 125-129), Београд: Институт за јавно здравље Србије „др Милан Јовановић - Батут“.
- Југовић, А. (2004). Ризична понашања омладине. У: С. Михаиловић (ур.), *Млади загубљени у транзицији* (стр. 177-204), Београд: Центар за проучавање алтернатива.
- Kager, A., Lang, A., Berghofer, G., Henkel, H., Steiner, E., Schmitz, M., et al. (2000). Family dynamics, social functioning, and quality of life in psychiatric patients. *European Journal of Psychiatry*, 14, 161-170.
- Kaplan, G. A., Shema, S. J., & Leite, C. M. A. (2008). Socioeconomic Determinants of Psychological Well-Being: The Role of Income, Income Change, and Income Sources During the Course of 29 Years. *Annals of Epidemiology*, 18(7), 531-537.
- Kazdin, A. E., & Kagan, J. (1994). Models of dysfunction in developmental psychopathology. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 1, 35-52.
- Кецмановић, Д. (1978). *Друштвени коријени психијатрије*. Београд: Полит.
- Kendler, K. S., Myers, J. M., Maes, H. H., & Keyes, C. L. M. (2011). *Behavior Genetics*, 41(5), 641-650.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62, 593-602.

- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Swartz, M., Blazer, D. G., & Nelson, C. B. (1993). Sex and depression in the National Comorbidity Survey. I. Lifetime prevalence, chronicity, and recurrence. *Journal of Affective Disorders*, 29, 85-96.
- Keyes, C. L. M. (1998). Social Well - Being. *Social Psychology Quarterly*, 61(2), 121-140.
- Keyes, C. L. M. (2002). The Mental health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207-222.
- Keyes, C. L. M. (2005a). Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539-548.
- Keyes, C. L. M. (2005b). Chronic physical conditions and aging: Is mental health a potential protective factor? *Ageing International*, 30, 88-104.
- Keyes, C. L. M. (2006). Mental health in adolescence: is America's youth flourishing? *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(3), 395-402.
- Keyes, C. L. M. (2007). Promoting and Protecting Mental Health as Flourishing: A Complementary Strategy for Improving National Mental Health. *American Psychologist*, 62(2), 95-108.
- Keyes, C. L. M., & Lopez, S. J. (2002). Toward a Science of Mental Health - Positive Directions in Diagnosis and Interventions. In Snyder, C. R. & Lopez, S. J. (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 45-59), Oxford University Press.
- Keyes, C. L. M., & Ryff, C. D. (2003). Somatization and mental health: A comparative study of the idiom of distress hypothesis. *Social Science and Medicine*, 57, 1833-1845.
- Keyes, C. L. M., Dhingra, S. S., & Simoes, E. J. (2010). Change in level of positive mental health as a predictor of future risk of mental illness. *American Journal of Public Health*, 100, 2366-2371.
- Keyes, C. L. M., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 1007-1022.
- Keyes, C. L. M., Wissing, M., Potgieter, J. P., Temane, M. Kruger, A. & van Rooy, S. (2008). Evaluation of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) in Setswana-Speaking South Africans. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15, 181-192.

- Klein, D. N., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (1997). Psychosocial characteristics of adolescents with a past history of dysthymic disorder: Comparison with adolescents with past histories of major depressive and non-affective disorders, and never mentally ill controls. *Journal of Affective Disorders*, 42, 127-135.
- Kline, P., (2000). *The Handbook of Psychological Testing, 2nd ed.* London; New York: Routledge.
- Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling.* New York: The Guilford Press.
- Кнежевић, М., Јовић, Ј., Ранчић, Н., & Игњатовић-Ристић, Д. (2012). Депресивност код студената медицине. *Медицински часопис*, 46(1), 41-46.
- Koivumaa-Honkanen, H., Kaprio, J., Honkanen, R., Viinamäki, H., & Koskenvuo, M. (2004). Life satisfaction and depression in a 15-year follow-up of healthy adults. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(12), 994-999.
- Краговић, Ј., Игњатовић-Ристић, Д., Ђоковић, Д., Јовић, Ј., & Кнежевић, М. (2011). Самопроцена депресивности и суицидалности код студената медицине. *Енграми*, 33(4), 47-54.
- Кривокапић, М., Ненадовић, Н., Радомировић, М., Милосављевић, И., Грбић, С., Краговић, Ј., Марјановић, Ј., & Ненадовић, М. (2008). Хоспитално лечени из „Грачаничке енклаве“ са дијагнозом посттрауматски стресни поремећај након 17-о мартовских догађаја на Косову 2004. године, 56. *Научно-стручни скуп психолога Србије, Књига резимеа.*
- Крстић, М. Ж. (2009). *Принципи заштите менталног здравља деце, младих и њихових породица у избеглиштву*, Ниш: Спектар.
- La Greca, A. M., & Moore Harrison, H. (2005). Adolescent Peer Relations, Friendships, and Romantic Relationships: Do They Predict Social Anxiety and Depression? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(1), 49–61.
- Lacković - Grgin, K. (2006). *Psihologija adolescencije*, Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Lamers, S. M. A. (2012). *Positive mental health: measurment, relevance and implications.* Enschede, the Netherlands: University of Twente.
- Lamers, S. M. A., Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., ten Klooster, P. M., & Keyes, C. L. M. (2011). Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology*, 67(1), 99-110 .

- Larsen, R. J., Diener, E. & Emmons, R. A. (1985). An evaluation of subjective well-being measures. *Social Indicators Research*, 17, 1-18.
- Larson, R., & Richards, M. H. (1991). Daily companionship in late childhood and early adolescence: Changing developmental contexts. *Child Development*, 62, 284-300.
- Латас, М. (2010). *Панични поремећај и агорафобија*. Београд: Завет.
- Lehtinen V., Riikonen E., & Lahtinen E. (1997). *Promotion of mental health on the European agenda*. Helsinki, (STAKES), National Research and Development Centre for Welfare and Health.
- Lehtinen, V., Sohlman, B., & Kovess-Masfety, V. (2005). Level of positive mental health in the European Union: Results from the Eurobarometer 2002 survey. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1, 9.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seeley, J. R. (1995). Adolescent psychopathology: III. The clinical consequences of comorbidity. *Journal of the American academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 510-519.
- Лечић-Тошевски, Д., Ђурчић, В., Грбеша, Г., Ишпановић Радојковић, В., Јовић, В., Кокора, Г., Михаиловић, Г., Милићевић Калашаић, А., Станковић, З., Станојковић, М., & Вучковић, Н. (2005). Заштита менталног здравља у Србији - изазови и решења. *Психијатрија данас*, 37, 9-15.
- Lindfors, P., & Lundberg, U. (2002). Is low cortisol release an indicator of positive health? *Stress and Health*, 18, 153-160.
- Lucas, R. E., & Donnellan, M. B. (2007). How Stable is Happiness? Using the STARTS Model to Estimate the Stability of Life satisfaction. *Journal of Research in Personality*, 41, 1091-1098.
- Lybomirski, S., & Lepper, H. S. (1999). A measure of subjective happiness: Preliminary reliability and construct validation. *Social Indicators Research*, 46, 137-155.
- Lyubomirski, S. (2008). *The How of Happiness. A scientific approach to getting the life you want*. London: The Pinguin Press.
- Lyubomirsky, S. (2001). Why are some happier than others? The role of cognitive and motivational processes in well-being. *American Psychologist*, 56(3), 239-324.
- Љубичић, М. (2010). Преглед дефиниција и трендова ризичних понашања младих. *Теме*, 36(1), 85-100.

- MacDonald, G. (2006). What is mental health? In M. Cattan & S. Tilford (Eds.), *Mental health promotion: A lifespan approach* (pp. 8-32). Berkshire, UK: Open University Press.
- Madden, T. E., Barrett, L. F., & Pietromonaco, P. R. (2000). Sex differences in anxiety and depression: Empirical evidence and methodological questions. In A. H. Fischer (Ed.), *Gender and emotion: Social psychological perspectives* (pp. 277-298). New York: Cambridge University Press.
- Magyar-Moe, J. L. (2009). *Therapist's Guide to Positive Psychological Interventions*. San Diego, CA: Elsevier Academic Press.
- Малић, Љ., Пантовић, М., Зебић, М., Јашовић-Гашић, М., & Марић, Н. П. (2011). Повезаност самопоштовања и фрустрационе интолеранције са предиспитном анксиозношћу. *Енграми*, 33(1), 29-38.
- Manzi, C., Vignoles, V. L., Regalia, C., & Scabini, E. (2006). Cohesion and enmeshment revisited: Differentiation, identity, and well-being in two European cultures. *Journal of Marriage and Family*, 68, 673 – 689.
- Markus, H. R., & Katayama, S. (1991). Culture and the self: Implications for cognition, emotion, and motivation. *Psychological Review*, 98, 224-253.
- Marshall, G. N., Burnam, M. A., Koegel, P., & Sullivan, J. G. (1996). Objective Life Circumstances and Life Satisfaction. *Journal of Health and Social Behavior*, 37, 44-58.
- Masse, R., Poulin, C., Dassa, C., Lambert, J., Belair, S., & Battaglini, A. (1998). The structure of mental health higher-order confirmatory factor analyses of psychological distress and wellbeing measures. *Social Indicators Research*, 45, 475–504.
- Mcleod, J. D., & Owens, T. J. (2004). Psychological Well-Being in the Early Life Course: Variations by Socioeconomic Status, Gender, and Race/Ethnicity. *Social Psychology Quarterly*, 67(3), 257-278.
- Mechanic, D. (1999). Mental Health and Mental Illness: Definition and Perspectives. In A. V. Horwiz & T. L. Scheid (eds), *A Handbook for the Study of Mental Health: Social Contexts, Theories, and Szstems*, UK, Cambridge: Universitz Press.
- Mental Health Europe (2001). *Mental Health Promotion of Adolescents and Young People* (Directory of Projects in Europe). Brussels: Mental Health Europe.
- Merikangas, K. R., He, J. P., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., Benjet, C., Georgiades, K., & Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders

- in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication-Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(10), 980-9.
- Michels, R., & Marzuk, P. M. (1993). Progress in Psychiatry. *The New England Journal of medicine*, 329, 552-60.
- Михић, И., & Петровић, Ј. (2009). Перцепција квалитета односа унутар породице - Искуство адолесцената из Србије. *Примењена психологија*, 2(4), 369-384.
- Miles, J., & Shevlin, M. (2007). A time and place for incremental fit indices. *Personality and Individual Difference*, 42, 869-874.
- Милошевић, Б., & Башчаревић, И. (2011). Степен угрожености и агресивност у ситуацији политичког насиља. Међународни тематски зборник „Политичко насиље“, Косовска Митровица: Филозофски факултет.
- Милошевић, Б., & Милисављевић, С. (2012). Анксиозност код српског становништва Косова и Метохије на барикадама. *Тимочки медицински гласник*, 37(1), 5-9.
- Минић, Ј., Ранђеловић, Д., & Вукмировић, И. (2011). Корелати самопоштовања у периоду кризе идентитета. *Међународни тематски зборник „Идентитет и криза идентитета“* (стр. 93-107), Косовска Митровица: Филозофски факултет.
- Митровић, Д., Смедеревац, С., Грујичић, С., & Чоловић, П. (2006). Типолошки приступ ризичном понашању адолесцената. *Зборник Института за педагошка истраживања*, 1, 264-278.
- Miquelon, P., & Vallerand, R. J. (2008). Goal Motives, Well-Being, and Physical Health: An Integrative Model. *Canadian Psychology*, 49(3), 241-249.
- Moser, D. K., Dracup, K., McKinley, Sh., Yamasaki, K., Cho-Ja, K., Riegel, B., Ball, S., Doering, L. V., Kyungh, A., & Barnett, M. (2003). An International Perspective on Gender Differences in Anxiety Early After Acute Myocardial Infarction. *Psychosomatic Medicine*, 65, 511-516
- Mrazek, P., & Haggerty, R. (1994). *Reducing the Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*. Washington D.C.: National Academy Press.
- Мрежа ресурса за превенцију и третман оvisности о дрогама у БиХ. *Приказ резултата pilot истраживања о проблему токсикоманије међу младима у БиХ*. Доступан на <http://www.teledom.org/stopdroga/istrazivanje/>, 2004. Сајт посећен 1. 8. 2007.

- Munson, C. E. (2001). *The mental health diagnostic desk reference: Visual guides and more for learning to the Diagnostic and Statistical Manual (DSM-IV TR)*. Binghamton, NY: Haworth Press.
- Митић, М. (1997). *Породица и стрес - између пораза и наде*. Београд: Институт за психологију, ИП „Жарко Албуљ“.
- Nan, H., Lee, P. H., McDowell, I., Ni, M. Y., Stewart, S. M., & Lam, T. H. (2012). Depressive symptoms in people with chronic physical conditions: prevalence and risk factors in a Hong Kong community sample. *BMC psychiatry*, 12(1), 198-198.
- Nasser, M. (1987). Psychiatry in ancient Egypt. *Bulletin of Royal College of Psychiatrists*, 11, 420-422.
- National Health and Medical Research Council (NHMRC) (1997). *Depression in Young People Clinical Practice Guidelines*. Canberra: Australian Government Publishing Service.
- Negovan, V. (2010). Dimensions of students' psychosocial well-being and their measurement: Validation of a students' Psychosocial Well Being Inventory. *Europe's Journal of Psychology*, 2, 85-104.
- Ненадовић, М, Кривокапић, М., & Ненадовић, Н. (2008). Акутни поремећај менталне складности као последица догађаја на Косову од 17. марта 2004. Године. 56. *Научно-стручни скуп психолога Србије, Књига резимеа, стр. 124*, Београд: Друштво психолога Србије.
- Neumann, J. (1989). Mental health and well-being in the context of the health promotion concept. In J. Neumann, H. Schroeder & P. Voss (eds), *Mental health within the health promotion concept* (pp.26-37). Dresden: German Hygiene Museum/Copenhagen, WHO.
- Novović, Z., Mihić, LJ., Tovilović, S., & Jovanović, V. (2008). Relations among positive and negative affect, disphorya and anxiety, *Psihologija*, 41(4), 413-433.
- Нововић, З., Михић, Љ., Товиловић, С., & Јовановић, В. (2011). Психометријске карактеристике Бекове скале депресивности на узорку студената у Србији. *Психологија*, 44(3), 225-243.
- Обрадовић, Б., & Динић, Б. (2010). Особине личности, пол и старост као предиктори здравствено-ризичних понашања. *Примењена психологија*, 2, 137-153.
- Опалић, П. (2005). Антипсихијатрија у социјално-историјском контексту. *Енграми*, 27 (3-4), 59-71.

- Опсеница-Костић, Ј. (2007). Задовољство животом студената филозофског факултета, *III Конференција Дани примењене психологије*, Књига резиме, стр. 12, Ниш: Филозофски факултет.
- Ottolini, F., Cazzaro, M., & Fava, G. A. (2000). Rating well - being and distress. *Stres & Health, 16*(1), 55-61.
- Падејски, Н. (2010). Утицај димензија личности и стилова превладавања стреса на психолошко благостање. *Примењена психологија, 3*, 269-282.
- Pallant, J. (2009). *SPPS: priručnik za preživljavanje*. Beograd: Mikro knjiga.
- Панић, З. П. (1992). Фобични и други анксиозни поремећаји у ICD-10. *Психијатрија данас, 24*(3-4): 277-285.
- Park, J. E., & Park, K. (1986). *Textbook of preventive and social medicine* (11th ed.), Jabalpur, India: Banarasidas Bhanot Publishers.
- Pasco, J. A., Williams, L. J., Jacka, F. N., Henry, M. J., Coulson, C. E., Brennan, Sh. L., Leslie, E., Nicholson, G. C., Kotowicz, M. A., & Berk, M. (2011). Habitual physical activity and the risk for depressive and anxiety disorders among older men and women. *International psychogeriatrics, 23*(2), 292-298.
- Павићевић, М., & Минић, Ј. (2011). Осећај кохерентности у периоду развојне и друштвене кризе. *Међународни тематски зборник „Идентитет и криза идентитета“* (стр. 73-92). Косовска Митровица: Филозофски факултет.
- Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction With Life Scale. *Psychological assessment, 5*(2), 164-172.
- Pedersen, P. V., Gronbek, M., & Curtis, T. (2012). Association between deprived life circumstances, wellbeing and self-rated health in socially marginalized population. *European Journal of Public Health, 22*(5), 647-652.
- Petersen, A. C., & Ebata, A. T. (1984). Psychopathology in Adolescence (microform): Does Development Play a Role? Paper presented at the *92nd Annual Convention of the American Psychological Association* (August 24-28), Toronto, Ontario, Canada.
- Петровић, Ј., & Зотовић, М. (2010). Исти или другачији? Слободно време младих у Војводини и у свету. *Зборник Матице српске за друштвене науке, 130* (73-88).
- Pettit, J. W., Kline, J. P., Gencoz, T., Gencoz, F., & Joiner, T. E., Jr. (2001). Are happy people healthier? The specific role of positive affect in predicting self-reported health symptoms. *Journal of Research in Personality, 35*, 521-536.

- Пејчић, М., & Видановић, С. (2007). Одбрамбени стилови, ниво анксиозности и социјална дистанца Срба који живе на Косову и Метохији. *III Конференција Дани примењене психологије*, Књига резимеа, стр. 23.
- Pillay, A. L., Edwards, S. D., Sargent, C., & Dhlomo, R. M. (2001). Anxiety among University Students in South Africa. *Psychological Reports*, 88, 1182-1186.
- Preston, G. H. (1943). *The substance of mental health*. New York: Farrar & Rinehart.
- Prilleltensky, I. (2001). Cultural assumptions, social justice, and mental health. In J. Shumaker and T. Ward (eds), *Cultural Cognition and Psychopathology*. Westport, CO: Praeger.
- Raboteg-Šarić, Z., Brajša-Žganec, A., & Šakić, M. (2009). Life satisfaction in adolescents: The effects of perceived family economic status, self-esteem and quality of family and peer relationships. *Društvena istraživanja*, 18(3), 547-564.
- Raboteg-Šarić, Z., Sakoman, S., & Brajša-Žganec, A. (2002). Stilovi roditeljskoga odgoja, slobodno vrijeme i rizično ponašanje mladih. *Društvena istraživanja*, 11(2-3), 239-263.
- Rachman, S. (2004). *Anxiety*. East Sussex: Psychology Press Ltd.
- Rafanelli, C., Park, S. K., Ruini, C., Ottolini, F., Cazzaro, M., & Fava, G. A. (2000). „Rating well – being and distress“. *Stres & Health*, 16(1), 55-61.
- Randelović, D., Milošević, B., & Minić, J. (2009): Anxiety, self-esteem and endangerment level in the conditions of social crises. South-East European Regional Conference of Psychology (SEERCP 2009), 30 October - 1 November, Sofia, Bulgaria.
- Рањеловић, Д., & Минић, Ј. (2012). Предиктори задовољства животом код студената. *Енграми*, 34(1), 59-68.
- Auerbach, R. P., Kertz, S. & Gardiner, C. K. (2012). Predicting Adolescent Risky Behavior Engagement: The Role of Cognitive Vulnerability and Anxiety. *International Journal of Cognitive Therapy*, 5(3), 300–315
- Regier, D. A., Narrow, W. E., Rae, D. S., Manderscheid, R. W., Locke, B. Z., & Goodwin, F. K. (1993). The de facto U.S. mental and addictive disorders service system: Epidemiologic catchment area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services. *Archives of General Psychiatry*, 50, 85-94.
- Reinherz, H. Z., Giaconia, R. M., Hauf, A. M. C., Wasserman, M. S., & Silverman, A. B. (1999). Major depression in the transition to adulthood: Risks and impairments. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 500-510.

- Reischel, H. J. (2003). *The care that was* (2nd ed.). Burleigh, Australia: Poseidon Books.
- Републички завод за статистику (2011). *Жене и мушкарци у Републици Србији*. Београд: Републички завод за статистику.
- Requena, F. (1995). Friendship and subjective well-being in Spain: A cross-national comparison with the United States. *Social Indicators Research*, 35(3), 271-288.
- Rijavec, M. & Miljković, D. (2006). Pozitivna psihologija: Psihologija čije je vrijeme (ponovno) došlo. *Društvena istraživanja*, 15 (4-5), 621-641.
- Richman, J. A., Cloninger, L., & Rospenda, K. (2008). Macrolevel Stressors, Terrorism, and Mental Health Outcomes: Broadening the Stress Paradigm. *American Journal of Public Health*, 98(1), 113-119.
- Robitschek, C., & Keyes, C. L. M. (2009). The structure of Keyes' model of mental health and the role of personal growth initiative as a parsimonious predictor. *Journal of Counseling Psychology*, 56, 321-329.
- Rohde, P., Beevers, C. G., Stice, E., & O'Neil, K. (2009). Major and minor Depression in female adolescents: Onset, Course, Symptom Presentation, and Aemographic associations. *Journal of Clinical Psychology*, 65(12), 1339-1349.
- Routledge, L-A. (2007). *Substance abuse and psychological well-being of South African adolescents in an urban context*. Master thesis, Faculty of Humanities in the Department of Psychology, University of Pretoria.
- Rowling, L. (2006). Adolescence an emerging adulthood (12-17 years and 18-24 years). In M. Cattan & S. Tilford (Eds.), *Mental health promotion: A lifespan approach* (pp. 100-136). Berkshire, UK: Open University Press.
- Roysamb, E., Tambs, K., Reichborn-Kjennerud, T., Neale, M. C., & Harris, J. R. (2003). Happiness and health: Environmental and genetic contributions to the relationship between subjective well-being, perceived health, and somatic illness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 1136-1146.
- Ruini, C., Ottolini, F., Rafanelli, C., Tossani, E., Ryff, C. D., & Fava, G.A. (2003). The relationship of psychological well-being to distress and personality. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72, 268-275.
- Rutter, M. (1986). The Developmental Psychopathology of Depression: Issues and Perspectives. In Rutter, M., Izzard, C. and Read, P. (ed.), *Depression in Young People: Developmental and Clinical Perspectives*. New York: Guilford Press.

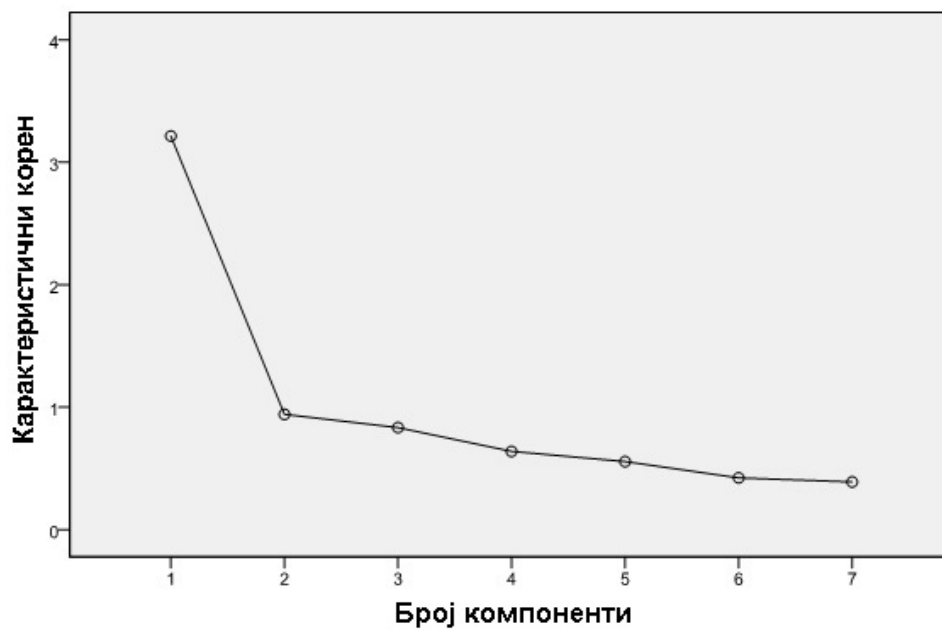
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. (1995). The Structure of Psychological Well-Being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-27.
- Salama - Younes, M. & Ismail, A. (2011). Validation of the Factor Structure of the Mental Health Continuum Short Form (MHC-SF) for Physically Active Old Adult. *World Journal of Sport Sciences*, 4(1), 24-30.
- Salama - Younes, M. (2011). Validation of the Mental Health Continuum Short Form and Subjective Vitality Scale with Egyptian Adolescent Athletes. In: I. Brdar (Ed.), *The Human Pursuit of Well-Being: A Cultural Approach* (pp.221-234). Springer Science.
- Sands, N. M. (2009). Round the band: A brief history of mental health in Victoria, Australia 1840 to 1950`s. *Issues in Mental Health Nursing*, 30, 364-371.
- Saunders, S. A., & Roy, C. (2000). The relationship between depression, satisfaction with life, and social interest. *South Pacific Journal of Psychology*, 11(1), 9-15.
- Skaar, N. R. (2009). *Development of the Adolescent Exploratory and Risk Behavior Rating Scale*. A dissertation submitted to the Faculty of the graduate school of the University of Minnesota. Доступно на http://conservancy.umn.edu/bitstream/53807/1/Skaar_umn_0130E_10490.pdf, приступљено 26.12.2012.
- Schwartz, S. J., Waterman, A. S., Vazsonyi, A. T., Zamboanga, B. L., Whitbourne, S. K., Weisskirch, R. S., Vernon, M., Caraway, S. J., Kim, S. J., Forthun, L. F., Donnellan, M. B., & Ham, L. S. (2011). The Association of Well-Being with Health Risk Behaviors in College-Attending Young Adults. *Applied Developmental Science*, 75(1), 20-36.
- Searle, B. A. (2008). *Well-being: In Search Of A Good Life?* Bristol, UK: The Policy Press.
- Seeley, J., Rohde, P., Lewinsohn, P., & Clarke, G. (2002). Depression in youth: Epidemiology, identification, and intervention. In M. Shinn, H. Walker, & G. Stoner (Eds.), *Interventions for academic and behavior problems II: Preventive and*

- remedial approaches* (pp. 885-912). Bethesda, MD: National Association of School Psychologists.
- Shapiro, A., & Keyes, C. L. M. (2008). Marital Status and Social Well-Being: Are the Married Always Better Off? *Social Indicators Research*, 88, 329-346.
- Sharma, M., Atri, A., & Branscum, P. (2013). *Foundations of Mental Health Promotion*. Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Shorter, E. (1997). *A history of psychiatry: From the era of the asylum to the age of prozac*. New York: John Wiley & Sons.
- Social Exclusion Unit (2005). *Transitions: Young Adults with Complex Needs* (A Social Exclusion Unit Final Report). London: Office of the Deputy Prime Minister.
- Sourander, A., Multimäki, P., & Santalahti, P. (2004). Mental health service use among 18-year old boys: A prospective 10 year follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent psychiatry*, 43(10), 1150-1158.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1983). *STAI - Manual for the State - Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Станојевић, Д. (2010). Субјективна добробит младих српске националности на Косову и Метохији. Међународни тематски зборник „Косово и Метохија у цивилизацијским токовима“, Косовска Митровица: Филозофски факултет.
- Станојевић, Д., & Јаредић, Б. (2012). Анксиозност и инсомнија код адолесцената на Косову и Метохији. Међународни тематски зборник „Социјализација у условима друштвене кризе“ (стр. 93-107), Косовска Митровица: Филозофски факултет.
- Stengard, E., & Appelqvist-Schmidlechner, K. (2010). *Mental Health Promotion in Young People - an Investment for the Future*. Copenhagen: World Health Organization (Regional Office for Europe).
- Stjepanović-Zaharijevski, D, Kostić, S., & Spasić, S. (2004). Satisfaction with family life in the Transformation conditions of serbian society. *Facta universitatis (Series: Philosophy, Sociology and Psychology)*, 3(1), 33- 65.
- Subbarayappa, B. V. (2001). The roots of ancient medicine: An historical outline. *Journal of Biosciences*, 26(2), 135-143.
- Suldo, S. M., Shaffer, E. J. (2008). Looking beyond psychopathology: The dual-factor model of mental health in youth. *School Psychology Review*, 37, 52-68.

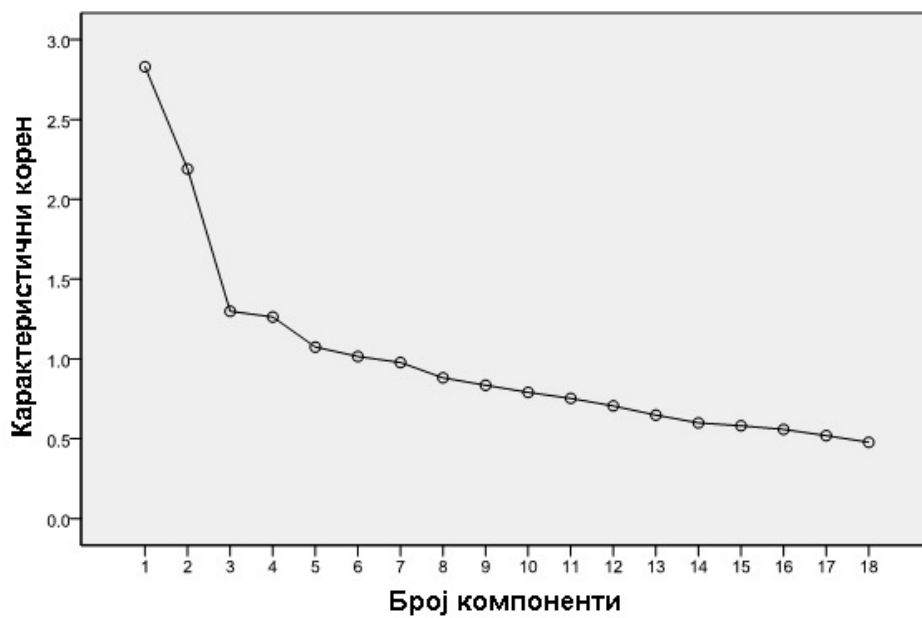
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2001). *Using multivariate statistics* (4th ed.). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Tellegen, A., Lykken, D.T., Bouchard, T.J., Jr., Wilcox, K., Segal, N., & Rich, S. (1988). Personality Similarity in twins reared apart and together. *Journal of Personality and Social Psychology*, *54*, 1031-1039.
- Tengland, P-A. (2001). *Mental health. A philosophical analyses*. Dordrecht, The Netherlands: Kluwer Academic.
- Trent, D. (1993). *Promoting mental health: Everyone`s business*. Surrey, United Kingdom: NW Surrey Health Authority.
- Tudor, K. (1996). *Mental health promotion: Paradigms and Practice*. London: Routledge.
- Talbot, J. A. (2004). Deinstitutionalization: Avoiding the disasters of the past. *Psychiatric Services*, *55*, 1112-1115.
- Тимотијевић, И., & Пауновић, В.Р. (2003). *Инструменти клиничке процене у психијатрији*. Београд: Институт за ментално здравље.
- van Hamel, A., Derevensky, J., Takane, Y., Dickson, L., & Gupta, R. (2007). Adolescent gambling and coping within a generalized high-risk behaviour framework. *Journal of Gambling Studies*, *23*(4), 377-393.
- Vandeleur, C. L., Jeanpretre, N., Perrez, M., & Schoebi, D. (2009). Cohesion, Satisfaction with Family Bonds, and Emotional Well-Being in Families With Adolescents, *Journal of Marriage and Family*, *71*, 1205-1219.
- Vandervoort, D. (1995). Depression, Anxiety, Hostility, and Physical Health. *Current Psychology*, *13*(4), 69-82.
- Васовић, М. (2003). Транзиција, демократизација и „субјективно благостање“. *Социолошки преглед*, *37*(1-2), 3-32.
- Veenhoven, R. (1991). Is happiness relative? *Social Indicators Research*, *24*(1), 1-34.
- Vejmelka, L. (2012). Neke determinante vršnjačkog nasilja u adolescenciji. *Ljetopis socijalnog rada*, *19*(2), 215-240.
- Vesely, S. K., Wyatt, V. H., Oman, R. F., Aspy, C. B., Kegler, M. C., Rodine, S., & McLeroy, K. R. (2004). The potential protective effects of youth assets from adolescent sexual risk behaviors. *Journal of Adolescent Health*, *34*, 356-365.
- Видановић, И. (2006). *Речник социјалног рада*. Видановић Иван, Асоцијација Центара за социјални рад Србије и остали коиздавачи.

- Виденовић, М., & Бауцал, А. (2011). Адолесценти и ризична понашања: одраз ирационалности или рационалности. *Психолошка истраживања*, 14(1), 25-46.
- Виденовић, М., Пешић, Ј., & Плут, Д. (2010). Young People's Leisure Time: Gender Differences. *Психологија*, 43(2), 199-213.
- Влајковић, Ј. (1990). *Теорија и пракса менталне хигијене*. Београд: Центар за примењену психологију.
- Влајковић, Ј. (1998). *Животне кризе и њихово превазилажење*. Београд: Жарко Албуљ.
- Watson, D., & Clark, L. A. (1994). *The PANAS-X: Manual for the Positive and Negative Affect Schedule – Expanded Form*. Iowa City: University of Iowa.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegan, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070.
- Wells, K. B., Rogers, W., Burnam, M. A., Greenfield, S., & Ware, J. E., Jr. (1991). How the medical comorbidity of depressed patients differs across health care settings: Results from the medical outcomes study. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1688-1697.
- Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. M. (2010). Mental Illness and Mental Health: The two Continua Model Across the Lifespan. *Journal of Adult Development*, 17(2), 110-119.
- WHO (1986). *Young peoples health - a challenge for society*. Geneva: WHO.
- WHO (1992). *ICD - 10: Класификација менталних поремећаја и поремећаја понашања*, Београд: Завод за уџбенике и наставна средства.
- WHO (2003). *Caring for children and adolescents with mental disorders: setting WHO directions*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2004). *Prevention of Mental Disorders: Effective Interventions and Policy Options*. Geneva: WHO.
- Wiklund, M., Malmgren-Olsson, E-B., Öhman, A., Bergström, E., & Fjellman-Wiklund A. (2012). Subjective health complaints in older adolescents are related to perceived stress, anxiety and gender - a cross-sectional school study in Northern Sweden. *BMC Public Health*, 12, 993.
- Wittchen, H. U., Knäuper, B., & Kessler, R. C. (1994). Lifetime risk of depression. *British Journal of Psychiatry, Supplement*, 165(26), 16-22.

- Wood, A. M., & Joseph, S. (2009). The absence of positive psychological (eudemonic) well-being as a risk factor for depression: A ten year cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 122, 213-217.
- Yesilada, F. (2005). Past and future contributions to traditional medicine in the health care system of the the Middle-East. *Journal of Ethnopharmacology*, 100(1), 135-137.
- Zarrett, N., & Eccles, J. S. (2006). The passage to adulthood: Challenges of late adolescence. In S. Piha & G. Hall (Vol.Eds.), *New directions for youth development. Preparing Youth for the Crossing: From adolescence to Early adulthood*, No. 111 (pp. 13-28). Hoboken, New Yersey: Wiley periodicals Inc.
- Zimmerman, S. M., Phelps, E., & Lerner, R. M. (2008). Positive and negative developmental trajectories in U.S. adolescents: Where the PYD perspective meets the deficit model. *Research in Human Development*, 5, 153-165.
- Зотовић, М. (2005). ПТСП и депресивност после НАТО бомбардовања: чиниоци индивидуалних разлога у реаговању на стрес. *Психологија*, 38(1), 93-109.
- Ћурчић, В. (2005). Ментално здравље младих - ризик и шанса. *Психијатрија данас*, 37(1), 87-107.
- Ђорђевић, Д. (2009). *Проактивно превладавање животних ситуација код младих српске националности на Косову и Метохији: ресурси и исходи*. Необјављен магистарски рад, Универзитет у Београду, Филозофски факултет.
- Штула, О. (2004). Стрес код становника северног дела Косовске Митровице. *Војни информатор* (1-2), 79-90.

ПРИЛОЗИ**ПРИЛОГ 1: СКРИ-ДИЈАГРАМ ЗА СКАЛУ ЕМОЦИОНАЛНО БЛАГОСТАЊЕ**

ПРИЛОГ 2: СКРИ-ДИЈАГРАМ ЗА СКАЛУ ПСИХИЧКО БЛАГОСТАЊЕ
(ИНИЦИЈАЛНА ВЕРЗИЈА СА 18 АЈТЕМА)



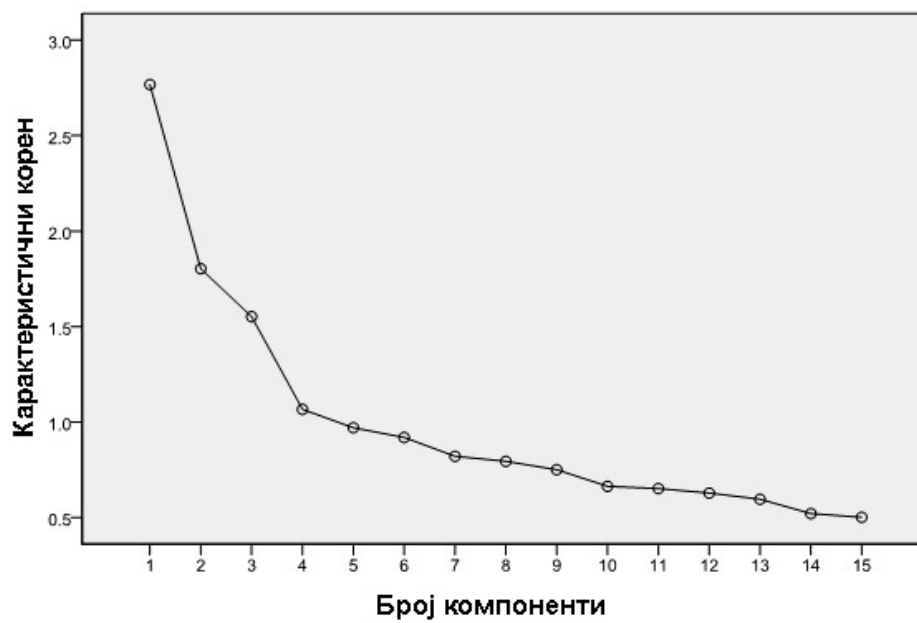
ПРИЛОГ 3: МАТРИЦА СКЛОПА ФАКТОРА ЗА СКАЛУ ПСИХИЧКО
БЛАГОСТАЊЕ (ИНИЦИЈАЛНА ВЕРЗИЈА СА 18 АЈТЕМА И 6 ЗАДАТИХ
ФАКТОРА)

Ајтем	Компоненте					
	1	2	3	4	5	6
4	.837					
5	.641					
17		.796				
18		.781				
8			.693	-.292		
11			.669			
12			.499	.253		-.310
7				.696		
10				.692		
14	.304	.216		.453	-.296	
6	.324			.419	-.359	
15			-.227		-.734	
16		-.271			-.639	
3						-.637
9						-.591
2				-.229	-.290	-.559
1						-.559
13						-.504

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Oblimin with Kaiser Normalization.

ПРИЛОГ 4: СКРИ-ДИЈАГРАМ ЗА СКАЛУ СОЦИЈАЛНО БЛАГОСТАЊЕ
(ИНИЦИЈАЛНА ВЕРЗИЈА СА 15 АЈТЕМА)



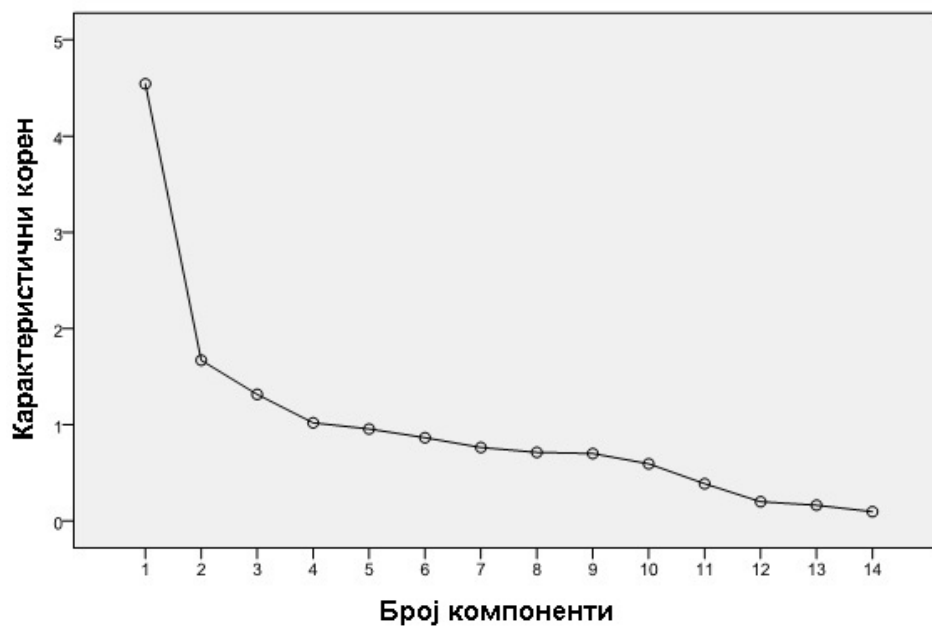
ПРИЛОГ 5: МАТРИЦА СКЛОПА ЗА СКАЛУ СОЦИЈАЛНО БЛАГОСТАЊЕ
(ИНИЦИЈАЛНА ВЕРЗИЈА СА 15 АЈТЕМА И 4 ЗАДАТИХ ФАКТОРА)

Ајтем	Компоненте			
	1	2	3	4
2	.720			
6	-.619	-.256		
1	.610			
7	.529			.280
3	-.479	.291		
14		.664		
11		.648		
5	-.267	.550		.334
9			-.713	
10			-.691	
8			-.656	
13	.206		-.539	
12		.325	.487	
4				.825
15	.462	-.229		.609

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Oblimin with Kaiser Normalization.

ПРИЛОГ 6: СКРИ-ДИЈАГРАМ ЗА СКАЛУ ПОНАШАЊЕ РИЗИЧНО ПО ЗДРАВЉЕ



ПРИЛОГ 7: МАТРИЦА СКЛОПА ЗА СКАЛУ ПОНАШАЊЕ РИЗИЧНО ПО
ЗДРАВЉЕ

Ајтем	Компоненте		
	1	2	3
3	.858		
8	.851		
14	.786		
11	.596		
2	.535		
9	.492		.239
12	.401	.211	
1		.920	
13		.909	
10		.397	
7			.929
5			.928
6			.460
4		.234	.311

Extraction Method: Principal Component
Analysis.

Rotation Method: Oblimin with Kaiser
Normalization.

ПРИЛОГ 8: КОРИГОВАНЕ ТОТАЛ-АЈТЕМ КОРЕЛАЦИЈЕ И ПОУЗДАНОСТ
СКАЛА ПСИХИЧКО И СОЦИЈАЛНО БЛАГОСТАЊЕ АКО СЕ АЈТЕМИ
ИЗБРИШУ

Психичко благостање			Социјално благостање		
Бр. ајтема	Коригована тотал-ајтем корелација	α ако се ајтем избрише	Бр. ајтема	Коригована тотал-ајтем корелација	α ако се ајтем избрише
1	.319	.627	1	.262	.546
2	.249	.657	2	.244	.549
3	.245	.657	3	-.026	.647
4	.082	.701	4	.215	.566
5	.345	.621	5	.219	.567
6	.410	.613	6	-.300	.670
7	.254	.655	7	.269	.546
8	-.079	.707	8	.298	.541
9	.244	.657	9	.335	.511
10	.123	.670	10	.260	.518
11	.076	.704	11	.147	.560
12	.294	.643	12	-.184	.646
13	.219	.630	13	.204	.565
14	.467	.609	14	.229	.551
15	.134	.664	15	.231	.550
16	.318	.619			
17	.177	.662			
18	.173	.662			

ПРИЛОГ 9: ШЕФЕ НАКНАДНИ ТЕСТ РАЗЛИКА У ИЗРАЖЕНОСТИ
ЕМОЦИОНАЛНОГ, ПСИХИЧКОГ И СОЦИЈАЛНОГ БЛАГОСТАЊА, УКУПНОГ
ПОЗИТИВНОГ МЕНТАЛНОГ ЗДРАВЉА И ДЕПРЕСИВНОСТИ

	(I) м. статус	(J) м. статус	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Емоционално благостање	Ниско	Средње	-1.83707*	.47996	.001	-3.0141	-.6601
		Високо	-3.56338*	.61494	.000	-5.0714	-2.0554
	Средње	Ниско	1.83707*	.47996	.001	.6601	3.0141
		Високо	-1.72631*	.44362	.001	-2.8142	-.6384
Психичко благостање	Ниско	Средње	-7.71686*	1.21899	.000	-10.7061	-4.7276
		Високо	-7.71076*	1.56183	.000	-11.5408	-3.8807
	Средње	Ниско	7.71686*	1.21899	.000	4.7276	10.7061
		Високо	.00610	1.12669	1.000	-2.7568	2.7690
Социјално благостање	Ниско	Средње	-4.22196*	1.08312	.001	-6.8781	-1.5659
		Високо	-6.25847*	1.38775	.000	-9.6616	-2.8553
	Средње	Ниско	4.22196*	1.08312	.001	1.5659	6.8781
		Високо	-2.03651	1.00111	.127	-4.4915	.4185
Ментално здравље укупан скор	Ниско	Средње	-13.77589*	2.15945	.000	-19.0714	-8.4803
		Високо	-17.53261*	2.76678	.000	-24.3175	-10.7477
	Средње	Ниско	13.77589*	2.15945	.000	8.4803	19.0714
		Високо	-3.75672	1.99594	.171	-8.6513	1.1379
Депресивност	Ниско	Средње	1.47829	.67200	.090	-.1696	3.1262
		Високо	2.66403*	.86099	.009	.5526	4.7754
	Средње	Ниско	-1.47829	.67200	.090	-3.1262	.1696
		Високо	1.18574	.62112	.162	-.3374	2.7089
Анксиозност	Ниско	Средње	-.76571	.98892	.741	-3.1908	1.6594
		Високо	.90034	1.26705	.777	-2.2068	4.0075
	Средње	Ниско	.76571	.98892	.741	-1.6594	3.1908
		Високо	1.66605	.91404	.191	-.5754	3.9075
Ризично понашање	Ниско	Средње	-.95293	.83498	.522	-3.0005	1.0947
		Високо	-.61858	1.06982	.846	-3.2420	2.0049
	Средње	Ниско	.95293	.83498	.522	-1.0947	3.0005
		Високо	.33435	.77176	.910	-1.5582	2.2269

ПРИЛОГ 10: Т - ТЕСТ ЗНАЧАЈНОСТИ РАЗЛИКА ИЗМЕЂУ ИСПИТАНИКА КОЈИ АКТИВНО/ПАСИВНО ПРОВОДЕ СЛОБОДНО ВРЕМЕ У ИЗРАЖЕНОСТИ МЕРА ДЕПРЕСИВНОСТИ, АНКСИОЗНОСТИ И РИЗИЧНОГ ПОНАШАЊА

		Начин провођења слободног времена		AS	SD	t	df	Sig.	η^2
Емоционално благостање	активан	27.82	3.94	27.98	4.10	-4.93	814	.622	,000
	пасиван								
Психичко благостање	активан	82.98	10.42	81.60	10.30	1.683	814	.093	,003
	пасиван								
Социјално благостање	активан	48.74	8.69	49.09	9.23	-4.82	814	.630	,000
	пасиван								
Укупно позит. ментално здр.	активан	159.54	17.74	158.67	18.65	.598	814	.550	,000
	пасиван								

ПРИЛОГ 11: Т - ТЕСТ ЗНАЧАЈНОСТИ РАЗЛИКА ИЗМЕЂУ ИСПИТАНИКА РАЗЛИЛИТОГ УЗРАСТА У ИЗРАЖЕНОСТИ МЕРА ДЕПРЕСИВНОСТИ, АНКСИОЗНОСТИ И РИЗИЧНОГ ПОНАШАЊА

		Начин провођења слободног времена		AS	SD	t	df	Sig.	η^2
Задовољство породицом	млађи	60.05	12.06	59.59	12.70	.522	814	.602	,000
	старији								
Друштвени положај	млађи	4.38	.754	4.40	.687	-3.45	814	.730	,000
	старији								
Физичко здравље	млађи	4.38	.660	4.34	.603	.900	814	.368	,000
	старији								

ПРИЛОГ 12: УПИТНИЧКА БАТЕРИЈА

УПУТСТВО

Пред Вама се налази низ питања у склопу истраживања корелата менталног здравља адолесцената. Молим Вас да на питања одговорите искрено, водећи рачуна да одговорите на свако питање. Добијени подаци ће бити искоришћени искључиво у научне сврхе. На формулару није потребно уписивати име и презиме, истраживање је анонимно. Унапред хвала на учешћу!

УПИТНИК ЗА ПРИКУПЉАЊЕ СОЦИОДЕМОГРАФСКИХ ПОДАТАКА

1. Заокружите пол: М Ж 2. Колико година имате? _____
3. У ком месту живите? _____
4. Брачни статус? А) неожењен/неудата Б) У браку
5. Процените материјално стање своје породице:
 - А. Веома ниско (људи који живе од хуманитарне помоћи, или су им приходи толико ниски да су недовољни за основне егзистенцијалне потребе током месеца)
 - Б. ниско (месечни приходи довољни само за основне егзистенцијалне потребе)
 - С. средње (осим основних егзистенцијалних потреба, могу себи приуштити куповину одеће, обуће, разних других потребштина)
 - Д. високо (живе без већих одрицања)
6. Заокружите слово испред одговарајућег нивоа школовања на коме се налазите.
 - а) средња школа б) факултет
6. Упишите бројчано остварени успех (просек оцена) у прошлој школској години _____
7. Да ли сте запослени (зарађујете)? ДА НЕ
8. Процените свој положај у друштвеном кругу бирајући једну од следећих тврдњи:
 - А) нико ме не воли и немам пријатеља, Г) имам неколико пријатеља који ме воле,
 - Б) имам само једног пријатеља/пријатељицу Д) имам пуно пријатеља који ме воле, који ме воли,
 - В) имам свега 2-3 пријатеља/пријатељица Ђ) сви су ми пријатељи и сви ме воле. који ме воле,
9. Како најрадије проводите своје слободно време?
 - А) спавам, Б) читам књигу, В) гледам телевизију, Г) излазим с пријатељима,
 - Д) бавим се спортом, Ђ) шетам по природи Е) „сурфујем“ по интернету
10. Процените сопствено физичко здравље тако што ћете заокружити један од понуђених одговора
 - А) веома лоше, Б) лоше, В) осредње, Г) добро, Д) веома добро
11. Колико сати (просечно) дневно проводите на Интернету? _____

КОНТИНУУМ МЕНТАЛНОГ ЗДРАВЉА - ДУГА ФОРМА (ЕМОЦИОНАЛНО БЛАГОСТАЊЕ)

СД1. Током последњих 30 дана, колико времена сте се осећали...

	Све време	Већину времена	Неко време	Мало времена	Нимало времена
Весело?	1	2	3	4	5
Добро расположени?	1	2	3	4	5
Екстремно срећни?	1	2	3	4	5
Смирени и мирни?	1	2	3	4	5
Задовољни?	1	2	3	4	5
Пуни живота?	1	2	3	4	5

СД2. Користећи скалу од 0 до 10, где 0 значи „најгори могући живот икада“ и 10 значи „најбољи могући живот икада“, како бисте проценили сопствени живот ових дана?

Најгори

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Најбољи

КОНТИНУУМ МЕНТАЛНОГ ЗДРАВЉА - ДУГА ФОРМА (СОЦИЈАЛНО БЛАГОСТАЊЕ)

СОЦ. Молим Вас, означите колико се снажно слажете или не слажете са сваком од следећих тврдњи:

	Слажем се			Не знам	Не слажем се		
	снажно	донекле	мало		мало	донекле	снажно
1. Свет је сувише сложен за мене.	1	2	3	4	5	6	7
2. Не осећам да припадам било чему што бих могао назвати заједницом	1	2	3	4	5	6	7
3. Људи који неком чине услугу не очекују ништа заузврат.	1	2	3	4	5	6	7
4. Имам нешто вредно да пружим свету.	1	2	3	4	5	6	7
5. Свет постаје боље место за свакога.	1	2	3	4	5	6	7
6. Затворен сам према осталим људима у мојој заједници	1	2	3	4	5	6	7
7. Моје свакодневне активности не стварају ништа вредно за моју заједницу	1	2	3	4	5	6	7
8. Не могу да схватим шта се дешава са светом.	1	2	3	4	5	6	7
9. Друштво је престало да напредује.	1	2	3	4	5	6	7
10. Људима није стало до проблема других људи.	1	2	3	4	5	6	7
11. Моја заједница је извор удобности (комфора)	1	2	3	4	5	6	7
12. Покушавам да мислим и да разумем шта би следеће могло да се деси у нашој земљи	1	2	3	4	5	6	7
13. Друштво се није поправило за људе као што сам ја.	1	2	3	4	5	6	7
14. Верујем да су људи добри (љубазни)	1	2	3	4	5	6	7
15. Немам ништа значајно чиме бих могао да допринесем заједници.	1	2	3	4	5	6	7

КОНТИНУУМ МЕНТАЛНОГ ЗДРАВЉА - ДУГА ФОРМА (ПСИХИЧКО БЛАГОСТАЊЕ)

ПД. Молим Вас, назначите у којој мери се слажете или не слажете са сваком од следећих тврдњи:

	Слажем се			Не знам	Не слажем се		
	снажно	донекле	мало		мало	донекле	снажно
1. Свиђа ми се већи део моје личности	1	2	3	4	5	6	7
2. Када погледам моју животну причу, задовољан сам тиме како су ствари испале до сада	1	2	3	4	5	6	7
3. Неки људи бесциљно лутају кроз живот, али ја нисам један од њих	1	2	3	4	5	6	7
4. Захтеви свакодневног живота ме често обарају с ногу (умарају ме)	1	2	3	4	5	6	7
5. У више области се осећам разочараним својим постигнућем у животу	1	2	3	4	5	6	7
6. Одржавање блиских односа је за мене било тешко и фрустрирајуће	1	2	3	4	5	6	7
7. Живим дан по дан и заправо не размишљам о будућности	1	2	3	4	5	6	7
8. Генерално, осећам да сам ја одговоран за ситуацију у којој живим	1	2	3	4	5	6	7
9. Добаро се сналазим са обавезама свакодневног живота	1	2	3	4	5	6	7
10. Понекад се осећам као да сам завршио све што се у животу треба урадити	1	2	3	4	5	6	7
11. За мене, живот је био сталан процес учења, промене и раста	1	2	3	4	5	6	7
12. Мислим да је важно имати нова искуства која делују изазовно на мој начин размишљања о себи и свету	1	2	3	4	5	6	7
13. Људи би ме описали као особу која даје и вољна је да дели своје време са другима	1	2	3	4	5	6	7
14. Одавно сам одустао од покушаја да направим велика побољшања или променим свој живот	1	2	3	4	5	6	7
15. Имам тенденцију да на мене утичу људи са снажним мишљењем (и ставом)	1	2	3	4	5	6	7
16. Нисам искусио много топлих и односа пуних поверења са другим људима	1	2	3	4	5	6	7
17. Имам поверења у сопствено мишљење чак и када се оно разликује од мишљења већине	1	2	3	4	5	6	7
18. Процењујем себе на основу тога шта ја мислим да је важно, а не према вредностима које други сматрају важним	1	2	3	4	5	6	7

ЗАДОВОЉСТВО СОПСТВЕНОМ ПОРОДИЦОМ - СКАЛА ПОРОДИЧНЕ АДАПТАЦИЈЕ

Упитник који следи садржи питања о томе колико сте задовољни својом садашњом породицом. Степен вашег слагања изразите на скали од 1 до 7 на следећи начин: од 1-нисам задовољан уопште, 2-нисам задовољан углавном и 3-нисам задовољан донекле, 4-нисам сигуран, 5- задовољан сам донекле, 6- задовољан сам углавном и 7. потпуно сам задовољан-а

1. Да ли сте задовољни што припадате својој породици?	1	2	3	4	5	6	7
2. Да ли сте задовољни начином подизања деце у вашој породици?	1	2	3	4	5	6	7
3. Да ли сте задовољни начином живота своје породице?	1	2	3	4	5	6	7
4. Да ли сте задовољни могућношћу да у својој породици испољите оно што осећате?	1	2	3	4	5	6	7
5. Да ли сте задовољни мером у којој су чланови породице међусобно блиски?	1	2	3	4	5	6	7
6. Да ли сте задовољни начином како породица проводи слободно време?	1	2	3	4	5	6	7
7. Да ли сте задовољни начином како чланови породице међусобно комуницирају?	1	2	3	4	5	6	7
8. Да ли сте задовољни тиме како се породица уклопила у комшилук?	1	2	3	4	5	6	7
9. Да ли сте задовољни начином на који се породица односи према жељама свих својих чланова?	1	2	3	4	5	6	7
10. Да ли сте задовољни друштвеним животом који ваша породица води?	1	2	3	4	5	6	7

ДЕПРЕСИВНОСТ - БЕКОВ ИНВЕНТАР ДЕПРЕСИВНОСТИ

Прочитајте пажљиво сваку групу тврдњи. Затим у свакој од њих одаберите тврдњу која најбоље описује како сте се осећали ове недеље, укључујући и данашњи дан! Заокружите број тврдње коју сте изабрали. У сваком случају прочитајте све реченице у групи пре него што одаберете.

0 Не осећам се тужно. 1 Осећам се тужно. 2 Осећам се тужно све време и не могу се отргнути из тога. 3 Тако сам жалостан или несретан да то више не могу поднети.	0 Нисам посебно обесхрабрен у погледу будућности. 1 Обесхрабрен сам у погледу будућности. 2 Осећам да се немам чему веселити. 3 Осећам да је будућност безнадежна и да се ствари не могу поправити.
0 Не осећам да сам неуспешна особа. 1 Осећам се неуспешнијим од просечног човека. 2 Кад сагледам уназад властити живот, видим само много неуспеха. 3 Као особа осећам се као потпуни промашај.	0 Неке ми ствари и даље чине задовољство као и раније. 1 Не уживам више у неким стварима као раније. 2 Више ми готово ништа не доноси право задовољство. 3 Ништа ми не може причинити задовољство и све ми је досадно.
0 Не осећам се посебно кривим. 1 Дobar дио времена осећам кривицу. 2 Већином се осећам кривим. 3 Све време се осећам кривим.	0 Не мислим да сам кажњен. 1 Осећам да сам можда кажњен. 2 Очекујем да ћу бити кажњен. 3 Осећам да ми је ово казна.

<p>0 Нисам разочаран собом. 1 Разочаран сам собом. 2 Гадим се сам себи. 3 Мрзим се.</p>	<p>0 Не осећам се горе него било ко други. 1 Критичан сам према себи због својих слабости или погрешака. 2 Све време се окривљујем због својих погрешака. 3 Кривим себе за све лоше што се догоди.</p>
<p>0 Уопште не помишљам на самоубиство. 1 Помишљам на самоубиство, али не бих га починио. 2 Волео бих да се убијем. 3 Убио бих се, да имам прилику.</p>	<p>0 Не плачем више него обично. 1 Сада плачем више него раније. 2 Сада стално плачем. 3 Раније сам могао плакати, али сада више не могу да плачем чак и када то желим.</p>
<p>0 Не љутим се више него обично. 1 Лакше се разљутим него раније. 2 Сада се све време љутим. 3 Више ме уопште не љуте ствари које су ме раније љутиле.</p>	<p>0 Нисам изгубио занимање за друге људе. 1 Други ме људи занимају мање него раније. 2 Углавном сам изгубио занимање за друге људе. 3 Изгубио сам свако занимање за друге људе.</p>
<p>0 Одлуке доносим добро као и увек раније. 1 Одлажем доношење одлука више него раније. 2 Теже ми је доносити одлуке него раније. 3 Уопште више не могу одлучивати.</p>	<p>0 Не мислим да изгледам ишта горе него обично. 1 Бојим се да изгледам старо или непожељно. 2 Осећам да су се у мом изгледу догодиле промене које ме чине непривлачним. 3 Мислим да ружно изгледам.</p>
<p>0 Могу да радим једнако добро као и пре. 1 Морам уложити посебан напор да бих почео нешто да радим. 2 Тешко ме је натерати да било шта радим. 3 Уопште не могу радити.</p>	<p>0 Спавам добро као и обично. 1 Не спавам добро као пре. 2 Будим се сат-два раније него обично и тешко ми је поновно да заспим. 3 Будим се неколико сати раније него пре и више не могу заспати.</p>
<p>0 Не умарам се више него обично. 1 Умарам се лакше него пре. 2 Ако било што радим, уморим се. 3 Преуморан сам да бих било што радио.</p>	<p>0 Немам слабији апетит него обично. 1 Немам више тако добар апетит као пре. 2 Апетит ми је сада много слабији. 3 Уопште више немам апетита.</p>
<p>0 Нисам много смршао - ако сам уопште смршао. 1 Изгубио сам више од 2 кг. 2 Изгубио сам више од 5 кг. 3 Смршао сам више од 7 кг.</p>	<p>0 Здравље ме не забрињава више него обично. 1 Бринем због физиолошких сметњи као што су болови, или нервоза желуца, или затвор. 2 Врло сам забринут због здравствених проблема и тешко ми је размишљати о другим стварима. 3 Тако сам забринут због здравствених проблема да више ни о чем другом не могу размишљати.</p>
<p>0 У последње време нисам приметио да се моје занимање за секс променило. 1 Секс ме занима мање него раније. 2 Јако сам изгубио занимање за секс. 3 Потпуно сам изгубио занимање за секс.</p>	

АНКСИОЗНОСТ - БЕКОВ ИНВЕНТАРА АНКСИОЗНОСТИ

Молим Вас да пажљиво прочитате сваку ставку. Означите у којој мери се код Вас јављао одређени симптом током протеклог месеца, укључујући и данашњи дан, тако што ћете заокружити одговарајући број.

	Не, уопште	Донекле, али ми не смета много	Умерено-није баш пријатно понекад	Озбиљно-много ми смета
1. Утрнулост или пецкање	0	1	2	3
2. Врућина	0	1	2	3
3. Несигурност у ногама	0	1	2	3
4. Не могу да се опустим	0	1	2	3
5. Страх да ће се десити нешто најгоре	0	1	2	3
6. Вртоглавица	0	1	2	3
7. Лупање срца	0	1	2	3
8. Нестабилност	0	1	2	3
9. Уплашеност или престрављеност	0	1	2	3
10. Нервоза	0	1	2	3
11. Осећај дављења	0	1	2	3
12. Дрхтање руку	0	1	2	3
13. Трешење / несигурност	0	1	2	3
14. Страх од губитка контроле	0	1	2	3
15. Тешкоће са дисањем	0	1	2	3
16. Страх од смрти	0	1	2	3
17. Уплашеност	0	1	2	3
18. Лоше варење	0	1	2	3
19. Малаксалост / клонулост	0	1	2	3
20. Црвенило лица	0	1	2	3
21. Топло/хладно знојење	0	1	2	3

РИЗИЧНО ПОНАШАЊЕ - СКАЛА ЗА ПРОЦЕНУ РИЗИЧНОГ ПОНАШАЊА

Пред тобом је листа тврдњи о активностима у којима учествују неки људи. Прочитај сваку тврдњу пажљиво и заокружи број који одговара учесталости са којом ти учествујеш у таквим активностима. 1- никад, 2- ретко, 3- понекад, 4- често

	Никад	Ретко	Понекад	Често
1. Носим пиштољ или нож са собом.	1	2	3	4
2. Варам на тесту или испиту.	1	2	3	4
3. Пијем пиво, вино, ликер или ракију.	1	2	3	4
4. Користим марихуану.	1	2	3	4
5. Користим дуван (цигарете).	1	2	3	4
6. Имам сексуалне односе без икаквих контрацептивних средстава.	1	2	3	4
7. Користим цигарете, цигаре и сличне производе.	1	2	3	4
8. Пијем алкохол.	1	2	3	4
9. Изостајем из школе или са факултета а да не кажем родитељима.	1	2	3	4
10. Размишљам о томе да се убијем.	1	2	3	4
11. Задиркујем или збијам шале на рачун других ученика или одраслих.	1	2	3	4
12. Говорим лажи о другим студентима или осталим особама.	1	2	3	4
13. Носим оружје са собом.	1	2	3	4
14. Када пијем алкохол, попијем више од два пића за сат времена.	1	2	3	4

Корелати менталног здравља адолесцената српске националности са Косова и Метохије

САЖЕТАК

Ментално здравље представља један од најинтригантнијих појмова у психологији и психијатрији. Велики је број различитих дефиниција овог појма и модела помоћу којих се настоји да се он што боље и прецизније објасни и разуме. Овај рад је заснован на једном од најсавременијих модела менталног здравља – трокомпонентном моделу позитивног менталног здравља (Keyes, 2002). Према том моделу, позитивно ментално здравље се може сагледати помоћу три облика благостања: емоционално, психичко и социјално, од којих се сваки може разложити на одговарајуће аспекте. Главни циљ овог истраживања је био да се испита поновљивост Кизовог модела позитивног менталног здравља на узорку адолесцената српске националности, као и претпоставка о двофакторском моделу менталног здравља и менталне болести. Осим тога, циљ истраживања је био испитати и заступљеност нивоа позитивног менталног здравља, депресивности и анксиозности као и ризичног понашања код младих српске националности на Косову и Метохији и у Централној Србији. Узорку од 816 адолесцената узраста 17-24 године задати су упитници за процену позитивног менталног здравља (Континуум менталног здравља-дуга форма, Keyes, 2002), депресивности (Beck et al., 1979), анксиозности (Beck et al., 1988), ризичног понашања (Scaag, 2009), задовољства породицом (Antonovsky & Sourani, 1988) као и низ питања о општем функционисању у друштву, школи/факултету и сл. Резултати су показали да је Кизов модел позитивног менталног здравља применљив и на популацији српских адолесцената. Такође, двофакторски модел менталног здравља и менталне болести се показао као бољи од једнофакторског, што иде у прилог тврдњи да су ови фактори различити и међусобно повезани. Ово истраживање је, такође, показало да адолесценти са КиМ имају ниже позитивно ментално здравље у односу на адолесценте из Централне Србије. Заправо, у групи адолесцената са КиМ је било значајно мање оних са менталним здрављем „у процвату“. Испитаници из ових двеју група се не разликују значајно у заступљености симптома депресивности и анксиозности, као ни у изражености ризичног понашања. У раду су дискутоване теоријске и практичне импликације добијених резултата и дате смернице за планирање будућих истраживања у овој области.

The Corelates of Mental Health of Serbian Adolescents at Kosovo and Metohija

SUMMARY

Mental health is one of the most intrigue concepts in psychology and psychiatry. There is a great number of definitions and models used for better and more precisely explanations and understandings. Present thesis was based on one of the most contemporarily models of mental health – three partite model of positive mental health (Keyes, 2002). According to that model, positive mental health could be understand through three concepts of well-being: emotional, psychological and social, with theirs specific aspects. Main aim of this study was to investigate repeatability of Keyes` model of positive mental health on Serbian adolescents sample, as well as hypothesis about dual-factor model of mental health and mental disease. Besides that, aim of study was also to investigate prevalence of levels of positive mental health, depression and anxiety, and risky behavior at Serbian adolescents in Kosovo and Metohija and Central Serbia. Sample consisted of 816 adolescents, age 17-24, were assigned questionnaires for measuring positive mental health (MHC-LF, Keyes, 2002), depression (Beck et al., 1979), anxiety (Beck et al., 1988), risky behavior (Scaar, 2009), family satisfaction (Antonovsky & Sourani, 1988) and serial questions about general functioning in peers relations, school/faculty etc. Results showed that Keyes` model of positive mental health could be applicable on Serbian adolescent population. Also, dual-factor model of mental health and mental disease showed to be better then model with only one factor, confirming hypothesis that these factors are different but correlated. This research also showed that adolescent from Kosovo and Metohija have lower positive mental health compared to adolescents from Central Serbia. Specifically, in sample from Kosovo and Metohija there was significantly smaller number of respondents with “flourishing” mental health. Respondents from these two groups are not significantly different in prevalence of symptoms of depression and anxiety, as well as in level of risky behavior. In present thesis, theoretical and practical implications, as well as guidelines for future research in this area are discussed.