UDK 342.76:[613.8:159.923
DOI 10.7251/PRB2503361N

8

Ментално здравље у свијету неједнакости

Јелена Нишкановић, Александра Хаџић, Милијана Нишкановић

Сажетак: *У овом поглављу ћемо се осврнути на социјалне детерминанте менталног здравља, уз фокус на разумијевање утицаја социоекономске депривације и ограниченог приступа храни на ментално здравље дјеце и одраслих особа. Полазећи од значаја раних животних искуства на развој личности и ментално здравље представиће се концепт афективне везаности и његовог значаја у емоционалном и социјалном развоју током живота с обзиром на то да афективна везаност представља значајну окосницу разумијевања настанка и испољавња психопатолошких феномена као и трауматских искустава. На самом крају ћемо се осврнути на поремећаје исхране, као и контекстуалне и индивидуалне факторе који формирају однос према храни и навике исхране. Поред дисања, узимање хране је фундаментални начин метаболичке размјене са спољашњим свијетом и представља својеврстан мост који повезује унутрашњу и спољашњу реалност. Ментално здравље и пратећа емотивна стања интензивно обликују динамику односа према властитом тијелу и храни, те разумијевање наведене интеракције захтијева холистички приступ.*

Кључне ријечи: ментално здравље, социјалне детерминанте менталног здравља, недоступност хране, рани развој, афективна везаност, трауматска искуства, поремећаји исхране, инидивидуални и колективни фактори исхране

Цитирање: Нишкановић Ј, Хаџић А, Нишкановић М (2025) Ментално здравље у свијету неједнакости. *У*: Стојисављевић Д, Тркуља Р, Пржуљ Н (уредници) Храна и исхрана. Академија наука и умјетности Републике Српске, Бања Лука, Монографија LXIV:361–404

Cite as: Niškanović J, Hadžić A, Niškanović M (2025) Mental Health in a World of Inequality. *In*: Stojisavljević D, Trkulja R, Pržulj N (eds) Food and human nutrition. Academy of Sciences and Arts of the Republic of Srpska, Banja Luka, Monograph LXIV:361–404

8.1. Увод

Ментално здравље се дефинише као "стање благостања у којем особа реализује своје потенцијале, успјешно се носи са свакодневним животним стресорима, може да буде испуњена и продуктивна у свом послу, те је у стању да пружи одговарајући допринос у својој заједници" (СЗО 2013). Полазећи од поменуте дефиниције, само одсуство болести не значи нужно добро ментално здравље (Keyes 2005; Barry 2009), а са друге стране, особе које болују од менталног поремећаја могу достићи висок ниво менталног благостања (СЗО 2014). Ментално здравље као и бројни ментални поремећаји су детерминисани различитим срединским, социјалним и економским околностима којима је особа изложена током свог живота (СЗО 2014; Compton and Shim 2015). Социјалне детерминанте здравља подразумијевају шири социјални, политички и економски контекст који обликује свакодневни живот људи (Solar and Irwin 2010; Wilkinson and Marmot 2003). Полазећи од различитих анализа, СЗО истиче да социјалне детерминанте здравља утичу на 30-55% здравствених исхода (Marmot 2005). Особе које живе у сиромашнијим социјалним и економским условима су у већем ризику да развију одређене болести, неспособности или прије времену смрт (Mackenbach 2015), те што дуже људи живе у неизвјесним и стресним економским и социјалним околностима, већа је вјероватноћа да ће наведени контекст негативно утицати на њихово ментално благостање и здраво старење (Marmot 2010). Приступ заснован на цјеложивотном циклусу истиче да је утицај социјалних детерминанти на здравље другачијег ефекта и интензитета у различитим фазама живота (Kieling, Bake-Henningham, Belfer, Conti, Ertem and Omigbodun 2011; The Marmot Review 2010), те да активности усмјерене на редукцију ризико фактора треба да буду прилагођене цјеложивотном циклусу, почевиши од пренаталног периода, раног раста и развоја, адолесценције, одраслог доба па све до позне старости (СЗО 2014).

Социјалне детерминанте физичког здравља се суштински не разликују пуно од социјалних детерминанти менталног здравља (Gnanapragasam, Wright, Pemberton and Bhugra 2021). Структуралне неједнакости међу различитим социјалним групама, које су неоправдане и превентабилне, утичу на ниво менталног здравља и учесталост менталних поремећаја у зависности од етничке припадности, пола, висине прихода, нивоа образовања или географског мјеста боравка (Champion, Bhudra, Bailez and Marmot 2013; Patel and Kleinman 2003; Malzer, Fryers and Jenkins 2004). Група аутора је предложила шири социосредински модел социјалних детерминанти менталног здравља у којем се као кључне детерминанте истичу: дискрими-

нација и социјална искљученост, негативна рана животна искуства, низак ниво образовања, незапосленост и финансијска несигурност, сиромаштво и живот у лошим социјалним условима, недоступност довољне количине нутритивно вриједне хране, неизвјесни и лоши услови становања, неповољне карактеристике окружења и недоступност здравствене заштите (Shim, Compton и Manseau 2014; Compton and Shim 2015).

8.2. Негативна рана животна искуства

Негативна животна искуства у раном периоду живота се дефинишу као изразито интензивна, стресна и трауматична искуства која утичу на особу, те се испољавају на индивидуалном али и на ширем породичном и социјалном плану (Kaplan and Chard 2015). Негативна рана искуства имају значајан утицај на особу током њеног цјелокупног живота, утичући на физичко и ментално здравље (Bellis et al. 2014). Наведена искуства обухватају занемаривање, искоришћавање (емоционално, физичко и сексуално), дјечији рад, туговање али и превише захтјевне обавезе у раној доби, као што је брига за млађег члана породице. Рана искуства са одраслим особама, било у породици, школи или заједници, могу бити недосљедна, стресна, пријетећа, трауматична и занемарујућа, утичући на квалитет менталног здравља и повећавајући ризик од развоја менталних поремећаја у каснијој животној доби (Kaplan and Chard 2015). Повезаност између раних негативних животних икустава и посљедичног утицаја на ментално здравље касније током живота је потврђена у бројним истраживањима (Anda et al. 2002; Dube et al. 2001, 2003; Whitfield et al. 2005). Метаанализе указују да су рана искуства искоришћавања и занемаривања у позитивној вези са низом негативних исхода по ментално здравље (Norman et al. 2012), те да представљају факторе ризика за развој депресије, злоупотребу алкохола и дрога као и покушаје суицида (Anda et al. 2002; Dube et al. 2001, 2003; Whitfield et al. 2005). Комбинација више раних негативних искустава, укључујући искуство насиља током дјетињства, особу излаже ризику да постане жртва или починилац агресивних дјела, преносећи и одржавајући зачарани круг насиља међу генерацијама (Whitfield et al. 2003). У једном од наредних поглавља ћемо се детаљније осврнути на утицај који траума оставља на појединца у раном животном добу, те психолошке механизме који леже у основи реаговања на трауматско искуство.

8.3. Социоекономски статус

Галеа и сарадници (2011) истичу да шест фактора доприносе већем оболијевању као што су: низак ниво образовања, низак ниво социјалне подршке, сиромаштво, неједнакост у приходима, расна дискриминација и живот у сиромашним подручјима (Gnanapragasam, Wright, Pemberton and Bhugra 2021). С обзиром на међусобну, тијесну повезаност сиромаштва, ниских прихода и образовног нивоа (Powers 2015) у овом потпоглављу ћемо разматрати утицај социјалних детерминанти које произилазе из социоекономских услова живота појединца, утичући на његово ментално здравље, а то су ниво образовања, незапосленост и сиромаштво као битних детерминанти менталног здравља (Compton and Shim 2015).

Окружење у којем људи уче и развијају своје компетенције, директно или индиректно, утиче на њихово здравље и благостање (Powers 2015; Stojisavljevic et al. 2025). Квалитетно образовање и виши образовни ниво ствара прилику за боље плаћен посао и постизање већег животног стандарда што, са друге стране, омогућава већу доступност социјалних ресурса, здравије животне изборе и квалитетнију здравствену заштиту са циљем достизања физичког и психичког благостања. Насупрот томе, низак ниво образовања чини значајну социјалну детерминанту менталних потешкоћа (Pate 2007).

Образовно постигнуће и ниво образовања утичу на физичко и ментално здравље, као и благостање (Gnanapragasam, Wright, Pemberton and Bhugra 2021) а учесталост депресије је већа међу особама са нижим нивоом стручне спреме и ниским приходима (Freudenberg and Ruglis 2007; Adler and Rehkopf 2008). Разматрање образовања као детерминанте менталног здравња не може бити одвојено од сиромаштва и ниског социоекономског статуса, с обзиром на то да су сиромаштво, ниски приходи и низак ниво образовања међусобно снажно повезани. Низак ниво образовања се повезује са животом у неповољним и депримирајућим околностима које особу излажу високом нивоу стреса (Powers 2015). Сиромаштво, једнако као и социјална искљученост усљед дискриминације и стигме, отежава приступ квалитетној и благовременој едукацији и образовању, отежавајући стицање нових могућности и социјалну мобилност (Powers 2015). Образовање се често доводи у везу са значајним психолошким варијаблама, као што су социјална подршка и социјална интеграција, те осјећај групне припадности. Особе нижег социоекономског статуса имају нижи ниво наведених протективних фактора, што директно умањује резилијентност и исходује нижим образовним постигнућем. Социјализација и животно искуство које се стиче у школском окружењу доприносе расту и развоју личности, утиче на

расположење, емоције, мишљење и здравствено понашање (Adler et al. 1994), што се посебно испољава у одраслом добу путем здравствене писмености која утиче на приступ и бригу о властитом, па и туђем менталном здрављу. Знање и став о менталним поремећајима утичу на способност ране детекције, лијечења и превенције менталних обољења (Kaneko and Motohashi 2007), смањујући стигму и етикетирање особа са менталним поремећајима (Нишкановић и Шиљак 2013).

Ниво образовања је у блиској вези са незапосленошћу и немогућности проналаска стабилног запослења, које исходује различитим стањима као што су стрес, депресивност, анксиозност, психосоматски проблеми, ниско самопоуздање, те самопроцијењен низак ниво менталног здравља (Paul and Moser 2009). Незапосленост представља непожељан животни догађај који активира различите стратегије превазилажења, те се сматра да су менталне потешкоће које се јављају међу незапосленим особама повезане са депривацијом пет латентних функција које леже у основи радних активности (структурирано вријеме, социјални контекст, колективна сврсисходност, статус и учешће у активностима) (Jahoda 1982). Такође, финансијске потешкоће везане за губитак посла и незапосленост се сматрају једним од битних фактора који утичу на ментално здравље незапослених особа (Kessler et al. 1988). Различите студије и метаанализе су утврдиле разлику у нивоу менталног здравља међу запосленим и незапосленим особама, док је губитак посла био у значајној вези са повећањем симптома повезаних са дистресом (McKee-Ryan et al. 2005), као и са ризиком од суицида, посебно након масовних отпуштања приликом којих особа губи социјалну повезаност и могућности за проналазак другог посла (Classen and Dunn 2012). Поред незапослености и губитка посла, квалитет истог се показао као врло значајан по ментално здравље особе, те је утврђено да особе са најнижим нивоом квалитета посла имају једнак или већи број менталних потешкоћа у компарацији са незапосленим особама (However, Butterworth et al. 2011).

Одрастање у сиромашним и депримирајућим условима се крајње негативно одражава на ментално здравље и цјелокупни развој (Manseau 2015). Метаанализе истраживања усмјерених на испитивање односа између менталних поремећаја и сиромаштва у земљама са средњим и ниским нивоом прихода су утврдиле да је међу 115 анализираних студија, у 70% откривена позитивна веза између нивоа сиромаштва и најзаступљенијих менталних поремећаја (нпр. анксиозност и депресија) (Lund, Breen, Flisher, Kakuma, Corrigall, Joska et al. 2010). Прегледом популационих истраживања проведених на подручју европских земаља утврђено је да је већа учесталост менталних поремећаја, као што су депресија и анксиозност, повезана са

ниским нивоом образовања, незапосленошћу и оскудним материјалним условима живота, а код одраслих особа са социјалном изолацијом (Fryers, Malzer, Jenkin and Brugha 2005). Слични налази су добијени током истраживања здравља становништва Републике Српске у којем је утврђено да су негативна емоционална стања била заступљенија међу особама старије животне доби, незапосленим, те особама нижег образовног нивоа (Матовић и сар. 2011; Niškanović і Šiljak 2015).

У бројним студијама је утврђено да је одрастање у сиромашним условима повезано са слабијим школским постигнућем, негативним когнитивним и бихевиоралним исходима, вишим нивоом делинквенције, као и већим бројем депресивних и анксиозних поремећаја (McLoyd 1998; Yoshikawa et al. 2012; Nikulina et al. 2011). Поред утврђеног негативног утицаја сиромаштва и неједнакости у раном добу, негативан утицај је присутан и у одраслом добу кроз повезаност са психолошким дистресом, депресивношћу и суицидом (Kingston 2013; Li et al. 2011). Сиромаштво које је концентрисано на одређеном територијалном подручју, најчешће урбаној средини, значајно утиче на ментално здравље. Висока стопа незапослености, криминала, адолесцентне делинквенције, поремећаји у социјалним односима, несигурност у погледу стамбеног збрињавања су карактеристике сиромашних насеља (Chow et al. 2005). Живот у наведеним околностима се доводи у везу са бројним менталним потешкоћама, чак и након контроле варијабли које се односе на сиромаштво на индивидуалном нивоу, те су изразито повезане са делинквентним понашањем и нивоом криминала (Chow et al. 2005; Chung and Steinberg 2006; Нишкановић 2017).

Социоекономске детерминанте менталног здравља се испољавају на различитим нивоима друштвеног функционисања, обухватајући цјелокупно друштво, заједнице, насеља, породице и појединце, те захтијевају свеобухватан приступ са циљем разумијевања односа наведених, међусобно испреплетених компоненти које утичу на услове и квалитет свакодневног живота људи (Bach Habersaat et al. 2024). Преовладавајућа хипотеза односа социоекономског статуса и менталног здравља се усмјерава на ниво, учесталост и дужину изложености стресном или трауматичном искуству, те ниво до којег су негативни ефекти ублажени социјалном подршком те способностима и механизмима ношења са стресом на нивоу саме особе. Особе нижег социоекономског нивоа су изложене депримирајућим економским и социјалним условима и имају ограничен приступ протективним факторима. Наведени, негативни услови живота могу дјеловати и прије рођења, те остварају кумулативан ефекат током живота, али њихов утицај варира од особе до особе, у зависности од личне резилијентности и доступне социјалне подршке. Наведени фактори

детерминишу негативне ефекте депривације и сиромаштва на ментално здравље (СЗО 2014) уз сензитивну и доступну здравствену заштиту која путем адекватно осмишљених мјера може остварати добре резултате у области превенције и лијечења менталних поремећаја (Strkic and Niskanovic 2020; Нишкановић 2016).

8.4. Дискриминација

Дискриминација заснована на групној припадности као што су раса, пол, старост, религијска припадност или сексуална оријентација су значајне социјалне детерминанте здравља, те су у тијесној вези са осталим детерминантама здравља везаним са социоекономски статус појединца (Link and Phelan 1995; Phelan et al. 2010). Предрасуде, дискриминација и социјална искљученост доприносе ниском нивоу физичког и менталног здравља (Rafferty et al. 2015), а бројне студије су утврдиле повезаност дискриминације и стреса са нижим нивоом менталног здравља (Brown et al. 2000; Karlsen and Nazroo 2002; LaVeist 1996; Levine et al. 2014; Pascoe and Smart Richman 2009). Након контроле варијабли везаних за социоекономски статус, утврђено је да се припадници социјално депривираних група (као што су жене, етничке мањине те особе друге сексуалне оријентације) више суочавају са потешкоћама у менталном (депресија, посттрауматски стресни поремећај) и физичком здрављу (дијабетес, кардиоваскуларне потешкоће, поремећаји имунитета, смртност дојенчади) (Bombay, Matheson and Anisman, 2009; Klonoff, Landrine and Campbell 2000; Walsemann, Gee and Geronimus 2009). Наравно, сви припадници депривираних социјалних група не испољавају знакове физичких и менталних обољења, у зависности од низа фактора као што су интензитет изложености дискриминацији, субјективни доживљај стресног догађаја, механизам суочавања са стресом и доступност социјалне и институционалне подршке (Matheson and Anisman 2003).

Групна припадност представља врло битан дио слике о себи за сваког појединца (Tajfel and Turner 1979) а поред бенефита које исходују из осјећаја групне припадности и пратећих стратегија за очување позитивног социјалног идентитета, дискриминирајуће понашање других, на индивидуалном или системском нивоу, представља извор свакодневног стресног искуства за припаднике дискриминисане групе (Allison 1998). Начин на који ће се превазићи осјећај нарушеног социјалног идентитета и избјећи дискриминација може да се креће у правцу индивидуалних и колективних реакција (Branscombe, Fernandez, Gomez and Cronin 2012). Индивидуална стратегија се усмјерава на социјалну мобилност и кретање појединца из

дискриминисане групе ка групи пожељнијег друштвеног статуса, тражећи одобравање и прихватање од стране већине (Branscombe, Fernandez, Gomez and Cronin 2012). С друге стране, интензивнија идентификација са групом, посебно оном која је друштвено обезвријеђена, може имати заштитну улогу са циљем превазилажења стигме и дискриминације, као и стратешку улогу са циљем мотивисања колективног одговора на дискриминацију и социјалну искљученост (Branscombe, Schmitt, and Harvey 1999; Jetten, Branscombe, Schmitt and Spears 2001). Иако одређена истраживања указују да чланови дискриминисане групе више преферирају индивидуални приступ усмјерен на прелазак у групу пожељнијег друштвеног статуса, наведени приступ је израженији у ситуацијама када особе рјеђе остварују искуство дискриминације у мањем броју социјалних ситуација. Насупрот индивидуалном приступу, колективни механизми долазе до изражаја када припадници групе осјећају трајну, интензивну дискриминацију коју је тешко превазићи, те процјењују да свој статус могу побољшати директном компетицијом са доминантном групом (Branscombe, Fernandez, Gomez and Cronin 2012). Групна припадност особама пружа осјећај повезаности и социјалне подршке као битног фактора очувања менталног благостања у ситуацијама суочавања са групном дискриминацијом (Jetten et al. 2001; Postmes and Branscombe 2010). Генерално, социјална подршка умањује негативне пољедице стреса по ментално здравље (Cohen 2004) а подршка од стране других особа које су доживјеле слична дискриминирајућа искуства могу бити од великог значаја у погледу умањења негативних стресних искустава (Frable, Platt and Hoey 1998) усљед суочавања са групном дискриминацијом.

8.5. Недоступност хране

Храна је једна од основних људских потреба, поред ваздуха и воде, која се задовољава кроз специфичну, културолошки условљену социјалну интеракцију тако да њена несигурна доступност недвосмислено исходује психолошким стресом, анксиозношћу, фрустрацијом и осјећајем беспомоћности (Compton 2015). Економски и социјални услови несигурне и/или ограничене доступности хране на нивоу домаћинства, заједно са измијењеним навикама исхране и смањеним уносом нутритивно вриједних намирница се сматра једним од значајних социјалних детерминанти здравља (American Hospital Asosociation 2017). Посљедично, недоступност хране исходује низом негативних посљедица по здравље, укључујући гојазност и неадекватне навике исхране (Gundersen and Ziliak 2015; Morales and Berkowitz 2016; Stuff et al. 2004).

Бројне студије су утврдиле повезаност несигурности у погледу доступности хране са депресивним поремећајима (Alaimo et al. 2002; Huddleston-Casas et al. 2009; Lent et al. 2009; Siefert et al. 2001; Whitaker et al. 2006), а поједине студије указују да је поменута несигурност у вези са нижим нивоом менталног здравља (Stuff et al. 2004) и генерализованим анксиозним поремећајем (Whitaker et al. 2006).

Неповољан утицај отежаног приступа храни на дјецу је израженији, него на одрасле особе, те се негативно одражава на академско постигнуће и социјалне вјештине излажући их ризику за каснији развој менталних поремећаја (Alaimo et al. 2001) као што су депресија, анксиозност, поремећаји пажње и понашања (Whitaker et al. 2006). Отежан приступ основним животним намирницама на нивоу домаћинства, уз посљедично већу изложеност стресу, депресивност и анксиозност, неповољно дјелује на стил родитељства (Zaslow et al. 2009), који се негативно одражава на физичко и ментално здравље дјеце (Bronte-Tinkew et al. 2007). Недоступност хране се може довести у везу са прекомјерном тјелесном тежином и гојазношћу, насталом усљед свакодневног конзумирања јефитиније, калоричне, али нутритивно сиромашније хране (Compton 2015). Током раног дјетињства и адолесценције прекомјерна тјелесна маса и гојазност су у комплексном односу са академским и социјалним постигнућима (Sabia 2007), док се у одраслом добу прекомјерна тјелесна маса и гојазност повезују са одређеним менталним обољењима као што су афективни поремећаја и схизофренија (Compton et al. 2006; McElroy et al. 2004). У контексту све већег пораста броја особа са прекомјерном тјелесном масом и гојазношћу, битно је уложити труд у боље разумијевање повезаности и природе односа између актуелних навика и трендова исхране, гојазности и менталних обољења.

Однос недоступности хране и менталног здравља је комплексан и често двосмјеран. Иако је у претходном пасусу фокус био усмјерен на отежан приступ храни као социјалној детерминанти која је у вези са ниским нивоом менталног здравља, морамо узети у обзир и ментално здравље као детерминанту отежаног приступа храни и другим, битним животним ресурсима. Наведени однос подразумијева да отежани услови живота и недоступност хране исходују нижим нивоом менталног здравља па и менталном болешћу, која посљедично додатно отежава и продубљује контекст који лежи у основи отежаног приступа храни и основним животним ресурсима (Huddleston-Casas et al. 2009; Lent et al. 2009). Ментални поремећаји често отежавају свакодневну функционалност, те представљају значајну детерминанту недоступности хране (Coleman-Jensen and Nord 2013), посредством своје симптоматологије (негативни симптоми

схизофреније, неурокогнитивни дефицит, коморбидитети, и сл.), отежаног психосоцијалног функционисања (недостатак социјалне подршке, потешкоће у приступу институцијама, и сл.), те дискриминације друштва према ментално обољелим особама (стигма, социјална искљученост и сл). Недоступност хране је у тијесној вези са осталим социоекономским неједнакостима, те чини зачарани круг неједнакости са дуготрајном међугенерацијском перзистенцијом (Compton 2015; Niškanović et al. 2023).

8.6. Ментално здравље кроз цјеложивотни циклус

Афективна везаност представља веома важан психолошки концепт који већ деценијама заокупља пажњу истраживача и континуирано проналази своје мјесто у научној литератури, усљед релевантности коју има за разумијевање бројних аспеката људског функционисања, од организације личности, емоционалне регулације, преко партнерских и пријатељских релација, квалитета интерперсоналних односа, па све до испољавања психопатолошких феномена.

У оквиру своје класичне теорије афективне везаности Болби (Bowlby 1980) је развио претпоставке о формирању радних модела о себи и другима, који се код дјетета развијају у раном дјетињству, на основу његове интеракције са окружењем. Модел о себи може да буде позитиван (особа себе доживљава као неког ко је вриједан пажње и љубави) или негативан (особа сматра да не заслужује пажњу и љубав). Модел о другима, такође, може бити позитиван (други људи се перципирају као доступни и брижни) или негативан (други људи се доживљавају као недоступни и одбацујући). Ови радни модели из раног дјетињства представљају кључно својство каснијег афективног везивања у одраслом добу (Хаџић и Мировић 2016). Стилови афективне везаности код одраслих заснивају се на раним искуствима у односу са примарним фигурама и претежно обухватају доживљај сигурности и респонсивности на потребе дјетета (Bretherton and Munholland 1999). Рани образац афективне везаности успостављен са мајком (или другим релевантним фигурама) преноси се на касније социјалне релације и боји заједничким тоном све касније односе, од адолесценције до зрелог доба (Bowlby 1980; Schore and Schore 2008). У дјетињству, углавном су родитељи доминантни објекти афективне везаности, док током одраслог доба то претежно постају пријатељи и партнери, односно све оне особе са којима се може ступити у трајније емоционалне релације (Хаџић и Мировић 2016). Из својих раних искустава, особе уче шта могу да очекују од себе и од

других и касније та очекивања преносе на односе које формирају у одраслом добу.

Да би се неки однос могао сматрати односом афективне везаности и тим разликовати од других блиских релација, потребно је да садржи пет одређених карактеристика: 1) особа која се везује тражи близину особе која пружа бригу, специфично када је узнемирена и уплашена; 2) особа која пружа бригу обезбјеђује заштиту и његу (функција сигурног уточишта); 3) доживљај сигурности који је потребан за истраживање околине (функција сигурне базе); 4) сепарациона пријетња изазива пораст анксиозности и 5) губитак фигуре афективне везаности изазива тугу, код особе која се везује (Ainsworth 1985, према Kirkpatrick 2005). Наведене карактеристике присутне су у релацијама дјеце и родитељских фигура, као и одраслих и њихових партнера. И други односи могу се сматрати дијелом система афективне везаности или заснованим на систему афективне везаности, уколико испољавају наведене карактеристике (Kirkpatrick 2005).

Већ у дјетињству долази до трансфера функције афективне везаности тражењем близине вршњака. У касном дјетињству и раној адолесценцији вршњаци обезбјеђују функције тражења близине и сигурног уточишта, да би у одраслом добу преузели и функцију сигурне базе (Hazan and Shaver 1994). Управо кроз ова рана блиска пријатељства која настају у периоду касног дјетињства и протежу се током читавог периода адолесценције, настају нове фигуре афективне везаности (Nickerson and Nagle 2005). Многа истраживања показују да је адаптивно да различите фигуре испуњавају функције везаности у различитом контексту (Hazan and Shaver 1994; Vukelić-Basarić 2010), те да у периоду од раног дјетињства до одраслог доба људи формирају више афективних веза, чиме се отвара питање постојања хијерархијске организације афективне везаности. Родитељи никада у потпуности не престају да буду фигуре везивања, али се њихова позиција у хијерархији фигура афективног везивања мијења у одраслом периоду. У својим радовима Болби износи претпоставку постојања хијерархијске организације фигура које се брину о дјетету (Bowlby 1980; Cassidy 1999). С обзиром на то да се о дјетету често брине више особа, постоји могућност стварања више од једне афективне везе. Структуру хијерархије у овом раном периоду живота обично чине чланови породице, а преферирана особа у хијерархији се назива примарном.

8.6.1. Афективна везаност у раном дјетињству

Афективна везаност се може посматрати кроз двије основне поставке: 1) афективна везаност представља базичан бихејвиорално – мотивациони контролни систем чији је циљ успостављање и одржавање доживљаја сигурности и 2) у оквиру система афективне везаности, индивидуално формирани унутрашњи радни модели себе и фигуре везивања, воде тумачењу и стварању понашања, како других тако и сопствених (Bretherton 1985).

Афективна везаност представља универзалну појаву, а сва дјеца која имају прилику да формирају афективну везаност, везују се, сигурно или несигурно. Одсуство афективне везаности третира се као патологија (Main 1999). У ситуацији стреса, када долази до активирања система афективне везаности, урођеним се сматра тражење мајке када је одсутна и умиривање када се врати. Ова стратегија се сматра примарном, док се секундарне стратегије, које настају као адаптација на спецфична, свакодневно понављана искуства са мајком, сматрају секундарним (Ainsworth et al. 1978; Стефановић Станојевић 2011).

Истраживања Мери Ејнсворт омогућила су класификацију типова везаности, одредивши јасну разлику између сигурне, несигурне одбацујуће и несигурно амбивалентне афективне везаности. Посљедњи образац дезоријентисана афективна везаност накнадно је додат почетној класификацији (Стефановић- Станојевић 2011). У случају сигурне афективне везаности дјеца мајку доживљавају као сигурну базу из које крећу у истраживање, тј. развијају слику себе као бића вриједног љубави и слику свијета као сигурног и угодног мјеста. Одбацујућа афективна везаност подразумијева да дијете развија модел мајке као досљедно недоступне, о себи развија слику бића које не вриједи довољно и слику свијета који је несигуран, те посљедично постаје затворено и ослоњено углавном само на себе. Амбивалентну афективну везаност карактерише то да је мајка недосљедно доступна те се унутрашњи радни модел своди на борбу коју дијете мора проћи да би за себе обезбиједило минимум мајчине пажње. Посљедњи образац афективне везаности је дезоријентисани који је накнадно додан и релативно слабо заступљен, а дјеца са овим обрасцем родитеље доживљавају као преплашене или застрашујуће, те је дијете растрзано између потребе за родитељском близином и истовременог ужасавања од те близине (Стефановић- Станојевић 2011). Класификација индивидуалних разлика потврђена је бројним истраживањима примјеном експерименталне технике *Ситуација са странцем*, као и другим системима

посматрања у природним условима. Такође је потврђена и у различитим културама (Хаџић и Мировић 2016).

Развој теорије афективног везивања довео је до помака у разумијевању емоционалног развоја човјека, за што је кључан појам унутрашњег радног модела који подразумијева стварање унутрашње представе дјетета о себи, али и о родитељској фигури, на основу њене респонзивности кроз свакодневна понављана искуства. На овај начин тј. кроз интеракцију са родитељем, а као одговор на дјететову примарну потребу за афективном везом, развија се унутрашњи радни модел себе и модел свијета – значајних других (Bretherton and Munholland 1999). Модел себе подразумијева очекивања и вјеровања дјетета о себи до којих је дошло на основу квалитета односа родитеља према њему, а модел других је скуп вјеровања и очекивања које дијете има у односу на друге, а која су резултат опаженог понашања родитеља према дјетету (Bretherton and Munholland, 1999). Ови УРМ су комплементарни. УРМ себе као компетентног и вриједног наклоности и пажње, конструисан је у контексту интеракције са УРМ родитеља као емоционално доступног, али и подстицајног за истражујуће активности. Насупрот томе, УРМ себе као мање вриједног или безвриједног, и некомпетентног, комплементаран је УРМ родитеља као одбацујућег, недоступног, или родитеља који не охрабрује или спречава истраживање.
Узимајући у обзир квалитативно различита интерактивна искуства дјетета Болби разликује сигуран и несигуран квалитет интеракције дјетета и особе која се њиме бави. Сигуран квалитет интеракције постоји код дјеце која добијају заштиту када је траже, умирење када су узнемирена, која истражују, свјесна подршке фигуре везаности (Стефановић – Станојевић 2011). Са друге стране, дјеца код које је развијен несигуран квалитет везаности наилазе на одбацивање и недосљедност у доступност особе која о њима брине, те такве реакције на њихову потребу за заштитом доживљавају као свој лични недостатак (Bowlby 1980).

У складу са Болбијевим поставкама, препозната су три прототипна стила афективне везаности код дјеце – сигуран, одбацујући и анксиозно-амбивалентан (Ainsworth et al. 1978). Полазећи од ових стилова формираних у раном дјетињству, конструисани су инструменти којим је трагано за наведеним стиловима у одраслом добу у оквиру партнерских релација (Hazan and Shaver 1987, 1994). Према ауторима, сигуран стил одликују могућности успостављања блискости и повјерења у доступност другог. Одбацујући стил одликује неповјерење у намјере других и одржавање дистанце. Анксиозно амбивалентни стил одликује несигурност у доступност и адекватан одговор других и снажна жеља за блискошћу. Док особе са сигурним стилом друге виде базом сигурности, особе са одбацујућим и

анксиозно амбивалентним стилом, сумњају у доступност других у ситуацијама када су им потребни (Hazan and Shaver 1994).

8.6.2. Однос између афективне везаности и психопатолошких симптома

Увидом у богат корпус досадашње литературе која се бавила проучавањем односа између афективне везаности и психопатологије, може се јасно закључити да постоји досљедан консензус о позитивној повезаности између несигурне афективне везаности и широког спектра различитих пасихопатолошких симптома и менталних поремећаја. У ранијим студијама пронађена је значајна повезаност између несигурне афективне везаности и психопатологије. У односу на особе са сигурном афективном везаношћу, особе са несигурним обрасцима остварују повишене скорове на мјерама индикатора психотичних поремећаја, соматизације, дистимије, ПТСП-а, анксиозности и депресије (Allen et al. 1998). Са друге стране, испитаници са сигурним стилом манифестују значајно нижу склоност ка општој анксиозности, паничним стањима, социјалној и другим врстама фобија, ПТСП-у, опсесивно-компулзивним тенденцијама, параноидној идеацији, соматизацијама, маничним стањима, дистимији и депресији (Cooper et al. 1998; Mickelson et al. 1997). У највећем ризику за испољавање девет примарних димензија симптома и једне глобалне скале (глобални индекс озбиљности симптома -ГИС), мјерене Чек листом симптома (Symptom Checklist – 90 – Revised), на узорку 225 младих одраслих узраста од 25 до 35 година са нашег подручја су плашљиво везане особе, док је ризик најмање изражен код сигурно везаних. Преокупирано и одбацујуће везани показују значајно више симптома од сигурно везаних и мање од плашљиво везаних особа (Хаџић и Мировић 2014).

Када су у питању симптоми депресије, пронађена је негативна повезаност са индикаторима сигурног стила и позитивна корелација са одликама преокупираног и бојажљивог стила афективне везаности (Roberts et al. 1996). Код особа са сигурним и избјегавајућим обрасцем регистровани су знатно нижи нивои депресије и анксиозности, у односу на особе са одликама преокупираног и бојажљивог стила (Gittleman et al. 1998; Murphy and Bates 1997). Налази досадашњих студија указују на то да је сигурна афективна везаност негативно повезана са симптомима депресије и генерализованог анксиозног поремећаја (Marganska et al. 2013). Особе које показују одлике сигурне афективне везаности такође манифестују бољу емоционалну регулацију и успјешнију контролу импулса (Marganska et al.

2013). Са друге стране, несигурна афективна везаност генерално позитивно корелира са емоционалном дисрегулацијом, те са симптомима депресије и генерализованог анксиозног поремећаја (Marganska et al. 2013). Бојажљиви, преокупирани и избјегавајући образац у највећој су мјери повезани са депресијом и симптомима генерализованог анксиозног поремећаја (Hankin et al. 2005; Marganska et al. 2013; Simonelli et al. 2004). Специфичније, показало се да је избјегавајући стил био повезан само са депресијом, док је преокупирани стил био повезан истовремено и са депресијом и са анксиозношћу (Hankin et al. 2005). Теоријска разматрања, али и емпиријски налази указују на важну улогу несигурне афективне везаности на путу од штетних искустава у детињству, до параноидне идеације у одраслом добу (Bentall et al. 2014; MacBeth et al. 2011). Када је у питању клиничка популација, пронађена је повезаност између несигурног стила афективне везаности и параноидне симптоматологије (Wickham, Sitko and Bentall 2015). Бери и сарадници (Berry et al. 2006) су у истраживању које је спроведено на неклиничком узорку показали да су преокупирани и избјегавајући стил значајно повезани са параноидном идеацијом. Други истраживачи такође су демонстрирали значајну повезаност између несигурне афективне везаности и параноидне идеације на ширем, неклиничком узорку (Mickelson et al. 1997; Pickering, Simpson and Bentall 2008). У новијој студији која је приказала преглед литературе фокусиране на релацију између стилова афективне везаности и параноидних садржаја, у 11 од 12 студија које су укључене у истраживање (и спроведене на узорку испитаника којима је дијагностикована схизофренија или други психотични поремећај), пронађена је асоцијација између несигурне афективне везаности и параноје, при чему је ова повезаност остала значајна чак и када су се контролисали коморбидни симптоми (Lavin et al. 2020). Најизраженија и најчешћа повезаност детектована је између преокупираног обрасца афективне везаности и параноје (Lavin et al. 2020).

Када је ријеч о релацији између стилова афективне везаности и психопатских одлика, Болби је сматрао да рано одвајање од фигуре емоционалне везаности или пак одсуство такве фигуре може предиспонирати особу за развој емоционално хладне и безосјећајне личности (Flight and Forth 2007). Када се дјеца емоционално не повежу са својим његоватељима, она у одраслом добу могу манифестовати склоност ка насиљу и недостатак емпатије (Flight and Forth 2007). Емпиријска истраживања утврдила су позитивну повезаност између несигурне афективне везаности и психопатских тенденција (Alzeer et al. 2019). Прецизније, показало се да особе са избјегавајућим и бојажљивим стилом остварују више скорове на мјерама примарне и секундарне психопатије у поређењу са испитаницима

које карактерише сигуран стил афективне везаности (Alzeer et al. 2019). Друге студије такође указују на то да избјегавајући образац афективног везивања представља фактор ризика за манифестацију особина које се повезују са психопатијом, посебно са њеном афективном димензијом (Kyranides et al. 2021; Walsh et al. 2019). Налази досадашњих студија указали су на то да стилови афективне везаности нису значајни само за психолошко, већ и за физичко благостање. Истраживања показују да се код особа које су склоне соматизацији у знатно већој мјери може регистровати тенденција ка несигурном обрасцу афективне везаности (Neumann et al. 2010; Waller et al. 2004). Показало се да је избјегавајући стил повезан са повишеним нивоом соматских симптома (Wayment and Vierthaler 2002). Друга истраживања демонстрирала су да је изражена анксиозност у контексту афективне везаности, у смислу преокупираног обрасца, повезана са учесталијим соматским симптомима (Wearden et al. 2003).

Сматра се да релација афективне везаности и психопатологије (осим у случајевима сепарационих поремећаја са централном темом везивања), не може бити директна већ је посредована бројним биолошким, психолошким, социо-културалним факторима (Mikulincer and Shaver 2012). Неки од психолошких процеса за које се сматра да модулирају везу између психопатологије и раних искустава афективне везаности су дисфункционална увјерења, стратегије регулације афекта, темперамент, интелигенција, и др. (Чачић и Гаврилов-Јерковић 2013; Mikulincer and Shaver 2012). Уколико се овоме придодају и негативна животна искуства, прије свега у области интерперсоналних односа, несигурност везивања постаје ризично стање које може продуковати разноврсну психопатолошку проблематику. Могло би се рећи да је веза психопатологије и афективне везаности одраз синергије између претходних релационих искустава, континуираних, накнадних прилагођавања и тренутних контекстуалних фактора (Carlson, Egeland and Sroufe 2009). Неки аутори одлазе и корак даље, наглашавајући значајну улогу афективне везаности у обликовању неурофизиолошких својстава појединца (Sameroff and Emde 1989), која се рефлектују на различите сегменте психо-социјалног функционисања.

8.6.3. Афективна везаност и трауматска искуства

Психичка траума настаје када се особа нађе изложена неком трауматском догађају. Догађај се може сматрати трауматским уколико га је особа која му је била изложена доживјела као пријетњу по властити опстанак (Herman 2012; Muller and Ostojić 2011; Butollo, Kruesmann and Hagl 2000). Траума

представља стање високог узбуђења, узнемирености, у ком озбиљна пријетња или доживљај озбиљне пријетње надјачава способност особе да изађе на крај са њом. Можемо рећи да је трауматско искуство: 1) изненадно, неочекивано и изван уобичајеног искуства, 2) превазилази способност појединца да се заштити и 3) угрожава референтни систем особе, њене психолошке потребе и сазнајне схеме (McCann and Pearlman 2015). Само одређење термина се мијењало током времена, полазећи од врло широких и уопштених одређења, присутних у одређењима DMS — *III* (1980), ка специфичнијим одређењима искуства које излази изван уобичајеног (DMS – *III-R*, (1987), да би DMS – *IV, TR* (2000) понудио одређење које укључује: 1) особу која је доживјела, била свједоком или се суочила са догађајем или догађајима који су укључивали стварну животну угроженост или пријетњу озбиљном повредом, или пријетњу физичком интегритету себе или других особа, 2) емоционални одговор особе који укључује интензиван страх, беспомоћност или ужас (Hamburger 2017). Трауматски догађаји су изузетни, не зато што се ријетко догађају, већ зато што уништавају уобичајене начине прилагођавања људи на живот. За разлику од свакидашњих недаћа, трауматски доживљаји обично угрожавају живот, тјелесни интегритет или представљају близак лични сусрет са насиљем и смрћу. Иако различити догађаји могу бити високо стресни и угрожавајући, извјесни догађаји повећавају могућност озљеђивања. У њих спадају изненадни, неочекивани догађаји који изазивају страх, безизлазне ситуације и физички напор који доводи до потпуне исцрпљености (Хаџић 2019). Вјероватноћа озљеђивања, такође се повећава када трауматски догађај укључује физичко насиље, изложеност екстремном насиљу или присуствовање нечијој насилној смрти. У сваком од ових случајева, изразито својство трауматског догађаја је његова моћ да изазове осјећање беспомоћности и ужаса (Butollo et al. 2000).

У литератури постоји више различитих класификација трауматских искустава. Психолошком траумом особа може бити погођена на различите начине и под различитим околностима. Тако се може говорити о *једнократној трауми* — једном издвојеном трауматском догађају или *кумулативној трауми,* која подразумијева низ трауматских догађаја. Такође, можемо говорити о краткотрајним или *дуготрајним, понављајућим* траумама, које се догађају кроз дужи временски период. *Примарне трауме* настају као посљедица изравног трауматског догађаја, док су *секундарне трауме* посљедица неизравног дјеловања, најчешће путем поистовје-ћивања и саосјећања са особом која је изравно погођена. Специфичан облик неизравне, секундарне трауме јесте *трансгенерацијска траума*, у оквиру које се примарна траума једне особе у оквиру породичног система преноси

на потомство (Хаџић 2019). Трауматским догађајем може бити погођена једна особа или њен ужи породични систем, када говоримо о индивидуалној трауми, а траумом могу бити погођене бројне особе или цијеле заједнице и друштва (холокауст, ратови, грађански ратови, диктатуре, присилне миграције) када говоримо о *колективној или социјалној трауми* (Hamburger et all. 2018; Hamburger 2017; Хаџић 2019).

И дјеца могу бити изложена различитим стресорима, као што могу доживјети трауматска искуства. Као и код одраслих, и код дјеце је могуће разликовати реакције на различите стресне ситуације (Хаџић 2019). Дјечија трауматска искуства обухватају природне и технолошке катастрофе различитог обима (земљотреси, поплаве, пожари), несреће (саобраћајне и тешке тјелесне повреде), насиље изван и унутар породице, тешке болести и медицинске процедуре опасне по живот. Већина студија о трауматским искуствима дјеце базира се на једном трауматском догађају, а понављање догађаја повећава ризик од посљедица (Pynoos 1993; Muller and Ostojić 2011; Profaca i Arambašić, 2009).

Посебна врста трауматских искустава која започињу у дјетињству и често трају дужи период стварајући развојне и кумулативне трауме, настаје континуираним злостављањем и занемаривањем. Сецифичности ових трауматских искустава огледају се у томе што се укључују у развојне процесе и мијењају нормативни ток развоја (Хаџић 2019). Ова врста трауматских искустава повезује се са дезорганизованим обрасцем афективне везаности формираним у дјетињству који обликује страх без рјешења (Стефановић-Станојевић, Тошић-Радев, Богдановић 2018). Родитељи ове дјеце спадају у ријетку, али значајну групу родитеља који представљају опасност за сопствену дјецу. Може се радити о психофизичком злостављању или занемаривању дјетета усљед болести зависности, психијатријских поремећаја, присуства насиља у породици, али такође, може се радити о неразријешеној трауми самог родитеља који нема капацитета да се носи са сопственом беспомоћношћу. Фигура за коју је дијете везано тешко се носи са сопственим животом и отуда је према дјетету недосљедна, често застрашујућа и повређујућа, што је из позиције дјетета необјашњиво и врло болно. У оваквим условима дијете бира да не осјећа болне и неразумљиве дијелове искуства, односно да се емоционално одвоји (Стефановић-Станојевић и сар. 2018). Бројна истраживања негативних искустава у дјетињству, укључујући физичко и сексуално злостављање, физичко и емоционално занемаривање и породичну дисфункционалност (Adverse Childhood Experience – ACE студије) показала су да су трауматична искуства током дјетињства чешћа него што се очекивало, као и да су међусобно повезана (Van der Kolk 2021). Истраживања су показала и да ефекти трауме

из дјетињства најприје постају видљиви у школи, а како је растао скор на АСЕ скали тако се повећавао број различитих проблема и симптома у одраслом добу. Листа високо ризичних понашања које предвиђа АСЕ тест укључује и пушење, гојазност, нежељене трудноће, вишеструке сексуалне партнере и сексуално преносиве болести, а показала се индикативном и за тјелесне болести, повећавајући шансу јављања оних које су водеће по узроку смрти у САД (Van der Kolk 2021). Бројна неповољна искуства репрезентују квалитет блиских односа и додатно се усложњавају проблемима са учитељима, вршњацима, блиском околином (Хаџић 2019). Истраживања су такође, показала да је најважнији предиктор резилијентности, способности опоравка од недаћа, ниво безбједности успостављен са примарним старатељем током прве двије године. Истраживања показују да је добра мрежа подршке најмоћнија заштита од трауматизације, а исто тако и фактор који доприноси опоравку.

8.6.4. Фактори ризика и протективни фактори за развој дјечијег трауматског стреса

На основу бројних истраживања, али и свакодневних искустава, познато је да неће сва дјеца која су доживјела трауматска искуства развити трауматски стрес или ПТСП. Настанак озбиљних проблема, али и могућности њиховог превазилажења зависе од три групе фактора, који су од значаја и за одрасле (Kruger and Reddemann 2013; Herman 2012; Профаца и Арамбашић 2009): 1. карактеристика појединца коју је имао прије самог догађаја, 2. карактеристика трауматског догађаја и 3. реакција околине и доступности социјалне подршке. Више истраживања наглашава значај социјалне подршке, особито реакција одраслих који су за дијете емоционално значајни (Kruger and Reddemann 2013; Профаца и Арамбашић 2009; Хаџић 2019). У оквиру сваке од ових група фактора потребно је имати у виду специфичности дјечијег развоја. Када говоримо о карактеристикама појединца, важне аспекте представљају својства саме особе, узимајући у обзир незавршеност развојног процеса, узрасне карактеристике и специфичне реакције на трауматска искуства, као и постојање претходне изложености трауматским искуствима. Особине личности и ресурси које је особа уградила у сопствену личност прије повреде, важни су и за дјецу. Међутим, дјечији развој још није завршен. Многе особине личности тек се стварају и трауматско искуство може омести развојни процес. Претходна позитивна искуства су оскудна због ограничености дјечијих животних искустава уопште. Што је узраст дјетета млађи, то су развојни процеси даље

од стабилности, а животна искуства, снаге на које би се дијете које пати могло ослонити су сиромашнија (Хаџић 2021). Такође, много већа зависност од родитеља и способност дјетета да преради стресна искуства у великој мјери зависи од способности родитеља да пружи подршку и буде од помоћи (Kruger and Reddemann 2013; Muller and Ostojić 2011; Профаца и Арамбашић 2009). Сазријевање мозга и пластичност нервног система код дјеце подразумијева другачије процесе него што је то случај са одраслим. Једно или понављано трауматско искуство код дјеце, особито мање, има далекосежније посљедице на сазријевање нервног система, него што је то случај када је развој мозга досегао своју зрелост (Glaser 2000). Сазријевање нервног система дјелује на укупни когнитивни, емоционални, социјални и тјелесни развој дјетета. Дјеца различитог узраста реагују на специфичан начин на исте или сличне стресоре. Различитост је условљена дјечијим различитим когнитивним капацитетима који одређују исход субјективне процјене догађаја. Различитост је условљена и различитим емоционалним и социјалним потребама које дјеца различитог узраста имају, а које су поремећене или ускраћене усљед трауматског искуства. Дјеца и млади се у случајевима трауматског стреса често враћају на реакције типичне за раније периоде живота (Хаџић 2019). На трауматизацију реагују комплексно у погледу симптома, промјењиво и другачије него одрасли. У периоду од рођења до 2. или 3. године одојчад и мала дјеца свијет доживљавају преко чула, на почетку преко орално-тактилних, а касније све више путем перцепције и других чула. Одвајање од мајке, недостатак хране, топлоте, довољно мира и редовне животне рутине, преплављивање сензацијама, могу бити доживљени као пријетња опстанку. У овом периоду успоставља се систем афективне везаности и ствара простор за способност ментализације, што је предуслов сваке социјалне вјештине. Трауматска искуства из овог периода укључују трауматизацију из односа. Једна од посљедица трауматских искустава из овог периода јесте настанак дезорганизованог модалитета афективне везаности. Дјететов свијет је ограничен на оно што лежи у његовом видокругу. Још не постоји могућност симболизације, која се први пут појављује на наредном степену. У предоперационалној фази (од 3. до 6. или 7. године) дијете вјерује да оно што оно мисли и јесте реалност. У овом периоду доминира магијско-анимистичко мишљење у оквиру ког дијете дубоко вјерује да мислима може мијењати стварност. У игри се имитира свијет одраслих, чиме се постепено све више разумије. Развијају се појмови за ствари. Практичне компетенције за живот се почињу учити и дијете по први пут осјећа шта може, али и више од тога оно што не може. Дијете замишља своје магичне моћи, користећи их да изађе на крај са беспомоћношћу. Истовремено, због те замишљене моћи дијете је склоно преузимању одговорности за оно што

се догађа. Дјеца овог узраста често пате од осјећаја кривице након драматичних догађаја. Ситуацију, па и ону у контексту трауме, морају конкретизовати кроз игру преко поређења са познатим свијетом. Способност имагинације омогућава дјеци да себи „дочарају“ помоћ. Магична застрашујућа бића у овом узрасту могу вребати са свих страна, али се са дјететом може заједно поћи у потрагу за оним магичним бићима која могу пружити подршку и помоћ (Хаџић 2021). Типични симптоми трауматског стреса на узрасту од 3. до 6. године обухватају: соматизацију (најчешће болови у стомаку, главобоље), „трауматску игру“ (понављање — реинсценирање доживљеног са вршњацима и играчкама), понекад је на циљана питања могуће добити извјештај о интрузивним доживљајима, дисоцијативни симптоми, тикови. У конкретно-операционалној фази (од 7. до 10. или 11. године) разумско схватање свијета заузима све више простора. Дјеца могу извлачити закључке, појаве могу класификовати и процијенити у односу на реалност. Дјеца се могу присјетити онога што се догодило и ситуацијама накнадно могу приписати нова значења. У овој фази, дјеци је тешко препознати сопствена осјећања, а одрасли могу преузети улогу гласноговорника за осјећања која дијете у овој фази теже препознаје и исказује. Такође, долази до усвајања бројних вјештина, попут читања, писања, рачунања. Овладавање новим способностима помаже дјетету да претрпљена искуства уобличи путем слике, ријечи и да их искаже. Сам процес изражавања патње повећава могућност контроле и ефикасности самог дјетета, а ствара и простор да се уз помоћ изнесеног са дјететом додатно ради на промјени доживљеног. Тако је за дијете важно да представи своју страшну причу, али се заједно са њим може радити на промјени краја приче, увођењем нових оснажујућих аспеката (*Шта бисмо могли да урадимо па да крај буде другачији?, Шта би помогло јунаку?*) (Хаџић 2019). Усвајање нових вјештина дјетету даје могућност да дјеловање тешког искуства ограничи на неке аспекте, док многи други и даље показују дјететову ефикасност. У формално-операционалној фази (након 11. године) дијете овладава апстрактним мишљењем. Примјењује хипотетичко дедуктивне моделе објашњења за појаве. Са принципом реалности оријентисаним на идеје „ако — онда“ млада особа има могућност да створи „излаз“ из своје породице поријекла, као и да направи нове изборе. Отвара се простор за стварање нових блиских релација и систем афективне везаности се преноси на нове важне друге. Трауматска искуства могу се схватити на различитим нивоима. С друге стране, трауматска искуства и психичке посљедице доживљавају се са пуно стида, особито уколико су емоционалне потребе супротне тежњама за независношћу и самосталношћу.

Поред особина личности и карактеристика развојне фазе у којој је дијете, од пресудног је значаја претходна изложеност трауматским искуствима. Док су нека трауматска искуства једнократна, друга имају понављајући квалитет (физичко и сексуално насиље, занемаривање, емоционална злоупотреба најчешће од дјеци познате особе), који води појави комплексних траума (трауматска искуства која се доживљавају у породичном систему и од стране блиских одраслих) или кумулативних траума (трауматска искуства која се нагомилавају и повезују са различитим трауматским догађајима). Понављање догађаја повећава ризик од посљедица (Pynoos 1993; Muller and Ostojić 2011; Профаца и Арамбашић 2009). Када се говори о карактеристикама догађаја, важне аспекте представљају озбиљност догађаја и његова непосредна близина. У складу са подјелом на велике „Т“ или шок трауме и мале „т“ трауме, могуће је класификовати догађаје на оне који представљају озбиљну пријетњу по живот и интегритет и догађаје који се не одвијају у једном интензивном акту, већ утицај врше својом репетитивношћу и пролонгираним трајањем. У велике „Т“ трауме убрајају се елементарне непогоде, ратна дејства, терористички напади, сексуално злостављање. У трауме са малим „т“, које се свакодневно могу дешавати, али нису животно угрожавајуће, улазе вршњачко насиље, занемаривање, физичко насиље, а као крајни резултат могу створити комплексне и кумулативне трауме (Шапиро 2012; Lowe et al. 2015; Профаца и Арамбашић 2009). Када се говори о непосредној близини догађаја, под већим ризиком за развој трауматског стреса су дјеца која су примарне жртве догађаја, за разлику од дјеце секундарних жртава, за које је ризик мањи. Дјеца могу бити трауматизована и искуствима која одрасли не сматрају трауматским. На дјецу може трауматски дјеловати напад неке животиње, пса или мачке, тјелесна повреда попут пада са бицикла или низ степенице. Важно је разумјети да је догађај трауматичан ако се доживи са снажним осјећајем беспомоћности и ако дијете доживи преплављивање осјећањима, паником и смртним страхом (Levine 2004, према Kruger and Reddemann 2013).

Реакције околине и блиских одраслих обухватају реакције родитеља/ старатеља, али и других чланова породице, те шире заједнице. Под условом да родитељ није извор трауматских искустава, што је случај у ситуацијама злостављања и занемаривања, свака дјететова траума је проблем и самих родитеља. Родитељ који је способан да умири себе у тешкој ситуацији и који адекватно одговара на дјететове потребе у великој мјери превенира развој озбиљних проблема и доприноси опоравку. Родитељев брз опоравак, способност да себе умири и усмјери у правцу адекватног дјеловања, кључни су за дјететов опоравак. Родитељске реакције у великој мјери обликују реакције дјетета на трауматски догађај. Многа дјеца нису трауматизована

самим догађајем, већ родитељском реакцијом на догађај. И у ситуацијама елементарних непогода, социјалних траума (попут рата, избјеглиштва, живљења у ратној зони), великих разарања, дјеца чији родитељи показују стабилност и сигурност и задовољавају дјететове потребе, не морају да развију трауматске симптоме. У ситуацији када је родитељ узнемирен, преплављен страхом и без могућности да збрине дијете и дјеца ће показивати више реакција трауматског стреса (Хаџић 2019). Реакције одраслих, особито родитеља, могу се посматрати као својеврсни филтер кроз који мала дјеца процјењују да ли је ситуација узнемирујућа или не. Поред самих трауматских догађаја који су угрожавајући за дијете, брига и страх за родитеље и друге блиске особе, могу појачати дјететове реакције и отежати опоравак (Kruger and Reddemann 2013; Bui et al. 2014; Профаца и Арамбашић 2009). Функционалност породичних система одређена је различитим процесима који се у породицама одвијају. Попут појединаца и породични системи пролазе кроз различите фазе развоја (од формирања пара, преко добијања дјеце, периода породица са дјецом школског узраста, породица са адолесцентима, до фаза у којима породицу напуштају дјеца), а управо је животни циклус породице природни контекст унутар којег се обликује индивидуални идентитет и развој (Carter and McGoldrik 1988). У зависности од фазе животног циклуса и искустава која је породица стекла носећи се са очекиваним развојним промјенама, али и са неочекиваним животним догађајима (губици, болести чланова породице, пресељења, углавном догађаји који представљају трауме са малим „т“) зависиће количина стреса са којом се породица сусреће. Оптерећене породице (нпр. породица у којој најстарије дијете улази у период адолесценције и која се суочила са озбиљном болешћу родитеља) теже ће излазити на крај са промјенама које испољава дијете изложено стресним и трауматским искуствима. Додатно оптерећење могу представљати обрасци односа и функционисања који се преносе генерацијама, породичне приче, митови, тајне и табуи (Хаџић 2019). Теорије о трансгенерацијском преносу трауматизације показале су да се патња преноси са родитеља на дјецу. Ранија неинтегрисана искуства владају породицама и одржавају страхове и бол. Нове генерације интернализују табуизирани страх, бол, завјет шутње и несвјесно их даље предају сопственој дјеци (Muller and Ostojić 2011). Родитељи оптерећени породичним процесима, очекиваним развојним фазама породице, особито у периодима кризе када се једна фаза замјењује другом, као и неочекиваним животним догађајима, имаће ограничене капацитете и тешко ће се и сами носити са ситуацијом. Очекивано је да ће родитељи из таквих породичних система у мањој мјери бити доступна подршка за дијете. Породице које спремније прихватају промјене, спремније ће пружити подршку и ублажити патњу дјеце (Милојковић Срна и

Мићновић 1997; Kruger and Reddemann 2013). Систем афективних веза дјеца формирају у односу на обје родитељске фигуре, али и у односу на релацију која постоји међу родитељима (Bowlby 1982; Стефановић-Станојевић 2011; Mikulincer and Shaver 2012; Dallos and Draper 2010). Несигурна везаност представља ризик за појаву лошије социјалне прилагођености, теже излажење на крај са стресовима и животним тешкоћама и кризама, мању резилијентност и мање стабилно ментално функционисање. Систем афективне везаности повезан је са стварањем капацитета за ментализацију и са емоционалном регулацијом, системом који се примарно активира у стресним околностима. Сагласно системским приступима, теорија афективног везивања претпоставља да нису догађаји сами по себи узрок трауматског одговора на губитак, опасност и злостављање, него начини на које су они обрађени са примарним фигурама афективног везивања (то јест, особама које пружају његу дјетету), у контексту који представља породични систем. Чак и најбруталнији и најопаснији догађаји не морају да доведу до трауматских стања, ако ова искуства можемо да обрадимо отворено, разумијемо их и имамо подршку у настојању да развијемо будуће стратегије за избјегавање опасности и повреде. У складу са савременим схватањем трауме (Hermen 2001; Crittenden 1997, према Dallos and Draper 2010), афективно везивање и процеси комуникације у породицама тијесно су повезани. Отворена комуникација помаже да се обраде и разријеше трауматска искуства, док комуникација која је ограничена и којом се, парадоксално, поништава реалност може довести до тога да дијете остане збуњено због супротности између оног што се дешава и оног што му је речено. У контексту породичног система важно је и да је родитељ увјерен да дијете говори истину. Ово је посебан проблем код сексуалног злостављања дјетета гдје је починилац други родитељ, брат/сестра или блиски рођак. Такође је важан аспекат и у трауматским ситуацијама које нису повезане са злостављањем или занемаривањем (нпр. ситуације у којима дијете трпи патњу због вршњачког насиља које не оставља физичке посљедице). Дијете коме се не вјерује се ретрауматизује и не успијева да интегрише трауматско искуство на здрав начин (Хаџић 2019). Дијете у чије искуство се сумња или се исто негира, и само почиње да сумња у сопствени доживљај. На овај начин се патња продубљује, а тражење помоћи изостаје (Профаца и Арамбашић 2009). Значајно је и узимање дјететових реакција озбиљним од стране родитеља. Минимизирање (*Страшно је то што ти се догодило, али постоје и горе ствари у животу*), одбацивање (*Немој о томе да мислиш*), негирање (*Ма није било баш толико страшно*), критиковање (*Тргни се, живот иде даље*), као и рационализације (*Шта можеш, у животу се такве ствари догађају*) нису од велике помоћи трауматизованом дјетету (Влајковић и Влајковић 2014). Добронамјерни

савјети који упућују да је најбоље што прије потиснути сјећање на догађај не помажу дјетету и трауматска искуства настављају да живе у њему. Почетне тешкоће се додатно компликују и дијете почиње да се стиди себе и своје „слабости“ или да се осјећа кривим што родитељи брину или уплашеним што се љуте на њега.

Повезаност породице и шире друштвене заједнице може да буде снажан протективни фактор за превенирање трауматског стреса код дјетета. Боља повезаност значи и бољу подршку како за дијете, тако и за родитеља, особито у ситуацијама када је и сам родитељ трауматизован (Хаџић 2019). Родитељ који може да рачуна на подршку других у ужој заједници, чак и када је дјелимично или у цјелини погођена трауматским искуством, није усамљен у оном што доживљава. Лошије окружење, сиромаштво и дискриминација повећавају ризик. Породице лошег социјално–економског статуса, оптерећене су бројним егзистенцијалним бригама, које одрасле чине мање осјетљивим и респонзивним за дјечије проблеме. Изоловане и маргинализоване друштвене групе обухватају породице које су често усмјерене саме на себе и помоћ професионалаца им је мање доступна. Често у друштву постоје различити стереотипи по којима ове породице и „заслужују“ живот лошијег квалитета и мање је саосјећања са њиховим патњама. Сва ова додатна оптерећења, додатни стресори, отежавају и препознавање и дјеловање у ситуацијама када су дјеца трауматизована. За саму дјецу, важна је и вршњачка подршка. Вршњаци са којима се могу дијелити искуства и који и сами пролазе различите тешкоће, могу бити важан ресурс опоравка. Вршњачка подршка посебно је важна за адолесценте и младе, који се у развојном процесу одвајају од примарних породица и усмјеравају ка стварању блиских релација са другим.

8.7. Исхрана и ментално здравље

Храна представља базичну човјекову потребу те као таква има значајну улогу у његовом физичком, психичком, социјалном и културолошком развоју. Регулише нашу дневну рутину, гради централну тачку окупљања породице, пријатеља и заједнице кроз свакодневне оброке, недјељне ручкове, те славља којим се обиљежавају значајни вјерски и животни догађаји. Поред дисања, узимање хране је фундаментални начин метаболичке размјене са спољашњим свијетом и представља својеврстан мост који повезује унутрашњу и спољашњу реалност. Испоставило се да ништа није толико подложно утицају па тиме и промјени од нашег односа према храни. Самим тим, ментално здравље и емотивна стања која га

карактеришу дјелује на свеукупан процес узимања хране одређујући тип хране коју уносимо, начин на који једемо, те метаболизам и варење (Macht and Simons 2000). Интензивне емоције које карактеришу стрес нарушавају уобичајен режим исхране кроз повећан унос масне и слатке хране или смањење потребе за јелом. Особе склоне дијетама у сврху смањења или одржавања тјелесне тежине, у стресним ситуацијама једу више, у односу на особе са уравнотеженом исхраном (Macht 2008). Квалитет емоција, такође, утиче на начин исхране: током досаде особе испољавају повећану потребу, док туга утиче на смањење жеље за храном (Pudel and Richter према Macht 2008). Истраживања указују да су оброци који се узимају приликом интензивних емоција већи од оброка који се конзумирају у неутралном расположењу (Patel and Schlundt 2001). Кад смо љути, једемо импулсивније: брже, нередовно и без вођења рачуна шта конзумирамо (Macht and Simons 2000). Познато је и потврђено да се храна користи у сврху регулације непријатних емоција (скретање пажње са непријатности, потреба за њеним ублажавањем или да би се осјећали боље), што је у литератури познато као емотивно једење (Bruch 1973). Психопатолошке форме односа према храни као што су губитак контроле и препуштање јелу (бинџовање) и преједање слиједе након негативних афективних стања (љутње, напетости или туге) и има функцију смањења свијести о овим емоцијама (Waller and Osman 1998).

С друге стране, храна по својим карактеристикама утиче на расположење. Одређене намирнице, најчешће оне које садрже већу количину шећера, соли, масти и различитих арома изазивају задовољство и ужитак, те потребу за чешћим конзумирањем (Ottley 2000). Здрава прехрана може утицати да се особа боље психички осјећа јер обезбјеђује уравнотежен унос хранљивих састојака који омогућава неопходну енергију за свеукупни раст и развој.

Поливи и Херман (2014) дају преглед како индивидуални (особине личности) и колективни (друштво и окружење) фактори детерминишу навике исхране и однос према храни. Ниско самопоуздање је повезано са прекомјерним једењем, утиче на степен задовољства тијелом или килажом, доводећи до преједања или упражњавања нездравих дијета. Негативна тјелесна слика, одосно незадовољство сопственим тијелом, може да утиче на појаву ексцесивног уздржавања од хране праћеног преједањем или бинџовањем код адолесцената и одраслих жена (VandenBerg P et al. 2002). Успјешне дијете које подразумијевају настојања да се не добије на килажи или одржавање постојеће, те губитак вишка килограма доводе до побољшања у психосоцијалном функционисању и бољем расположењу (Wilson GT 1997). Супротно томе, особе које су често на дијетама, а при томе не успијевају да изгубе килограме, посебно жене, показују снижено расположење и психосоцијално функционисање преједајући се и

неконтролисано једући у разним ситуацијама, нарочито кад су под стресом или су узнемирене из било ког разлога (Carels RA et al. 2001). Генерално гледано, ниско самопоздање и негативна тјелесна слика негативно утичу на наш однос према храни. Од индивидуалних карактеристика које утичу на исхрану, поред самопоуздања и тјелесне слике, Поливи и Херман истичу расположење и фокус пажње. Иако самопоуздање и тјелесна слика утичу на опште расположење и пажњу, стрес као вањски фактор игра важну улогу у расположењу. Већ је истакнуто како емоције које га прате утичу на начин наше исхране, али је на овом мјесту важно истаћи да хроничан стрес доводи до губитка здравих прехрамбених навика, усмјеравајући особе на нездраву храну којом се обезбјеђује непосредно задовољство и регулисање непријатности. Када је фокусу пажње у питању, особе које једу уз екране, једу више, са малом вјероватноћом да ће та храна бити нискокалорична (Gore SA et al. 2003).

Када говоримо о колективним факторима, друштву и окружењу, опсежна истраживања показују да присуство других има дубоке ефекте на начин исхране (Polivy and Herman 2014). Породица има посебно снажан социјални утицај кроз успостављање навика те ставове према храни и исхрани. Претилост код дјеце, те касније поремећаје у исхрани у великој мјери зависе од навика и ставова према исхрани успостављених у оквиру породичног система, те карактеристичних стилова комуникације и емотивне размјене који је карактеришу. О интензитету утицаја породице на исхрану упућују и налази који говоре да појединац може дијетом смањити прекомјерну килажу уколико дође до промјене у исхрани и осталих чланова породице (Shattuck et al. 1992). Ефекат присуства шире заједнице може бити различит и зависиће од усвојених друштвених норми везаних за исхрану и врсту хране. Често окупљања и различита славља подразумијевају преједанје и нездраво храњење. Истовремено, појединац има тенденцију да користи реакције других у сврху процјене количине коју је пожељно да конзумира како би избјегао негативну процјену (Herman et al. 2003).

Генерално гледано, особа се може добро или лоше осјећати због хране (добро, јер узима мање нездраву храну или лоше, уколико узима већу количину нездраве хране.) Такође, на људе утиче врста хране коју узимају на комплексан начин (могу осјећати задовољство због узимања здраве и избјегавања нездраве, самопоузданије ако су у стању да регулишу своју тјелесну тежину, али и олакшање од стреса једењем одређене хране која је најчешће нездрава). Људи користе храну да би утицали на своје расположење и исхрана других такође може да утиче на нечије расположење и слику себе уколико начин исхране одступа од преовладавајућег начина исхране групе којој припадају.

8.7.1. Поремећаји исхране

Прекомјерно или недовољно узимање хране, њено ослобађање у тајности, пролонгирано одбијање или неконтролисано уношење веће количине, представљају патолошке облике режима исхране. Поремећаји исхране обухватају различите клиничке синдроме и све их карактерише изражен и прекомјеран фокус на храну, тијело и тежину. Овај изражен фокус и окупираност доводе до поремећаја навика везаних за исхрану до нивоа угрожавања физичког здравља и психосоцијалног функционисања. Поремећаји исхране се могу сврстати у четири главне категорије: анорексија (*anorexia nervosa*), булимија (*bulimia nervosa*), преједање (*binge eating disorder*) и атипични поремећаји исхране (*eathing disorder not otherwise specified*) (Fairburn and Harrison 2003).

Особе које пате од анорексије испољавају јаку тежњу за губитком тежине кроз изражено и селективно ограничење уноса хране, избјегавање оне која дебља, те гладовање. Губитак килаже и мала тежина се доживљавају као успјех, мршаво тијело као пожељно. У сврху губитка килаже и постизање пожељне тјелесне фигуре рестриктивни унос хране може бити праћен претјераним вјежбањем, намјерно изазваним повраћањем, те употребом лаксатива. Временом, овакав режим узимања хране и однос према тијелу може да наруши здравље доводећи особу у животну опасност.

Основна карактеристика булимије која је разликује од анорексије је да настојање за редукованим уносом хране смјењују епизоде њеног неконтролисаног прекомјерног уноса (бинџовање). Како би се избацила на овај начин унесена храна, особе могу прибјегавати лаксативима или повраћању. Неконтролисано преједање (binge eating disorder, BED) је поремећај који са булимијом дијели симптом неконтролисаног уноса већих количина хране. Углавном се јавља код средовјечних и више је повезана са тенденцијом ка претилости него рестриктивном уносу хране. Незадовољство тијелом је такође присутно, али није толико изражено као код особа са булимијом (Fairburn and Harrison 2003). Већина атипичних поремећаја исхране много личе по својој клиничкој слици анорексији и булимији и могу бити дуготрајни и тешки. Оно што их разликује од поменуитих је да не задовољавају дефинисане критеријуме ни за анорексију ни за булимију.

И поред диференцијално дијагностичких критеријима за различите поремећаје исхране, у пракси особе са овим поремећајима често флуктуирају између поменутих дијагностичких категорија. Поремећаји углавном почињу са анорексијом у раној адолесценцији резултирајући

драматичним соматским посљедицама и негирањем озбиљности стања да би у каснијим фазама доминирали симптоми карактеристични за булимију. Особа наизмјенично прекомјерно једе, затим драстично смањује унос хране, гладује, повраћа или претјерано вјежба. У оба стања, окупираност храном, изгледом тијела и тежином заузима већину менталне активности док се манифестно понашање разликује. Иако преокупација храном, изгледом и тежином особе са поремећајима у исхрани чини сличним, психичка структура која је у основи поремећаја, функција и значење симптома, начин њиховог формирања су индивидуални (Lunn and Poulsen 2012).

8.7.2. Улога медија у етиологији поремећаја исхране

Етиологија поремећаја исхране је мултифакторијална и представља међусобно сложено дејство социокултуролошких, психолошких и биолошких фактора који доприносе њиховој појави. Имајући у виду да у основи поремећаја исхране лежи претјеран фокус на храну, тијело и тежину, условљен ниским самопоуздањем и незадовољством тијелом, посљедњих неколико деценија је повећан интерес истраживача за проучавање социокултуролошких фактора који утичу на перцепцију сопственог тијела и формирање тјелесног идеала (Stice 1994; Halliwell and Harvey 2006; Vandereycken 1993; McCabe and Ricciardelli 2005, Santarossa and Woodruff 2017). Посебно се истиче интернализација идеала мршавости као друштвене норме која одређује привлачност тијела. У формирању овог идеала важну улогу имају родитељи, вршњаци и медији, кроз коментаре и понашања који га подржавају - критике или задиркивања која се односе на тежину, подстицање на дијете, глорификовање изразито мршавих модела (Thompson et al. 1999). Интернализација недостижног идеала у вези са изгледом ствара незадовољство сопственим тијелом, те може условљавати специфичан однос према храни и појаву поремећаја исхране (Thompson and Stice 2001). Адолесценција је посебно значајан период у којем постоји изражено незадовољство тијелом због развојних промјена кроз које се пролази, те раскорака између перцепције сопственог тијела и жеље како треба да се изгледа. Нарочито је рањив за дјевојке јер су посебно осјетљиве на мишљење других и начин на који их посматра супротни пол, доживљавајући промјене на свом тијелу углавном негативно. Теже се прилагођавају на промјене, чему додатно доприноси изражен социокултурни притисак за већом тјелесном привлачношћу жена.

Епидемиолошке студије указују на повећану појаву поремећаја исхране у посљедњих 50 година, нарочито код младих дјевојака (Morris and Katzman

2003) док студије, које се баве медијима и њиховом улогом у промовисању идеала љепоте, истичу да су у западним медијима с годинама женски модели бивали све мршавији и виткији, а мушкарци снажнији и мишићавији - што ни у ком случају не представља репрезентативну слику опште популације (Morris and Katzman, 2003) Истовремено, изложеност таквим медијима утиче на тјелесну слику и код мушкараца и код жена (Harrison 2000, Irving 1990 према Satrossa and Woodruff 2017) повећавајући забринутост сопственом тјелесном тежином и незадовољство изгледом, те као такав представља један од ризичних фактора за појаву симптома поремећаја исхране код различитих узрасних категорија, а нарочито код дјеце и младих.

Дјечаци и дјевојчице (узраста од 9 до 14 година) који желе да изгледају као личности у медијима, су чешће него њихови вршњаци забринути због тежине и почињу редовно да упражњавају дијете, док се код ових дјевојчица могу предвидјети симптоми поремећаја исхране попут насилног избацивања хране, најмање једном мјесечно (Field et al. 1999). Као доказ утицаја медија на доживљај себе упућују и експериментална истраживања рађена међу дјевојчицама које нису изложене садржајима западних медија (школска популација дјевојчица са Фиџија). Након продуженог излагања овим медијима, дјевојчице поменуте групе су жељеле да буду мршавије и да своје понашање усклађују са моделима који се појављују у њима (Becker et al. 2002). Ова истраживања су се углавном односила на утицај традиционалних медија на појаву поремећаја исхране. Са појавом интернета притисци за достизањем нереалних идеала везаних за изглед и његово контролисање путем вјежби и дијета су додатно појачани. Многе корелационе и експерименталне студије подупиру повезаност коришћења интернета и пораст поремећаја исхране код одраслих, студената и код школске популације (Saul and Rodgers 2017).

Коришћење социјалних мрежа којим доминирају слике у највећој мјери представљају ризични фактор за појаву поремећаја исхране (Tiggemann and Miller 2010, према Saul and Rodgers 2017). Том ризику доприносе не само слике које промовишу одређен изглед, већ и интерактивни карактер мрежа који омогућава директну комуникацију и коментарисање садржаја од стране других. Кроз брзо и лако дијељење коментара и реакција корисници се повезују, број реакција и тип коментара представљају индикаторе популарности, те на тај начин доприносе не само брже и интензивније преношењу представа о пожељном изгледу већ и повратну информацију која се односи на нечији изглед и његову пожељност (Jong and Drummond 2013). Нарочит утицај социјалних мрежа је присутан код особа које их доминантно користе прегледајући свој профил, туђе профиле, постављајући

слике, те остављајући коментаре на исте. Ове активности због коментара који се добијају од вршњака, те осјећања изазваних поређењем, утичу на доживљај сопственог тијела. С обзиром на тенденцију медија за промовисањем савршеног изгледа, особа лако може да упадне у зачарани круг у којем покушава да ухвати неухватљиво. Увијек ће се наћи слика са изгледом које ће се доживјети љепшим и пожељнијим, чиме ће се подривати самопоуздање и задовољство сопственим изгледом, а што може да услови појаву нездравих образаца понашања везаних за исхрану (до неконтролисаног узимања хране у сврху ублажавања непријатних емоција или дијета и ексцесивног вјежбања или до периодичног смјењивања ових образаца понашања).

Иако истраживања указују да медији утичу на доживљај тјелесне слике, незадовољство изгледом те промјене у понашању везаном за исхрану, потребна су додатна истраживања како би се расвијетлио степен њиховог значаја у односу на поруке које се добијају од стране породице, динамике саме породице и односа са вршњацима и њихових коментара.

8.8. Закључак

Ментално здравље представља сложен и вишеслојан концепт који не представља само одсуство менталних поремећаја, већ представља одраз укупног благостања појединца и његове способности да се носи са животним изазовима. Детерминанте менталног здравља, попут социоекономског статуса, раних животних искустава, квалитета емоционалне интеракције са значајним другим утицајима, те доступности различитих ресурса међу којима је и храна имају кључну улогу у обликовању менталног здравља кроз цјеложивотни циклус. Особе које одрастају у неповољним условима, са ниским нивоом образовања, суочене са незапосленошћу, сиромаштвом и друштвеном искљученошћу, изложене су већем ризику за развоја менталних потешкоћа. Такође, ниска доступност основних животних ресурса, као што је храна, додатно повећава стрес и психолошке проблеме, стварајући зачарани круг неједнакости.

Исхрана и ментално здравље су дубоко међусобно повезани, при чему емоционална стања и психолошки фактори значајно утичу на прехрамбене навике и однос према храни. Стрес, низак ниво самопоуздања и незадовољство властитим изгледом често доводе до развоја неправилних навика исхране, укључујући емоционално условљено преједање и поремећаје у исхрани. Емоционални развој оличен у квалитету емоционалне интеракције са значајним другим детерминише наш стил афективне

везаности и однос, како према значајним особама у окружењу тако и према себи и властитом тијелу. Истраживања јасно показују да је несигурна афективна везаност повезана са већим ризиком од развоја психопатолошких симптома, укључујући депресију, анксиозност, параноју и психопатске тенденције.

Социокултуролошки фактори, а посебно утицај медија и савремених дигиталних платформи, играју кључну улогу у дефинисању стандарда лијепог и перцепцији сопственог изгледа, што утиче на обликовање навика исхране, нарочито међу младима. Свеобухватан приступ, који укључује едукацију о здравим навикама у исхрани, јачање самопоуздања и критички однос према медијским садржајима, од изузетног су значаја за превенцију поремећаја исхране и очување менталног здравља. Холистички усмјерен и циљан приступ превенцији и подршци, прилагођен различитим животним фазама, неопходан је за унапређење менталног здравља и смањење друштвених неједнакости.

Литература

Adler NE, Boyce T, Chesney MA, Sheldon C, Susan F, Robert KL, Leonard SS (1994) Socioeconomic status and health. The challenge of the gradient. American Psychologist 49: 15–24 doi.org/10.1037/0003-066X.49.1.15

Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S (1978) Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Psychology Press, Taylor & Francis Group

Alaimo K, Olson CM, Frongillo EA Jr: Food insufficiency and American schoolaged children's cognitive, academic, and psychosocial development. Pediatrics 108(1):44–53, 2001 11433053

Alaimo K, Olson CM, Frongillo EA (2022) Family food insufficiency, but not low family income, is positively associated with dysthymia and suicide symptoms in adolescents. The Journal of nutrition 132:719–725 DOI: 10.1093/jn/132.4.719

Allen J, Moore C, Kuperminc G, Bell K (1998). Attachment and adolescent psychosocial functioning. Child Development 69: 1406-1419. http://dx.doi.org/10.2307/1132274

Alzeer S M, Michailidou M I, Munot M, Kyranides MN (2019) Attachment and parental relationships and the association with psychopathic traits in young adults. Personality and Individual Differences 151:109499 https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.07.009.

Allison KW (1998) Stress and oppressed social category membership. In: Swim JK, Stangor C (eds.) Prejudice: The target's perspective. San Diego, CA: Academic Press, pp 145-170

Anda RF, Whitfield CL, Felitti VJ, Chapman D, Edwards VJ, Dube SR, Williamson DF (2002) Adverse childhood experiences, alcoholic parents, and later risk of alcoholism and depression. Psychiatric Services 53: 1001–1009 doi.org/10.1176/appi.ps.53.8.1001

Barry MM (2009) Addressing the Determinants of Positive Mental Health: concepts, evidence and practice. International Journal of Mental Health Promotion 11: 4-17

Bellis MA, Hughes K, Leckenby N, Jones L, Baban A, Kachaeva M, Povilaitis R, Pudule I, Qirjako G, Ulukol B (2014) Adverse childhood experiences and associations with health-harming behaviours in young adults: surveys in eight eastern European countries. Bulletin of the World Health Organization 92: 641–655

Bentall R P, de Sousa P, Varese F, Wickham S, Sitko K, Haarmans M, Read J (2014). From adversity to psychosis: Pathways and mechanisms from specific adversities to specific symptoms. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 49: 1011-1022 http://dx.doi.org/10.1007/s00127-014-0914-0

Berry K, Wearden A, Barrowclough C, Liversidge T (2006) Attachment styles, interpersonal relationships and psychotic phenomena in a non-clinical student sample. Personality and Individual Differences 41: 707-718 https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.paid.2006.03.009

Becker AE, Burwell RA, Gilman SE, Herzog DB, Hamburg P (2002) Eating behaviors and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic Fijian adolescent girls. British Journal of Psychiatry 180: 509-514

Bombay A, Matheson K, Anisman H (2009) Intergenerational trauma: Convergence of multiple processes among First Nations peoples in Canada. International Journal of Indigenous Health 5: 6-47

Bowlby J (1980) Attachment and Los: Vol 1 Attachment. Basic Books, New York

Branscombe NR, Schmitt MT, Harvey RD (1999) Perceiving pervasive discrimination among African-Americans: Implications for group identification and well-being. Journal of Personality and Social Psychology 77: 135-149 https://doi.org/10.1037/0022-3514.77.1.135

Branscombe NR, Fernandey S, Gomey A, Cronin T (2012) Moving toward or away from a group identity. In: Jetten J, Haslam C, Haslam SA (eds) The social cure: identity, health and well-being. Psychology Press pp 115-131

Bretherton I, Munholland KA (1999) Internal Working Models in Attachment Relationships: A Construct Revisited. In: Cassidy J, Shaver P R (eds) Handbook of Attachment. Theory, Research and Clinical Applications. Guilford Press, New York, pp. 89-115

Bronte-Tinkew J, Zaslow M, Capps R, Hoeowitz A, McNamara M(2007) Food insecurity works through depression, parenting, and infant feeding to influence overweight and health in toddlers. The Journal of Nutrition 137:2160–2165 doi: 10.1093/jn/137.9.2160

Brown TN, Williams DR, Jackson JS, Neighbors HW, Torres M, Sellers SL, Brown KT (2000) "Being black and feeling blue": the mental health consequences of racial discrimination. Race& Society 2:117–131

Bruch, H (1973) Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa, and the person within. Basic Books, New York

Bui E, Ohye B, Palitz S, Olliac B, Goutaudier N, Raynaud JP, Kounou KB, Stoddard FJJr (2014) Acute and chronic reactions to trauma in children and adolescents. In: Rey JM (ed) IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, Geneva

Butterworth P, Liech LS, Strazdins L, Olesen SC, Rodgers B, Broom DH (2011) The psychosocial quality of work determines whether employment has benefits for mental health: Results from a longitudinal national household panel survey. Occupational and Environmental Medicine 68:806-12 DOI: 10.1136/oem.2010.059030

Butollo W, Kruesmann M, Hagl M (2000) Život nakon traume – O psihoterapijskom postupanju sa užasom. Dom štampe, Zenica

VandenBerg P, Thompson JK, Obremski-Brandon K, Coovert M (2002) The tripartite influence model of body image and eating disturbance- a covariance structure modeling investigation testing the mediational role of appearance comparison. J Psychosom Res 53:1007-20

Van der Kolk, BA (2021) Тело све бележи. Мозак, ум и тело у исцелењу трауме. (Превод са енглеског: Катарина Субашић). Психолошко саветовалиште Мозаик, Београд

Вукелић-Басарић, М. (2010). *Промена хијерархије афективне везаности адолесцената и релације са психосоцијалном адаптацијом.* Докторска дисертација, Филозофски факултет, Нови Сад

Galea S, Tracy M, Hoggatt KJ, Dimaggio C, Karpati A (2011) Estimated deaths attributable to social factors in the United States. The American Journal of Public Health 101:1456–1465 doi: 10.2105/AJPH.2010.300086

Gittleman MG, Klein MH, Smider NA, Essex MJ (1998) Recollections of parental behavior, adult attachment, and mental health: Mediating and moderating effects. Psychological Medicine 28: 1443-1455 doi: 10.1017/s0033291798007533.

Glaser D (2000) Child Abuse and Neglect and the Brain – A Review. Journal od Child Psychology and Psychiatry 41: 97-116

Gnanapragasam SN, Wright LA, Pemberton M, Bhugra D (2021) Outside/inside: social determinants of mental health. Irish Journal of Psychological Medicine 30: 1-11 doi: 10.1017/ipm.2021.49

Gore SA, Foster JA, DiLillo VG, Kirk K, West DS (2003) Television viewing and snacking. Eat Behaviour 4: 399-405

Gundersen C, Ziliak JP (2015) Food Insecurity and Health Outcomes. Health Affairs (Project Hope) 34: 1830–1839 doi: 10.1377/hlthaff.2015.0645

Dallos R, Draper R (2010) Uvod u porodičnu terapiju. Sistemska teorija i praksa, Treće izdanje. Open University Press, Berkshire, England

Dube SR, Felitti VJ, Dong M, Chapman DP, Giles WH, Anda RF (2003) Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: the

adverse childhood experiences study. Pediatrics 111: 564–572 DOI: 10.1542/peds.111.3.564

Dube SR, Fairweather D, Pearson WS, Felitti VJ, Anda RF, Croft JB (2009) Cumulative childhood stress and autoimmune diseases in adults. Psychosomatic Medicine 71:243–250 DOI: 10.1097/PSY.0b013e3181907888

Zaslow M, Bronte-Tinkew J, Capps R, Horowitz A, Moore KA, Weinstein D (2009) Food security during infancy: implications for attachment and mental proficiency in toddlerhood. Maternal and Child Health Journal 13:66–80 doi: 10.1007/s10995-008-0329-1

Jahoda M (1982) Employment and Unemployment, 1st Edition. New York, Cambridge University Press

Jetten J, Branscombe NR, Schmitt M, Spears R (2001) Rebels with a cause: Group identification as a response to perceived discrimination from the mainstream. Personality and Social Psychology Bulletin 27: 1204-1213 https://doi.org/10.1177/0146167201279012

Jong ST, Drummond MJ (2013) Shaping adolescent girls' body image perceptions: The effect of social media on Australian adolescent girls. In Proceedings of the 28th ACHPER International Conference, Melbourne, Victoria, Australia

Kaneko Y, Motohashi Y (2007) Male gender and low education with poor mental health literacy: a population-based study. Journal of Epidemiology 17:114–119 doi: 10.2188/jea.17.114

Karlsen S, Nazroo JY (2022) Relation between racial discrimination, social class, and health among ethnic minority groups. American Journal of Public Health 92:624–63

Kessler RC, Turner JB, House JS (1988) Effects of unemployment on health in a community survey: main, modifying, and mediating effects. Journal of Social Issues 44 :69–85

Keyes CL (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. Journal of Consulting and Clinical Psychology73539-48

Kingston S (2013) Economic adversity and depressive symptoms in mothers: do marital status and perceived social support matter? American Journal of Community Psychoogy 52:359–366 DOI: 10.1007/s10464-013-9601-7

Kirkpatrick LA (2005) Attachment, Evolution and the Psychology of Religion. The Guilford Press, New York

Klonoff E A, Landrine H, Campbell R (2000) Sexist discrimination may account for well-known gender differences in psychiatric symptoms. Psychology of Women Quarterly 24: 93-99 https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2000.tb01025

Kruger A, Reddemann L (2013) Psihodinamska imaginativna terapija traume za djecu i mlade. PITT-KID, priručnik. (E. Ostojić prevod sa njemačkog.). Udruženje žena SEKA, Goražde

Kyranides MN, Kokkinou A, Imran S, Cetin M (2021) Adult attachment and psychopathic traits: Investigating the role of gender, maternal and paternal factors. Current Psychology 1-10 https://doi.org/10.1007/s12144-021-01827-z

LaVeist TA (1996) Why we should continue to study race...but do a better job: an essay on race, racism and health. Ethnicity and Disease 6:21–29

Lavin R, Bucci S, Varese F, Berry K (2020) The relationship between insecure attachment and paranoia in psychosis: A systematic literature review. The British journal of clinical psychology 59: 39-65 https://doi.org/10.1111/bjc.12231

Levine DS, Himle JA, Abelson JM, Matusko N, Dhawan N, Taylor RJ (2014) Discrimination and social anxiety disordera mong African-Americans, Caribbean blacks, and non-Hispanic whites. The Journal of Nervous and Mental Disease 202:224–230 doi: 10.1097/NMD.0000000000000099

Lent MD, Petrovic LE, Swanson JA, Olson CM (2009) Maternal mental health and the persistence of food insecurity in poor rural families. Journal of health care for poor and underserved 20:645–661 doi: 10.1353/hpu.0.0182

Link BG, Phelan J (1995) Social conditions as fundamental causes of disease. Journal of Health and Social Behavior 35:80–94

Lowe SR, Blachman-Forshay J, Koenen KC (2015) Trauma as a Public Health Issue: Epidemiology of Trauma and Trauma- Related Disorders. In: Schnyder U, Cloitre M, (eds.) Evidence Based Treatments for Trauma- Related Psychological Disorders. A Practical Guide for Clinicians. Springer, London, New York, pp 11-41

Lund C, Breen A, Flisher A, Kakuma R, Corrigall J, Joska J, Swartz L, Patel V (2010) Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review. Social Science & Medicine71:517-28 doi: 10.1016/j.socscimed.2010.04.027

Lunn S, Poulsen S (2012) Psychoanalytic psychotherapy for bulimia nervosa: A manualized Approach. International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy 26 (1): 48–64

Marganska A, Gallagher M, Miranda R (2013) Adult attachment, emotion dysregulation, and symptoms of depression and generalized anxiety disorder. American Journal of Orthopsychiatry 83: 131-41 doi: 10.1111/ajop.12001. PMID: 23330631.

Marmot M (2005) Social determinants of health inequalities. Lancet 365: 1099-104 doi: 10.1016/S0140-6736(05)71146-6

Marmot M (2010) Fair Society, Healthy Lives. Strategic Review of Health Inequalities in England post -2010. Доступно на: https://www.instituteofhealthequity. org/ resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review/fair-society-healthy-lives-full-report-pdf.pdf, Приступљено: 13.12.2022

Матовић Миљановић С, Фрозданов Ј, Божанић В, Бојанић Ј, Стојисављевић С, Шиљак С, Рудић Грујић В, Данојевић Д, Нишкановић Ј (2011)

Истраживање здравља становништва Републике Српске. Институт за јавно здравство Републике Српске, Бања Лука

Matheson K, Anisman H (2003) Systems of coping associated with dysphoria, anxiety, and depressive illness: a multivariate profile perspective. Stress 6: 223-234 doi: 10.1080/10253890310001594487

Matheson K, Anisman H (2012) Biological al psychosocial responses to discrimination. In: Jetten J, Haslam C, Haslam SA (eds) The Social Cure: Identity, Health and Well being. Psychology Press, pp 133-153

MacBeth A, Gumley A, Schwannauer M, Fisher R (2011) Attachment states of mind, mentalization, and their correlates in a first-episode psychosis sample. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research, and Practice 84: 42-57 doi: 10.1348/147608310X530246

Mackenbach JP (2015) Socioeconomic inequalities in health in high-income countries: the facts and the options. In: Detels R, Gulliford M, Abdool Karin Q, Tan CC (eds) Oxford Textbook of Global Health (6 ed.). Oxford University Press, pp 106-126

Macht M, Simons G (2000) Emotions and eating in everyday life. Appetite 35: 65-71

Macht M (2008) How emotion affect eating: A five-way model. Appetite 50: 1-11

Mikulincer M, Shaver PR (2012) An Attachment Perspective on Psychopathology. World psychiatry: Official journal of the World Psychiatric Association 11: 11-15 http://dx.doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.01.003

Милојковић М, Срна Ј, Мићновић Р (1997) Породична терапија. Центар за брак и породицу, Београд

Mickelson KD, Kessler RC, Shaver PR (1997) Adult attachment in a nationally representative sample. Journal of Personality and Social Psychology *73*: 1092-1106 https://doi.org/10.1037/0022-3514.73.5.1092

Morales ME, Berkowitz SA (2016) The Relationship between Food Insecurity, Dietary Patterns, and Obesity. Current Nutrition Reports 5: 54–60 doi: 10.1007/s13668-016-0153-y

Morris AM, Katzman DK (2003) The impact of the media on eating disorders in children and adolescents. Paediatric Child Health 8: 287-289 doi: 10.1093/pch/8.5.287

Muller G, Ostojić E (2011) Vratiti svoju djelotvornost i samopoštovanje. Terapija traume metodom psihodrame. Kuća SEKA Goražde/Udruženje žena SEKA, Goražde

Murphy B, Bates GW (1997) Adult attachment style and vulnerability to depression. Personality and Individual Differences 22: 835- 844 https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/S0191-8869(96)00277-2

McElroy SL, Kotwal R, Malhotra S, Nelson EB, Keck PE, Nemeroff CB (2004) Are mood disorders and obesity related? A review for the mental health professional. The Journal of Clinical Psychiatry 65:634– 651 doi: 10.4088/jcp.v65n0507

McLoyd VC (1998) Socioeconomic disadvantage and child development. The American Psychologist 53:185–204 DOI: 10.1037//0003-066x.53.2.185

McCann IL, Pearlman LA (2015) Psychological Trauma and the Adult Survivor. Theory, Therapy, and Transformation. Routledge, London, New York

Neumann E, Nowacki K, Roland IC, Kruse J (2010) Attachment and Somatoform Disorders: Low Coherence and Unresolved States of Mind Related to Chronic Pain. Psychotherapie, Psychosomatik, Mededizinisce Psychologie 61: 254-261 https://doi.org/10.1055/s-0030-1265160

Nikulina V, Widom CS, Czaja S (2011) The role of childhood neglect and childhood poverty in predicting mental health, academic achievement and crime in adulthood. American Journal of Community Psychology 48:309–321 doi: 10.1007/s10464-010-9385-y

Nickerson AB, Nagle RJ (2005) Parent and peer attachment in late childhood and early adolescence. Journal of Early Adolescence 25: 223-249

Нишкановић Ј, Шиљак С (2013). Стигма према менталном поремећају међу општом популацијом и здравственим радницима службе породичне медицине. Психијатрија данас 2: 125-135

Niškanović J, Šiljak S (2015) Social Support, Self- Perceived Health and Mental Status of General Population of Republic of Srpska. Serbian Archives of Medicine 143: 180-185 DOI: 10.2298/SARH1504180N

Нишкановић Ј (2016) Промотивно- превентивне активности у пракси. У: Лакић Б (ур) Провођење промотивних и превентивних активности у области менталног здравља: Теоријски и практични оквир. Институт за јавно здравство Републике Српске, стр. 47-57

Нишкановић Ј (2017) Насилно понашање социјално искључених група младих: Да ли је насиље присутно и у твојој заједници? У: Петровић Н (ур) Политичка психологија у савременом свету. Институт за психологију, стр. 147-158

Niškanović J, Stojisavljević D, Stojisavljević S, Djikanovic B, Manigoda D (2023) Exploring possibilities for the development of healthy eating habits in preschool settings: parent's and teacher's perspectives. Food Science&Nutrition: 1-11

Bach Habersaat K, Koylyu A,Likki T, Fietje N.…Niškanović J…(2024) Meeting statement: Call to action for step-change in health behaviours. Public Health in Practice 7: 100498

Stojisavljevic S, Djikanovic B, Stojisavljevic D, Manigoda D, Niskanovic J (2025) The policy and practice of establishing healthy eating in preschool children in the Republic of Srpska, Bosnia and Herzegovina: a qualitative study. BMCmNutrition 11:30

Ottley C (2000) Food and mood. Nursing Standard 15: 46-52

Pascoe EA, Richman LS (2009) Perceived discrimination and health: a meta-analytic review. Psychological Bulletin 135:531–554 doi.org/10.1037/a0016059

Patel KA, Schlundt DG (2001) Impact of moods and social context on eating behaviour. Appetite 36:111-118

Paul KI, Moser K (2009) Unemployment impairs mental health: meta-analyses. Journal of Vocational Behavior 74:264–282

Pickering L, Simpson J, Bentall RP (2008) Insecure attachment predicts proneness to paranoia but not hallucinations. Personality and Individual Differences 44: 1212-1224 10.1016/j.paid.2007.11.016

Polivy J, Herman CP (2014) Mental health and eating Behaviours. Canadian Journal of Public Health 96: S49-S53

Postmes T, Branscombe NR (eds.) (2010) Rediscovering social identity. New York, NY: Psychology Press.

Postmes T, Branscombe NR (2002) Influence of long-term racial environmental composition on subjective well-being in African Americans. Journal of Personality and Social Psychology 83: 735-751 https://doi.org/10.1037/0022-3514.83.3.735

Профаца Б, Арамбашић Л (2009) Трауматски догађаји и траума код дјеце и младих. Клиничка психологија 2: 53-74

Phelan JC, Link BG, Tehranifar P (2010) Social conditions as fundamental causes of health inequalities: theory, evidence, and policy implications. Journal of Health and Social Behavior 51:S28–S40 doi: 10.1177/0022146510383498

Pynoos RS (1993) Traumatic Stress and Developmental Psychopathology in Children and Adolescents. In: Oldham JM, Riba MB, Tasman, A (eds) American Psychiatric Press Review of Psychiatry, Volume 12, Washington, DC

Rafferty J, Abelson J, Bryant K, Jackson J (2015) Discrimination. In: Compton MT, Shim RS (eds) The Social Determinants of Mental Health. American Psychiatric Association, pp 23-45

Roberts JE, Gotlib IH, Kassel JD (1996) Adult attachment security and symptoms of depression: The mediating roles of dysfunctional attitudes and low self-esteem. Journal of Personality and Social Psychology 70: 310-320. https://doi.org/10.1037/0022-3514.70.2.310

Sabia JJ (2007) The effect of body weight on adolescent academic performance. Southern Economic Journal 73:871–900

Sameroff AJ, Emde, RN (1989) Relationship Disturbances in Early Childhood: A Developmental Approach. Basic Books, New York

Santarossa S, Woodruff SJ (2017) #SocialMedia: Exploring the Relationship of Social Networking Sites on Body Image, Self-Esteem, and Eating Disorders. Social Media+ Society https://doi.org/10.1177/2056305117704407

Saul SJ, Rodgers R (2017) Adolescent Eating Disorder Risk and the Online World.Child Adolescence Psychiatric Clinic 27: 221-228 doi: 10.1016/j.chc.2017.11.011

Siefert K, Heflin CM, Corcoran ME, Williams DR (2001) Food insufficiency and the physical and mental health of low-income women. Women&Health 32:159–177 doi: 10.1300/J013v32n01_08

Simonelli L, Ray W, Pincus, AL (2004) Attachment models and their relationships with anxiety, worry and depression. Counseling and Clinical Psychology Journal 1: 107-118. https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/ajop.12001

Solar O, Irwin A (2010) A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2

(Policy and Practice). Доступно на: https://apps.who.int/iris/handle/10665/44489 Приступљено: 20.12.2022.

Stefanović – Stanojević T, Tošić – Radev M, Bogdanović, A (2018) Strah je najgore mesto. Studija o ranoj traumi iz ugla teorije afektivne vezanosti. Centar za primenjenu psihologiju, Beograd

Stefanović Stanojević, T (2011) Afektivna vezanost, Razvoj, modaliteti i procena. Filozofski fakultet Niš

Strkic D, Niskanovic J (2020) Depression screening program tailored to the primary health care settings. European Journal of Public Health 30 https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa166.1074

Stuff JE, Casey PH, Szeto KL, Gossett JM, Robbins JM, Simpson PM, Connell C, Bogle ML (2004) Household food insecurity is associated with adult health status. Journal of nutrition 134: 2330–2335 doi: 10.1093/jn/134.9.2330

Shattuck AL, White E, Kristal AR (1992) How women's adopted low-fat diets affect their husbands. American Journal of Public Health 82: 1244-50

Schore JR, Schore AN (2008) Modern Attachment Theory: The Central Role of Affect Regulation in Development and Treatment. Clinical Social Work Journal 36: 9-20

Tajfel H, Turner JC (1979) An integrative theory of intergroup conflict. In: Austin WG, Worchel S (eds.) The social psychology of intergroup relations. Monterey, CA: Brooks/Cole, pp 33-47

Thompson JK, Heinberg J, Altabe MN, Tantleff-Dunn S (1999) Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image distur bance. American Psychological Association, Washington, DC

Thomson K, Stice E (2001) Thin- Ideal Internalization: Monitoring Evidence for a New Risk factor for Body-Image Disturbance and Eating Pathology. Current Direction in Psychological Science 10 DOI: 10.1111/1467-8721.00144

Fairburn CG, Harrison PJ (2003) Eating disorders. The Lancet 361: P407-416 DOI:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)12378-1

Field A, Camargo C, Taylor CB et al. (1999) Overweight, weight concerns, and bulimic behaviours among girls and boys. Journal American Academy Child Adolescence Psychiatry 38:754-60

Flight J I, Forth AE (2007) Instrumentally violent youths: The roles of psychopathic traits, empathy, and attachment. Criminal Justice and Behavior 34: 739-751 https://doi.org/10.1177/0093854807299462

Frable D, Platt L, Hoey S (1998) Concealable stigmas and positive self perceptions: Feeling better around similar others. Journal of Personality and Social Psychology 74: 909-922 doi: 10.1037//0022-3514.74.4.909

Hazan C, Shaver PR(1987) Romantic love conceptualized as an attachment process. Journal of Personality and Social Psychology 52: 511-524

Hazan C, Shaver PR (1994) Attachment as an Organizational Framework for Research on Close Relationships. Psychological Inquiry 5: 1-22

Hamburger A (2017) Genocidal Trauma. Individual and social consequences of assault on the mental and physical life of a group. In: Laub D, Hamburger A (eds.) Psychoanalysis and Holocaust Testimony: Unwanted Memories of Social Trauma Psychoanalysis, Social Trauma, Testimony: Unwanted Memory and the Holocaust. Routlend, London, pp 66-91

Hamburger A, Hancheva C, Ozcurumez S, Scher C, Stanković B, Tutnjević S (eds.) (2018) Forced Migration and Social Trauma. Interdisciplinary Perspectives from Psychoanalysis, Psychology, Sociology and Politics. Routledge and German Academic Exchange Service

Hankin BL, Kassel JD, Abela JRZ (2005) Adult attachment dimensions and specificity of emotional distress symptoms: Prospective investigations of cognitive risk and interpersonal stress generation as mediating mechanisms. Personality and Social Psychology Bulletin 31: 136-151 doi: 10.1177/0146167204271324

Herman DžL (2012) Траума и Опоравак: структура трауматског доживљаја. Психополис Институт, Нови Сад

Hadžić A (2021) Age Differences in Childhood Trauma. In: Hamburger A, Hancheva C, Volkan VD Social Trauma – An Interdisciplinary Textbook. Springer Nature Switzerland, pp 173-179 https://doi.org/10.1007/978-3-030-47817-9

Хаџић А (2019).Увод: О трауми. У: Мировић Т, Томашевић М (ур.) Траума наша прича. Центар за схема терапију, Београд, стр 19-42

Хаџић А, Мировић Т (2016) Афективна везаност ране маладаптивне схеме и стресна искуства. Универзитет у Бањој Луци- Филозофски факултет, Београд

Хаџић А, Мировић Т (2014) Релације афективне везаности и психолошких проблема и симптома. Научно- стручни скуп Отворени дани психологије Бања Лука. Филозофски факултет- Бања Лука, стр 36

Herman DžL (2012) Trauma i Oporavak: struktura traumatskog doživljaja (Lj. Miočinović prev.). Psihopolis institute, Novi Sad

Herman CP, Roth DA, Polivy J (2003) Effects of the presence of others on food intake: A normative interpretation. Psychol Bull 129: 873

Huddleston-Casas C, Charnigo R, Simmons LA (2009) Food insecurity and maternal depression in rural, low-income families: a longitudinal investigation. Public Health Nutrition 12:1133–1140 doi: 10.1017/S1368980008003650

Carels RA, Hoffman J, Collins A, Räber AC, Cacciapaglia H, O'Brien WH (2001) Ecological momentary assessment of temptation and lapse in dieting. Eat Behaviour 2: 307-2

Carlson E.A, Egeland B, Sroufe L A (2009) A prospective investigation of the development of borderline personality symptoms. Development and Psychopathology 21: 1311-1334

Carter B, McGoldrick M (1988) The Changing Family Life Cycle: Framework for Family Therapy. Allyn & Bacon, Boston

Cassidy J (1999) The nature of a child's ties. In: Cassidy J, Shaver PR (eds) Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications. Guilford Press, New York, pp 3-20

Classen TJ, Dunn RA (2012) The effect of job loss and unemployment duration on suicide risk in the United States: a new look using mass-layoffs and unemployment duration. Health Economics 21:338–350 DOI: 10.1002/hec.1719

Coleman-Jensen A, Nord M, Andrews M, Carlson S (2013) Household Food Security in theUnited States in 2011 (Economic Research Report No ERR-141). Washington,DC, U.S. Department of Agriculture, Economic Research Service. Доступно на: https://www.ers.usda.gov/webdocs/publications/45020/30967_err141.pdf, Приступљено: 13.12.2022

Compton MT, Shim RS (2015) The Social Determinants of Mental Health. Clinical Synthesis, Focus 13:419–425 doi: 10.1176/appi.focus.20150017

Compton MT, Daumit GL, Druss BG (2006) Cigarette smoking and overweight/obesity among individuals with serious mental illnesses: a preventive perspective. Harvard Review of Psychiatry 14:212–222 doi: 10.1080/10673220600889256

Cooper M L, Shaver PR, Collins NL (1998) Attachment styles, emotion regulation, and adjustment in adolescence. Journal of Personality and Social Psychology 74: 1380-1397 https://doi.org/10.1037/0022-3514.74.5.1380

Cohen S (2004) Social relationships and health. American Psychologist 59: 676-684 https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.8.676

Chow JC, Johnson MA, Austin MJ (2005) The status of low-income neighborhoods in the post-welfare reform environment: mapping the relationship between poverty and place. Journal of health & social policy 21:1–32 DOI: 10.1300/j045v21n01_01

Chung HL, Steinberg L (2006) Relations between neighborhood factors, parenting behaviors, peer deviance, and delinquency among serious juvenile offenders. Developmental Psychology 42: 319–331 DOI: 10.1037/0012-1649.42.2.319

Чачић С, Гаврилов-Јерковић В (2013) Когнитивно-афективни регулаторни механизми као медијатори између димензија афективне везаности и депресије. Примењена психологија 6: 385-405

Шапиро Ф (2012) *ЕМДР Терапија репроцесирањем - нова димензија психотерапије*. Психополис институте, Нови Сад

Waller E, Scheidt C E, Hartmann A (2004) Attachment Representation and Illness Behavior in Somatoform Disorders. The Journal of Nervous and Mental Disease, 192: 200-209 https://psycnet.apa.org/doi/10.1097/01.nmd.0000116463.17588.07

Waller G, Osman S (1998) Emotional Eating and Eating Psychopathology among Non-Eating-Disordered Women. Journal of Eating Disorders 23: 419-424

Walsh HC, Roy S, Lasslett HE, Neumann CS (2019) Differences and similarities in how psychopathic traits predict attachment insecurity in females and males. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment 41: 537-548 https://doi.org/10.1007/s10862-018-9704-4

Wayment HA, Vierthaler J (2002) Attachment style and bereavement reactions. Journal of Loss and Trauma 7: 129-149 https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/153250202753472291

Wearden AJ, Cook L, Vaughan-Jones J (2003) Adult attachment, alexithymia, symptom reporting, and health-related coping. Journal of Psychosomatic Research 55: 341-347 doi: 10.1016/s0022-3999(02)00635-9

Wilkinson R, Marmot M (2003) Social Determinants of Health. The Solid Facts. WHO, Доступно на: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf, Приступљено: 13.12.2022.

Wickham S, Sitko K, Bentall RP (2015) Insecure attachment is associated with paranoia but not hallucinations in psychotic patients: The mediating role of negative self-esteem. Psychological Medicine 45: 1495-1507 10.1017/S0033291714002633

World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation (2014) Social determinants of mental health. Доступно на: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112828/9789241506809_eng.pdf, Приступљено: 13.12.2022.

Whitaker RC, Phillips SM, Orzol SM: Food insecurity and the risks of depression and anxiety in mothers and behavior problems in their preschool-aged children. Pediatrics 118(3):e859–e868, 2006 16950971

WHO (2013) What is mental health? Доступно на: http://www.who.инт/features/qa/62/en/, Приступљено: 13.12.2022.

Yoshikawa H, Aber JL, Beardslee WR (2012) The effects of poverty on the mental, emotional, and behavioral health of children and youth: implications for prevention. The American Psychologist 67:272–284 DOI: 10.1037/a0028015

Mental Health in a World of Inequality

Jelena Niškanović, Aleksandra Hadžić, Milijana Niškanović

Summary

This chapter explores the social determinants of mental health, focusing on the impact of socio-economic deprivation and limited access to food on the mental health of children and adults. Emphasizing the importance of early life experiences in personality development and mental health, there will be introduced the concept of attachment theory and its role in emotional and social development throughout life. Attachment theory is a key framework for understanding development and manifestation of psychopathology and traumatic experiences. The chapter concludes by addressing eating disorders and the contextual and individual factors that shape attitudes toward food and eating habits. Alongside breathing, food intake is a fundamental form of metabolic exchange with the external world and serves as a unique bridge between inner and outer reality. Mental health and associated emotional states significantly influence the dynamics of one's relationship with their body and food, and understanding this interaction requires a holistic approach.

Keywords: Mental Health, Social Determinants of Mental Health, Food Insecurity, Early Development, Attachment, Traumatic Experiences, Eating Disorders, Individual And Collective Factors of Eating Habits